



**Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Διεθνών Σχέσεων - Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου**  
**Τμήμα Οικονομικών Επιστημών - Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης**  
**Τμήμα Οικονομικών Επιστημών - Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης**  
**Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων - Πανεπιστήμιο Πειραιά**

**Διαπανεπιστημιακό Διατμηματικό**  
**Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών**  
**«Τοπική και Περιφερειακή Ανάπτυξη και Αυτοδιοίκηση»**

**Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Στην Τοπική Αυτοδιοίκηση**  
**Μελέτη Περίπτωσης: ο Δήμος Κατερίνης**

**Τσακπουνίδης Μ. Παναγιώτης**  
**A.M: (3033201605228 )**

**Κόρινθος, Σεπτέμβριος 2017**



**Department of Political Studies and International Relations -University of Peloponnese**  
**Department of Economics - Democritus University of Thrace**  
**Department of Economics - Aristotle University of Thessaloniki**  
**Department of Business Administration - University of Piraeus**

**Interuniversity Interdepartmental**  
**Master Program in**  
**«Local and Regional Government and Development»**

**Greek Primary Health Care System –**  
**Case Study: Municipality of Katerini**

**Tsakpounidis M. Panagiotis**  
**A.M: (3033201605228 )**

**Corinth, September 2017**

## Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Τοπική Αυτοδιοίκηση –

### Μελέτη Περίπτωσης: ο Δήμος Κατερίνης

**Λέξεις κλειδιά:** Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Εθνικό Σύστημα Υγείας, Γενικοί Ιατροί, Κέντρο Υγείας Αστικού Τύπου.

#### Περίληψη

Ο Δήμος Κατερίνης πλέον των ποσοτικών και ποιοτικών χαρακτηριστικών του, τόσο σε δημογραφικά αλλά και σε γεωγραφικά χαρακτηριστικά αποτελεί μία δημοτική ενότητα όπου ο πλουραλισμός των ιδεών της έρευνας και των πεπραγμένων αποτελούν προσδιοριστικά στοιχεία ενός πιλοτικού δήμου για την τοπική αυτοδιοίκηση όλης της χώρας. Δραστηριότητες της δημοτικής αρχής σε κοινωνικοοικονομικό επίπεδο μπορούν να εμπνεύσουν και τους φορείς της τοπικής αυτοδιοίκησης σε όλη την γεωγραφική επικράτεια της Ελλάδος.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, αντικειμενικά αναπόσπαστο τμήμα της τοπικής αυτοδιοίκησης αποτέλεσε αντικείμενο πολλών νομοθετικών πρωτοβουλιών τα τελευταία τριάντα χρόνια. Σπασμωδικά νομοθετήματα όπου η ανάγκη για περεταίρω ανάληψη πρωτοβουλιών για αλλαγή της νομοθεσίας ή πιο εξειδικευμένα η αλλαγή του υγειονομικού χάρτη της χώρας προέκυπτε σε σύντομο χρονικό διάστημα με το πέρασμα λίγων ετών.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί, ότι κατά την διάρκεια σύνταξης της παρούσας διπλωματικής εργασίας στην βουλή των Ελλήνων συζητείται ένα ακόμη καινούργιο νομοθέτημα για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ΤΟΜΥ (Τοπικές Μονάδες Υγείας).

Πρόθεση μου με την παρούσα διπλωματική εργασία είναι να αποδείξω ότι διαχρονικά η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας έπρεπε να αποτελεί αντικείμενο της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, πάντα υπό την εποπτεία και τον έλεγχο του Υπουργείου Υγείας.

## **Greek Primary Health Care System – Case Study Municipality of Katerini**

**Keywords:** Greek Primary Healthcare System, National Healthcare System, General Doctors, Health Center Urban Type.

### **Abstract**

The municipality of Katerini, in addition to its quantitative and qualitative advantages on the demographic as well as on the geographic level, is a municipal community whose diversity of research ideas and its implemented projects define it as a pilot municipality for the local administration of the country. Thus, activities and initiatives of the municipal authority on the socioeconomic level can inspire the players of the local administration all over the Greek territory.

The primary healthcare system, which objectively constitutes an inextricable part of the local administration, has been the object of many legislative initiatives in the last thirty years. However, these legislative acts have been incoherent and thus the need has recurrently emerged every few years for further changes of the legislation or more specifically for changes of the healthcare landscape of the country.

A typical illustration of the above-mentioned situation is the fact that during the redaction of the present thesis there is an ongoing deliberation in the Greek Parliament concerning once again a legislative act for the primary healthcare (local health units). In the present thesis my objective is to show that diachronically the primary healthcare system should constitute the object of the local administration always under the supervision of the Ministry of Health.

## Περιεχόμενα

Περίληψη .....	3
ABSTRACT.....	4
Πίνακας περιοχομένων.....	5
Κατάλογος πινάκων.....	7
Κατάλογος διαγραμμάτων.....	7
Κατάλογος σχημάτων.....	7
Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή	
1.1 Εισαγωγή.....	8
1.2 Ο σκοπός.....	9
1.3 Η μεθοδολογία.....	9
1.4 Η διάρθρωση της εργασίας.....	10
1.5 Βασικές παραδοχές αναφορικά με τα προβλήματα στην ΠΦΥ.....	12
Κεφάλαιο 2: Συστήματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Επιλεγμένων χωρών και της Ελλάδος	
2.1 Ελληνικό Σύστημα Υγείας.....	14
2.1.1 Περίληψη.....	14
2.1.2 Εισαγωγή.....	14
2.1.3 Τεχνικά χαρακτηριστικά της ΠΦΥ στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας.....	18
2.1.4 Προβλήματα και Αδυναμίες της ΠΦΥ στην Ελλάδα.....	20
2.1.5 Τοπικές Μονάδες Υγείας.....	25
2.2 Σύστημα Υγείας Σουηδίας.....	26
2.2.1 Περίληψη.....	26
2.2.2 Οργάνωση του Συστήματος της Π.Φ.Υ.....	26
2.3 Σύστημα Υγείας Ισπανίας.....	28
2.3.1 Περίληψη.....	28
2.3.2 Οργάνωση του Συστήματος της Π.Φ.Υ.....	28
2.4 Σύστημα Υγείας Γερμανίας.....	30
2.4.1 Περίληψη.....	30
2.4.2 Οργάνωση του Συστήματος της Π.Φ.Υ.....	31
2.5 Σύστημα Υγείας Μεγάλης Βρετανίας.....	33
2.5.1 Περίληψη.....	33
2.5.2 Οργάνωση του Συστήματος της Π.Φ.Υ.....	34

Κεφάλαιο 3: Η πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Τοπική Αυτοδιοίκηση – Ανάλυση και Ερμηνεία των δράσεων ΠΦΥ στον Δήμο Κατερίνης

3.1 Δημογραφικά & Γεωγραφικά χαρακτηριστικά του Δήμου Κατερίνης.....	36
3.1.1 Γεωγραφικά.....	36
3.1.2 Πληθυσμιακά.....	36
3.1.3 Κοινωνικά χαρακτηριστικά.....	36
3.1.4 Οικονομικά χαρακτηριστικά.....	37
3.1.5 Αεροπορικές μεταφορές.....	37
3.1.6 Θαλάσσιες μεταφορές.....	38
3.1.7 Οδικές μεταφορές.....	38
3.1.8 Σιδηροδρομικές μεταφορές.....	38
3.2 Υφιστάμενες Δράσεις Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο Δήμο Κατερίνης	39
3.2.1 Υπηρεσίες ΠΦΥ στο Δήμο Κατερίνης.....	39
3.2.2 Κοινωνική Μέριμνα – Πρόνοια.....	40
Κεφάλαιο 4: Προτάσεις για την ΠΦΥ στον Δήμο Κατερίνης .....	42
4.1.1 Η Οργανωτική Διάρθρωση της ΠΦΥ στην Τοπική Αυτοδιοίκηση.....	42
4.1.2 Προτάσεις για την Εφαρμογή των Υπηρεσιών ΠΦΥ.....	44
4.1.3 Κέντρο Υγείας Αστικού Τύπου στον Δήμο Κατερίνης.....	47
4.1.4 Μορφές Αδειοδότησης του Κέντρου Υγείας Αστικού Τύπου.....	47
4.1.5 Μορφές Χρηματοδότησης - Τιμολόγησης του ΚΥΑΤ.....	48
4.1.6 Δράσεις Κοινωνικής Πολιτικής του Δήμου Κατερίνης.....	49
4.1.7 Ποσοτικά και Ποιοτικά Χαρακτηριστικά του Δήμου Κατερίνης για την Ανάπτυξη της ΠΦΥ.....	49
4.1.8 Η Τιμολόγηση των ιατρικών και λοιπών πράξεων στην ΠΦΥ από την Τοπική Αυτοδιοίκηση.....	53
4.1.9 Η εφαρμογή κλειστών προϋπολογισμών από τους διοικούντες την ΠΦΥ σε ένα δήμο.....	54
4.1.10 Ανάλυση SWOT Της Μονάδος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Δήμου Κατερίνης αναφορικά με τα μεταναστευτικά ‘κύματα’.....	60
4.1.11 Εκπαιδευτικές Δράσεις που πρέπει να εφαρμόσουν οι Δήμοι αναφορικά με την ΠΦΥ, για το στελεχιακό δυναμικό τους.....	62

- Βιβλιογραφία

- Μελέτη οργάνωσης-χρηματοδότησης μονάδων ΠΦΥ που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ – Πολύζος Μ. Νικόλαος 2013

- Η πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Ως <<Πύλη Εισόδου>> των διαρθρωτικών αλλαγών στην Υγεία – Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας . Αθήνα 2013

- Λειτουργική ανασυγκρότηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας – Κ. Σουλιώτης, Χ. Λιονής 2013.

- Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980-2008) και η εμπειρία του Βρετανικού και του Σουηδικού μοντέλου. 2011.

- Η ιστορική εξέλιξη του θεσμού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Διοικητική ενημέρωση, 2008: 106 – 110.
- Ostrakon Health. Τσακπουνίδης Μ. Παναγιώτης, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας 12/2014.
- Atrion Health. Τσακπουνίδης Μ. Παναγιώτης, Γενικό Νοσοκομείο Νάουσας 2012.
- Τμήμα προγραμματισμού, Δήμος Κατερίνης.

#### Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1.....	10
Πίνακας 2.....	11
Πίνακας 3 – 4 .....	16
Πίνακας 5.....	36
Πίνακες 6 – 7.....	49 – 50
Πίνακες 8-9-10-11.....	52
Πίνακας 12.....	54
Πίνακας 13.....	56
Πίνακας 14.....	61

#### Κατάλογος Σχημάτων

Σχήμα 1.....	17
Σχήμα 2.....	44
Σχήμα 3.....	54
Σχήμα 4.....	63

#### Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1.....	19
Διάγραμμα 2.....	20
Διάγραμμα 3.....	21
Διάγραμμα 4.....	27
Διάγραμμα 5.....	30

## **Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή**

### **1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί θεμελιώδες-βασικό συστατικό στοιχείο ενός ολοκληρωμένου εθνικού στρατηγικού σχεδιασμού των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, προς τους πολίτες μίας χώρας. Αποτελεί ένα ξεχωριστό, ιδιαίτερο τμήμα των υπηρεσιών υγείας με πολλαπλό και ποικίλο αντίκτυπο τόσο στην λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, όσο ευρύτερα και στην Εθνική Οικονομία. Από την μία ο τρόπος χρηματοδότησης αυτού και από την άλλη ο τρόπος λειτουργίας, καθιστούν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας κοστολογικά ένα σημαντικό τμήμα του προϋπολογισμού του υπουργείου υγείας, της κεντρικής κυβέρνησης.

Στην Ελλάδα η ΠΦΥ έχει δεχθεί στην διάρκεια των ετών πολλές επιδράσεις των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών του ΕΣΥ, χωρίς να έχει καταλήξει ακόμη σε μία ολοκληρωμένη μορφή και σε έναν αυτοδιοικητικό και λειτουργικό τρόπο δράσης του. Από την ίδρυση του ΕΣΥ μέχρι και σήμερα διατυπώθηκαν σχέδια και υποβλήθηκαν προτάσεις, που θα μπορούσαν να προσφέρουν στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μία προστιθέμενη αξία μία οριζόμενη και μετρήσιμη ωφέλεια προς του πολίτες των τοπικών κοινωνιών, με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά όπως ο οικονομικός εξορθολογισμός τόσο από την χρηματοδότηση όσο κυρίως από τον τρόπο λειτουργίας και της ανάπτυξής του, που θα επέτρεπαν την αναβάθμιση της ικανοποίησης των αναγκών της υγείας των πολιτών. Η θεωρητική προσέγγιση του θέματος αλλά κυρίως η ανεπάρκεια της πολιτικής βούλησης για μία πραγματική μεταρρυθμιστική προσπάθεια βελτίωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, είχαν ως συνέπεια την συνεχόμενη αναπτυξιακή παλινδρόμηση της ΠΦΥ. Μία παλινδρόμηση μεταξύ των δυσλειτουργιών του ΕΣΥ και της αδυναμίας θεσμοθέτησης από την πλευρά της τοπικής αυτοδιοίκησης, δύο δρόμοι παράλληλοι με ίδια αποτελέσματα.

Οι συνεχόμενες νομοθετικές προσπάθειες για βελτίωση του ΕΣΥ με απώτερο στόχο την ικανοποίηση των πολιτών για ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας εμπεριείχαν στο σύνολό τους και το πεδίο της ΠΦΥ, με περιορισμένα αποτελέσματα. Η παρούσα πτυχιακή εργασία θα έχει ως αφετηρία αλλά και προορισμό την νομιμότητα της δράσης των Ο.Τ.Α. μέσα από το σύνταγμα, (Η διοίκηση των τοπικών υποθέσεων ανήκει στους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης πρώτου και δευτέρου βαθμού. Υπέρ των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης συντρέχει τεκμήριο αρμοδιότητας για την διοίκηση των τοπικών υποθέσεων. Με νόμο μπορεί να ανατίθεται στους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης η άσκηση αρμοδιοτήτων που συνιστούν αποστολή του Κράτους), πιο συγκεκριμένα την μεταφορά της εποπτείας και



πλήρους ελέγχου της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην τοπική αυτοδιοίκηση, στους Δήμους κάθε περιφέρειας. Εδώ και πολλά χρόνια αποτελεί αντικείμενο θεωρητικής προσέγγισης η μεταφορά των αρμοδιοτήτων από την κεντρική διοίκηση και συγκεκριμένα από το υπουργείο υγείας στην τοπική αυτοδιοίκηση της ΠΦΥ. Μέχρι και την τελευταία νομοθετική προσέγγιση το 2015, η ανασταλτικότητα και τα ημίμετρα αποτελούν το κύριο χαρακτηριστικό γνώρισμα των πρωτοβουλιών για την βελτίωση της ΠΦΥ. Ο βασικός σκοπός κάθε συστήματος υγείας στην βάση ενός κοινωνικού κράτους είναι η διασφάλιση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, κυρίως μέσα από την πρόληψη, και κατ' επέκταση η βελτίωση της ευημερίας και της ποιότητας ζωής του πληθυσμού.

## 1.2 Ο σκοπός

Σκοπός της πτυχιακής μου αποτελεί η ανάδειξη των στρεβλώσεων που προκάλεσαν τις τελευταίες δεκαετίες η πλειονότητα των νομοθετικών πρωτοβουλιών, κυρίως ως προς την γενεσιουργό αιτία ύπαρξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αγνοώντας τον πραγματικό λόγο ύπαρξης των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας αναφορικά με την ΠΦΥ. Δεν έγινε ποτέ αντιληπτό από τους επαγγελματίες υγείας ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από το ΕΣΥ αλλά ανήκει αντικειμενικά στο πλαίσιο δραστηριοτήτων αυτών που ασκούν πολιτική σε μία τοπική κοινωνία, από τους ίδιους τους δήμους.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελείται από δύο συστατικά στοιχεία υγειονομικού ενδιαφέροντος, το πρώτο αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας στο στάδιο της Πύλης Εισόδου στο υγειονομικό σύστημα και δεύτερον αφορά την πρόληψη. Αντικειμενικά η φροντίδα σε πρώτο υγειονομικό βαθμό και η πρόληψη του πληθυσμού σχετίζονται άμεσα με την ευρύτερη δράση των φορέων της τοπικής αυτοδιοίκησης.

## 1.3 Η μεθοδολογία

Η μεθοδολογία αφορά στοιχεία περιγραφικής έρευνας και δυναμικού μοντέλου κωδικοποίησης, ανάλυσης, ερμηνείας και προτεινόμενης ανάπτυξης της ΠΦΥ στην τοπική αυτοδιοίκηση. Ένα ακόμη στοιχείο αποτελεί η σύγκριση υγειονομικών δράσεων τόσο από την πλευρά του ΕΣΥ όσο και από την πλευρά του ιδιωτικού τομέα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.

#### 1.4 Η διάρθρωση της εργασίας

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά σε διεθνή συστήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας επιλεγμένων χωρών και της Ελλάδος. Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφεται ο τρόπος λειτουργίας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην τοπική αυτοδιοίκηση και των δράσεων που αναπτύσσει ο Δήμος Κατερίνης επιπρόσθετα γίνεται μία λεπτομερή περιγραφική αναφορά των δημογραφικών και γεωγραφικών χαρακτηριστικών του Δήμου Κατερίνης, προσδιοριστικά στοιχεία των ποιοτικών και ποσοτικών χαρακτηριστικών της παραγόμενης ΠΦΥ για την προσφορά της στους δημότες της τοπικής κοινωνίας.

**Πίνακας 1.** Κύρια νομοθεσία για το ελληνικό σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ).

<b>Νόμος</b>	<b>Φ.Ε.Κ.</b>	<b>Τίτλος</b>
N.1397/83	143A	Εθνικό Σύστημα Υγείας
N.1579/85	217A	Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις
N.2071/92	123A	Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του συστήματος υγείας
N.2194/94	34A	Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις
N.2519/97	165A	Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις
N.2889/01	37A	Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις
N.3235/04	53A	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Φ.Ε.Κ.: Φύλλο Εφημερίδας της Κυβέρνησης

**Πίνακας 2.** Νομοθεσία για το ελληνικό σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) – δευτερεύουσες διατάξεις

<b>Νόμος</b>	<b>Φ.Ε.Κ.</b>	<b>Τίτλος</b>
N.1471/84	112 Α	Για τη ρύθμιση θεμάτων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, αγροτικών ιατρείων και υγειονομικών σταθμών και άλλων συναφών διατάξεων
N.1759/88	50Α	Ασφαλιστική κάλυψη ανασφάλιστων ομάδων, βελτίωση της κοινωνικοασφαλιστικής προστασίας και άλλες διατάξεις
N.1963/91	138Α	Τροποποίηση και συμπλήρωση των διατάξεων της φαρμακευτικής νομοθεσίας και άλλες διατάξεις
N.2345/95	213Α	Οργανωμένες υπηρεσίες παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας και άλλες διατάξεις
N.2646/98	236Α	Ανάπτυξη Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις
N.2955/01	256Α	Προμήθειες νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των Πέσει και άλλες διατάξεις
N.3106/03	30Α	Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις
N.3172/03	197Α	Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις
N.3209/03	304Α	Ρυθμίσεις θεμάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας
N.3329/05	81Α	Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις
N.3370/05	176Α	Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών

## 1.5 Βασικές παραδοχές αναφορικά με τα προβλήματα στην ΠΦΥ

Ο θεσμικός ρόλος της ομάδας της ΠΦΥ γενικά παραμένει ασαφής παρά το ότι σχετικές νομοθετικές πρωτοβουλίες έχουν προβλέψει τη συνεργασία των επαγγελματιών υγείας στην κοινότητα.

Τα υφιστάμενα συστήματα διαχείρισης της πληροφορίας απαιτούν ολοκλήρωση και δράσεις συντονισμού.

Παρατηρείται σημαντική χρονική υστέρηση στην παροχή κάποιων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τις ανάγκες των ατόμων στην κοινότητα.

Η επιβάρυνση των ατομικών εισοδημάτων σε σχέση με τις ανάγκες που καλύπτονται μέσω της ΠΦΥ αλλά και τις οικονομικές δυνατότητες των νοικοκυριών είναι δυσανάλογη.

Η ολοκλήρωση απουσιάζει από την ΠΦΥ.

Οι υπηρεσίες της ΠΦΥ είναι πτωχά διασυνδεδεμένες, χωρίς να αποτελούν συνήθως το πρώτο σημείο επαφής με το σύστημα υγείας, με βασικές λειτουργίες την περίθαλψη και τη συνταγογράφηση.

Οι ανάγκες υγείας του ασθενούς δεν λαμβάνονται υπόψη στον σχεδιασμό των υπηρεσιών ΠΦΥ και απουσιάζει ο έλεγχος της ασφάλειάς τους και η αξιολόγηση της ποιότητάς τους.

Ο ασθενής δεν συμμετέχει ενεργά στον σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας της ΠΦΥ.

Αδυναμία ολοκλήρωσης του Υγειονομικού Χάρτη σε κάθε νομό, αναφορικά με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τα δευτεροβάθμια και τα τριτοβάθμια νοσοκομεία.

Αδυναμία συγκράτησης των ασθενών που χρήζουν ΠΦΥ και επιβάρυνση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων σε αλλότριες υποχρεώσεις αναφορικά με τον αρχικό τους στόχο με αποτέλεσμα την Σπατάλη χρηματοδοτικών πόρων.

Η έλλειψη αξιολόγησης των τοπικών αναγκών υγείας των πολιτών αναφορικά με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά γνωρίσματα, ποιοτικά και ποσοτικά του πληθυσμού ενός δήμου.

Για την αντιμετώπιση όλων αυτών των αδυναμιών, συστήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας όπου η δομή της τοπικής αυτοδιοίκησης έχει την μορφή των ομοσπονδιών, κρατιδίων, υπερεθνικών και εθνικών συστημάτων & κρατών (Ε.Ε), πολιτειών (ΗΠΑ, ΓΑΛΛΙΑ, ΓΕΡΜΑΝΙΑ, ΑΥΣΤΡΙΑ, ΣΟΥΗΔΙΑ, ΜΕΓ. ΒΡΕΤΑΝΙΑ κτλ) μπορούν να εμπνεύσουν και τον τρόπο λειτουργίας της τοπικής αυτοδιοίκησης της Ελλάδος και ειδικότερα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Οι παθογένειες του συστήματος διαπιστώνονται συνεχόμενα τα τελευταία τριάντα έτη κυρίως από την ίδρυση του ΕΣΥ και μετά, ως αποτέλεσμα του πρόχειρου και σπασμωδικού μεταρρυθμιστικού νομοθετικού πλαισίου το οποίο εφαρμόστηκε στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Δεν υπήρξε διαχρονικά ποτέ μία συνεχή και σταθερή υγειονομική

προσπάθεια η οποία να θέτει αντικειμενικούς στόχους και να εφαρμόζει ρεαλιστικές πολιτικές για την ανάπτυξη ευρύτερα του ΕΣΥ και ειδικότερα της ΠΦΥ. Οι υπέρμετρα φιλόδοξες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες δεν κατέληξαν σε κανένα ωφέλιμο αποτέλεσμα κυρίως λόγω πολιτικών παραγόντων, του πελατειακού κράτους και του έντονο λαϊκισμού που χαρακτηρίζει την φύση των Ελλήνων πολιτών.

Τα οργανωτικά σχήματα παρεχομένων υπηρεσιών υγείας λειτουργούν συμπληρωματικά αλλά κυρίως σπασμωδικά. Ο διαχειριστικός έλεγχος και η λειτουργική διάταξη των πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων μονάδων υγείας δημιουργούν συνθήκες ανομοιογένειας και πολλαπλής προσπάθειας για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των αναγκών υγείας που προκύπτουν στον πληθυσμό στην τοπική αυτοδιοίκηση.

Όλα τα ανωτέρω υπό το πρίσμα της αποτελεσματικότερης λειτουργίας των δομών υγείας με απώτερο στόχο την ικανοποίηση των ασθενών σε κάθε τοπική κοινωνία θα πρέπει να αναθεωρηθούν με γνώμονα την αυτοδιοικητική, λειτουργική, και διαχειριστική αυτονομία της ΠΦΥ υπό την εποπτεία και την ευθύνη της τοπικής αυτοδιοίκησης, όχι σήμερα αλλά χθες με γνώμονα την πρόληψη και αντιμετώπιση των ιδιαίτερων υγειονομικών καταστάσεων και αναγκών που ανακύπτουν σε κάθε τοπική κοινωνία.

Ο τρόπος λειτουργίας, η λειτουργική ανάπτυξη των δομών και ο επιχειρησιακός συντονισμός είναι υποχρέωση αλλά και ανάγκη κάθε Δημοτικής Αρχής κάθε περιφέρειας χωριστά. Το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον, οι κλιματολογικές συνθήκες, οι γεωμορφολογικές συνθήκες, το φυσικό περιβάλλον, η μόλυνσή του, τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού οι οικονομικοί κλάδοι σε κάθε νομό κτλ, διαμορφώνουν τις ανάγκες των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.

## Κεφάλαιο 2. Συστήματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Ελλάδος & Επιλεγμένων Χωρών

### 2.1 Η ΠΦΥ στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας

#### 2.1.1 Περίληψη

Το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα μίγμα από τα εξής κύρια συστατικά

(Μόσιαλος et al, 2005): το δημόσιο σύστημα υγείας (NHS), που έχει την ευθύνη για τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας, το ασφαλιστικό σύστημα, με βάση τα ασφαλιστικά που καταβάλλονται από τους εργαζομένους και τους εργοδότες, το οποίο μέχρι πρόσφατα είχε οργανωθεί σε λίγα μεγάλα και πολλά μικρά ομοιοεπαγγελματικά ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, που συνδυάζουν την ευθύνη για την υγειονομική περίθαλψη και τις συντάξεις. Πρόσφατα το τμήμα ασφάλισης υγείας από τα κύρια ταμεία κοινωνικής ασφάλισης συγχωνεύθηκαν σε έναν οργανισμό, τον ΕΟΠΥΥ, που καλύπτουν πάνω από το 90% του πληθυσμού. Ο ΕΟΠΥΥ, έχει τις δικές του μονάδες υγείας και παρέχει περίθαλψη στις κυρίως αστικές περιοχές, που καλύπτουν πάνω από το 70% του πληθυσμού, το ιδιωτικό ασφαλιστικό σύστημα (αρκετά μικρό, με το χαρακτήρα της συμπληρωματικής ασφάλισης) και ένα ιδιωτικό σύστημα διανομής, που αποτελείται από ιδιώτες γιατρούς, διαγνωστικά κέντρα και ιδιωτικές κλινικές, οι περισσότερες από τις οποίες έχουν συμβάσεις με τον ΕΟΠΥΥ.

Επιπρόσθετα, η άμεση πρόσβαση στην φροντίδα είναι συνήθως εξειδικευμένη, δεν υπάρχει ολιστική προσέγγιση για τους ασθενείς και συνέχεια στην φροντίδα υγείας, δεν υπάρχει προσανατολισμός του ασθενή στο σύστημα υγείας και συντονισμός στην παροχή των υπηρεσιών υγείας, υπάρχουν σαφείς και αυξανόμενες ανισότητες στον τομέα της υγείας, που αφορούν την κατάσταση της υγείας, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

#### 2.1.2 Εισαγωγή

Έτσι, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης σε γενικές γραμμές παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα στους ακόλουθους τομείς: στη διακυβέρνηση, με την υγειονομική περίθαλψη να είναι κατακερματισμένη σε πολλά σημεία, τόσο στην χρηματοδότηση όσο και στην παροχή, στο ύψος των ιδιωτικών δαπανών, συμπεριλαμβανομένων των «κάτω από το τραπέζι πληρωμών», που οδηγεί σε ένα οπισθοδρομικό σύστημα με μεγάλες κοινωνικοοικονομικές ανισότητες, στα φαινόμενα προκλητής ζήτησης υπηρεσιών και υπερβολικής κατανάλωσης, ιδίως των συνταγογραφούμενων φαρμάκων και των διαγνωστικών διαδικασιών, στην ανισοκατανομή του υγειονομικού δυναμικού, με πολλούς ειδικούς

γιατρούς και λίγους γενικούς/οικογενειακούς γιατρούς, στην ισχυρή παραδοσιακά νοσοκομειακή και εξειδικευμένη περίθαλψη, στην έλλειψη συνέχειας στη χάραξη πολιτικής και στην εφαρμογή των πολιτικών.

Η ΠΦΥ αποτέλεσε βασικό συστατικό στοιχείο όλων των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών που συντελέστηκαν στο σύστημα υγείας στη χώρα μας τα τελευταία 20 χρόνια (Polyzos et al., 2008). Ενώ, όμως, σε επίπεδο επιστημονικού διαλόγου, διατυπώθηκαν όλο αυτό το διάστημα προτάσεις που χαρακτηρίζονται από πληρότητα και επαρκή τεκμηρίωση των εκάστοτε προτεινόμενων σχεδίων, σε επίπεδο πολιτικής πρακτικής και ολοκλήρωσης παρατηρήθηκε ένας περιορισμός σε νομοθετικές παρεμβάσεις που έμειναν σε μεγάλο βαθμό ανενεργές. Επιπρόσθετα, μέχρι σήμερα, δεν έχει πραγματοποιηθεί μια συστηματική αξιολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ που έχουν παρασχεθεί από τα Κέντρα Υγείας, ενώ απουσιάζει η συστηματική έρευνα στην ΠΦΥ και οι επενδύσεις σε οικονομικούς και ανθρώπινους πόρους που θα πρέπει να τη συνοδεύουν. Το σημαντικότερο, η κοστολογική χαρτογράφηση της λειτουργίας της ΠΦΥ.

Σύμφωνα με τους Ν.3235/2004 και Ν.3918/2011 (ΦΕΚ 31, 02/03/2011, Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις) η ΠΦΥ παρέχεται από:

τα Κέντρα Υγείας του Ε.Σ.Υ. και τα περιφερειακά τους ιατρεία, τα Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., τις Μονάδες Υγείας του ΙΚΑ.ΕΤΑΜ (νυν ΕΟΠΥΥ), για τους ασφαλισμένους του ΙΚΑ.ΕΤΑΜ (νυν ΕΟΠΥΥ), από τους συμβεβλημένους με το ΙΚΑ.ΕΤΑΜ, τον ΟΑΕΕ και τον ΟΠΑΔ ιατρούς (νυν συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ), τις Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, άλλους φορείς που συνδέονται οργανωτικά ή λειτουργικά με τις υπηρεσίες του ΕΣΥ, ενώ, σύμφωνα με το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, η ΠΦΥ μπορεί να παρέχεται και από άλλους ιδιώτες ιατρούς, ανάλογα με τις ανάγκες που θα προκύψουν ανά γεωγραφική περιφέρεια και ειδικότητα, με σκοπό την απρόσκοπτη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων.

Η παραγωγή και η διανομή της φροντίδας γίνεται κατά κύριο λόγο μέσω ενός δικτύου από 200 περίπου Κέντρα Υγείας σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές, τα οποία αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των Νοσοκομείων, χωρίς να έχουν τη δυνατότητα αυτοδύναμου προϋπολογισμού, από ένα δίκτυο από Περιφερειακά Ιατρεία, που υπάγονται και λειτουργούν ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας (Πίνακας 4.3.1 - 4.3.2) και 250 περίπου πολυιατρείων του ΕΟΠΥΥ (πρώην ΙΚΑ) στις αστικές περιοχές. Το άτυπο αυτό δίκτυο θεωρείται ότι έχει στις περισσότερες περιπτώσεις ορθολογική χωροταξική κατανομή, καλή πυκνότητα ιατρικού δυναμικού και ικανοποιητικού επιπέδου τεχνολογία. Στα Κέντρα Υγείας

και στα Περιφερειακά Ιατρεία του ΕΣΥ το 2012 υπήρχαν περίπου 3.500 γιατροί, 2.300 νοσηλευτές και 2.500 λοιπό προσωπικό (στοιχεία Δεκεμβρίου 2012).

Αντίστοιχα στις μονάδες Υγείας του ΕΟΠΥΥ υπηρετούν 6.646 ιατροί, 2.983 άτομα νοσηλευτικό προσωπικό και 1.184 άτομα διοικητικό προσωπικό (στοιχεία Ιουνίου 2012). Ο ασφαλιστικός πληθυσμός των άλλων ταμείων που εντάχθηκαν στο ΕΟΠΥΥ, που δεν διέθεταν δικές τους υπηρεσίες υγείας, καλύπτονταν μέσω συμβάσεων με ιδιωτικά σχήματα και ιατρούς, χωρίς όμως να διασφαλίζεται η επάρκεια και η ποιότητα των υπηρεσιών.

**Πίνακας 3 - 4 Κατανομή Μονάδων ΠΦΥ ΕΣΥ και προσωπικού ανά ΔΥΠΕ (2011)**

Υ.Πε.	Πληθυσμός	Δομές ΠΦΥ ΕΣΥ	Υπηρετούντες Ιατροί/Δομή ΠΦΥ	Υπηρετούντες Νοσηλευτές/Δομή ΠΦΥ
1η ΑΤΤΙΚΗΣ	3.068.694 (28%)	17 (1%)	87 (2.83%)	179 (8%)
2η ΠΕΙΡΑΙΩΣ-ΑΙΓΑΙΟΥ	1.359.244 (12.40%)	207 (11%)	357 (11.62%)	271 (11%)
3η ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	1.972.123 (18%)	198 (11%)	381 (12.40%)	294 (12%)
4η ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ-ΘΡΑΚΗΣ	811.983 (7.40)	277 (15%)	641 (20.86%)	502 (21%)
5η ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ-ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	1.359.217 (12.40%)	352 (20%)	676 (22%)	450 (19%)
6η ΠΕΛ/ΣΟΥ-ΙΟΝ.ΝΗΣΩΝ-ΔΥΤ. ΕΛΛΑΔΑΣ-ΗΠΕΙΡΟΥ	1.791.628 (16.30%)	600 (33%)	792 (25.77%)	550 (23%)
7η ΚΡΗΤΗΣ	601.131 (5.50%)	150 (8%)	139 (4.52%)	129 (5%)
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>10.964.020</b>	<b>1.801</b>	<b>3.073</b>	<b>2.375</b>

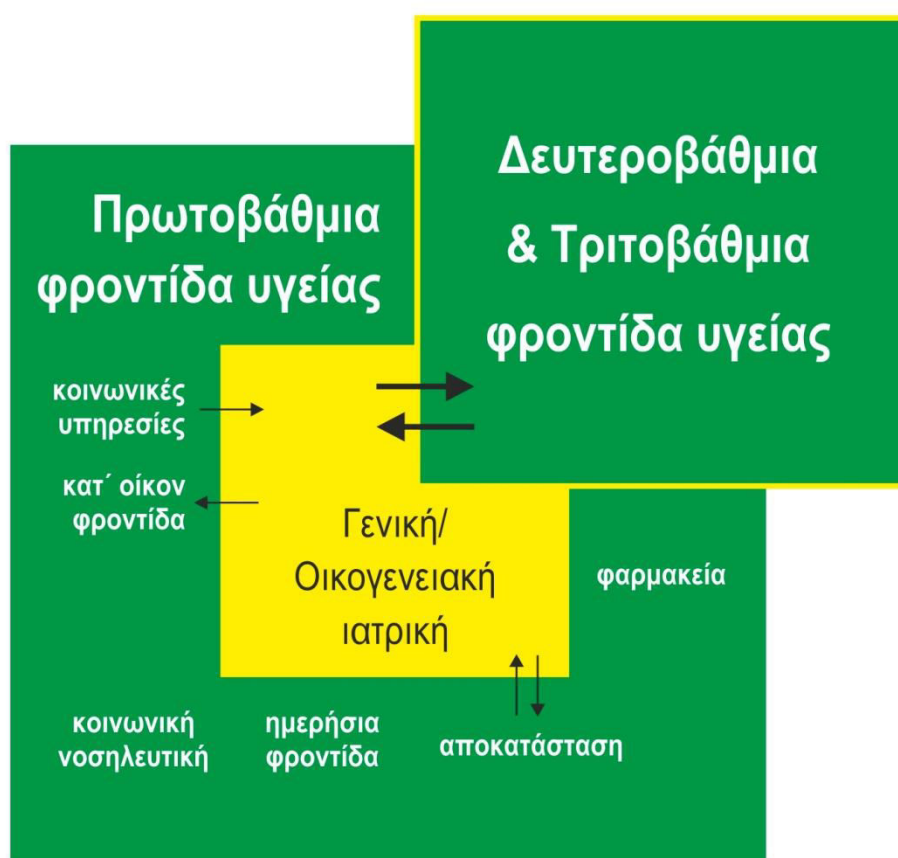
Δ.Υ.Πε.	ΚΥ	ΚΥΑΤ	ΠΠΙ	ΠΙ	ΕΠΙ	ΣΥΝΟΛΟ
1η ΑΤΤΙΚΗΣ	7 (3%)	2 (25%)	-	7 (0,5%)	1 (2%)	17 (1%)
2η ΠΕΙΡΑΙΩΣ-ΑΙΓΑΙΟΥ	25 (12%)	3 (38%)	37 (42%)	132 (9%)	10 (23%)	207 (11%)
3η ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	17 (8%)	-	3 (3%)	176 (12%)	2 (5%)	198 (11%)
4η ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ-ΘΡΑΚΗΣ	35 (17%)	2 (25%)	12 (13%)	223 (15%)	5 (12%)	277 (15%)
5η ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ-ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	33 (16%)	1 (13%)	15 (17%)	296 (20%)	7 (16%)	352 (20%)
6η ΠΕΛ/ΣΟΥ-ΙΟΝ.ΝΗΣΩΝ-ΔΥΤ. ΕΛΛΑΔΑΣ-ΗΠΕΙΡΟΥ	70 (35%)	-	20 (22%)	500 (34%)	10 (23%)	600 (33%)
7η ΚΡΗΤΗΣ	14 (7%)	-	2 (2%)	126 (9%)	8 (19%)	150 (8%)
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>201</b>	<b>8</b>	<b>89</b>	<b>1.460</b>	<b>43</b>	<b>1.801</b>



Σε ότι αφορά στον ιδιωτικό τομέα, υπολογίζεται ότι λειτουργούν περί τις 20.000 ιδιωτικά ιατρεία, 9.000 οδοντιατρεία, ενώ σύμφωνα με στοιχεία του 2000 οι ιδιωτικές μονάδες παροχής υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης ξεπέρασαν τις 400 (Κοντιάδης Ξ. Σουλιώτης Κ, 2005).

Βέβαια, στον ευρύτερο χώρο της ΠΦΥ ανήκουν και άλλες δομές όπως είναι το ΕΚΑΒ το οποίο παρέχει επείγουσα προνοσοκομειακή φροντίδα και οι διάφορες μονάδες κοινωνικής πρόνοιας όπως π.χ. το «Βοήθεια στο Σπίτι» (Σχήμα 4.3.1).

**Σχήμα 1:** Το δίκτυο υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα σήμερα



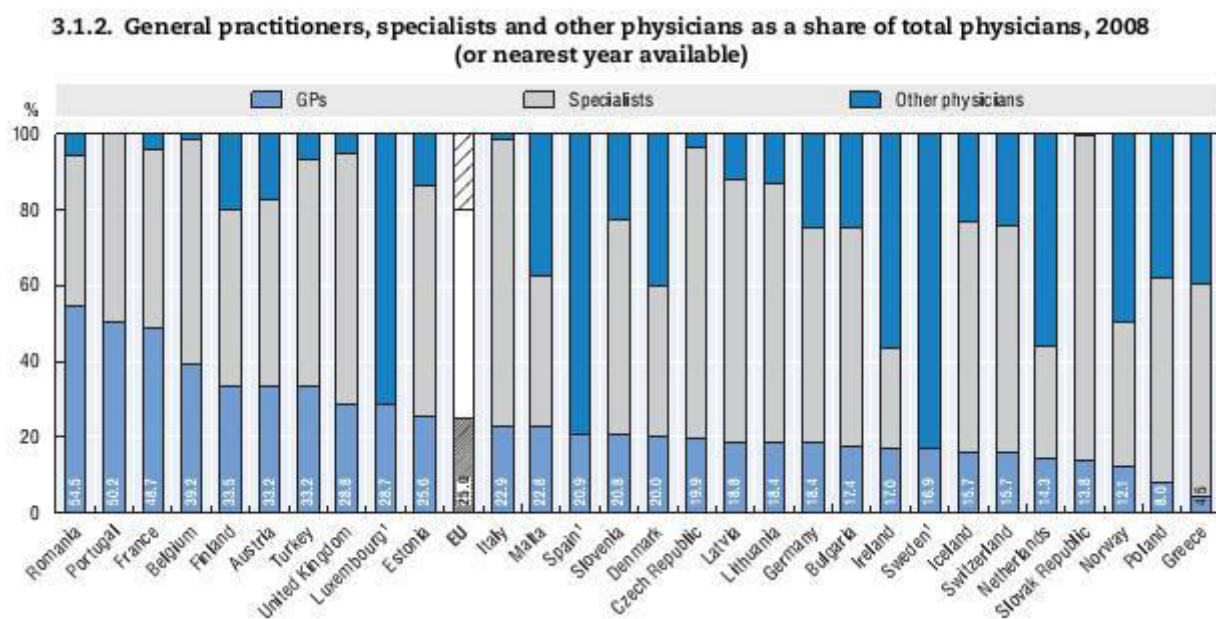
### 2.1.3. Τεχνικά χαρακτηριστικά του Συστήματος της ΠΦΥ στην Ελλάδα

- Πάνω από 200 Κ.Υ. (αγροτικού τύπου) του ΕΣΥ, με 3.100 γιατρούς (+1/2 γενικοί), 2.400 νοσηλευτές και 2.500 λοιπό προσωπικό (στοιχεία Δεκεμβρίου 2012).
- Πάνω από 300 πολυιατρεία του ΕΟΠΥΥ (πρώην ΙΚΑ), με 6.600 ιατρούς (περίπου 1/10 γενικοί), 3.000 άτομα νοσηλευτικό προσωπικό και 1.200 άτομα διοικητικό προσωπικό (στοιχεία Ιουνίου 2012).
- Πάνω από 200 συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ διαγνωστικά κέντρα και ιδιωτικές μονάδες, μεταξύ των οποίων υπηρετούν και λίγοι γενικοί γιατροί.
- Πάνω από 6.000 συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ γιατροί ειδικοτήτων (1/10 περίπου γενικοί), μεταξύ των οποίων υπηρετούν και γενικοί γιατροί (βλέπε επόμενο κεφάλαιο).
- Λοιπές ιδιωτικές υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής φροντίδας.

Είναι λοιπόν ζητούμενο πως από 16.000 γιατρούς, που κατ' ελάχιστο υπηρετούν στην ΠΦΥ ή έστω στη γενική εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (μεταξύ των οποίων 3.000 περίπου γενικοί γιατροί), 5.500 νοσηλευτικό προσωπικό (δυσαναλογία γιατρών και νοσηλευτών) και 4.000 περίπου λοιπό προσωπικό (πάνω από 25.000 συνολικά), δε λαμβάνονται οι υπηρεσίες που θα έπρεπε για τον πληθυσμό.

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

**Διάγραμμα 1** Οι γενικοί ιατροί και άλλοι ως ποσοστό του συνόλου των γιατρών (2008)



Πηγή: OECD, 2011

Παρά το θετικό βήμα της αποκέντρωσης και της περιφερειοποίησης της διοίκησης του συστήματος υγείας, τα Κέντρα Υγείας παρέμειναν υποβαθμισμένα, χωρίς την πρόπωση στελέχωση, χωρίς δικτύωση, χωρίς πόρους (αποτέλεσμα της μη ενεργούς συμμετοχής της Τοπικής Αυτοδιοίκησης). Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι εν πολλοίς ανεκπαίδευτο, σε ρόλους παραδοσιακούς και περιορισμένους και χωρίς υποστήριξη (Markaki, 2006). Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, ως πρώτο σημείο αναφοράς στις υγειονομικές υπηρεσίες, παραμένει ανύπαρκτος, παρόλο που έχουν διατυπωθεί σοβαρές προτάσεις (Souliotis and Lionis, 2005). Ανύπαρκτη επίσης είναι και η συμμετοχή της κοινότητας στο σύστημα, παρόλο που ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας τονίζει ήδη από τη Διακήρυξη της Άλμα Άτα, αλλά πολύ περισσότερο σήμερα (WHO, 2002, 2008), **με ιδιαίτερη έμφαση το ρόλο της κοινότητας** σε όλα τα επίπεδα αποφάσεων που έχουν σχέση με την υγεία. Ειδικότερα, για το θεσμό και το ρόλο του οικογενειακού ιατρού είναι χαρακτηριστικές οι παρακάτω αναφορές στην σχετική με την ΠΦΥ ελληνική νομοθεσία (Γιανασμίδης Α και Τσιαούση Μ, 2012):

Στο σχέδιο νόμου του 2008 ο οικογενειακός ιατρός μπορεί να είναι ιδιώτης ιατρός ή ιατρός του ΕΣΥ και να πληρώνεται κατά πράξη από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, μέσω ηλεκτρονικής κάρτας και με βάση τα πρωτόκολλα ιατρικών εξετάσεων και φαρμάκων.

## 2.1.4 Προβλήματα και Αδυναμίες της ΠΦΥ στην Ελλάδα

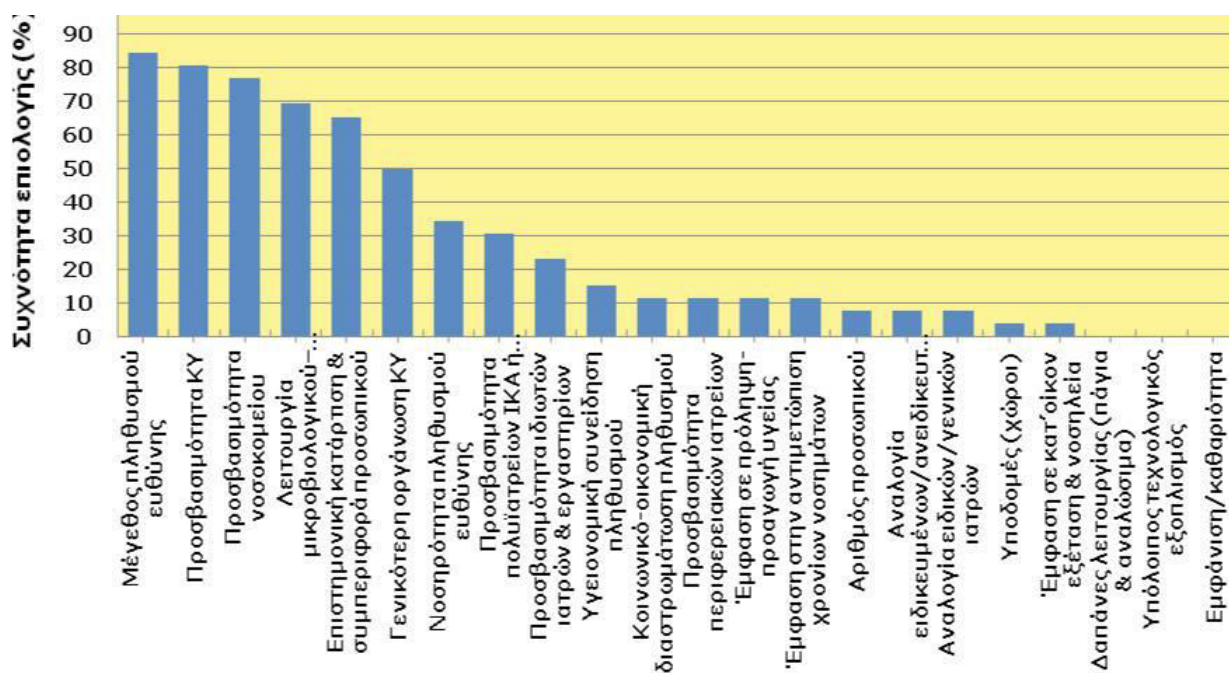
Σχετικά με τη ζήτηση των υπηρεσιών ΠΦΥ, τα δεδομένα των μελετών καταγράφουν τις παρακάτω τάσεις:

- Στις αγροτικές περιοχές της χώρας, στις οποίες κατοικεί το 30% περίπου του πληθυσμού, η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται κυρίως από τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά τους Ιατρεία και από ιδιώτες ιατρούς και διαγνωστικά εργαστήρια, συμβεβλημένους ή μη με τα ασφαλιστικά ταμεία.
- Στις αστικές περιοχές, στις οποίες κατοικεί το 70% περίπου του πληθυσμού, η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται κυρίως από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τις μονάδες υγείας των ασφαλιστικών ταμείων και των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης και από ιδιώτες ιατρούς και διαγνωστικά εργαστήρια, συμβεβλημένους ή μη με τα ασφαλιστικά ταμεία.

Διάγραμμα 2. Όγκος Περιστατικών



**Διάγραμμα 3.** Παράγοντες που συμβάλλουν περισσότερο στη χρήση των υπηρεσιών υγείας από τα Κ.Υ.



Αν και μέχρι σήμερα δεν έχει πραγματοποιηθεί μια συστηματική αξιολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αυτές μοιάζει να παρουσιάζουν τα παρακάτω γενικά χαρακτηριστικά:

Πληθώρα φορέων και απουσία συντονισμού και λειτουργικής διασύνδεσης μεταξύ τους (Κέντρα Υγείας, Περιφερικά Ιατρεία, Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείων, Ιατρεία ΙΚΑ και λοιπά ασφαλιστικών ταμείων, Ιδιωτικά Ιατρεία και Διαγνωστικά Κέντρα)

Τα Ασφαλιστικά Ταμεία να παράγουν από μόνα τους υπηρεσίες υγείας, αντί να τις αγοράζουν, με ανισορροπίες μεταξύ προσφοράς και ζήτησης παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και με συχνά τα φαινόμενα της «προκλητής ζήτησης» υπηρεσιών φροντίδας υγείας, του «κόστους χρόνου» που υποχρεούνται να καταβάλουν οι ασφαλισμένοι με το σύστημα των ραντεβού και τις αυξημένες ιδιωτικές δαπάνες υγείας.

Περιορισμένη χρονική διαθεσιμότητα των υπηρεσιών στους πολίτες, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα, με την απουσία Αστικών Κέντρων Υγείας ή Δικτύων ΠΦΥ, καθώς και της μη καθιέρωσης του θεσμού του οικογενειακού ιατρού.

Έλλειψη μηχανισμού παραπομπών και απουσία συστήματος προσανατολισμού των πολιτών στο σύστημα υγείας.

Για τις παρεχόμενες από τις Μονάδες Υγείας του ΕΣΥ υπηρεσίες ΠΦΥ εντοπίζονται τα εξής:

- I. Απουσία συστηματικής καταγραφής επισκέψεων και τήρησης ιατρικού φακέλου, με αποτέλεσμα έλλειψη ολοκληρωμένης και αξιόπιστης καταγραφής στοιχείων που αφορούν τις παρεχόμενες υπηρεσίες στην ΠΦΥ.
- II. Απουσία στοιχείων για την ακριβή εικόνα του πληθυσμού ευθύνης, αλλά και στοιχείων για τα συνήθη νοσήματα και τις αιτίες θανάτου.
- III. Αποκλειστική απασχόληση στην περίθαλψη, χωρίς πρακτικές οδηγίες/κατευθυντήριες γραμμές και απορρόφηση στη συνταγογράφηση.
- IV. Παροχή περιορισμένων υπηρεσιών βραχείας νοσηλείας και μικρή συμμετοχή στην παροχή φροντίδας στο σπίτι.
- V. Απουσία συστηματικών και διαχρονικών παρεμβάσεων με στόχο την πρόληψη συγκεκριμένων χρόνιων νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού.
- VI. Αδυναμία διάγνωσης ψυχικών διαταραχών και άλλων «κρυμμένων» νοσημάτων της κοινότητας.
- VII. Απουσία οδηγιών για τη διαχείριση των συχνών νοσημάτων στην ΠΦΥ, με αποτέλεσμα ανεπαρκή ρύθμιση ασθενών με χρόνια νοσήματα και πολυφαρμακία.
- VIII. Απουσία διοικητικής και οικονομικής αυτοτέλειας και ανεξαρτησίας, με προβλήματα στελέχωσης και εξοπλισμού.

Έλλειψη οδηγιών παροχής υγειονομικών υπηρεσιών που στοχεύουν στην πρόληψη της νοσολογίας και την προαγωγή της υγείας με διαδικασίες πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης.

Ειδικότερα, στον τομέα της παροχής υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής της υγείας, τα αποτελέσματα μιας έρευνας του δικτύου EUROPREV (European Review Group on Health Promotion and Prevention in Family Medicine and General Practice), που διενεργήθηκε με τη μέθοδο της ταχυδρομικής αποστολής ερωτηματολογίων, με τη συμμετοχή 11 χωρών συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας και 2.082 συνολικά γενικών ιατρών, κατέδειξαν ότι οι Έλληνες γενικοί γιατροί: στο σύνολο τους σχεδόν γνώριζαν τη σημασία των σχετικών δραστηριοτήτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας το 61,3% απάντησαν ότι είναι δύσκολη η εφαρμογή στην καθημερινή κλινική πρακτική δραστηριοτήτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας κυρίως λόγω φόρτου εργασίας, δυσκολίας προσέγγισης των ασθενών και ανεπαρκούς εκπαίδευσης είναι οι λιγότερο αποτελεσματικοί στη διαχείριση των παραγόντων κινδύνου.

Οι μέχρι σήμερα εφαρμοζόμενες πρακτικές στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ από τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης (Φ.Κ.Α.) παρουσιάζουν τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

Ανεξέλεγκτη παροχή πληθώρας εργαστηριακών, παρακλινικών και κλινικών εξετάσεων, χωρίς ποτέ να έχει αξιολογηθεί η συμβολή τους στη μείωση της νοσηρότητας ή τη βελτίωση των δεικτών υγείας των ασφαλισμένων του.

Χωρίς οργάνωση, αποσπασματική, άκαιρη και συχνά ελλιπής παροχή ουσιωδών και τεκμηριωμένης αποτελεσματικότητας διαγνωστικών μεθόδων πρόληψης (για παράδειγμα Pap-test, μαστογραφία).

Απουσία συγκεντρωτικής κλινικής αξιολόγησης και καταγραφής των αποτελεσμάτων των εξετάσεων με σκοπό την ενημέρωση και κατεύθυνση του ασθενή, οργάνωση και συστηματοποίηση της αντιμετώπισής του.

Εφαρμογή κυρίως κατά πράξη συστήματος αμοιβής, το οποίο σε συνδυασμό με την πληθώρα παρόχων ΠΦΥ και την πλήρη ασφαλιστική κάλυψη δημιούργησε προκλητή ζήτηση.

Οι παραπάνω ελλείψεις και προβλήματα έχουν επιπτώσεις στην σπατάλη πόρων, την αστοχία του παραγόμενου έργου, την έλλειψη ικανοποίησης των ασφαλισμένων, και τη διαμόρφωση συνθηκών πολύμορφης εκμετάλλευσης από ποικίλους παράγοντες.

Είναι βέβαιο, ότι η αναδιοργάνωση της ΠΦΥ θα επέτρεπε: έλεγχο του κόστους περιορισμό του φαινομένου της άσκοπης προσφυγής στα νοσοκομεία, στα οποία πολλές φορές και κυρίως λόγω της ελλιπούς χρονικής διαθεσιμότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ, παρέχονται φροντίδες για τις οποίες δεν απαιτούνται νοσοκομειακές δομές.

Οργανωτικές και λειτουργικές αδυναμίες του συστήματος ΠΦΥ:

Όπως γίνεται αντιληπτό η εικόνα που παρουσιάζει το σύστημα ΠΦΥ στην Ελλάδα δεν είναι ιδιαίτερα θετική. Η ανταποκρισιμότητα των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα του δημοσίου τομέα στις προσδοκίες του πληθυσμού είναι χαμηλή, ειδικά σε ότι αφορά την επικοινωνία και την έγκαιρη προσοχή. Επιπλέον, η νοσοκομειοκεντρική κατεύθυνση των δημοσίων δαπανών υγείας, ωθεί τους χρήστες σε ιδιωτικούς φορείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης και αυξάνει κατά συνέπεια τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας, σε σημείο που να πλησιάζει τα αντίστοιχα ποσοστά ιδιωτικών συστημάτων υγείας. Η χαμηλή ικανοποίηση των χρηστών και η δυσαρέσκεια η οποία διαπιστώνεται στον πληθυσμό οφείλεται κυρίως στο υψηλό κόστος χρόνου (ΕΣΔΥ, 2006) και στις γραφειοκρατικές διαδικασίες, που καθιστούν δυσχερή την πρόσβαση στις υπηρεσίες, καθώς και στη χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, η οποία είναι απόρροια αφενός της έλλειψης μηχανισμών ποιοτικού ελέγχου και διασφάλισης της ποιότητας και αφετέρου της παρουσίας προβλημάτων που

σχετίζονται με το ξενοδοχειακό περιβάλλον και τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας (Κυριόπουλος Γ. και συν., 2000).

Ο κατακερματισμός των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας σε διάφορους Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης, οι οποίοι λειτουργούν με διαφορετικό λειτουργικό πρότυπο, χρηματοδοτικό πλαίσιο και διαφορετική έκταση παροχών τόσο σε είδος όσο και σε ποιότητα, εντείνει την ανισότητα μεταξύ των προσφερόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ, ενώ δημιουργούνται και διαφοροποιήσεις στον όγκο και την ποιότητα των φροντίδων που λαμβάνουν οι χρήστες διαφορετικών δομών πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Κοντιάδης Ξ. Σουλιώτης Κ. 2005). Οι εκτεταμένες αυτές διαφοροποιήσεις μεταξύ των δομών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποτελούν τη βάση μεγάλων ανισοτήτων που εκφράζονται ποσοτικά με την κατά κεφαλήν κατανάλωση στην ιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη και στο κόστος των υπηρεσιών υγείας. Εννοείται ότι το πλαίσιο αυτό λειτουργίας δεν ευνοεί σε καμία περίπτωση την άσκηση προληπτικής ιατρικής και προγραμμάτων προαγωγής της υγείας και κοινωνικής φροντίδας.

Η υψηλή επιβάρυνση των νοικοκυριών για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, εκφράζει τις ατέλειες τόσο ποιοτικές όσο και ποσοτικές, της δημόσιας υποδομής με χαρακτηριστικότερη την περίπτωση της οδοντιατρικής φροντίδας, για την οποία όπως έχει ήδη αναφερθεί, η δημόσια χρηματοδότηση έχει έναν πολύ υποτυπώδη ρόλο (Σουλιώτης Κ. 2002). Ακόμα, το ιδιαίτερα χαμηλό ποσοστό δημοσίων δαπανών για την πρωτοβάθμια φροντίδα, αντανακλά και την κυριαρχία του ιδιωτικού τομέα στις υπηρεσίες αυτές, ο οποίος ουσιαστικά ανταποκρίνεται σε μια ακάλυπτη ζήτηση.

Παρά το γεγονός ότι από τη σύσταση ακόμα του συστήματος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα με το Ν.1397/1983, είχε καθοριστεί το πλαίσιο μέσα στο οποίο θα λειτουργούσαν τα Κέντρα Υγείας, η σημερινή πραγματικότητα απέχει από αυτό το στόχο. Πολύ λίγα κέντρα υγείας κατόρθωσαν να αναπτύξουν τις δραστηριότητες που προβλέπονταν για τη λειτουργία τους. Τα περισσότερα από αυτά περιορίστηκαν στην κλασική ιατρική περίθαλψη και στην οδοντιατρική φροντίδα.

*Σημαντική αδυναμία του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι η απουσία διαμορφωμένης πολιτικής προτεραιοτήτων για τις προσλήψεις βασισμένη στις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού και τους στόχους που έχουν τεθεί. Ως εκ τούτου, παρατηρούνται φαινόμενα κενών θέσεων στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας ή καταστάσεις όπου οι ειδικότητες δεν ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες. Η έλλειψη ορθολογικής πολιτικής προσλήψεων εξανεμίζει και τις όποιες δυνατότητες αποδοτικής χρήσης των περιορισμένων οικονομικών πόρων.*



Επιπρόσθετα, η δυνατότητα των ασθενών, να απευθύνονται χωρίς κανέναν περιορισμό σε όλες τις υπηρεσίες υγείας των ασφαλιστικών φορέων και του ΕΣΥ, εκτός από τη συμμόρφωση τεχνολογικά και ποιοτικά προηγμένων υπηρεσιών δημιουργεί και ένα επιπλέον πρόβλημα, την ασυνέχεια στη φροντίδα, δεδομένου μάλιστα ότι δεν υλοποιήθηκε η ρύθμιση για την τήρηση του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου.

#### 2.1.5 Οι Τοπικές Μονάδες Υγείας

Τη συγκρότηση Τοπικών Ομάδων Υγείας (TOMY) προβλέπει τροπολογία που κατατέθηκε πρόσφατα στη Βουλή, από τους υπουργούς Υγείας και Οικονομικών, με στόχο την αναβάθμιση και διεύρυνση του έργου των δημοσίων δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) και των αποκεντρωμένων μονάδων τους.

Σύμφωνα με την αιτιολογική έκθεση της τροπολογίας, «οι TOMY συνιστούν τη βασική μονάδα παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και η συγκρότησή τους είναι το πρώτο βήμα μιας μεταρρύθμισης που στοχεύει στην ποιοτική αναβάθμιση και ποσοτική επέκταση (ως προς το ποσοστό του καλυπτόμενου πληθυσμού) του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας».

Έργο των TOMY είναι η παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (προαγωγή, πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία). Σύμφωνα με την προωθούμενη διάταξη, κάθε TOMY θα έχει στην ευθύνη του πληθυσμό 10.000-12.000 κατοίκων, ενώ σε ειδικές περιπτώσεις (νησιά, ορεινοί πληθυσμοί) μπορεί ο πληθυσμός ευθύνης των TOMY να είναι μεγαλύτερος ή μικρότερος από 10.000-12.000 κατοίκους.

Οι TOMY θα στελεχωθούν από επαγγελματίες υγείας και λοιπό προσωπικό και στο καθένα θα υπάρχει τουλάχιστον ένας γιατρός Γενικής Ιατρικής ή Παθολογίας ή Παιδιατρικής, ένας τουλάχιστον νοσηλευτής ή επισκέπτης υγείας και ένας τουλάχιστον απασχολούμενος ως διοικητικό προσωπικό.

## 2.2 Σύστημα Υγείας Σουηδίας

### 2.2.1 Περίληψη

Το Σουηδικό σύστημα υγείας είναι ένα σύστημα καθολικής κάλυψης και δημόσιας χρηματοδότησης, το οποίο καθορίζεται και λειτουργεί αποκεντρωμένα σε διακριτά επίπεδα, το τοπικό, το περιφερειακό και το εθνικό, με συγκεκριμένες και διαφορετικές λειτουργίες και με μεγάλες αρμοδιότητες στους **δήμους**.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από μείγμα Κρατικών και ιδιωτικών μονάδων, οι οποίες έχουν κατά βασικό λόγο δημόσια χρηματοδότηση. Υπάρχει, εδώ και πολλές δεκαετίες, και λειτουργεί ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, ενώ υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής φροντίδας προσφέρονται τόσο από τις διάφορες ειδικότητες εκτός νοσοκομείου, όσο και από τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων- κρατικών νοσοκομείων. Στο πεδίο της ΠΦΥ λειτουργούν ποικίλες και πολυδιάστατες δημοτικές δομές, αλλά και πολλές ιδιωτικές. Οι γιατροί στις κρατικές δομές αμείβονται με μισθό, ενώ στον ιδιωτικό τομέα με συνδυασμό κατά κεφαλή και κατά ιατρική πράξη.

### 2.2.2 Οργάνωση του Συστήματος της ΠΦΥ

Ο Αρχιτεκτονικός σχεδιασμός του συστήματος υγείας της Σουηδίας οργανώνεται σε αντίστοιχα επίπεδα όπως και η γεωγραφική και περιφερειακή κατανομή της χώρας.

- I. Τοπικό,
- II. Περιφερειακό
- III. κεντρικό / εθνικό

τα οποία επιτελούν διαφορετικές λειτουργίες στο πεδίο της κοινωνικής προστασίας. Το υπουργείο υγείας λειτουργεί ως εγγυητής των επιπέδων κοινωνικής προστασίας και με αφετηρία το νόμο 1992 για την προστασία της υγείας και της κοινωνικής περίθαλψης, στον οποίο αναφέρεται ρητά η ευθύνη του κράτους για την προστασία του πολίτη, ενώ συγχρόνως αναγνωρίζεται και η ελευθερία των περιφερειακών και τοπικών αρχών να προασπίζουν την υγεία και τη φροντίδα του συνόλου των πολιτών.

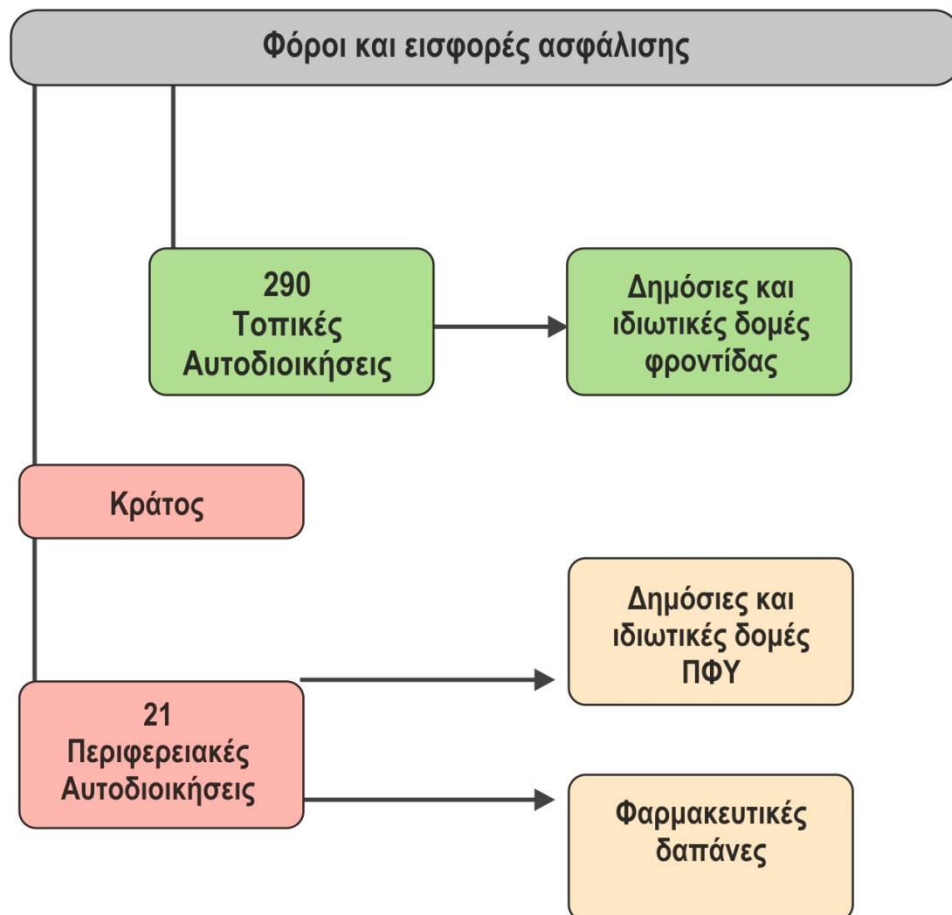
Η φροντίδα της υγείας ενισχύεται κεντρικά από οκτώ δημόσιους φορείς που φροντίζουν για τη διασφάλιση της ποιότητας και της λειτουργικής οργάνωσης της ΠΦΥ.

Πρόκειται στην ουσία για κρατικά όργανα που δραστηριοποιούνται σε επιμέρους τομείς και δράσεις της κοινωνικής προστασίας. Το σημαντικότερο όργανο είναι το **Εθνικό Συμβούλιο για την υγεία και την κοινωνική προστασία**.

Στη βασική λειτουργία του συστήματος υγείας κεντρικό ρόλο επιτελούν οι Περιφερειακές και δημοτικές αρχές καθότι δίδεται η δυνατότητα καινοτομίας στις πολιτικές που επιλέγουν να διαδραματίσουν. Η συνεργασία και συλλειτουργία με το κράτος και τους κεντρικούς φορείς έχει μοναδικό χαρακτήρα αφού οι κεντρικοί άξονες της πολιτικής και η φύση του συστήματος ρυθμίζονται κεντρικά από την κεντρική διοίκηση. Αυτό που θα πρέπει να επισημανθεί πέραν όλων των ανωτέρω είναι τα συγκριτικά πλεονεκτήματα που παρουσιάζει η εν γένει λειτουργία του συστήματος από τις επιμέρους περιφερειακές πολιτικές της τοπικής αυτοδιοίκησης που αναδεικνύονται από τις προοπτικές του συστήματος. Η

προσαρμογή των πολιτικών της ΠΦΥ κλειδώνουν σε απόλυτο μέγεθος στις ανάγκες παρεχομένων υπηρεσιών υγείας των δημοτών.

**Διάγραμμα 4:** Η Αρχιτεκτονική δομή & οι Χρηματοδοτικές ροές της Σουηδικής ΠΦΥ



## 2.3 Σύστημα Υγείας Ισπανίας

### 2.3.1 Περίληψη

Το σύστημα υγείας της Ισπανίας έχει δημόσιο και καθολικό χαρακτήρα, με σαφή διάκριση μεταξύ της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Η γεωγραφική δομή της χώρας διαθέτει μία κεντρική κυβέρνηση και 17 αυτόνομες περιφέρειες με ανεξάρτητες κυβερνήσεις, στο πλαίσιο των κρατιδίων, και το σύστημα υγείας είναι αποκεντρωμένο σε αυτή τη βάση. Η παροχή όλων των βαθμίδων υπηρεσιών υγείας είναι δωρεάν σε όλους τους κατοίκους, μη εξαιρουμένων των μεταναστών. Η αυτονομία των περιφερειακών συστημάτων συμπεριλαμβάνει τόσο την είσπραξη εσόδων όσο και τη διαχείρισή τους, ενώ το Κεντρικό Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Πολιτικής (MSPS) διατηρεί την αρμοδιότητα σε θέματα συντονισμού και στρατηγικής σημασίας.

Το σύστημα χρηματοδοτείται εξ' ολοκλήρου από τον τακτικό προϋπολογισμό των αυτόνομων διοικητικά περιοχών μέσω της φορολόγησης, από χρηματοδοτήσεις της κεντρικής κυβέρνησης και κατά ένα μικρό ποσοστό από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης των δημοσίων υπαλλήλων και από τους ίδιους τους ασθενείς.

Οι αυτόνομες, διοικητικά, περιφέρειες διαιρούνται με βάση δημογραφικά αλλά και γεωγραφικά κριτήρια σε περιοχές υγείας, στις οποίες αντιστοιχίζονται τα νοσοκομεία και οι λοιπές μονάδες δευτεροβάθμιας & τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι περιοχές αυτές υποδιαιρούνται σε βασικές ζώνες υγείας στις οποίες αντιστοιχίζονται μονάδες παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας κάθε δομή υπογράφει ένα ετήσιο προγραμματικό συμβόλαιο με το εθνικό περιφερειακό σύστημα υγείας με κριτήρια καθορισμού τη δημογραφική διάρθρωση, τον υγειονομικό πληθυσμό και καθορισμένους στόχους και δράσεις πρόληψης και προαγωγής της υγείας των πολιτών. Ο τελικός συνολικός προϋπολογισμός αποτελεί στοιχείο διαπραγμάτευσης – διαβούλευσης με την περιφερειακή αρχή, η οποία προσαρμόζει την χρηματοδοτική της πολιτική στους στόχους που η ίδια θέτει.

### 2.3.2 Οργάνωση του Συστήματος της ΠΦΥ στην Ισπανία

Η Ισπανία διοικείται από μία γενική-κεντρική κυβέρνηση και 17 γεωγραφικές περιφέρειες, οι οποίες διαθέτουν μέγιστο βαθμό αυτονομίας, δικά τους κυβερνητικά 7 διοικητικά όργανα και κοινοβούλια. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ισπανίας έχει καθολικό χαρακτήρα για το σύνολο του πληθυσμού και καλύπτει ακόμα και τους μη νόμιμους μετανάστες. Η παροχή υπηρεσιών υγείας, και των τριών βαθμίδων, είναι δωρεάν στον τόπο εξυπηρέτησης, εξαίρεση αποτελεί η φαρμακευτική δαπάνη για πολίτες κάτω των 65 ετών, όπου υπάρχει συμμετοχή σε ποσοστό 40%. Οι αρμοδιότητες των υπηρεσιών υγείας μεταβιβάστηκαν ολοκληρωτικά σε περιφερειακό επίπεδο το 2002, οπότε και νομοθετήθηκαν 17 περιφερειακά Υπουργεία Υγείας, με την συνολική ευθύνη της οργάνωσης και της παροχής υπηρεσιών υγείας στην περιοχή της αρμοδιότητάς τους. Η νομοθετημένη αυτονομία των περιφερειακών συστημάτων αφορά στις δαπάνες αλλά και στην είσπραξη εσόδων. Το Υπουργείο Υγείας και

Κοινωνικής Πολιτικής (MSPS) της κεντρικής κυβέρνησης συντηρεί την αρμοδιότητα μόνο σε ορισμένα θέματα στρατηγικής σημασίας, όπως οι διατάξεις για τα φαρμακευτικά θέματα, και λειτουργεί ως καθοριστικός εγγυητής της ισότητας στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας σε όλη τη χώρα. Στο ανώτερο διοικητικό όργανο (SISNS) συμμετέχουν και οι 17 περιφερειακοί υπουργοί και έχουν πρόεδρο τον εθνικό υπουργό.

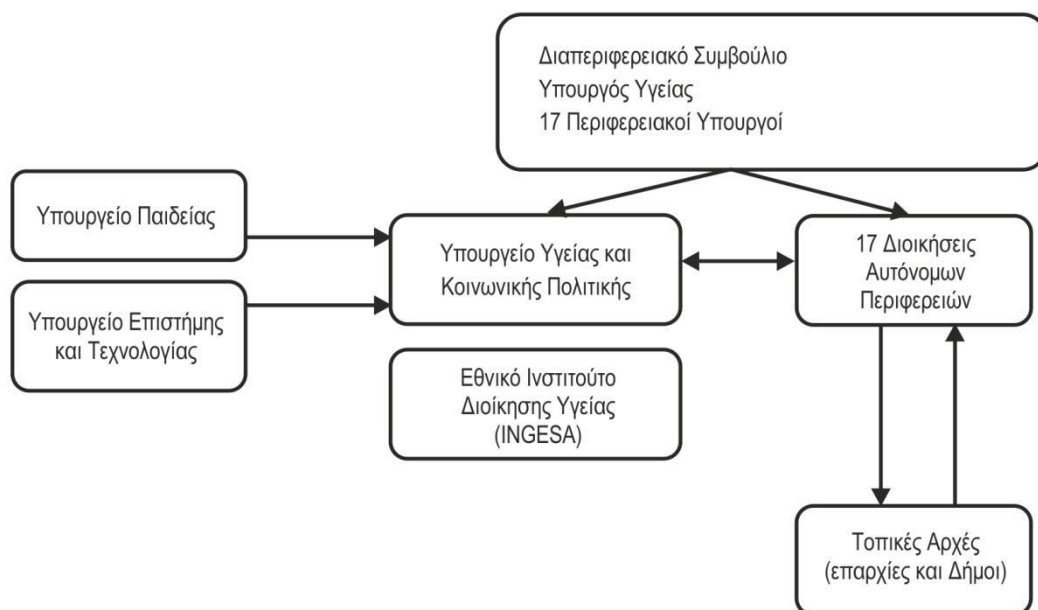
Η λήψη των αποφάσεων στο όργανο αυτό λαμβάνεται με ομοφωνία, και στην περίπτωση του ορισμού αρμοδιοτήτων, που έχουν αποκεντρωθεί, μπορούν να παρέχουν συστάσεις. Τα περιφερειακά συστήματα υγείας, ως εκ' τούτου, έχουν την αρμοδιότητα τόσο της χάραξης της πολιτικής υγείας όσο και της παροχής υπηρεσιών υγείας σε τοπικό επίπεδο. Σχεδόν σε όλες τις περιφέρειες λειτουργούν δύο ανεξάρτητα εκτελεστικά όργανα, με ευθύνη για την πρωτοβάθμια τη δευτεροβάθμια αλλά και την τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, αντίστοιχα. Παρατηρείται τελευταία η τάση της δημιουργίας ενιαίων διοικητικών μονάδων που συμπεριλαμβάνουν και την πρωτοβάθμια αλλά και τη δευτεροβάθμια φροντίδα. Οι μικρότερες υγειονομικά διοικητικές ομάδες του συστήματος τάζονται γύρω από τις ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας, οι οποίες υπάρχουν ως gatekeepers του συστήματος.

Τις βασικές αρχές και τον γενικό συντονισμό, την ευθύνη των οποίων έχει η κεντρική κυβέρνηση, επικεντρώνεται στη θέσπιση προτύπων που καθορίζουν τις απολύτως αναγκαίες συνθήκες και απαιτήσεις, με αντικειμενικό στόχο τη βασική ισότητα στη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας της κεντρικής κυβέρνησης. Εδώ περιλαμβάνονται η παροχή των οικονομικών πόρων και των συστημάτων αλληλεξάρτησης που δεσμεύουν την αμοιβαία ανταλλαγή πληροφοριών, και την δράση της κεντρικής κυβέρνησης και των τοπικών αρχών αναφορικά με τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας κατά την ενάσκηση των αρμοδιοτήτων που αντιστοιχούν σε αυτές .

Αναφορικά με την φαρμακευτική πολιτική, η κεντρική κυβέρνηση είναι υπεύθυνη για τη νομοθέτηση, την αδειοδότηση και καταγραφή όλων των φαρμάκων και των αντίστοιχων σκευασμάτων που απευθύνονται στους ανθρώπους αλλά και στα ζώα, τη διαχείριση της δημόσιας χρηματοδότησης και της τιμολόγησης φαρμάκων και προϊόντων υγείας, την εξασφάλιση της διαχείρισης ναρκωτικών ουσιών με βάση τα διεθνή πρότυπα, την επείγουσα εισαγωγή φαρμάκων από την αλλοδαπή που δεν έχουν λάβει ακόμα πλήρη άδεια εισαγωγής, τη διατήρηση δημόσιων στρατηγικών αποθεμάτων φαρμακευτικού και ιατρικού υλικού για επείγουσες καταστάσεις και φυσικές καταστροφές, και την απόκτηση και διανομή φαρμακευτικών και ιατρικών προϊόντων στο πλαίσιο της διεθνούς αναπτυξιακής συνεργασίας.

Ο δημόσιος χαρακτήρας του συστήματος υγείας στην Ισπανία αλλά και η αυτονομία των 17 περιφερειών δημιουργούν ένα ικανοποιητικό σύστημα υγείας στην υπηρεσία των πολιτών όλης της χώρας

**Διάγραμμα 5:** Η Αρχιτεκτονική δομή του συστήματος υγείας της Ισπανίας



## 2.4 Σύστημα Υγείας Γερμανίας

### 2.4.1 Περίληψη

Το Γερμανικό ασφαλιστικό σύστημα υγείας, αποτελεί για τους επαγγελματίες υγείας ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης θεμελιώδη πυλώνα, γνωστό ως μοντέλο Bismarck, ένα μοντέλο το οποίο συχνά αντιπαραβάλλεται και τοποθετείται απέναντι στο μοντέλου Beveridge, με αυθεντικό εκπρόσωπο το Βρετανικό NHS. Κύρια στοιχεία του Γερμανικού συστήματος υγείας αποτελεί η διαχείριση της υγείας από αυτόνομα και αυτοδιοικούμενα ταμεία υγείας, με πηγή χρηματοδότησης του κυρίως τις ασφαλιστικές εισφορές, οι οποίες υπολογίζονται με βάση το φορολογητέο εισόδημα των πολιτών που προέρχεται αποκλειστικά από την εργασία του ασφαλισμένου. Το σημαντικότερο χαρακτηριστικό του συστήματος υγείας είναι ο πρωτεύων ρόλος των γιατρών της εξωνοσοκομειακής φροντίδας και οι διαπραγματεύσεις, που πολλές φορές εξελίσσονται και σε συγκρούσεις με τα ταμεία υγείας για τα όρια του ύψος του προϋπολογισμού εξωνοσοκομειακής φροντίδας για το επόμενο έτος.

Το Γερμανικό σύστημα υγείας τα τελευταία 30 χρόνια έχει δεχτεί ένα μεγάλο νομοθετικό κύμα για την βελτίωση του, παρ' όλο που θα φανταζόταν κανείς ότι αυτό θα γινόταν εύκολα και χωρίς συγκρούσεις, οι ακρότητες και οι αρνητικές αντιδράσεις για την υιοθέτηση σύγχρονων μεθόδων λειτουργίας και αποτελεσματικότητας αποτέλεσαν καθημερινό φαινόμενο. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η εφαρμογή των DRG'S όπου ενώ στην

Ελλάδα εφαρμόστηκαν σε έξι (6) μήνες, παρ' όλες τις ατέλειες και τις τεχνικές δυσλειτουργίες στην εφαρμογή τους, στην Γερμανία η εφαρμογή τους διήρκησε εννέα (9) χρόνια.

Με τη μεταρρύθμιση του 2009 ιδρύθηκε το Κεντρικό Ταμείο Υγείας, διοικητικό όργανο στρατηγικής σημασίας στη εφαρμογή της χρηματοδότησης του συστήματος, με αποκλειστική ευθύνη τη συγκέντρωση όλων των εισφορών από τα ταμεία και στη συνέχεια την διανομή τους πίσω στα ταμεία, παίρνοντας υπόψη όχι απλά το αριθμητικό μέγεθος των ασφαλισμένων ανά ταμείο αλλά επιπρόσθετα και μια σειρά από άλλους παράγοντες (δημογραφικά, γεωγραφικά, επιδημιολογικά χαρακτηριστικά κ.ά.).

Οι μεταρρυθμίσεις, ιδιαίτερα από το 2000 και εφεξής, δημιούργησαν σταδιακά ένα νέο υγειονομικό περιβάλλον με την εισαγωγή εργαλείων μανάτζμεντ που διαμόρφωσαν ένα πλέγμα κινήτρων για τους βασικούς εκφραστές του δημόσιου συστήματος ασφάλισης υγείας. Το καινούργιο αυτό υγειονομικό περιβάλλον σε όρους χρηματοδότησης προσδιορίζεται από τη μεταφορά του οικονομικού βάρους και την υποκατάσταση της συλλογικής αλληλεγγύης στην ατομικότητα του ασθενή-ασφαλισμένου, με μειωμένη οικονομική συμμετοχή του εργοδότη, ενώ στο θέμα ρύθμισης της αγοράς εισήχθησαν δομικές αλλαγές που προωθούν και δημιουργούν ένα πολύ ανταγωνιστικό περιβάλλον και μια «αυτορυθμιζόμενη» αγορά υπηρεσιών υγείας. Για παράδειγμα, η δυνατότητα που είχαν πλέον οι ασφαλισμένοι να αλλάζουν πολύ εύκολα ασφαλιστικό ταμείο, έβαζε ακόμη και την ίδια την λειτουργία των ταμείων σε κίνδυνο, με ζωτικής σημασίας παράμετρο το ύψος των εισφορών. Ακόμη πιο πολλή τα κίνητρα ήταν τέτοια που ευνοούσαν τη δημιουργία καινοτόμων προγραμμάτων φροντίδας, αλλά και την ανανέωση των υποδομών και του εξοπλισμού σε συγκεκριμένους τομείς του συστήματος και σε εξειδικευμένες υπηρεσίες.

Οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν και τα μέτρα που ελήφθησαν, συνοδεύτηκαν από τμηματικούς προϋπολογισμούς, αλλά και μεγαλύτερη ελαστικότητα στα ασφαλιστικά ταμεία σε θέματα διαπραγματεύσεως με τους προμηθευτές. Για παράδειγμα, αυξήθηκε η δυνατότητα των ασφαλιστικών ταμείων να συνάπτουν συμβάσεις με ομάδες γιατρών που ιδιωτεύουν και όχι μόνο αποκλειστικά με τις ενώσεις των συνδεδεμένων με τα ταμεία γιατρών, οι οποίες ενώσεις μέχρι πρόσφατα ήταν το μονοπώλιο της εξωνοσοκομειακής φροντίδας στα ταμεία.

Το σύστημα υγείας της Γερμανίας είναι το παλαιότερο σύστημα στην Ευρώπη και η Γερμανία είναι η πρώτη χώρα που εισήγαγε εθνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στην Ευρώπη. Έχει την αφετηρία του το 1883 όταν η Βουλή με νόμο έκανε υποχρεωτική στους πολίτες την ασφάλιση υγείας. Αυτό το κοινωνικό ασφαλιστικό σύστημα βασίστηκε στις αρχές της κοινωνικής αλληλεγγύης αλλά και της ανταποδοτικότητας (pay as you go). Το μοντέλο χρηματοδότησης προερχόταν από εισφορές των εργοδοτών και εργαζομένων, που προέκυπταν αναλογικά επί του εισοδήματός τους.

#### 2.4.2 Η Οργάνωση του Συστήματος της ΠΦΥ

Το σύστημα υγείας της Γερμανίας διαμορφώνεται λειτουργικά σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο κοινωνίας των πολιτών με τους οργανισμούς που λαμβάνουν χώρα. Στα τρία αυτά επίπεδα υπάρχουν δομές αλλά και οργανισμοί αυτοδιοικούμενοι, στους οποίους έχουν εκχωρηθεί εξουσίες και αρμοδιότητες για τη χρηματοδότηση, την οργάνωση

και την παροχή των υπηρεσιών υγείας. Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης και οι ενώσεις των γιατρών, μαζί με το Κεντρικό Ταμείο Υγείας που λειτούργησε από το 2009, αποτελούν τους πυλώνες του συστήματος, οι οποίοι λειτουργούν μέσα στο ισχύον θεσμικό πλαίσιο και είναι αποκλειστικά υπεύθυνοι για τη χρηματοδότηση και την παροχή των υπηρεσιών υγείας. Οι δύο αυτές ομάδες φορέων μέσα από κοινές επιτροπές νομιμοποιούν το ρόλο τους και αποφασίζουν για το είδος του μείγματος των παρεχόμενων υπηρεσιών, τα στάνταρτ ποιότητας και τις τιμές και επιπλέον διαπραγματεύονται οριζόντια τα συμβόλαια για τις αμοιβές τους, τον έλεγχο και τις ποινές των μελών τους.

Η κεντρική κυβέρνηση καθορίζει το ρυθμιστικό πλαίσιο λειτουργίας των αυτοδιοικούμενων Ταμείων υγείας και των ενώσεων των προμηθευτών γιατρών. Σημαίνοντας σημασία ρόλο για τη χρηματοδότηση του συστήματος, με καταλυτικές επιπτώσεις στην ποιότητα, στο κόστος και στη διαφάνεια, έχει το Κεντρικό Ταμείο Υγείας που για πρώτη φορά λειτούργησε το 2009. Νευραλγικής σημασίας ρόλο έχει και η Ομοσπονδιακή Μεικτή Επιτροπή (Federal Joint Committee), στην οποία διαδραματίζουν αποκλειστικό ρόλο τα ταμεία υγείας, οι γιατροί και τα νοσοκομεία.

Στο ομοσπονδιακό επίπεδο καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει η Ομοσπονδιακή Βουλή, το Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας το Ομοσπονδιακό Συμβούλιο Κοινωνικής Ασφάλισης, με μια σειρά από συνδεδεμένους οργανισμούς όπως είναι το Ομοσπονδιακό Ινστιτούτο Ορών και Εμβολίων, Ομοσπονδιακό Ινστιτούτο Φαρμάκων και Ιατρικών Συσκευών, το Ομοσπονδιακό Κέντρο Εκπαίδευσης στην Υγεία, το Ομοσπονδιακό Ινστιτούτο Μεταδοτικών και μη Μεταδοτικών Νόσων, και το Γερμανικό Ινστιτούτο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης.

Στο μεσαίο επίπεδο (Länder level), οι 16 κυβερνήσεις των ομόσπονδων κρατιδίων αντιπροσωπεύονται, μέσω των τοπικών υπουργείων υγείας, με αρμοδιότητες σε θέματα δημόσιας υγείας, κρατικών νοσοκομείων, προαγωγής της υγείας, επαγγελματιών υγείας, φαρμακείων και φαρμακευτικών προϊόντων.

Στο κατώτερο επίπεδο λειτουργούν τα αυτόνομα ταμεία υγείας, με περίπου 72 εκατομμύρια ασφαλισμένους και περίπου 50 ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες που καλύπτουν τον υπόλοιπο πληθυσμό. Στο τέλος του 2003 λειτουργούσαν 292 ασφαλιστικά ταμεία υγείας, στις αρχές του 2008 περιορίστηκαν στα 206 και με την εφαρμογή και λειτουργία του Κεντρικού Ταμείου Υγείας μειώθηκαν χρόνο με τον χρόνο σε 136 το 2013 κυρίως μέσα από συγχωνεύσεις.

Οι επαγγελματίες υγείας λειτουργούν σε επίπεδο κρατιδίων ως επαγγελματικοί σύλλογοι (γιατρών, φαρμακοποιών, οδοντιάτρων, ψυχολόγων και κτηνιάτρων), που έχουν την **αποκλειστική ευθύνη της κατάρτισης, συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και διαπίστευσης**. Όλες οι ενώσεις των επαγγελματιών υγείας των επιμέρους κρατιδίων συγκροτούν στο σύνολο της γεωγραφικής επικράτειας τις Εθνικές Ενώσεις, όπως π.χ. τη German Medical Association. Αντίθετα, οι φυσιοθεραπευτές, οι νοσηλευτές και οι μαίες είναι οργανωμένες σε μια διευρυμένη ποικιλία από επαγγελματικούς οργανισμούς.

Στο επίπεδο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας οι γενικοί γιατροί δε λειτουργούν με κάποιο αυστηρό πλαίσιο. Όμως το 2005 τα ασφαλιστικά ταμεία προσέφεραν στους ασφαλισμένους την δυνατότητα να εγγραφούν σε κάποιο σχήμα οικογενειακής ιατρικής. Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη από όλες τις ειδικότητες παρέχεται βασικά από γιατρούς που εργάζονται προσωπικά, αν και από το 2004 επιτρέπεται η λειτουργία δομών



εξωνοσοκομειακής φροντίδας υπό τη μορφή πολυκλινικών και με μισθωτούς γιατρούς. Η επιλογή οποιασδήποτε ειδικότητας γιατρού πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι ελεύθερη και ο άρρωστος μπορεί να επισκεφθεί ένα γιατρό ειδικότητας χωρίς παραπεμπτικό, ενώ η ‘είσοδος’ στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων είναι εφικτή μόνο υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις.

Μέσα σε ένα καθορισμένο θεσμικό πλαίσιο τα ασφαλιστικά ταμεία συνάπτουν συμβάσεις με τους γιατρούς, φαρμακευτικές εταιρείες και τα νοσοκομεία. Για κάθε κατηγορία προμηθευτών ισχύουν οι διαφορετικοί κανόνες με τον καθοριστικό ρόλο των ταμείων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, με στοιχεία κρατικού παρεμβατισμού στην παρεχόμενη νοσοκομειακή φροντίδα και στοιχεία ελεύθερης αγοράς και ανταγωνισμού στον φαρμακευτικό τομέα.

**Οι τοπικές κυβερνήσεις η τοπική αυτοδιοίκηση είναι υπεύθυνες για τη συντήρηση των νοσοκομειακών υποδομών, τις παρεχόμενες υπηρεσίες δημόσιας υγείας, την προπτυχιακή εκπαίδευση των φαρμακοποιών και γιατρών, αλλά και το συντονισμό των δημόσιων υπηρεσιών υγείας.**

## 2.5 Σύστημα Υγείας Μεγάλης Βρετανίας

### 2.5.1 Περίληψη

Η Μεγάλη Βρετανία, εφάρμοσε από την δεκαετία του 40’ ένα ολοκληρωμένο, δημόσια χρηματοδοτούμενο σύστημα υγείας, που εξασφάλισε ίση πρόσβαση σε όλους τους πολίτες με βάση την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και κυρίως τους γενικούς γιατρούς, θεμελίωσε ένα εθνικό σύστημα υγειονομικής προστασίας.

Το Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης της Βρετανίας, γνωστό και ως μοντέλο Beveridge, αποτελεί το γνωστότερο εκπρόσωπο των δημόσιων εθνικών συστημάτων υγείας. Αποτέλεσε για πολλές δεκαετίες, αλλά και εν’ μέρει παραμένει και σήμερα, ένα μοντέλο – πρότυπο για αρκετά υγειονομικά συστήματα και ώθησε σε αρκετές μεταρρυθμιστικές προσπάθειες σε αρκετές χώρες, παρ’ όλο που τα τελευταία χρόνια έχει απολέσει μεγάλο μέρος από την παλιά του αίγλη.

Στοιχεία όπως κοινωνική αλληλεγγύη η ισότιμη και καθολική υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού αλλά και η έντονη κρατική δράση και παρέμβαση, διέπουν το σύστημα υγείας της Βρετανίας.

Η φιλοσοφία του κρατικού παρεμβατισμού, όπου το κράτος μεριμνά για την παροχή υπηρεσιών υγείας προς το σύνολο των πολιτών έχοντας ως βασική πηγή χρηματοδότησης τα έσοδα από τη φορολογία. Αυτά είναι τα δύο κυρίαρχα χαρακτηριστικά του, δομές δημόσιου χαρακτήρα δηλαδή με χρηματοδότηση μέσω του κρατικού προϋπολογισμού.

Το Βρετανικό εθνικό σύστημα λειτούργησε συνεχόμενα για μισό αιώνα με εξαιρετικά αποτελέσματα και σχετικά με χαμηλή χρηματοδότηση, παρουσίασε όμως σημάδια κόπωσης, με αρκετά μεγάλες λίστες αναμονής, απουσία ενός ανταγωνιστικού περιβάλλοντος, σύγχρονων μηχανισμών και διοικητικών εργαλείων σύγχρονου management, ενεργητικών κινήτρων και ελλιπή χρηματοδότηση που είχε ως αποτέλεσμα προβλήματα και δυσλειτουργίες του συστήματος .

Τη δεκαετία του '80 πάρθηκαν πολύ σημαντικά μέτρα με απώτερο στόχο τη συνεχή βελτίωση της αποδοτικότητας του συστήματος, κυρίως με την εισαγωγή του μανάτζμεντ στα νοσοκομεία, υιοθετώντας τις προτάσεις της υγειονομικής Επιτροπής υπό τον Sir Roy Griffiths (Griffiths,1983).

Θεμελιώδεις αλλαγές έγιναν τη δεκαετία του '90 με τον πολλή σαφή διαχωρισμό μεταξύ προμηθευτών και αγοραστών (purchaser provider split), τη δημιουργία της εσωτερικής αγοράς αλλά και της εισαγωγής του υγειονομικού ανταγωνισμού στο σύστημα. Σιγά σιγά εισάγονται σημαντικά αλλαγές, όπως είναι οι οικογενειακοί γιατροί που έχουν πλέον τον δικό τους προϋπολογισμό (GP fundholders) και από κοινού με τις District Health Authorities που συμβάλλονται με τους προμηθευτές για να ικανοποιούν τις ανάγκες υγείας των δικαιούχων. Το σύστημα υγείας που αφορά την ΠΦΥ την περίοδο αυτή υπηρετείται περίπου 40.000 γενικούς γιατρούς με μέσο όρο περί τους 1.510 ασθενείς ανά γιατρό. Σχεδόν το 60% των αποζημιώσεων προς τους γιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας καλύπτει τα λειτουργικά έξοδα των ιατρείων τους.

Από το 1997, ξεκίνησε ακόμη ένα κύμα μεταρρυθμίσεων που άλλαξε και πάλι την αρχιτεκτονική δομή του συστήματος. Στις σημαντικότερες αλλαγές περιλαμβάνεται α) η δημιουργία- η ίδρυση των Primary Care Trusts (PCTs), που έχουν ως κύριο ρόλο την διασφάλιση της φροντίδας υγείας *σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο* και β) η εισαγωγή νέων ειδών προμηθευτών, τα Foundation Trusts (FTs), με μεγαλύτερη διοικητική και οικονομική αυτονομία. Στο νέο αυτό περιβάλλον ο ιδιωτικός τομέας στην παροχή υπηρεσιών υγείας κάνει πιο αισθητή την παρουσία του, που καλύπτονται και χρηματοδοτούνται από το NHS.

Σε *περιφερειακό επίπεδο* και *τοπικό επίπεδο*, το Υπουργείο Υγείας δρα μέσα από τις 10 Διευθύνσεις Υγείας διοικητικού και στρατηγικού χαρακτήρα (Strategic Health Authorities, SHAs), με αρμοδιότητες που διασφαλίζουν την ποιότητα και απόδοση των υπηρεσιών υγείας στην περιοχή ευθύνης της κάθε μίας από τις περιοχές αυτές. Σε επίπεδο *τοπικής αυτοδιοίκησης* υπεύθυνοι διασφάλισης της παροχής υπηρεσιών υγείας είναι τα 151 Primary Care Trusts (PCTs), που καθένα από αυτά καλύπτει και μία γεωγραφική περιφερειακή περιοχή.

Οι υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονται από διαφορετικά υγειονομικά σχήματα, κυρίως μέσα την ειδικότητα των γενικών γιατρών (General Practitioners, GPs), συνήθως αυτοαπασχολούμενους στα δικά τους ιδιωτικά ιατρεία ή απασχολούμενους σε άλλα υγειονομικά σχήματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας.

### 2.5.2 Η Οργάνωση της ΠΦΥ στην Μεγάλη Βρετανία

Η οργάνωση του συστήματος υγείας της Μεγάλης Βρετανίας πρέπει να επισημάνουμε ότι αφορά μια διττή έννοια. Από τη μια αφορά τις σχέσεις μεταξύ παρόχων και μεταξύ εξυπηρετούμενων και παρόχων (και τανάπαλιν) και από την άλλη σε αυστηρές διοικητικές δομές και σχέσεις εντός του συστήματος. Αναφορικά με το πρώτο, όλο το Βρετανικό σύστημα έχει μετακινηθεί από τα τέλη της δεκαετίας του 80' από ένα σαφές σύστημα πυραμίδας, όπου ο πολίτης είχε μία μικρή ελαστικότητα στην επιλογή γενικού-

οικογενειακού γιατρού, αλλά πέρα αυτού ο εκάστοτε (γενικός) γιατρός πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είχε τη δυνατότητα να παραπέμπει τους ασθενείς του σε καθορισμένους φορείς δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας γεωγραφικά (σε μικρή χλμ απόσταση) και διοικητικά προσδιορισμένους.

Κυρίαρχος πυλώνας του όλου υγειονομικού συστήματος είναι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η οποία στο μεγαλύτερο βαθμό ασκείται μέσω της γενικής ιατρικής. Η ΠΦΥ στη Αγγλία παρέχεται από ένα μεγάλο εύρος επαγγελματιών υγείας, και από μία μεγάλη ποικιλία δομών σε διαφορετικές δράσεις και μορφές.

Αποτελεί την πύλη εισόδου με το σύστημα υγείας, το πρώτο σημείο επαφής του δημότη-ασθενή με το σύστημα υγείας, αν εξαιρέσουμε, στα έκτακτα και επείγοντα περιστατικά, τα ΤΕΠ των νοσοκομείων και τα NHS walk-in κέντρα, ενώ ταυτόχρονα έχει και ρόλο εποπτικό της πρόσβασης σε άλλες εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας και γιατρούς που προσφέρονται κατά κύριο λόγο από τα νοσοκομεία.

Πρωτεύων ρόλο στο σύστημα ΠΦΥ ασκεί ο Γενικός Γιατρός και δευτερευόντως οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας, όπως οι φυσιοθεραπευτές, οι φαρμακοποιοί, οι οδοντίατροι, κ.ά., αλλά και μια ποικιλία από διαφορετικές οντότητες υγειονομικής δράσης, όπως είναι οι κοινοτικές δομές, οι ΜΚΟ, οι δομές του εθελοντικού τομέα, κ.ά.

Η ευθύνη και ο συντονισμός για την παροχή των υπηρεσιών της ΠΦΥ ανήκει στα Primary Care Trusts (PCTs). Η δομή αυτή μεριμνά για την απρόσκοπτη διασφάλιση πρόσβασης σε κατάλληλη φροντίδα υγείας για τον πληθυσμό-δημότες που είναι εγγεγραμμένοι σ' αυτό. Αυτό επιτυγχάνεται αποκλειστικά μέσα από τις συνάψεις συμβολαίων και τις διαδικασίες σχεδιασμού με τους διαφορετικούς επαγγελματίες υγείας και τους διαφορετικούς οργανισμούς παροχών υγείας.

Η ΠΦΥ στην Αγγλία χρηματοδοτείται και προσφέρεται πρωτίστως από το NHS, υπάρχει όμως και ένα μικρό μέρος που χρηματοδοτείται τις ιδιωτικές πληρωμές και την ιδιωτική ασφάλιση και δίδεται από τον ιδιωτικό τομέα.

Οι Γενικοί Γιατροί, ομαδικά ή ατομικά, προσφέρουν διαγνωστικές, προληπτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες. Οι περισσότεροι είναι επαγγελματίες υγείας ανεξάρτητοι που συνάπτουν συμβάσεις με τα Primary Care Trusts, τα οποία ως αρχιτεκτονική δομή παρουσιάζουν ευρύτατη ποικιλία. Υπάρχουν κάποια PCTs που αποτελούνται αποκλειστικά από συμβεβλημένους γιατρούς, άλλα έχουν τους δικούς τους γενικούς & λοιπούς γιατρούς και άλλα είναι συμβεβλημένα με πολλές δομές του ιδιωτικού τομέα. Τα PCTs είναι αυτά που διατηρούν και τις λίστες με τους γιατρούς της περιοχής που έχουν το κανονιστικό δικαίωμα να παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας στο πλαίσιο του NHS.

Ακόμη πιο πολλή, σήμερα στην Αγγλία ειδικότερα η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δύναται να παρασχεθεί και από άλλες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας (π.χ. εξειδικευμένους νοσηλευτές κτλ) και είναι μόνιμα και παντού εξωνοσοκομειακή (Boyle, 2011).

***Σε όλη αυτή την υγειονομική προσπάθεια για αποτελεσματικότερη ΠΦΥ οι περιφέρειες και η τοπική αυτοδιοίκηση παίζουν καθοριστικό ρόλο σε τεχνικό και οικονομικό επίπεδο. Από την εκπαίδευση των στελεχών της υγείας μέχρι και την κτιριακή υποδομή σύγχρονων αστικού τύπου κέντρων υγείας.***

### Κεφάλαιο 3. Η πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Τοπική Αυτοδιοίκηση – Ανάλυση και Ερμηνεία των δράσεων ΠΦΥ στον Δήμο Κατερίνης

#### 3.1 Δημογραφικά & Γεωγραφικά Χαρακτηριστικά – Δήμος Κατερίνης

##### 3.1.1 Γεωγραφικά Χαρακτηριστικά

Ο Δήμος Κατερίνης είναι από τους τρεις δήμους της Περιφερειακής Ενότητας Πιερίας καταλαμβάνοντας το κεντρικό τμήμα του. Ο Δήμος αποτελεί τμήμα της Περιφέρειας Κ. Μακεδονίας (νότιο και κεντρικό τμήμα) καταλαμβάνοντας το 3,62% της έκτασης της Περιφέρειας (το 0,52% της έκτασης της χώρας και το 45% της έκτασης της ΠΕ Πιερίας) ενώ από πλευράς πληθυσμού κατέχει το 4,47% του πληθυσμού της Π.Κ.Μ. (το 0,76% του πληθυσμού της χώρας και το 64,51% της Π.Ε. Πιερίας). (Πηγή ΕΛΣΤΑΤ 2011).

#### **Πίνακας 5 :** Γεωγραφικά πληθυσμιακά στοιχεία

	Δήμος Κατερίνης	Π.Ε. Πιερίας	Π.Κ.Μ.	Σύνολο Χώρας
Έκταση (τ. χλμ.)	681,863	1.516	18.811	131.957
Πληθυσμός	83.764	129.846	1.871.952	10.964.020

##### 3.1.2 Πληθυσμιακά & Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Ο Δήμος Κατερίνης αποτελεί τον μεγαλύτερο σε έκταση και πληθυσμό Δήμο της Π.Ε. Πιερίας. Απαρτίζεται από 6 Δημοτικές Ενότητες και 29 Κοινότητες ( 6 Δημοτικές Κοινότητες και 23 Τοπικές Κοινότητες). Αναλυτικότερα:

##### 3.1.3 Κοινωνικά Χαρακτηριστικά

Με βάση τους δημογραφικούς δείκτες (γήρανσης, εξάρτησης και αντικατάστασης) ο Δήμος Κατερίνης παρουσιάζει ικανοποιητική εικόνα αναφορικά με το διαθέσιμο ανθρώπινο δυναμικό και τον οικονομικά ενεργό πληθυσμό. Συγκεκριμένα, ο αριθμός νέων ατόμων ηλικίας έως 14 ετών (14.559 άτομα) υπερτερεί του αριθμού των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών (12.884 άτομα), ενώ ο αριθμός των παραγωγικών ατόμων ηλικίας 15 έως 64 ετών (56.321 άτομα) είναι διπλάσιος των εξαρτώμενων ατόμων (27.443 άτομα).

### 3.1.4 Οικονομικά Χαρακτηριστικά

Η Π.Ε. Πιερίας συμμετέχει με 4,8% στο Ακαθάριστο Προϊόν της Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας και καταλαμβάνει την έκτη θέση ανάμεσα στους επτά (7) νομούς.

Στο διάστημα 1988-2002 ο μέσος ετήσιος ρυθμός ανάπτυξης της Π.Ε. ανερχόταν σε 3,2% και ήταν ο τέταρτος υψηλότερος στην Περιφέρεια.

Προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα:

Η οικονομία της Π.Ε. εξαρτάται σε πολύ υψηλό βαθμό από τον τομέα των υπηρεσιών. Το ποσοστό συμμετοχής των υπηρεσιών στο ακαθάριστο προϊόν (ΑΠ) ανέρχεται σε 77,08% (2002) και είναι από τα υψηλότερα της χώρας.

Ο δεύτερος σε συμμετοχή στο ΑΠ τομέας είναι ο πρωτογενής με ποσοστό συμμετοχής 13,86% και είναι υψηλότερος του μ.ο. της χώρας.

Ιδιαίτερα χαμηλός λόγω της αποβιομηχάνισης τη δεκαετία του '90 είναι ο δευτερογενής τομέας, με ποσοστό συμμετοχής μόλις 9,04% στο συνολικό ΑΠ της Π.Ε. Πρόκειται για ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά της χώρας.

Τα έτη 2003 και 2004 διαπιστώνεται σημαντική βελτίωση της επιχειρηματικότητας, με τον αριθμό των νέων επιχειρήσεων να είναι σημαντικά υψηλότερος αυτών που διαγράφονται.

Το κατά κεφαλήν ΑΕΠ των κατοίκων της Π.Ε. αυξήθηκε από 7.179 ευρώ το 1998 σε 8.987 το 2002. Παρόλα αυτά εξακολουθεί να αποτελεί μόνο το 68,75% (2002) του μ.ο. της χώρας.

Την τελευταία 2/ετία έχουν μεταβληθεί δραματικά τα ανωτέρω οικονομικά μεγέθη, χωρίς να καταγράφονται σε επίσημα στοιχεία.

***Συμπερασματικά η Πιερία ανήκει στις τριτογενοποιημένες Π.Ε. της χώρας. Η συμμετοχή της γεωργίας μειώνεται διαχρονικά, ενώ η μεταποίηση βρίσκεται σε πάρα πολύ χαμηλό επίπεδο.***

### 3.1.5 Αεροπορικές μεταφορές – αεροδρόμια

Ο Δήμος Κατερίνης και γενικότερα ο Νομός Πιερίας εξυπηρετείται αεροπορικώς από τον αερολιμένα Θεσσαλονίκης. Η βελτίωση της οδικής σύνδεσης του νομού με το αεροδρόμιο Μακεδονίας μείωσε σημαντικά τις χρονοαποστάσεις. Παρόλα αυτά διάφοροι λόγοι (πχ γειτνίαση αεροδρομίου Μακεδονίας με μεγάλες αστικές συναθροίσεις, περιβαλλοντικά προβλήματα, προβλήματα επέκτασης, τιμής γης, καιρικές συνθήκες) γέννησαν την ιδέα για τη δημιουργία ενός νέου αεροδρομίου (μακροπρόθεσμα) στην τομή μεταξύ των νομών Πιερίας και Ημαθίας.

### 3.1.6 Θαλάσσιες μεταφορές – λιμάνια

Λόγω της φύσης των ακτογραμμών της αλλά και λόγω της ύπαρξης του λιμένα της Θεσσαλονίκης, ο Δήμος Κατερίνης και γενικότερα η Πιερία δεν διαθέτει μεγάλης κλίμακας μεταφορικούς λιμένες. Οι υφιστάμενοι μικροί λιμένες λειτουργούν κυρίως ως αλιευτικά καταφύγια και ως χώροι υποδοχής μικρών σχετικά σκαφών. Η αναβάθμιση των αλιευτικών καταφυγίων θα μπορούσε να συμβάλλει στην ένταξη τους στο περιφερειακό λιμενικό σύστημα (δίκτυο) για την υποστήριξη της τουριστικής ανάπτυξης.

### 3.1.7 Οδικές μεταφορές

Τον Δήμο Κατερίνης διασχίζει από νότο προς βορά ο κύριος αυτοκινητόδρομος της χώρας (ΠΑΘΕ), ο οποίος έχει μειώσει σημαντικά τις χρονοαποστάσεις με τους άλλους αναπτυξιακούς πόλους της χώρας (πχ Αθήνα, Λάρισα, Βόλος), αλλά και με τις χώρες της Βαλκανικής. Σημαντικά τμήματα της ΠΑΘΕ στο νομό Πιερίας βρίσκονται στο στάδιο της ολοκλήρωσης (Τέμπη-Πλαταμώνας). Επίσης με την ολοκλήρωση της Εγνατίας και των κάθετων αξόνων της ο δήμος συνδέεται με την Δυτική Ελλάδα αλλά και με ένα πυκνό δίκτυο αστικών κέντρων στη Δυτική Μακεδονία.

Το υπάρχων δίκτυο σε γενικές γραμμές διατηρείται και ιεραρχείται (λεωφόρος, αρτηρίες και συλλεκτήριες). Η σύνδεση των δημοτικών διαμερισμάτων με την πόλη της Κατερίνης γίνεται σε ικανοποιητικό βαθμό, ενώ οι δημοτικές και τοπικές ενότητες επικοινωνούν οδικά μέσω επαρχιακών οδών με μέτριους κυκλοφοριακούς φόρτους.

Στα προβλεπόμενα για το Δήμο έργα περιλαμβάνεται και η κατασκευή της Περιφερειακής οδού της πόλης και της Ε.Ο. Κατερίνης –Ελασσόνας σύμφωνα με μελέτες που έχουν εκπονηθεί. Με την ολοκλήρωση των δυο αυτών οδικών έργων επιλύονται σε μεγάλο βαθμό τα βασικά συγκοινωνιακά προβλήματα της περιοχής.

### 3.1.8 Σιδηροδρομικές μεταφορές

Όσον αφορά στις σιδηροδρομικές υποδομές, το υφιστάμενο δίκτυο ΟΣΕ που εξυπηρετεί το Δήμο Κατερίνης και ευρύτερα το Νομό περιλαμβάνει τις γραμμές από νότια Ελλάδα προς Θεσσαλονίκη και FYROM, αλλά και προς Θεσσαλονίκη, Βουλγαρία και Τουρκία, καθώς και την γραμμή από νότια Ελλάδα προς Δυτική Μακεδονία. Με τον τρόπο αυτό ο Δήμος Κατερίνης συνδέεται άμεσα με το σύνολο του ανατολικού αναπτυξιακού άξονα της χώρας, με τη Δυτική Μακεδονία αλλά και με το εξωτερικό.

Ιδιαίτερη σημασία για την σιδηροδρομική εξυπηρέτηση του δήμου έχει η λειτουργία προαστιακού σιδηροδρόμου με τη Θεσσαλονίκη και τη Λάρισα και η δημιουργία προαστιακού με άλλες πόλεις της κεντρικής και δυτικής Μακεδονίας.

### **3.2 Υφιστάμενες Δράσεις Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο Δήμο Κατερίνης**

#### **3.2.1 Υπηρεσίες ΠΦΥ στο Δήμο Κατερίνης**

Στο Δήμο Κατερίνης υπηρεσίες *πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας* παρέχονται στα τριάντα έξι συνολικά αγροτικά και περιφερειακά ιατρεία που λειτουργούν υπό την εποπτεία των δύο Κέντρων Υγείας, Λιτοχώρου και Αιγινίου και εξυπηρετούν το σύνολο των τοπικών και δημοτικών κοινοτήτων. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η λειτουργία τους στις απομακρυσμένες τοπικές κοινότητες, γεγονός που πρέπει με κάθε τρόπο να διατηρηθεί ή/και να βελτιωθεί. Παρόλο που παραδοσιακά η αρμοδιότητα ανήκει στο Υπουργείο Υγείας, αυτή συνδέεται άμεσα με τους ΟΤΑ, αφού απευθύνεται στους κατοίκους του και μάλιστα με τον πιο άμεσο τρόπο. Για την καλύτερη εξυπηρέτηση των κατοίκων και την αποτελεσματική λειτουργία των ιατρείων, απαραίτητη κρίνεται η συνεργασία του Δήμου με το Υπουργείο Υγείας και την αρμόδια Υγειονομική Περιφέρεια, ώστε να εξασφαλιστούν στέγη, όπου απαιτείται, αλλά και ο απαραίτητος τεχνολογικός εξοπλισμός. Σε επίπεδο Περιφερειακής Ενότητας λειτουργεί το νέο Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης, με δυνατότητες ολοκληρωμένης κάλυψης του πληθυσμού, το οποίο όμως δεν έμεινε ανεπηρέαστο από τη συνολική υποβάθμιση των υποδομών υγείας στη χώρα μας, εξαιτίας της δυσμενούς οικονομικής συγκυρίας. Έτσι σήμερα παρουσιάζει ελλείψεις σε στελεχιακό δυναμικό αλλά και εξοπλισμό. Το Γενικό Νοσοκομείο διαθέτει δύο κινητές μονάδες υγείας, ενώ ο Ψυχιατρικός Τομέας παρέχει υπηρεσίες τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας και λειτουργεί είκοσι έξι συνολικά δομές ψυχικής υγείας στην περιφερειακή ενότητα. Η ανάληψη ενεργού ρόλου από τους ΟΤΑ σε θέματα υγείας απαιτεί οπωσδήποτε κεντρικό σχεδιασμό και επάρκεια πόρων και δυναμικού. Οι πρωτοβουλίες επομένως που μπορεί σήμερα να αναληφθούν αφορούν κυρίως α) την εξασφάλιση και τη βελτίωση της λειτουργίας των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, β) την ενημέρωση του πληθυσμού σε θέματα προληπτικής ιατρικής, γ) την ενημέρωση των ευπαθών ομάδων σε θέματα δημόσιας υγείας, δ) την ενημέρωση και υποστήριξη του πληθυσμού για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας

### 3.2.2 Κοινωνική Μέριμνα-Πρόνοια

Στον τομέα της κοινωνικής μέριμνας – πρόνοιας δραστηριοποιούνται επαρκώς και με επιτυχία, δομές που ανήκουν σε διαφορετικά νομικά πρόσωπα, στο Δήμο Κατερίνης, στην ΔΗΚΕΔΗΚ και τον ΟΠΠΑΠ, ενώ στον ίδιο τομέα οπωσδήποτε αναλαμβάνουν δράσεις και άλλοι δημόσιοι ή ιδιωτικοί φορείς. Παρατηρείται ωστόσο ένας κατακερματισμός των υπηρεσιών κοινωνικής μέριμνας και αλληλεγγύης, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε σύγχυση αρμοδιοτήτων και εν τέλει σε αναποτελεσματικότητα και αδυναμία εξυπηρέτησης. Πιο συγκεκριμένα, στο πεδίο εμπλέκονται το Αυτοτελές Τμήμα Κοινωνικής προστασίας, παιδείας, διά βίου μάθησης και ισότητας των φύλων του Δήμου Κατερίνης, με αρμοδιότητες κρατικού χαρακτήρα που μεταβιβάστηκαν στους ΟΤΑ με το ν. 3852/2010 “Καλλικράτης” αλλά και με τη λειτουργία του Συμβουλευτικού Κέντρου Υποστήριξης Γυναικών, ο ΟΠΠΑΠ, με τη λειτουργία των βρεφονηπιακών σταθμών και των ΚΑΠΗ και η ΔΗΚΕΔΗΚ η οποία λειτουργεί δομές με καθαρά κοινωνικό χαρακτήρα, δηλαδή βρεφονηπιακούς σταθμούς, ΚΗΦΗ, ΚΔΑΠ και ΚΔΑΠ-ΜΕΑ, το Πρόγραμμα “Βοήθεια στο Σπίτι”. Στη ΔΗΚΕΔΗΚ ανήκει επίσης το “Κέντρο Στήριξης Ρομά και Ευπαθών ομάδων” που στόχο έχει την ενίσχυση της κοινωνικής ένταξης και την προώθηση της απασχόλησης της συγκεκριμένης ευπαθούς ομάδας του πληθυσμού. Πρόκειται για ευρωπαϊκά συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα, που χρηματοδοτούνται από την ΕΕΤΑΑ, ανάδοχο φορέα των πράξεων. Ξεχωριστή ενότητα αποτελεί για το Δήμο Κατερίνης η ανάληψη του ρόλου του Επικεφαλής – Δικαιούχου εταίρου στην Κοινωνική Σύμπραξη Π.Ε. Πιερίας, η οποία είναι υπεύθυνη για την υλοποίηση, σε ολόκληρο το νομό Πιερίας, του Επιχειρησιακού Προγράμματος Επισιτιστικής και Βασικής Υλικής Συνδρομής του Ταμείου Ευρωπαϊκής Βοήθειας για τους Απόρους (TEBA/FEAD). Με τα σημερινά στοιχεία, τα ωφελούμενα μέλη που εξυπηρετούνται από το Πρόγραμμα είναι στο σύνολο του Νομού 7.166 άτομα, ενώ στο Δήμο Κατερίνης 4.802. Πρόκειται για δράση με χρονικό ορίζοντα εφαρμογής το 2020, μέσω της οποίας διανέμονται στους απόρους τρόφιμα ή/και Βασική Υλική Συνδρομή και υποστηρίζονται δραστηριότητες σχετικά με τη συλλογή, μεταφορά, αποθήκευση και διανομή δωρεών τροφίμων. Το TEBA στηρίζει επίσης Συνοδευτικά Μέτρα καθώς και δραστηριότητες που συμβάλλουν στην κοινωνική ενσωμάτωση των απόρων. Παράλληλα, στους ίδιους τομείς δραστηριοποιείται ένα ικανό δίκτυο ιδιωτικών φορέων κερδοσκοπικού και μη χαρακτήρα αλλά και εθελοντικών οργανώσεων, που ανά διαστήματα συμπλέκονται με τις αρμοδιότητες του Δήμου και των Νομικών του Προσώπων.



Τα μεγαλύτερα προβλήματα που παρουσιάζουν οι υφιστάμενες δομές αφορούν στις στεγαστικές τους ανάγκες, στην ανεπάρκεια των πόρων με αποτέλεσμα την αδυναμία αντιμετώπισης ακόμη και των λειτουργικών δαπανών ή των δαπανών συντήρησης και στην έλλειψη του απαιτούμενου ανθρώπινου δυναμικού, ενδεικτικά αναφέρουμε ότι στο Δήμο Κατερίνης δεν υπηρετεί σήμερα Κοινωνικός λειτουργός και οι ανάγκες καλύπτονται από το προσωπικό του προγράμματος “Βοήθεια στο σπίτι”. Στα όρια του Δήμου δεν υπάρχει επίσης μονάδα φιλοξενίας/φροντίδας αστέγων. Οι δυνατότητες και οι ευκαιρίες που παρουσιάζονται εξαρτώνται πάντα από τη δυνατότητα χρηματοδότησης των δράσεων, καθώς ενώ στον συγκεκριμένο τομέα οι ΟΤΑ καλούνται να αναλάβουν ενεργό και δυναμικό ρόλο, δεν λαμβάνουν ανάλογης οικονομικής ενίσχυσης. Δεδομένου δε του διαρκώς αυξανόμενου αριθμού των ατόμων που χρήζουν κοινωνικής στήριξης, η ανάληψη πρωτοβουλιών διαφαίνεται όλο και πιο αναγκαία.

Το πεδίο της κοινωνικής μέριμνας - πρόνοιας, πρωταρχικής σήμερα σημασίας, απαιτεί ειδικό και ενιαίο σχεδιασμό και αποτελεσματικότητα. Οι υφιστάμενες δομές κρίνονται ικανοποιητικές σε αριθμό, η πολυδιάσπαση όμως του αντικειμένου και των αρμοδιοτήτων είναι πολύ πιθανό να οδηγήσει σε δυσχέρειες στη συνεργασία των υπηρεσιών, σε ανεπαρκή στελέχωσή τους, σε αύξηση των λειτουργικών δαπανών αλλά και σε αδυναμία παροχής των ενδεδειγμένων υπηρεσιών, ιδιαίτερα μάλιστα σε ομάδες του πληθυσμού που τις χρειάζονται περισσότερο. Απαραίτητη κρίνεται τέλος η ένταξη όλων των επιμέρους κοινωνικών πολιτικών σε ένα ολοκληρωμένο κοινωνικό σχέδιο και η διερεύνηση της δυνατότητας και της σκοπιμότητας σύστασης και λειτουργίας Κέντρου Κοινότητας, θεσμός που προβλέπεται με τον πρόσφατο ν. 4368/2016 “Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις” (ΦΕΚ 21 Α), άρθρο 4.

## Κεφάλαιο 4 : Προτάσεις για την ΠΦΥ στον Δήμο Κατερίνης

### 4.1.1 Η Οργανωτική Διάρθρωση της ΠΦΥ στην Τοπική Αυτοδιοίκηση

Τα βασικά προβλήματα αναφορικά με την ανάπτυξη και λειτουργία της ΠΦΥ θα μπορούσαν να αναφερθούν τα εξής:

Η ολοκλήρωση της οργανωτικής διαλειτουργικότητας με τις δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες νοσηλευτικές μονάδες του ΕΣΥ, απουσιάζει από την ΠΦΥ.

Οι υπηρεσίες της ΠΦΥ είναι πτωχά διασυνδεδεμένες, χωρίς να αποτελούν συνήθως το πρώτο σημείο επαφής με το σύστημα υγείας (ΠΥΛΗ ΕΙΣΟΔΟΥ), με βασικές λειτουργίες την περίθαλψη και τη συνταγογράφηση.

Το μοντέλο σχεδιασμού για την παροχή ΠΦΥ δεν είναι σχεδιασμένο για τις ανάγκες των πολιτών στις τοπικές κοινωνίες που απευθύνεται

- a. Αδυναμία ολοκλήρωσης του Υγειονομικού Χάρτη σε κάθε νομό, αναφορικά με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τα δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια νοσοκομεία
- b. Αδυναμία συγκράτησης των ασθενών που χρήζουν ΠΦΥ και επιβάρυνση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων σε αλλότριες υποχρεώσεις αναφορικά με τον αρχικό τους στόχο
- c. Σπατάλη χρηματοδοτικών πόρων
- d. Η έλλειψη αξιολόγησης των τοπικών αναγκών υγείας των πολιτών αναφορικά με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά γνωρίσματα, ποιοτικά και ποσοτικά του πληθυσμού ενός δήμου.

Για την αντιμετώπιση όλων αυτών των αδυναμιών, συστήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας όπου η δομή της τοπικής αυτοδιοίκησης έχει την μορφή των ομοσπονδιών, κρατιδίων, υπερεθνικών και εθνικών συστημάτων & κρατών (Ε.Ε), πολιτειών, κτλ (ΗΠΑ, ΓΑΛΛΙΑ, ΓΕΡΜΑΝΙΑ, ΑΥΣΤΡΙΑ, ΣΟΥΗΔΙΑ, ΜΕΓ. ΒΡΕΤΑΝΙΑ κτλ) μπορούν να εμπνεύσουν και τον τρόπο λειτουργίας της τοπικής αυτοδιοίκησης της Ελλάδος και ειδικότερα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Ο τρόπος λειτουργίας, η λειτουργική ανάπτυξη των δομών και ο επιχειρησιακός συντονισμός είναι υποχρέωση αλλά και ανάγκη κάθε Δημοτικής Αρχής κάθε περιφέρειας χωριστά. Το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον, οι κλιματολογικές συνθήκες, οι γεωμορφολογικές συνθήκες, το φυσικό περιβάλλον, η μόλυνσή του, τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού οι οικονομικοί κλάδοι σε κάθε νομό κτλ, διαμορφώνουν τις ανάγκες των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.

Η ΠΦΥ, έλλειψη ενός ολοκληρωμένου στρατηγικού σχεδιασμού, από την ίδρυση του ΕΣΥ παρέχεται από: Τα Κέντρα Υγείας του Ε.Σ.Υ. και τα περιφερειακά τους ιατρεία, τα Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., τις Μονάδες Υγείας του ΙΚΑ.ΕΤΑΜ (νυν ΕΟΠΥΥ), για τους ασφαλισμένους του ΙΚΑ.ΕΤΑΜ (νυν ΕΟΠΥΥ), από τους συμβεβλημένους με το ΙΚΑ.ΕΤΑΜ, τον ΟΑΕΕ και τον ΟΠΑΔ ιατρούς (νυν συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ), η ΠΦΥ μπορεί να παρέχεται και από άλλους ιδιώτες ιατρούς.

Η τελευταία μεταρρυθμιστική προσπάθεια έγινε το 2015 όπου η διοικητική, οργανωτική και οικονομική εποπτεία των μονάδων πέρασε στις διοικήσεις των υγειονομικών περιφερειών (ΠΕΔΥ). Μία ακόμη προσπάθεια αναπτυξιακού κενού, μία ενέργεια που καταδεικνύει την έλλειψη ενός υγειονομικού στρατηγικού σχεδίου, μία κίνηση που για ακόμη μία φορά αιτιολογεί την έλλειψη ολοκληρωμένου σχεδιασμού της κεντρικής κυβέρνησης. Ποιό το όφελος ποια η επίδωξη σε σχέση με την υπάρχουσα οργανωτική λειτουργία της ΠΦΥ; Που ανήκουν οι υγειονομικές περιφέρειες; Ποια προστιθέμενη αξία και ποια ωφέλεια έχει κερδίσει ο πολίτης από την ενέργεια αυτή; Καμία ουσιαστική διαφορά από την μεταφορά αρμοδιοτήτων αναφορικά με τις μονάδες ΠΦΥ, από ένα τμήμα σε ένα άλλο του ίδιου υπουργείου. Επαναλαμβανόμενοι, διαχρονικοί, τακτικισμοί με ίδια αβέβαια αποτελέσματα.

#### 4.1.2 Προτάσεις για την Εφαρμογή των Υπηρεσιών ΠΦΥ

Που πρέπει όμως να επικεντρώνεται η Π.Φ.Υ.

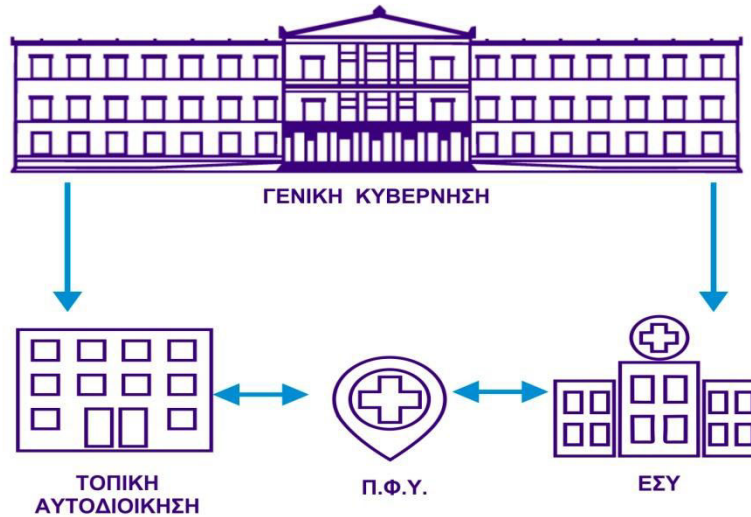
- A. Απεικονιστικές εξετάσεις (ακτινολογικό εργαστήριο, αξονικός & μαγνητικός τομογράφος...)
- B. Εργαστηριακές εξετάσεις (αιματολογικές κτλ)
- C. Συνταγές φαρμακευτικής περίθαλψης
- D. Έναν ολοκληρωμένο σχεδιασμό για την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας στην τοπική κοινωνία

Η δημοτική αρχή θα πρέπει να μπορεί να ανταποκριθεί στην ζήτηση πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας των δημοτών της. Η πρόσβαση των δημοτών θα πρέπει να είναι καθολική αλλά με κριτήρια επιλογής ανάλογα με την οικονομική δυνατότητα του καθένα. Ίσα δικαιώματα καθολική πρόσβαση αλλά όχι καταστρατήγηση της λειτουργίας και ισοπεδωτικές αντιλήψεις που μόνο στρεβλώσεις στο σύστημα θα επιφέρουν. Δηλαδή να ορίσουμε μία τιμολογιακή πολιτική αυτονόητη για όλους με επιπρόσθετη κοινωνική αντίληψη για τους αδύναμους.

Ο ρόλος της Π.Φ.Υ. είναι να ανακόψει την αλόγιστη πρόσβαση στην δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας δηλαδή στα νοσηλευτικά ιδρύματα. Ένα πάγιο αίτημα των επαγγελματιών υγείας από την ίδρυση του Ε.Σ.Υ.

Το νέο οργανωτικό σχήμα για την Π.Φ.Υ. πρέπει να έχει ως βάση την τοπική αυτοδιοίκηση, όχι αύριο αλλά χθες. Κάθε άλλη προσπάθεια υπονομεύει την ανάπτυξη ευρύτερα του Ε.Σ.Υ. και αποτελεί ημίμετρο μίας πελατειακής σχέσης κεντρικής κυβέρνησης και τοπικών κοινωνιών. Όχι άλλες σπασμωδικές πολιτικές όχι άλλες παλινδρομήσεις μεταξύ άρνησης και κενού, τώρα λύσεις υπηρεσιών υγείας προς τους δημότες μας.

Σχήμα 2 : Παρουσίαση της Νέας Μορφής Ανάπτυξης της ΠΦΥ με βάση την Τοπική Αυτοδιοίκηση



Σε αυτό το σημείο θα παραθέσω ένα παράδειγμα το οποίο χαρακτηριστικά και με εύλογο τρόπο αιτιολογεί το σκεπτικό μου, αναφορικά με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην τοπική αυτοδιοίκηση. Το μεταναστευτικό αποτελεί ίσως το πιο χαρακτηριστικότερο παράδειγμα. Ας αναλογιστούμε λοιπόν πόσο πιο αποτελεσματικότερες θα ήταν, το σύνολο των κοινωνικών υπηρεσιών προς τους μετανάστες σε περίπτωση που η ΠΦΥ άνηκε στους Δήμους. Όταν η καταγραφή κατά την εισροή τους, η εστίασή τους, η περίθαλψή τους είναι αντικειμενικά υποχρέωση της τοπικής αυτοδιοίκησης και συγκεκριμένα του οικείου δήμου. Με την καταγραφή τους θα δημιουργείτο ταυτόχρονα και ο ιατρικός τους φάκελος.

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας πρωτοβάθμιου επιπέδου από φορείς του υπουργείου υγείας το λιγότερο που είχε ως αποτέλεσμα ήταν οι μεγάλες καθυστερήσεις και η επιβάρυνση των οικείων δευτεροβάθμιων υγειονομικών μονάδων. Ο ανορθόδοξος συντονισμός και η πολυπλοκότητα στον συντονισμό των υπηρεσιών. Ο ολοκληρωμένος στρατηγικός επιχειρησιακός σχεδιασμός των κοινωνικών υπηρεσιών είναι υποχρέωση της δημοτικής αρχής. Απορρέει καθαρά από την υπαρξιακή φύση των ΟΤΑ.

Η προσωπική μου άποψη δεν εξαντλείται στον γενικό και αυτονόητο ρόλο που ασκεί ένας φορέας Π.Φ.Υ. , αλλά σε ένα βήμα ακόμη πιο μπροστά, σε χειρουργικές επεμβάσεις για τις οποίες δεν απαιτείται διανυκτέρευση. Αυτός είναι ο ρόλος ενός Πρωτοβάθμιου Αστικού Τύπου Κέντρου Υγείας.

Τα ζητήματα αυτά συνδέονται τόσο με το κόστος ειδικά του συστήματος υγείας, τις χρηματοδοτικές δυνατότητες της παραγωγής και της οικονομίας καθώς και ευρύτερα του

συστήματος κοινωνικής προστασίας αφού οι ανάγκες για περαιτέρω διεύρυνση υπηρεσιών και παροχών γίνεται ολοένα και πιεστικότερες.

Το υπουργείο λειτουργεί ως εγγυητής των επιπέδων κοινωνικής προστασίας με αφετηρία το νόμο του 1992 για την προστασία της υγείας και της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, στον οποίο αναφέρεται ρητά η ευθύνη του κράτους για την προστασία του πολίτη, ενώ ταυτόχρονα αναγνωρίζεται η ελευθερία των περιφερειακών και τοπικών αρχών να προασπίζουν την υγεία και τη φροντίδα του συνόλου των πολιτών.

Με τα δεδομένα αυτά προωθείται ο στόχος περιορισμού της νοσηλείας ασθενών των οποίων η διανυκτέρευση σε κρεβάτι νοσοκομείου δεν κρίνεται απαραίτητη, εξοικονομώντας πόρους για το σύστημα.

#### 4.1.3 Κέντρο Υγείας Αστικού Τύπου στον Δήμο Κατερίνης

##### Δήμος Κατερίνης

##### Μελέτη Περίπτωσης

Ο Δήμος Κατερίνης διαμορφώνει ένα κτίριο προκειμένου να αποτελέσει ένα Αστικού Τύπου Κέντρο, Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Σαφές νομικό καθεστώς δεν υπάρχει για τους Δήμους, η κυβέρνηση ενώ θέτει σε διαβούλευση νέο καθεστώς λειτουργίας της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (TOMMY), αφήνει έξω πάλι την Τοπική Αυτοδιοίκηση. Ο Δήμαρχος ελπίζει ότι με πολιτικές πιέσεις θα νομοθετηθεί και η λειτουργία δημοτικού ΚΠΦΥ. Το κτίριο σε λίγο θα είναι έτοιμο (θέλουν αξονικό, μαγνητικό κτλ)

ΠΡΟΕΧΟΥΝ για την Δημοτική Αρχή τα ΕΞΗΣ:

Τα προβλήματα που ανακύπτουν και προβληματίζουν έντονα τον Δήμαρχο είναι η ανυπαρξία του νομικού καθεστώτος αδειοδότησης του εν λόγω κέντρου υγείας, και ο τρόπος χρηματοδότησης έναρξης & λειτουργίας αυτού.

Ζητούμενα:

Εναλλακτικούς τρόπους ΑΔΕΙΟΔΟΤΗΣΗΣ (στην περίπτωση που δεν αλλάξει το νομοθετικό καθεστώς για την Π.Φ.Υ.)

Εναλλακτικούς τρόπους ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ

Απαντήσεις:

#### 4.1.4 Μορφές Αδειοδότησης του Κέντρου Υγείας Αστικού Τύπου

Α.

- Μέσα από την Κοινωνική Επιχειρηματικότητα να παραχωρηθεί (εκμισθωθεί) το κτίριο με τον λειτουργικό εξοπλισμό του σε επαγγελματίες υγείας (όλων των εμπλεκομένων ειδικοτήτων) του Δήμου ή ευρύτερα της περιοχής της Θεσσαλονίκης (Σύσταση «συνεταιρισμού») έτσι ώστε να τεθεί σε λειτουργία

- Κάποια μορφή Σύμπραξης Ιδιωτικού τομέα με την Δημοτική αρχή
- Ίδρυση Ανώνυμης Εταιρείας με εκμίσθωση του κτιρίου σε αυτήν , όπου το εταιρικό καθεστώς της, θα έχει και κοινωνικό χαρακτήρα με διακριτή τιμολογιακή πολιτική για τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού
- Το νέο καθεστώς για την ΠΦΥ (ΤΟΜΥ)
- Διαδημοτική συνεργασία με όμορους δήμους

#### 4.1.5 Μορφές Χρηματοδότησης - Τιμολόγησης του Κέντρου Υγείας Αστικού Τύπου

##### B.

- Σύμβαση με ΕΟΠΥΥ (για την εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων)
- Σύμβαση με λοιπούς οργανισμούς κρατικούς φορείς , ΜΚΟ κτλ (για την εξυπηρέτηση των ανασφαλιστών)
- Αξιοποίηση Ευρωπαϊκών Κονδυλίων για τους άπορους, οικονομικά αδύναμους πολίτες
- Εφαρμογή Ιδιωτικοοικονομικών Κριτηρίων (παροχή υπηρεσιών σε όλους τους Πολίτες)
- Σύμβαση με όμορα νοσοκομεία της περιοχής (αξιοποίηση του τεχνικού εξοπλισμού)
- Πέραν όλων αυτό που προέχει είναι να συνταχθεί ένα **επιχειρησιακό σχέδιο** έναρξης, κοστολογικής λειτουργίας του νέου ‘Κέντρου Υγείας’, και επιπροσθέτως διοικητικής και λειτουργικής διασύνδεσης - διαλειτουργικότητας με τα δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια νοσοκομεία της περιοχής.
- Το υπό διαμόρφωση νέο κέντρο υγείας αστικού τύπου αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα του συνολικού-ευρύτερου υγειονομικού συστήματος, προσδίδοντας μία ιδιαίτερη προστιθέμενη αξία βελτιώνοντας τόσο τα ποιοτικά όσο και τα ποσοτικά στοιχεία των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Αναπόσπαστο τμήμα, θεμέλιος λίθος, για την πρόσληψη και την προαγωγή της υγείας στην κοινότητα.
- Το αστικού τύπου πρωτοβάθμιο κέντρο υγείας αποτελεί μέρος ενός ολοκληρωμένου σχεδιασμού τω κοινωνικών υπηρεσιών του δήμου Κατερίνης, όπου μεταξύ άλλων αναπτύσσονται οι εξής δραστηριότητες:



#### 4.1.6 Δράσεις Κοινωνικής Πολιτικής του Δήμου Κατερίνης

- Κοινωνικό Φαρμακείο
- Κοινωνικό Παντοπωλείο
- Κέντρο Σίτισης
- Εκπαίδευση επαγγελματιών πρωτογενούς τομέα

#### 4.1.7 Ποσοτικά και Ποιοτικά Χαρακτηριστικά του Δήμου Κατερίνης για την Ανάπτυξη της ΠΦΥ

Τα δημογραφικά ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού του δήμου Κατερίνης παρουσιάζονται παρακάτω, όπως καταγραφήκαν στην τελευταία εθνική απογραφή. Οποιαδήποτε ανάλυση η οποία αναφέρεται στην υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού πρέπει να έχει αφετηρία αλλά και προορισμό τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

Πίνακες 6 – 7 : Δημογραφικά στοιχεία Ποσοτικών & Ποιοτικών Χαρακτηριστικών

<b>ΜΟΝΙΜΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΠΙΕΡΙΑΣ</b>						
<b>ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ</b>	<b>ΜΟΝΙΜΗΣ</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>ΑΓΑΜΟΙ</b>	<b>ΕΓΓΑΜΟΙ</b>	<b>ΧΗΡΟΙ</b>	<b>ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΙ</b>
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝ.ΠΙΕΡΙΑΣ		126.698	46.106	67.472	9.965	3.155
ΔΗΜΟΣ ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ		85.851	31.526	45.326	6.591	2.408
ΔΗΜΟΣ ΔΙΟΥ-ΟΛΥΜΠΟΥ		25.668	9.739	13.669	1.824	436
ΔΗΜΟΣ ΚΟΛΙΝΔΡΟΥ	ΠΥΔΝΑΣ-	15.179	4.841	8.477	1.550	311

ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ ΚΑΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΠΙΕΡΙΑΣ										
ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	ΣΥΝΟΛΟ	ΔΙΕΥΘΥΝΤΙΚΑ ΣΤΕΛΕΧΗ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΣ	ΤΕΧΝΙΚΟΙ & λοιποί	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ ΓΡΑΦΕΙΟΥ	ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ ΣΤΗΝ ΠΑΡ.ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ-ΠΩΛΗΤΕΣ	ΓΕΩΡΓΟΙ,ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΙ,ΔΑΣ ΟΚΟΜΟΙ, ΑΛΙΕΙΣ	ΤΕΧΝΙΤΕΣ & ΣΥΝΑΦΗ ΕΠ.	ΧΕΙΡΙΣΤΕΣ ΒΙΟΜ/ΩΝ ΕΓΚΑΤ/ΩΝ	ΑΝΕΙΔΙΚΕΥΤΟΙ ΕΡΓΑΤΕΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΗ ΕΝ.ΠΙΕΡΙΑΣ	39.424	2.469	6.027	2.289	1.885	9.093	7.069	4.703	2.568	3.321
ΔΗΜΟΣ ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ	27.504	1.732	4.963	1.793	1.389	6.606	3.838	3.230	1.847	2.106
ΔΗΜΟΣ ΔΙΟΥ-ΟΛΥΜΠΟΥ	7.558	533	690	307	328	1.804	1.821	1.035	418	622
ΔΗΜΟΣ ΠΥΔΝΑΣ-ΚΟΛΙΝΔΡΟΥ	4.362	204	374	189	168	683	1.410	438	303	593

Λαμβάνοντας υπόψη τα δημογραφικά και επιδημιολογικά στοιχεία των ασφαλισμένων, θα επιτύχουμε την αποδοτικότητα των οικονομικών μας στοιχείων. Ο οικονομικός ορθολογισμός του συστήματος μπορεί να συνδυαστεί, παράλληλα με τον ΕΟΠΥΥ και με τη δημιουργία οργάνων και δομών σε περιφερειακό επίπεδο και την εκχώρηση αρμοδιοτήτων στα πλαίσια της αποκέντρωσης (Υ.Π.Ε και τοπική αυτοδιοίκηση, κ.ά.).

Η προσπάθεια της δημοτικής αρχής επικεντρώνεται πρωτίστως στην περιγραφή του τρόπου οργάνωσης και χρηματοδότησης της ΠΦΥ - εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και στις μεθόδους αποζημίωσης των προμηθευτών.

Στόχος είναι να επισημανθούν οι βασικές συνιστώσες, αλλά και οι προσεγγίσεις των επιμέρους συστημάτων σ' αυτά τα πεδία. Σε κάποιες περιπτώσεις, και όπου αυτό είναι εφικτό καταγράφονται λεπτομέρειες, ιδιαίτερα στο θέμα της αποζημίωσης των προμηθευτών, με αναφορά στην κοστολόγηση των ιατρικών πράξεων, σε κίνητρα και αντικίνητρα, σε αποζημιώσεις με βάση στόχους και αποτελέσματα, κ.λπ.

Αυτό γίνεται σκόπιμα, αφού στα πλαίσια του εν λόγω έργου, μας ενδιαφέρει να αναδείξουμε και να συζητήσουμε δοκιμασμένες και επιτυχημένες ή λιγότερο επιτυχημένες ιδέες και λύσεις σε αυτούς τους τομείς, που θα μπορούσαν να εξεταστούν, και υπό προϋποθέσεις να μεταφερθούν στο ευρύτερο υγειονομικό περιβάλλον της Ελλάδας και του ΕΟΠΥΥ, με βάση την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Είναι προφανές ότι η ανωτέρω παρουσίαση για την πρωτοβουλία της δημοτικής αρχής που έγινε ήταν σχετικά συνοπτική και όχι τόσο λεπτομερής, μιας που στόχος ήταν σ' αυτή τη φάση ο εντοπισμός μεθόδων, μέσων, διαδικασιών και γενικά διαφορετικών προσεγγίσεων, που στη συνέχεια εφόσον προκαλέσουν το ενδιαφέρον θα χρειαστεί να μελετηθούν και να παρουσιαστούν στην πλήρη τους λεπτομέρεια, αλλά και των περιορισμών που θέτει η μεθοδολογία της εργασίας μας.

Το υγειονομικό σύστημα της Ελλάδος δεν είναι τίποτα παραπάνω και τίποτα λιγότερο από την ίδια την λειτουργία της κρατικής μηχανής, της εικόνας της χώρας σε οποιαδήποτε έκφραση της δημόσιας διοίκησης, τον χαρακτήρα και την κουλτούρα του ίδιου του Ελληνικού λαού. Επομένως οποιαδήποτε αναπτυξιακή προσπάθεια από την πλευρά της τοπικής αυτοδιοίκησης για την θωράκιση της υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού μόνο θετικά ευεργετήματα μπορεί να έχει, με την προϋπόθεση της μη επιβάρυνσης του κρατικού προϋπολογισμού.

Δεν μπορεί να παρουσιαστεί καμία αναπτυξιακή πρωτοβουλία από οποιαδήποτε δημόσια αρχή αν πρωτίστως δεν απαντάει στο βασικό ερώτημα ποιος **ΠΟΙΟΣ ΠΛΗΡΩΝΕΙ?** , **ΠΟΙΟΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΕΙ?** , το έργο.

Παρακάτω σας παρουσιάζω την οργανωτική δομή του νέου αστικού τύπου πρωτοβάθμιου κέντρου υγείας για τον Δήμο Κατερίνης:

## **ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ του ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ**

### **ΑΣΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ – ΠΦΥ**

#### **ΟΙ ΤΡΕΙΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ**

- I. ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ**
- II. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ**
- III. ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ**

Η προτεινόμενη στελέχωση των υπηρεσιών έτσι ώστε να καλυφθούν βασικές ειδικότητες υγειονομικής κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού απεικονίζονται στους παρακάτω πίνακες.

### Πίνακας 8

<b>Ιατρική Υπηρεσία</b>	
Ειδικότητες	Αριθμός Εργαζομένων
Γενικής Ιατρικής	4
Παθολογίας	2
Γενικής Χειρουργικής	4

### Πίνακας 9

<b>Παραϊατρικές Υπηρεσίες (απεικονιστικό &amp; μικροβιολογικό εργαστήριο)</b>	
Ειδικότητες	Αριθμός Εργαζομένων
Απεικονιστικό	4
Μικροβιολογικό	4

### Πίνακας 10

<b>Νοσηλευτική Υπηρεσία</b>	
Ειδικότητες	Αριθμός Εργαζομένων
Νοσηλεύτριες	14
Μαίες	4

### Πίνακας 11

<b>Διοικητική Υπηρεσία</b>	
Ειδικότητες	Αριθμός Εργαζομένων
Γραμματείς	3

4.1.8 Η Τιμολόγηση των ιατρικών και λοιπών πράξεων στην ΠΦΥ από την Τοπική Αυτοδιοίκηση

**Η ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ (ΝΟΣΗΛΙΑ)  
ΣΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ  
ΚΑΙ Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΟΜΟΙΟΓΕΝΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΚΑΤΗΓΟΡΙΩΝ  
(KEN – DRGs)**

Τα ΚΕΝ αποτελούν μια διαδικασία τιμολόγησης και διαχείρισης νοσοκομειακών νοσηλειών ασθενών, η οποία βασίζεται στα διεθνώς καθιερωμένα DRGs (Diagnosis Related Groups). Στόχος της διαδικασίας είναι η ομαδοποίηση σε περίπου 700 κατηγορίες όλων των ασθενειών που οδηγούν τους πολίτες σε νοσηλεία (π.χ. ογκολογικές, καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, τοκετοί κ.λπ.) έτσι ώστε, να απλοποιηθεί η διαδικασία τιμολόγησης, ελέγχου, εκκαθάρισης τιμολογίων και αποζημίωσης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και της ΠΦΥ.

Εκτιμάται ότι με την καθολική εφαρμογή των ΚΕΝ μπορούν να επιτευχθούν πολλά οφέλη σε διαχειριστικό χρόνο αλλά και κόστος τόσο των θεραπευτηρίων όσο και των ασφαλιστικών ταμείων. Επί της ουσίας τα ΚΕΝ δεν είναι τίποτε άλλο από ένας τιμοκατάλογος νοσηλειών, ο οποίος καθορίζει το κόστος και τη μέση χρονική διάρκεια για κάθε κατηγορία νοσηλείας. Για παράδειγμα: φυσιολογικός τοκετός 600,00 ευρώ και τρεις ημέρες νοσηλείας, ενώ καισαρική 1.000,00 ευρώ και τέσσερις μέρες νοσηλείας.

Τα στοιχεία αυτά ανταποκρίνονται στους μέσους όρους νοσηλειών και χρησιμοποιούνται για την ταχεία και εύκολη τιμολόγηση των περιστατικών, ανεξάρτητα του ακριβούς αριθμού χρεώσεων και του ακριβούς κόστους νοσηλείας που πραγματικά υπήρξε.

Τα DRGs (Diagnosis-Related Groups) αφορούν ένα σύστημα κατάταξης των ασθενών, το οποίο συσχετίζει τον τύπο των ασθενών που αντιμετωπίζει ένα νοσοκομείο, με τις δαπάνες που πραγματοποιούνται από αυτό. Ενώ κάθε ασθενής είναι μοναδικός, ομάδες ασθενών έχουν κοινές δημογραφικές, διαγνωστικές και θεραπευτικές ιδιότητες που καθορίζουν την ένταση των απαιτούμενων πόρων για τη θεραπεία τους. Τα DRGs λοιπόν, αποτελούνται από διακριτά groups, όπου σε κάθε ένα από αυτά οι ασθενείς που το αποτελούν είναι κλινικά παρόμοιοι και για αυτό αναμένεται να καταναλώσουν και την ίδια ποσότητα πόρων.

Τα πρώτα DRGs και η εφαρμογή τους διεθνώς:

Το σύστημα των DRGs εφαρμόστηκε για πρώτη φορά στις Ηνωμένες Πολιτείες το 1983. Την ίδια χρονολογία, το Κογκρέσο τροποποίησε το νόμο περί κοινωνικής ασφάλισης για να συμπεριλάβει ένα νέο σύστημα πληρωμής των νοσοκομείων (Prospective Payment System), βασιζόμενο στην κατάταξη των ασθενών σύμφωνα με τα DRGs. Η Αυστραλία ήταν μία από τις πρώτες χώρες που ακολούθησε το παράδειγμα των Ηνωμένων Πολιτειών και υιοθέτησε στο δικό της σύστημα υγείας συγκεκριμένες κατηγορίες DRGs. Ακολούθησαν οι Σκανδιναβικές χώρες (Νορβηγία, Σουηδία, Φινλανδία κ.α.), η Γερμανία, η Ιταλία και πολλές άλλες Ευρωπαϊκές χώρες.

Από την 1η Οκτωβρίου 2011, το DRG ή το λεγόμενο «κλειστό ενοποιημένο νοσήλιο-ΚΕΝ» τέθηκε σε πρότυπη εφαρμογή στη χώρα μας σε όλα τα νοσοκομεία που ανήκουν στο Ε.Σ.Υ, σύμφωνα με την Κ.Υ.Α Υ4α/οικ. 105604/27-9-2011, που συμπληρώνει την Κ.Υ.Α Υ4α/οικ. 85649/27-7-2011, με θέμα «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο Ε.Σ.Υ (ΦΕΚ Β 1702 1-8-2011).

Το σύστημα πλέον αποτελεί μια διεθνώς εφαρμοζόμενη μεθοδολογία για τη χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας. Για τη δημιουργία μιας ομάδας DRG λαμβάνεται υπ' όψιν το φύλο, η ηλικία, η κύρια διάγνωση, οι επιπλοκές, ο χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο και άλλες παράμετροι. Το σύστημα έχει τροποποιηθεί στο πέρασμα των χρόνων για να μπορεί να συμβαδίσει με τις αλλαγές στην ιατρική περίθαλψη και με το εφαρμοζόμενο σύστημα υγείας της κάθε χώρας. Τέλος, οι πληροφορίες που συλλέγονται από τα DRGs εφαρμόζονται σε διάφορους τομείς, όπως στη διαχείριση των νοσοκομείων, στην πολιτική για την υγεία, στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, στη συγκριτική αξιολόγηση μεταξύ των νοσοκομείων και στη διαχείριση της ποιότητας. Τα DRGs χρησιμοποιούνται πλέον από πολλές χώρες στην ταχύτερη αποζημίωση των υπηρεσιών και την αποδοτικότερη χρηματοδότηση των νοσοκομείων.

Σχήμα 3:

<b>ICD-10 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΞΟΔΟΥ</b>	<b>ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ ΕΣΔΥ ΚΕΣΥ</b>	<b>ΕΞΙΤΗΡΙΟ</b>	<b>ΚΕΝ</b> ✓Υλικά ✓Φάρμακα ✓Εξετάσεις ✓ΜΔΝ
---------------------------------------	---	-----------------	--

Πίνακας 12:

#### ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΕΘΝΩΣ

ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ		
ΜΟΝΤΕΛΟ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ	ΦΟΡΕΑΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ	ΧΩΡΕΣ
ΜΟΝΤΕΛΟ Beveridge	Δημόσιο	Αγγλία, Δανία, Σουηδία, Φιλανδία, Νορβηγία, Ιταλία, Ισπανία, Ελλάδα
ΜΟΝΤΕΛΟ Bismarck	Κοινωνική Ασφάλιση	Γερμανία, Γαλλία, Ολλανδία, Αυστρία, Ελβετία, Βέλγιο, Λουξεμβούργο
ΜΟΝΤΕΛΟ Ελεύθερης Αγοράς	Ιδιωτική Ασφάλιση	ΗΠΑ, Χιλή, Σιγκαπούρη

Τα δύο κυρίαρχα συστήματα χρηματοδότησης της υγείας στην Ευρώπη, είναι το σύστημα Bismarck (Γερμανία, Γαλλία) και το σύστημα Beveridge (Ιταλία).

Η Ελλάδα παρότι έχει επιλέξει το σύστημα Beveridge για την χρηματοδότηση του νοσοκομειακού της τομέα (Εθνικό Σύστημα Υγείας), έχει αναπτύξει και διατηρεί πολλά χαρακτηριστικά από το σύστημα Bismarck (ύπαρξη ασφαλιστικών ταμείων και συμμετοχή του στη χρηματοδότηση των νοσοκομείων).

Η εφαρμογή των DRGs είναι πλέον εκτεταμένη τόσο διεθνώς όσο και στην Ευρώπη. Παρέχεται επομένως αρκετό υλικό μέσα από την εμπειρία των χωρών και τα διάφορα συστήματα DRGs που οι χώρες αυτές αναπτύσσουν, προσαρμοσμένα στις δικές τους ανάγκες. Οι λόγοι που το εργαλείο αυτό υιοθετείται είναι η δυνατότητα που παρέχει να καταγράφεται και να αξιολογείται λεπτομερειακά το παραγόμενο προϊόν του νοσοκομείου με αποτέλεσμα να είναι συγκρίσιμο και αποτελεσματικά διαχειρίσιμο. Το διακύβευμα των χωρών που το υιοθετούν είναι η συγκράτηση του κόστους και η αύξηση της αποδοτικότητας. Η επιτυχής εφαρμογή τους όμως, έτσι όπως προκύπτει και από τα παραδείγματα των χωρών που υλοποιούνται, προϋποθέτει σταδιακά βήματα εισαγωγής και εφαρμογής τους, παράλληλα με την ύπαρξη υποδομών και αποδοτικής οργάνωσης των συστημάτων υγείας και χρήσης σύγχρονων εργαλείων μανάτζμεντ. Στην Ευρώπη, η Γαλλία και έπειτα η Ουγγαρία, η Αγγλία, η Ιταλία η Ισπανία, όπως και οι Σκανδιναβικές χώρες ανέπτυξαν συστήματα βασιζόμενα κυρίως στα αμερικάνικα DRGs, το HCFA DRG και στην εξέλιξή του το AP – DRG. Η Γαλλία και η Ολλανδία ανέπτυξαν συστήματα DRGs τα οποία ονομάζονται Diagnosis – treatment groups και όχι Diagnosis – related καθώς συνυπολογίζουν τα συστήματα αυτά, όλες τις διαδικασίες στις οποίες υποβάλλεται ο ασθενής κατά τη διάρκεια νοσηλείας του, ενώ λαμβάνεται υπ’ όψιν και η βαρύτητα της κατάστασης της υγείας ενός ασθενούς (το γαλλικό σύστημα διαθέτει μέχρι τέσσερα επίπεδα). Τη δεκαετία του ’90 η Αυστραλία ανέπτυξε το σύστημα AR-DRG, το οποίο θεωρήθηκε ένα από τα αρτιότερα συστήματα και αποτελεί τη βάση για το γερμανικό σύστημα GDRG καθώς και για πολλά άλλα συστήματα στην Ευρώπη και διεθνώς. Το πρόσφατα θεσμοθετημένο ελληνικό σύστημα KEN-DRGs ακολουθεί επίσης το *αυστραλιανό σύστημα*

4.1.9 Η εφαρμογή κλειστών προϋπολογισμών από τους διοικούντες την ΠΦΥ σε ένα δήμο.

### ΚΛΕΙΣΤΟΙ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΠΦΥ ( *Ostrakon Health* )

#### Σκοπός

Σκοπός της παρούσας περιγραφικής αναφοράς είναι ο προσδιορισμός και η εκτίμηση των χαρακτηριστικών, που αφορούν την εφαρμογή Κλειστών Προϋπολογισμών σε Κέντρο Υγείας Αστικού Τύπου στον Δήμο Κατερίνης και αφορά στον τρόπο **κωδικοποίησης - ερμηνείας** και **καθημερινής αναλυτικής παρακολούθησης** των πιστώσεων του προϋπολογισμού, ως εργαλείο άσκησης αναπτυξιακής πολιτικής.

Ο ακρογωνιαίος λίθος για την επίτευξη της εφαρμογής της συγκεκριμένης οικονομοτεχνικής μελέτης αποτέλεσε η συγκρότηση των κάτωθι ομάδων.

- **Ομάδα Επιτελικού Σχεδιασμού**
- **Ομάδα Τακτικού Σχεδιασμού**
- **Ομάδα Επιχειρησιακού Σχεδιασμού**

Οι ανωτέρω ομάδες αποτελούν τα εργαλεία ορθολογικής και λειτουργικής διαχείρισης ενός κέντρου υγείας.

Ο Κλειστός Προϋπολογισμός συντίθεται από ένα σύνολο **τμηματικών - μερικών** προϋπολογισμών και η εκτέλεσή του ελέγχεται αποτελεσματικότερα. Η **μικροοικονομική** και **μακροοικονομική** σκοπιά της μελέτης και η **θεωρία παιγνίων** αποτελούν παραμέτρους, που καθορίζουν καθολικά την στρατηγική διοίκησης.

Η εφαρμογή συμβάλει στη συγκράτηση της δαπάνης και τη μείωση του κόστους λειτουργίας. Παρά την συρρίκνωσή του προϋπολογισμού των μονάδων υγείας, οι οικονομικοί στόχοι μπορούν να επιτευχθούν, χωρίς να παρατηρηθεί ουδεμία απόκλιση των **ποσοτικών** και **ποιοτικών** στόχων του φορέα.

#### Συμπεράσματα

Η εκτέλεση του προϋπολογισμού σε δημόσιο νοσηλευτικό ίδρυμα και στις μονάδες της ΠΦΥ είναι ένα πραγματικό φαινόμενο, το οποίο χαρακτηρίζεται από μία **έντονη ανελαστικότητα**, αναφορικά με τα όριά του και **πλήρη ελαστικότητα** εντός των ορίων του.

Η συγκεκριμένη οικονομοτεχνική μελέτη μπορεί να βρει εφαρμογή σε κάθε **χρηματοδοτούμενο οργανισμό του Δημόσιου φορέα, και ως εκ' τούτου και σε μία μονάδα Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας**, της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13 . Ενδεικτικός Προϋπολογισμός Κέντρου Υγείας Αστικού Τύπου



ΚΑΕ			ΔΑΠΑΝΗ	περιγραφή είδους δαπάνης
411	A	OU	ΑΜΟΙΒΕΣ ΝΟΜΙΚΩΝ ΠΟΥ ΕΚΤΕΛΟΥΝ ΕΙΔΙΚΕΣ ΥΠ.ΜΕ ΙΔΙΟΤ.ΕΛΕΥΘ. ΕΠΑΓ	αμοιβή νομικού συμβούλου
412	A	OU	ΑΜΟΙΒΕΣ ΤΕΧ. ΠΟΥ ΕΚΤ. ΕΙΔ. ΥΠΗΡ. ΜΕ ΤΗΝ ΙΔΙΟΤ. ΕΛΕΥΘ. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤ.	
413	A	OU	ΑΜΟΙΒΕΣ ΥΓΕΙΝ.ΠΟΥ ΕΚΤ.ΕΙΔ.ΥΠΗΡ.ΜΕ ΤΗΝ ΙΔΙΟΤ,ΕΛΕΥΘ.ΕΠΑΓΓΕΛΜ.	αμοιβή ιδιωτικών εργαστηρίων που διενεργούν παρακλινικές εξετάσεις (αζονικές, μαγνητικές)
413 λ	A	OU	ΑΜΟΙΒΕΣ ΥΓΕΙΝ.ΠΟΥ ΕΚΤ.ΕΙΔ.ΥΠΗΡ.ΜΕ ΤΗΝ ΙΔΙΟΤ,ΕΛΕΥΘ.ΕΠΑΓΓΕΛΜ. (ΟΛΟΗΜΕΡΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ)	αποζημίωση ιατρικού προσωπικού που συμμετέχει στην ολοήμερη λειτουργία
419	A	OU	ΑΜΟΙΒΕΣ ΛΟΙΠΩΝ ΠΟΥ ΕΚΤΕΛΟΥΝ ΕΙΔ. ΥΠΗΡ.ΜΕ ΙΔΙΟΤ ΕΛ. ΕΠΑΓΓΕΛΜ.	αμοιβή εταιρείας λογιστικής υποστήριξης, εσωτερικού ελεγκτή, ορκωτού ελεγκτή λογιστή, ακτινοφυσικού, διαχείριση μολυσματικών απορριμμάτων.
429	A	OU	ΛΟΙΠΕΣ ΑΜΟΙΒΕΣ ΦΥΣΙΚΩΝ ΠΡΟΣΩΠΩΝ ΠΟΥ ΕΚΤΕΛΟΥΝ ΕΙΔ.ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	φύλαξη νοσοκομείου, εντομοκτονία - μυοκτονία
426	A	OU	ΑΜΟΙΒΕΣ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΓΡΑΦΕΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΜΗΧΑΝΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ	αμοιβή εταιρειών συντήρησης των μηχανογραφικών εφαρμογών (OR-CO & COMROUTER TEAM)
439	A	OU	ΛΟΙΠΕΣ ΑΜΟΙΒΕΣ ΝΟΜΙΚΩΝ ΠΡΟΣ.ΠΟΥ ΕΚΤΕΛΟΥΝ ΕΙΔΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	δαπάνη για εκτέλεση εργαστηριακών εξετάσεων από άλλα Νοσοκομεία
532	A	M	ΕΞΟΔΑ ΚΗΔΕΙΑΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΩΝ	
541	A	M	ΔΑΠΑΝΕΣ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ Ν.Π.Δ.Δ	
831	A	ΛΚ	ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΑ ΤΕΛΗ	ΕΛΤΑ και courier
832	A	ΛΚ	ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΑ ΤΗΛ/ΚΑ & ΤΗΛΕΤΥΠΙΚΑ ΤΕΛΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ	ΟΤΕ
834	A	ΛΚ	ΕΞΟΔΑ ΤΗΛΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΩΝ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ	νέες τηλεφωνικές γραμμές
841	A	ΛΚ	ΥΔΡΕΥΣΗ & ΑΡΔΕΥΣΗ	τέλος βιολογικού καθαρισμού και τέλος υπονόμων
842	A	ΛΚ	ΦΩΤΙΣΜΟΣ & ΚΙΝΗΣΗ (ΜΕ ΗΛΕΚΤΡΙΣΜΟ Η ΦΩΤΑΕΡΙΟ)	ΔΕΗ
845	A	OU	ΔΑΠΑΝΕΣ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΥ ΓΡΑΦΕΙΩΝ	συνεργείο καθαρισμού
879	A	OU	ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΣΚΕΥΗ ΛΟΙΠΩΝ ΜΟΝΙΜΩΝ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ	συντήρηση των ηλεκτρομηχανολογικών εγκαταστάσεων βάσει σύμβασης
881	A	OU	ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ & ΕΠΙΣΚΕΥΗ ΜΕΤΑΦΟΡΙΚΩΝ ΜΕΣΩΝ ΞΗΡΑΣ	service των αυτοκινήτων
884	A	OU	ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ & ΕΠΙΣΚΕΥΗ ΤΗΛΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΩΝ ΜΕΣΩΝ	συντήρηση τηλεφωνικού κέντρου βάσει σύμβασης.
887	A	OU	ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ & ΕΠΙΣΚΕΥΗ ΛΟΙΠΩΝ ΜΗΧ ΝΗΜΑΤΩΝ	συντήρηση ιατρικών και λοιπών μηχανημάτων
888	A	OU	ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ & ΕΠΙΣΚΕΥΗ ΕΠΙΠΛΩΝ & ΣΚΕΥΩΝ	επισκευή επίπλων
892	A	OU	ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ & ΦΥΛ/ΡΑ ΑΚ/ΤΩΝ,ΜΕΤ/ΚΩΝ ΜΕΣΩΝ ΜΗΧ/ΚΟΥ ΕΞ/ΜΟΥ ΚΛΠ	ασφάλεια των αυτοκινήτων
893	A		ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΔΙΚΑΣΤΙΚΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ Η ΣΥΜΒ/ΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ	
894	A	OU	ΔΙΚΑΣΤΙΚΑ ΕΞΟΔΑ	
896	A	OU	ΕΠΙΔΟΣΕΙΣ, ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ, ΠΡΟΣΚΛΗΣΕΙΣ Κ Λ.Π	
899	A	OU	ΛΟΙΠΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ	υπηρεσίες εστίασης

1261	A	ΛΚ	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΓΡΑΦΙΚΗΣ ΥΛΗΣ & ΜΙΚΡ/ΝΩΝ ΓΡΑΦΕΙΟΥ ΓΕΝΙΚΑ	γραφική ύλη
1281	A	ΛΚ	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΥΛΙΚΩΝ ΜΗΧ/ΚΩΝ & ΛΟΙΠΩΝ ΣΥΝΑΦΩΝ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ	μελάνες και toner εκτυπωτών
1292	A	ΛΚ	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΗΛΕΚΤΡΙΚΩΝ ΛΑΜΠΤΗΡΩΝ	ηλεκτρικοί λαμπτήρες
1293	A	ΛΚ	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΝΤΥΠΩΝ & ΔΕΛΤΙΩΝ ΜΗΧΑΝ/ΣΗΣ	έντυπα νοσοκομείου και μηχανογραφικό χαρτί A3 - A4 διπλό και τριπλό
1311	A	4	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	υγειονομικό υλικό κλινικών και αναλώσιμο υλικό μικροβιολογικού εκτός αντιδραστηρίων
1312	A	4	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	φάρμακα κλινικών
1329	A	ΛΚ	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΥΛΙΚΟΥ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	ασκοί αίματος
1351	A	ΛΚ	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΑΠΟΛΥΜΑΝΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	απολυμαντικό υλικό
1352	A	ΛΚ	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΧΗΜΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ ΚΑΙ ΠΥΡΟΣΒΕΣΤΗΡΕΣ	αναγόμωση πυροσβεστήρων
1359	A	4	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΛΟΙΠΟΥ ΧΗΜΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	αντιδραστήρια μικροβιολογικού και αιμοδοσίας
1381	A	ΛΚ	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΙΔΩΝ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ & ΕΥΠΡΕΠΙΣΜΟΥ	είδη καθαριότητας (χαρτί υγιείας, απορρυπαντικά, σκόνη πλυντηρίων ρούχων κλπ)
1413	A	ΛΚ	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΙΔΩΝ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ & ΕΠΙΣ/ΗΣ ΚΤΙΡΙΩΝ ΓΕΝΙΚΑ	υλικά τεχνικής υπηρεσίας (ηλεκτρολογικό υλικό, είδη ελαιochρωματιστή κ.λ.π)
1429	A	ΛΚ	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΙΔΩΝ ΣΥΝΤΗΡ. ΚΑΙ ΕΠΙΣΚ. ΛΟΙΠΩΝ ΜΟΝΙΜΩΝ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣ	λυχνία αξονικού τομογράφου και ακτινολογικού μηχανήματος
1431	A	ΛΚ	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΙΔΩΝ ΣΥΝ/ΣΗΣ & ΕΠΙΣ/ΗΣ ΜΕΤ/ΚΩΝ Κ.Λ.ΜΗΧΑΝ.ΜΕΣΩΝ	ανταλλακτικά των αυτοκινήτων για το service και για τα ελαστικά
1436	A	ΛΚ	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΙΔΩΝ ΣΥΝ/ΣΗΣ & ΕΠΙΣΚΕΥΗΣ ΤΗΛΕΠ/ΚΩΝ ΜΕΣΩΝ	ανταλλακτικά για το τηλεφωνικό κέντρο
1438	A	ΛΚ	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΙΔΩΝ ΣΥΝΤΗΡ. & ΕΠΙΣΚΕΥΗΣ ΕΠΙΠΛΩΝ & ΣΚΕΥΩΝ	ταπετσαρίες καναπέδων και καρεκλών
1439	A	ΛΚ	ΛΟΙΠΕΣ ΠΡΟΜΗΘΕΙΕΣ ΕΙΔΩΝ ΣΥΝ/ΣΗΣ & ΕΠ/ΗΣ ΜΗΧ/ΚΟΥ Κ.Λ.ΕΞΟΠΛΙΣ.	ανταλλακτικά για την επισκευή των ιατρικών μηχανημάτων και των ηλεκτρομηχανολογικών εγκαταστάσεων
1528	A	ΛΚ	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΣΤΟΛΩΝ ΛΟΙΠΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	στολές νοσηλευτικού προσωπικού, οδηγών και τεχνικού προσωπικού
1529	A	ΛΚ	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΙΜΑΤΙΣΜΟΥ ΛΟΙΠΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ	υφάσματα για σεντόνια, μαξιλαριθήκες, κουβέρτες.
1531	A	ΛΚ	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΥΠΟΔΗΜΑΤΩΝ	υποδήματα νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού
1611	A	ΛΚ	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΥΓΡΩΝ ΚΑΥΣΙΜΩΝ & ΛΙΠΑΝΤΙΚΩΝ	πετρέλαιο θέρμανσης, κίνησης, βενζίνη αμόλυβδη και souper
1731	A	ΛΚ	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΚΟΥ & ΦΩΤΟΤΥΠΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	χαρτί φωτοτυπίας A3 και A4
1741	A	ΛΚ	ΠΡΟΜΗΘ.ΦΙΛΜΣ ΚΙΝΗΜ/ΣΤΩΝ	ακτινογραφικά φιλμς και υγρά εμφάνισης - στερέωσης
1779	A	ΛΚ	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΤΗΛΕΠ/ΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ ΠΟΥ ΔΕΝ ΚΑΤΟΝ/ΤΑΙ ΕΙΔΙΚΑ	
1841	A	ΛΚ	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΜΙΚΡ.ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΞΙΑΣ	εργαλεία μικρής αξίας τεχνική υπηρεσίας
1899	A	ΛΚ	ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΠΡΟΜΗΘΕΙΕΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΚΑΤΟΝ/ΝΤΑΙ ΕΙΔΙΚΑ	διάφορα υλικά (αλάτι αποσκληρυνσης νερού, χημικά καθαρισμού ατμολέβητων κλπ)
7111	A	ΚΕ	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΠΙΠΛΩΝ	έπιπλα, νοσοκομειακός εξοπλισμός (κραβάτια, κομοδίνα, κλπ)

7112	A	ΚΕ	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΗΛΕΚΤΡΙΚΩΝ ΣΥΣΚΕΥΩΝ ΚΑΙ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΩΝ ΚΛΙΜΑΤΙΣΜΟΥ ΓΡ	κλιματιστικά μηχανήματα και ηλεκτρικές συσκευές
7122	A	ΚΕ	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΛΟΓΙΣΤΙΚΩΝ ΜΗΧΑΝΩΝ	αριθμομηχανές
7123	A	ΚΕ	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΗΛΕΚΤΡ. ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΒΟΗΘ.ΜΗΧΑΝΩΝ	ηλεκτρονικοί υπολογιστές, προγράμματα μηχανογράφησης
7124	A	ΚΕ	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΦΩΤΟΤΥΠΙΚΩΝ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΩΝ	φωτοτυπικό μηχάνημα
7127	A	ΚΕ	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΩΝ ΕΚΤΟΣ ΑΠΟ ΜΗΧΑΝΕΣ ΓΡΑΦΕΙΟΥ	ιατρικά μηχανήματα και μηχανήματα των Η/Μ εγκαταστάσεων
7129	A	ΚΕ	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΛΟΙΠΩΝ ΜΗΧΑΝΩΝ ΓΡΑΦΕΙΟΥ	συσκευές fax
7131	A	ΚΕ	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ	ιατρικά όργανα μικρής αξίας
9429	A	ΕΠ	ΛΟΙΠΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ & ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	δαπάνες προγράμματος CHELDREN HEALTH
9762	A	ΕΠ	ΜΕΛΕΤΕΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑ	μελέτη πολυδύναμου ιατρείου ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ.

#### 4.1.10 *Ανάλυση SWOT Της Μονάδος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Δήμου Κατερίνης αναφορικά με τα μεταναστευτικά 'κύματα'.*

##### 1.2. Νομοθετικό πλαίσιο

Σύμφωνα με το νομοθετικό πλαίσιο της χώρας μας, Ν. 3235/2004, και τον αρ. Α.Κ. 351/05-08-2013 Υπόμνημα της Ελλάδας προς τη Διοικητική Επιτροπή της Ευρωπαϊκής Ένωσης, δίδεται η δυνατότητα παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στους πληθυσμούς των προσφύγων και μεταναστών που διέρχονται από την χώρα μας με απώτερο σκοπό την εγκατάστασή τους σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες.

##### 1.3. Οφέλη

Τα οφέλη παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας στις συγκεκριμένες δομές εναπόκεινται στους εξής τομείς:

Σε επίπεδο Πολιτείας:

- I. Αξιολόγηση κινδύνων στη Δημόσια Υγεία
- II. Επιτήρησης και ελέγχου νοσημάτων Δημόσιας Υγείας
- III. Εκπαίδευση όλων των εμπλεκόμενων
- IV. Ενημέρωση σε συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και την Ευρωπαϊκή Ένωση για τους μηχανισμούς αντιμετώπισης μετακινούμενων πληθυσμών

Για τους μετανάστες:

- I. Οργάνωση δομών για άμεση παρέμβαση (Task force) στους χώρους μαζικών αφίξεων αλλοδαπών
- II. Αξιολόγηση του επιπέδου υγείας τους
- III. Ανάπτυξη εμβολιαστικής κάλυψης του μετακινούμενου πληθυσμού
- IV. Την ειδική βοήθεια σε ευάλωτες ομάδες και την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης σύμφωνα με τους κανόνες υγιεινής (Ι.Α.Π.Α.Δ, 2002)

Συμπληρωματικά θεωρώ σκόπιμο να αναφέρω ότι σε επίπεδο πολιτείας :

Μειώνεται το ποσοστό ανεργίας λόγω ένταξης νέου εργατικού δυναμικού

Οικονομική ενίσχυση της χώρας από Ευρωπαϊκά προγράμματα έκτακτης βοήθειας (ΕΣΠΑ)

Σε επίπεδο κοινωνίας μεταναστών:

- I. Διασφάλιση σίτισης και στέγασης κατά το βραχύ διάστημα παραμονής τους στη χώρα
- II. Γενετικός έλεγχος
- III. Ασφάλεια κατά την παραμονή τους
- IV. Προγράμματα πρόληψης

Δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη όπου κρίνεται αναγκαίο

Σε επίπεδο τοπικής κοινωνίας παρατηρείται:

- a. Αύξηση της εμπορικής συναλλαγής
- b. Δημιουργία νέων θέσεων εργασίας στον ιδιωτικό τομέα
- c. Αύξηση της επισκεψιμότητας της περιοχής
- d. Κρατική επιχορήγηση για τη δημιουργία νέων έργων σε δομικό επίπεδο

(Ι.Α.Π.Α.Δ, 2002)

Στην Ελλάδα τα προβλήματα υγείας των πληθυσμών μεταναστών, μπορούν να προκαλέσουν πιθανούς μελλοντικούς κινδύνους στο εσωτερικό της χώρας, με αποδέκτες είτε τους ίδιους τους μετανάστες, είτε τον πληθυσμό υποδοχής. (Ingledy D. 2011)

Σύμφωνα με τα προαναφερόμενα καθίσταται εύκολα αντιληπτή η τεράστια σημασία της παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας στις πύλες εισόδου προσφύγων και μεταναστών στην Ελλάδα που θα οδηγήσει στην αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών σε επίπεδο υγείας των μεταναστών αλλά και στην προάσπιση και διασφάλιση της δημόσιας υγείας. Οι βασικοί παράγοντες που διερευνήθηκαν από το εξωτερικό περιβάλλον ήταν η πολιτική υγείας καθώς και η οικονομική πολιτική και το θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας, οι κοινωνικές ιδιαιτερότητες των μεταναστών κ.α..

**Πίνακας 14: Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται συνοπτικά η SWOT ανάλυση για τη Μονάδα Παροχής Π.Φ.Υ.**

<u>ΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ</u>	<u>ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Καλή γεωγραφική θέση/ Προσβασιμότητα</li> <li>▪ Λειτουργικές κτηριακές Εγκαταστάσεις</li> <li>▪ Καλός ξενοδοχειακός εξοπλισμός</li> <li>▪ Βραχυπρόθεσμη διαμονή των μεταναστών</li> <li>▪ Προσφορά υπηρεσιών από Διεπιστημονικό προσωπικό και προσωπικό Μ.Κ.Ο.</li> <li>▪ Συμπληρωματική λειτουργία με άλλες δομές υγείας</li> <li>▪ Υψηλή Ποιότητα και Ασφάλεια παροχής Υπηρεσιών</li> <li>▪ Νομοθετικό πλαίσιο</li> <li>▪ Υψηλή εκπαίδευση και εμπειρία ανθρώπινου δυναμικού</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Χρηματοδοτικό πρόγραμμα της Ε.Ε.</li> <li>▪ Η διαδικτύωση των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας υγείας</li> <li>▪ Δικτύωση με υγειονομικές υποδομές Μ.Κ.Ο.</li> <li>▪ Επιμόρφωση προσωπικού</li> <li>▪ Δημιουργία νέων θέσεων εργασίας</li> <li>▪ Δωρεά φαρμακευτικού και υγειονομικού υλικού από Φαρμακευτικές Εταιρείες</li> <li>▪ Εκσυγχρονισμός ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού</li> </ul>
<u>ΑΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ</u>	<u>ΑΠΕΙΛΕΣ</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό</li> <li>▪ Διαθεσιμότητα και μετακίνηση υγειονομικού προσωπικού</li> <li>▪ Ανεπαρκής αριθμός εξειδικευμένων στελεχών υγείας</li> <li>▪ Ελλιπής επιμόρφωση και εποπτεία του προσωπικού</li> <li>▪ Έλλειψη πληροφοριακού συστήματος</li> <li>▪ Εύρος και είδος ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Αυξανόμενη ζήτηση υπηρεσιών υγείας</li> <li>▪ Αύξηση Λοιμωδών Νοσημάτων</li> <li>▪ Συγκρούσεις μεταξύ των μεταναστών αλλά και μεταξύ μεταναστών και ντόπιων</li> <li>▪ Μη έγκαιρη οικονομική χρηματοδότηση</li> <li>▪ Κακές καιρικές συνθήκες</li> <li>▪ Κοινωνικός αποκλεισμός /Ρατσισμός</li> <li>▪ Δημιουργία «κλειστής κοινωνίας» μεταναστών</li> </ul>

4.1.11 Εκπαιδευτικές Δράσεις που πρέπει να εφαρμόσουν οι Δήμοι αναφορικά με την ΠΦΥ, για το στελεχιακό δυναμικό τους

- A. Μετεκπαίδευση
- B. Επιμόρφωση
- C. Δημοσιεύσεις – Παρουσιάσεις
- D. Χορήγηση Τίτλων Σπουδών
- E. Μέτρηση της Ποιότητας παρεχομένων υπηρεσιών
- F. Συγκρότηση Ομάδος Εργασίας Ποιότητας
- G. Επιτροπή Ποιότητα

Σχήμα 4 : Η Χωροταξική Διάταξη των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο Νομό Πιερίας – Κέντρο Υγείας Αστικού Τύπου στο παλαιό νοσοκομείο Κατερίνης ( για τον Δήμο Κατερίνης)

