

# Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΕΠΙΚΕΝΤΡΟ ΤΗΣ ΝΕΑΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ - ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

**Μαρία Δούζα\***

## Περίληψη

*Η εργασία αυτή αναφέρεται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και στην έμφαση που δίνεται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας στην αναβάθμισή της. Η Π.Φ.Υ. θεωρείται ότι είναι οικονομικά αποτελεσματική γιατί μπορεί να ανακόψει την αναζήτηση υγειονομικής φροντίδας στα νοσοκομεία. Μέχρι σήμερα η ανάπτυξή της βασίστηκε σε ένα μη οργανωμένο πλαίσιο με αποτέλεσμα να υπάρχουν δυσλειτουργίες όσον αφορά τη γεωγραφική κατανομή της, τον εξοπλισμό, τους ανθρώπινους πόρους και την έρευνα. Επίσης στις αγροτικές περιοχές αναπτύχθηκαν τα Κέντρα Υγείας χωρίς παράλληλη ανάπτυξη στα αστικά κέντρα όπου συγκεντρώνεται και το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού και όπου οι ιδιωτικές παροχές υγείας συνεχώς αυξάνονται. Έχοντας υπόψη τα παραπάνω η εργασία αυτή εντοπίζει τα προβλήματα που υπάρχουν και θα συνεχίσουν να υπάρχουν στην Π.Φ.Υ. μέχρι να ολοκληρωθεί ένα ορθολογικό σχέδιο μεταρρύθμισης.*

## Εισαγωγή

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί το πρώτο επίπεδο στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε ένα σύστημα υγείας. Κάτω από αυτό το πρίσμα αποτελεί φίλτρο των ασθενών σε πρώτο επίπεδο γιατί μπορεί να αποτρέψει τα άτομα από το να κάνουν χρήση των υπηρεσιών δευτεροβάθμιας φροντίδας. Επίσης είναι η πρώτη επαφή για οποιοδήποτε άτομο χρειάζεται να ζητήσει την αρωγή του συστήματος υγείας για το πρόβλημα υγείας που το απασχολεί (Κυριόπουλος, 1996). Η σημασία της πρωτοβάθμιας φροντίδας τονίστηκε ιδιαίτερα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας στη διακήρυξη της Alma-Ata (WHO, UNICEF, 1978). Η διακήρυξη αυτή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας συνέβαλε στην ανάπτυξη μίας νέας αντίληψης στον τομέα της υγείας βασισμένης στην ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Επίσης ο Π.Ο.Υ. (1983) τόνισε ότι δεν πρέπει να παραβλέπεται η ποιοτική πλευρά των παρεχομένων υπηρεσιών, ενώ στη διακήρυξή του εντοπίζει και τη σημασία της κοινωνικής διάστασης στον τομέα της υγείας που την χαρακτηρίζει ως θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα (Αλτάνης, 1991).

---

\* Μάνατζερ Υγείας, Κοινωνική Λειτουργός, Πτυχιούχος Τμήματος Κοινωνικής Πολιτικής και Κοινωνικής Ανθρωπολογίας Πάντειον Πανεπιστήμιο Αθηνών, MA σε Υπηρεσίες Υγείας (University of Leeds, U.K.), MA στην Κοινωνική Πολιτική και Κοινωνική Εργασία (University of York, U.K.)

Ένα σύστημα παροχών υγείας θα πρέπει να εξασφαλίζει ότι ο κάθε ασθενής θα έχει την καλύτερη δυνατή προσοχή στο πρόβλημα υγείας που τον απασχολεί και ότι αυτό θα επιτυγχάνεται με την ελάχιστη δυνατή δαπάνη πόρων. Η Π.Φ.Υ. φαίνεται ότι είναι το κλειδί της πολιτικής αυτής. Τις τελευταίες δύο δεκαετίες η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έγινε στόχος για ανάπτυξη σε πολλά κράτη και της ανατέθηκαν νέοι ρόλοι και λειτουργίες. Τρεις θεωρούνται ότι είναι οι λειτουργίες της μέσα σε ένα σύγχρονο σύστημα υγείας: α) πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη, β) προληπτικές υπηρεσίες και γ) κοινωνική φροντίδα (Θεοδώρου και συν. 1996).

Η εργασία αυτή στοχεύει στα προβλήματα που φαίνεται ότι θα δημιουργηθούν με την εφαρμογή της νέας πολιτικής στον τομέα της υγείας. Η νέα αυτή πολιτική για την υγεία περιλαμβάνει αλλαγές και βελτιώσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες Π.Φ.Υ. Υπάρχουν όμως πολλοί προβληματισμοί σχετικά με την επιτυχία των νέων μέτρων αφού η εφαρμογή τους προϋποθέτει σε μεγάλο βαθμό τη συνεργασία πολλών εμπλεκόμενων φορέων και ανθρώπινων πόρων, εξεύρεση οικονομικών πόρων καθώς και οργανωτικές αλλαγές.

### **Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα**

Η δημιουργία ενός Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα ξεκινά το 1952 με το νόμο 2593/52 επί Κυβερνήσεως Παπάγου που αναφέρεται στη λειτουργία των νοσοκομείων. Στον τομέα της Π.Φ.Υ. ιδρύεται το ΙΚΑ το 1935 που εκτός από τον τομέα ασφάλισης, κάλυψε και την ανάγκη για ιατρική περίθαλψη και ψηφίζεται το Ν.Δ. 2592/53 που αναφερόταν στις εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες. Μέχρι το 1983 λειτουργούσαν τα αγροτικά ιατρεία και οι υγειονομικοί σταθμοί, τα πολυιατρεία ασφαλιστικών οργανισμών, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων και ιδιωτικά ιατρεία.

Ουσιαστικά, η δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος περίθαλψης συνδέεται με το Νόμο 1397/83 περί Ε.Σ.Υ. Ο Νόμος αυτός καθιερώνει την ισότητα των πολιτών στην περίθαλψη, την ευθύνη του κράτους για την παροχή υγείας (Νιάκας, 1993), προβλέπει τη δημιουργία ενός αποκεντρωμένου διοικητικού συστήματος λειτουργίας, ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας, εκσυγχρονισμό και αναδιοργάνωση των νοσοκομείων, ενίσχυση των εκπαιδευτικών και ερευνητικών προγραμμάτων και κίνητρα για την ανάπτυξη του προσωπικού (Σιγάλας, 1996). Επίσης συνδέεται η κοινωνικοπολιτική σημασία της διασφάλισης της αρχής της ισότητας στην περίθαλψη γιατί ο τομέας υγείας θεωρείται συστατικό στοιχείο του κοινωνικού κράτους (Μπουρσανίδης, 1996). Ταυτόχρονα εισάγεται και η έννοια της κοινωνικής φροντίδας στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. με στόχο τη διάγνωση και θεραπεία ψυχικών, κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων, την προστασία ατόμων που ανήκουν στις ευπαθείς ομάδες πληθυσμού και την ενεργοποίηση ατόμων, ομάδων, φορέων ώστε να συμμετέχουν στη δημιουργία προτάσεων και νέων προγραμμάτων (Αλιάνης, 1991).

Ο Νόμος «Περί Ε.Σ.Υ.» θεωρήθηκε πρωτοποριακός και ακόμα και σήμερα οποιαδήποτε αλλαγή βασίζεται στους άξονές του. Ο Νόμος 2519/97 (άρθρα 31-33) «Για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας και των Υγειονομικών Υπηρεσιών», για την Π.Φ.Υ. προέβλεπε τη δημιουργία των Δικτύων Παροχής Υπηρεσιών Π.Φ.Υ. και την προσφορά υπηρεσιών υγείας από τον Οικογενειακό Γιατρό στις αστικές και ημιαστικές περιοχές (Αλιάνης, 1998). Πολλές όμως από τις προτάσεις για αναδιάρθρωση που είχαν θεσπιστεί, παρέμειναν

απραγματοποιήστε είτε γιατί συνάντησαν έντονες αντιδράσεις ή γιατί δεν υπήρχαν περιθώρια οικονομικής αρωγής. Το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.) για παράδειγμα, δεν δικαίωσε τη λειτουργία του ενώ η μόνη ομάδα που λειτούργησε ήταν η επαμελής, διορισμένη από τον εκάστοτε Υπουργό, Εκτελεστική Επιτροπή (Φυντανίδου, 2000). Μέχρι πρόσφατα δε, δεν είχαν μπορέσει να συσταθούν τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.), ούτε αναπτύχθηκε ο θεσμός του προσωπικού γιατρού ή των Αστικών Κέντρων Υγείας.

Όσον αφορά την Π.Φ.Υ. στις αγροτικές περιοχές, τα Κέντρα Υγείας αντιπροσώπευαν την αλλαγή που θεσπίστηκε με το Νόμο για το Ε.Σ.Υ. (Μωραΐτης, 1985). Παρά το γεγονός ότι ο Νόμος κινήθηκε στη σωστή κατεύθυνση με την πρόταση για τη δημιουργία των 190 Κέντρων Υγείας και των 1.311 περιφερειακών ιατρείων, η Π.Φ.Υ. χαρακτηρίστηκε από έλλειψη προγραμματισμού, υποτυπώδη υποδομή και πολυκερματισμό ενώ πολλοί τομείς δεν αναπτύχθηκαν στην έκταση που προβλεπόταν από το Νόμο. Τα προβλήματα που παρουσιάστηκαν αφορούσαν επίσης την οργάνωση και λειτουργία της, τη χρηματοδότηση, την αποτελεσματικότητά της, την ανισότητα στην πρόσβαση και παροχή, στον ελλιπή εξοπλισμό, τη συγκέντρωση γιατρών στις αστικές περιοχές και την ταυτόχρονη έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού (Οικονόμου, 1994). Στα Αστικά Κέντρα, η Π.Φ.Υ. παρέχεται και παρέχεται από τους ασφαλιστικούς φορείς, π.χ. το ΙΚΑ, τους ιδιώτες γιατρούς, τα διαγνωστικά κέντρα και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και αυτό γιατί δεν δημιουργήθηκαν αντίστοιχες μονάδες, όπως τα Κέντρα Υγείας στις αγροτικές περιοχές. Αποτέλεσμα, μεγάλο μέρος της πρωτοβάθμιας φροντίδας να παρέχεται στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και να αυξηθεί η ιδιωτική παροχή υπηρεσιών υγείας (Υ.Υ.Π., 2001). Δύο αδυναμίες λοιπόν φαίνεται ότι παρουσιάζει το σύστημα Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα: πρώτον, οι ελλείψεις υποδομής και προσωπικού στα Κέντρα Υγείας αγροτικού τύπου, ο προβληματικός τρόπος οργάνωσης των υπηρεσιών και γενικότερα η απουσία υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής της υγείας στην Κοινότητα (Κούτης, 1992) και δεύτερον, η έλλειψη ανάπτυξης υπηρεσιών Π.Φ.Υ. σε αστικές περιοχές όπου δεν υπάρχουν Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου και Δίκτυα Π.Φ.Υ. καθώς επίσης και η απουσία του θεσμού των Προσωπικών Γιατρών (Λιονής και συν. 2000).

Ανακεφαλαιώνοντας, η Π.Φ.Υ. παρέχεται: α) από το Ε.Σ.Υ. μέσω των Κ.Υ., τα περιφερειακά τους ιατρεία και τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, β) το ΙΚΑ, γ) τα διάφορα ασφαλιστικά ταμεία που συνάπτουν συμβάσεις με ιδιώτες γιατρούς, δ) τον ιδιωτικό τομέα και ε) την τοπική αυτοδιοίκηση (Μωραΐτης και συν. 1995). Ο Γ. Κυριόπουλος (1996) επίσης αναφέρει ότι το 45% της περίθαλψης παράγεται από τον ιδιωτικό τομέα, το 35% από το ΙΚΑ και το υπόλοιπο 20% από τις μονάδες του Ε.Σ.Υ. Αυτός ο τρόπος παροχής υπηρεσιών παρουσιάζει μεγάλο κατακερματισμό και διαφορετικότητα στις παροχές και επομένως η ανάγκη για νοικοκύρεμα του όλου συστήματος άρχισε να γίνεται επτακτική αλλά και η ανάγκη για αποτελεσματικότερη σύνδεση και συνεργασία μεταξύ δευτεροβάθμιας και πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Τρεις είναι οι προϋποθέσεις για μία σωστή ανάπτυξη της Π.Φ.Υ.: η περιφερειοποίηση των υπηρεσιών, η αποκέντρωση των εξουσιών και αρμοδιοτήτων και η ανάπτυξη ενός συστήματος παραπομπών και κυκλοφορίας των πληροφοριών μεταξύ των διαφόρων επιπέδων του συστήματος υγείας (Ζηλίδης, 1990). Επίσης επίκεντρο των αλλαγών πρέπει να είναι ο πολίτης, που ως χρήστης των υπηρεσιών φροντίδας διακατέχεται από ένα ιδιαίτερο τρόπο επαφής με το σύστημα υγείας αφού

προτιμά να έχει πολλές δυνατότητες επιλογών. Αυτό προκύπτει από το ότι πιθανόν θα επισκεφτεί το γιατρό του ταμείου του, το γιατρό του νοσοκομείου, ιδιώτη γιατρό, κ.λπ. μέχρι να καταλήξει στον θεράποντα ιατρό του, ενώ παράλληλα εκφράζει τη δυσαρέσκειά του προς το σύστημα περίθαλψης. Οι ενέργειες αυτές συνεπάγονται σπατάλη χρόνου και πόρων (Πετροπούλου, 2000).

### **Το πρόγραμμα μεταρρύθμισης «Υγεία για τον Πολίτη»**

Το Πρόγραμμα Μεταρρύθμισης του Εθνικού Συστήματος Υγείας αποτελεί ένα εξάχρονο σχέδιο σταδιακής εφαρμογής αλλαγών στο όλο σύστημα παροχών υπηρεσιών υγείας. Όσον αφορά την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, το Πρόγραμμα «Υγεία για τον Πολίτη» πρεσβεύει ότι ο Πολίτης είναι το κέντρο που πρέπει να απευθύνεται η μεταρρύθμιση και ότι σημαντικό ρόλο θα παίξει η ανάδειξη της Π.Φ.Υ. και της Δημόσιας Υγείας σε βασικούς πυλώνες του νέου συστήματος. Συγκεκριμένα αναφέρει ότι η Π.Φ.Υ. θα παρέχει:

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

Η φροντίδα υγείας στην Ελλάδα, όπως προτείνει το Πρόγραμμα, θα παρέχεται από πρωτοβάθμιους φορείς (Κέντρα Υγείας, ΙΚΑ, εξωτερικά ιατρεία, Πολυιατρεία Δήμων, κ.λπ.), δευτεροβάθμιους φορείς (Νοσοκομειακή περίθαλψη) και τριτοβάθμιους φορείς (Κέντρα Αποκατάστασης). Οι πρωτοβάθμιοι φορείς και ιδιαίτερα τα Κέντρα Υγείας ανήκουν διοικητικά στο ΠΕ.Σ.Υ. (Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας) και συνδέονται επιστημονικά με το Νοσοκομείο της περιοχής που ανήκουν. Αποτελούν αυτοτελείς διοικητικές μονάδες, έχουν δικό τους προϋπολογισμό και οργανισμό λειτουργίας, διαχειρίζονται τους πόρους που διατίθενται σ' αυτούς και παρέχουν υπηρεσίες σε όλους τους πολίτες ασφαλισμένους ή μη, αλλοδαπούς, κ.λπ. Επίσης ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες μιας περιοχής μπορούν να διατηρούν Περιφερειακά Ιατρεία ως αποκεντρωμένες μονάδες. Σε ορισμένες περιοχές προβλέπεται η δημιουργία Περιφερειακών Ιατρείων 24ωρης ετοιμότητας ή Πολυδύναμα Ιατρεία (Νέα Υγεία, 2000).

Όσον αφορά τις Αστικές Περιοχές ιδρύονται τα Αστικά Κέντρα Υγείας. Τα Αστικά Κέντρα Υγείας περιλαμβάνουν τα Πολυιατρεία του ΙΚΑ, τα Ιατρεία των Δήμων κ.λπ. καθώς και άλλες μονάδες που θα προκύψουν από την κατάργηση ή συγχώνευση άλλων και τη δημιουργία νέων. Η δημιουργία αυτών θα βασιστεί σε δημογραφικά, επιδημιολογικά, συγκοινωνιακά και άλλα δεδομένα.

### **Αδυναμίες του Συστήματος Παροχών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας δεν μπορεί να μελετηθεί σαν ανεξάρτητος χώρος υγείας από τους υπόλοιπους τομείς παροχών φροντίδας στην παρούσα φάση για τους παρακάτω λόγους. Πρώτον, δεν έχει ψηφιστεί το Νομοσχέδιο που αφορά την Π.Φ.Υ. και δεύτερον, διότι η ανάπτυξη της στην παρούσα φάση εξαρτάται από την όλη αναμόρφωση του συστήματος υγείας. Γι' αυτό το λόγο τα προβλήματα που θα αναφερθούν αφορούν και άλλους τομείς περίθαλψης. Μέχρι σήμερα

υπήρχε έλλειψη επιστημονικού πλαισίου και χάσιμο χρόνου σε οργανωτικά, διοικητικά θέματα, έλλειψη επαρκούς σχεδιασμού ανάλογα με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού ενώ δεν είχε αξιολογηθεί η μέχρι τώρα απόδοση των υπάρχοντων υπηρεσιών υγείας και του προσωπικού. Οι πολιτικές για την Π.Φ.Υ. παρέπεμπαν σε εμφανειακές λύσεις ή λύσεις εντυπωσιασμού, χωρίς να προβλέπονται μακροπρόθεσμες λύσεις (Μπένος, 1996), ενώ έμφαση είχε δοθεί στην αγορά υλικοτεχνικής υποδομής και ανέγερσης νοσοκομείων (Κυριόπουλος, 1996). Αυτό έχει σαν συνέπεια να παραμένει η Π.Φ.Υ. χωρίς κατευθυντήριες γραμμές, η πρόσληψη προσωπικού να γίνεται χωρίς να προηγηθεί μελέτη των αναγκών του πληθυσμού και της γεωγραφικής κατανομής του, οι υπηρεσίες να μην συνδέονται μεταξύ τους με κάποιο δίκτυο επικοινωνίας (Λιονής, και συν. 2000). Χαρακτηριστική δε είναι η πολυδιάσπαση του συστήματος και η απουσία συντονισμού (Οικονόμου, 1994). Παρά το γεγονός ότι η αποδοτικότητα του συστήματος είναι χαμηλή, υπάρχουν ανισότητες και το σύστημα υγείας φαίνεται να δυσλειτουργεί, η διαπίστωση ότι οι δείκτες θνησιμότητας είναι χαμηλοί και οι πολίτες υγιείς (Φιλαλήτης, 1995), δημιούργησε εφησυχασμό και αδράνεια στην υλοποίηση αποφάσεων.

Τα προβλήματα που ενδέχεται να προκύψουν με τη μεταρρύθμιση μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής:

1. Τα μέρη του Προγράμματος Μεταρρύθμισης «Υγεία για τον Πολίτη» δείχνουν ότι δημιουργείται ένα άλλο είδος γραφειοκρατίας στο σύστημα υγείας. Ο περιφερειακός και κοινοτικός κατακερματισμός του συστήματος μπορεί να δημιουργήσει άλλες μικρές γραφειοκρατίες, ενώ οι τοποθετήσεις πολλών στελεχών σε θέσεις κλειδιά, πιθανόν να δυσκολέψουν την ευελιξία του συστήματος. Γι' αυτό το λόγο κρίνεται απαραίτητη η προσεκτική ανάπτυξη του αποκεντρωμένου αυτού συστήματος παροχών.
2. Υπάρχουν υγειονομικές ανισότητες στο σύστημα περίθαλψης κυρίως μεταξύ αστικού και αγροτικού χώρου. Η ποσοτική και ποιοτική επάρκεια απαιτεί ενιαία οργάνωση της ασφάλισης υγείας του πληθυσμού, διάθεση επαρκών πόρων και ορθολογικότερη οργάνωση των υπηρεσιών υγείας μεταξύ αγροτικού και αστικού πληθυσμού (Ζηλίδης, 1988 β).
3. Η αναφορά που γίνεται ήδη στην έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού ώστε να ανταποκριθεί στις ανάγκες της μεταρρύθμισης μπορεί να αποτελέσει πρόβλημα, όταν χρειάζεται να ληφθούν αποφάσεις που χρειάζονται τόλμη. Στην επαρχία ειδικά υπάρχει έντονο θέμα έλλειψης στελεχών γιατί τα Κ.Υ. στελεχώθηκαν από προσωπικό που δεν ήταν κατάλληλα προετοιμασμένο (Φιορέτος, και συν. 1994). Αν τελικά τοποθετηθούν νέα στελέχη πρέπει πρώτα να ενημερωθούν και να καθιερωθούν στις θέσεις τους πριν προχωρήσουν στις αλλαγές.
4. Τα συμφέροντα των διαφόρων επαγγελματικών κλάδων και ιδιωτικών οργανώσεων μπορεί να αποτελέσουν τροχοπέδη στις εξελίξεις, καθώς έχουν τη δυνατότητα να περιορίζουν και να αντιτίθενται σε αλλαγές με τον τρόπο που μέχρι τώρα έχουν συνηθίσει να ενεργούν.
5. Έλλειψη σαφούς πλαισίου ρόλων των στελεχών που πρόκειται να επανδρώσουν τη μεταρρύθμιση. Μέσα από το πρόγραμμα «Υγεία για τον Πολίτη» φαίνεται ότι ο κάθε επαγγελματίας μπορεί να οργανώσει το αντικείμενό του με τον τρόπο που επιθυμεί και αυτό μπορεί να έχει

σαν αποτέλεσμα τη συνεχή αλλαγή στόχων και συνεπώς την πρόκληση σύγχυσης στους εργαζόμενους και την αναποτελεσματικότητα του συστήματος.

6. Άλλα προβλήματα συνδέονται με την έλλειψη οικονομικής αξιολόγησης (Γείτονα, 1996), την έλλειψη πόρων ή τον περιορισμό πόρων. Εφόσον η Κυβέρνηση έχει δυσκολίες να χρηματοδοτεί τα υπάρχοντα προγράμματα καθώς αναφέρονται σοβαρές ελλείψεις προσωπικού και εξοπλισμού σε διάφορες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, πώς θα καλύψει το σοβαρό κόστος που συνεπάγεται ένα εκσυγχρονισμένο σύστημα και τι θα γίνει μετά το τέλος της χρηματοδότησης από το Ε.Κ.Τ.;
7. Μία ολοκληρωμένη στρατηγική για την υγεία πρέπει να έχει ένα ευέλικτο προγραμματισμό χωρίς όμως να παραβιάζει τα χρονοδιαγράμματα που τίθενται, γιατί διαφορετικά κινδυνεύει το σύστημα από ανακολουθίες. Αυτό μπορεί να δημιουργηθεί όταν ορισμένες περιοχές έχουν τη δυνατότητα να αναπτύξουν υπηρεσίες ταχύτατα, ενώ άλλες μπορεί να καθυστερούν εξαιτίας δυσκολιών στη χρηματοδότηση, δυσκολιών πρόσβασης, ή και γεωφυσικών δυσκολιών.
8. Έλλειψη επαρκών στατιστικών στοιχείων καταγραφής ασθενών και ιατρικών προβλημάτων, που θα διευκόλυναν την αξιολόγηση των αναγκών σε παροχές υγείας ανά περιοχή. Η πιθανότητα να αναπτυχθεί σύντομα ένα σύστημα ηλεκτρονικών πληροφοριών (IT) και Ηλεκτρονικού Μητρώου Ασθενών θεωρείται δύσκολο όχι μόνο για οικονομικούς λόγους αλλά και γιατί οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας δεν γνωρίζουν τη χρήση Η/Υ ώστε να χειριστούν ένα τέτοιο αρχείο.
9. Έλλειψη ερευνητικών προγραμμάτων και προτάσεων για βελτιώσεις. Όσα ερευνητικά προγράμματα έχουν γίνει δεν αξιολογούνται και δεν αξιοποιούνται επαρκώς έτσι ώστε να συμβάλλουν στην ανάπτυξη. Επιπλέον παραμένουν στη διάθεση ορισμένων φορέων και έτσι δημιουργείται απόσταση μεταξύ θεωρητικού υπόβαθρου και πρακτικού αποτελέσματος.
10. Προσπάθεια περιορισμού του κόστους των υπηρεσιών και ταυτόχρονα αυξημένη απαίτηση για καλύτερη ποιότητα φροντίδας αποτελούν αντίθεση στο σχεδιασμό και στη διάθεση πόρων για δημιουργία υπηρεσιών.
11. Απουσία στελεχών που σχετίζεται και με την έλλειψη εκπαιδευτικών και επιμορφωτικών προγραμμάτων, τη μη προσέλκυση εξειδικευμένου προσωπικού, τη μη καθιέρωση μεταπτυχιακών σπουδών και ειδίκευσης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας των επαγγελματιών που εργάζονται σ' αυτόν τον τομέα (Μωραϊτης, 1996).
12. Η αλλαγή στο ασφαλιστικό σύστημα με τη συγχώνευση των Ταμείων Υγείας δεν έχει προχωρήσει με τρόπο ώστε να περιορίσει τις ανισότητες στις παροχές υγείας.
13. Στο επίκεντρο των ρυθμίσεων φαίνεται ότι θα βρεθεί το ΙΚΑ και τα Κέντρα Υγείας, ενώ μπορεί να παρατηρηθεί και μεγαλύτερη διχοτόμηση του συστήματος μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής περίθαλψης. Ήδη αναφέρεται ότι διπλασιάστηκαν οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία την τελευταία δεκαετία γιατί η ανεπάρκεια του δημόσιου τομέα αναγκάζει τους ασθενείς να πληρώνουν περισσότερα (Φυντανίδου, 2001). Στις μεγάλες πόλεις όπου υπάρχει μεγαλύτερη

ζήτηση υγειονομικών υπηρεσιών υπάρχει αντίστοιχα μεγαλύτερη αύξηση στην παροχή ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας (Σουλιάτης, 2000).

14. Περιορισμός της χρήσης των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων τα οποία λειτουργούν σαν φορείς παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Τα εξωτερικά ιατρεία έχουν βοηθήσει μέχρι σήμερα σαν εναλλακτική λύση στην έλλειψη επαρκούς αριθμού φορέων παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην κάθε περιοχή.

### Επίλογος

Αν κάποιος θεωρήσει ότι υπάρχει ένα σύστημα υγείας άφογο που να ανταποκρίνεται πλήρως στις ανάγκες του πληθυσμού που εξυπηρετεί θα έχει απατηθεί. Και αυτό διότι σε ένα σύστημα υγείας υπάρχουν πολλοί άλλοι παράγοντες που αλληλεπιδρούν για την επιτυχία ή την αποτυχία του. Τα τελευταία χρόνια ο χώρος της υγείας έχει γίνει πεδίο προβληματισμού για τις πολιτικές πολλών κρατών και πολλές προτάσεις για αλλαγές στον τρόπο παροχών έχουν γίνει. Οι Διακηρύξεις για την Π.Φ.Υ. του Π.Ο.Υ. (1978) φαίνεται ότι δεν πραγματοποιήθηκαν μέχρι το έτος 2000, υπήρξε ανεπάρκεια πολιτικής βούλησης και νέες προσαρμογές χρειάζονται τα συστήματα υγείας προκειμένου να επιτύχουν τους στόχους τους (Τσαλίκης, 1996).

Παρά το γεγονός ότι η ανάπτυξη που επιχειρείται στα συστήματα υγείας είναι ραγδαία, οι περισσότερες μεταρρυθμίσεις καταλήγουν σε κρίση εξαιτίας πολιτικών, βιομηχανικών, συνδικαλιστικών και επαγγελματικών συμφερόντων (Τσαλίκης, 1996). Αυτό έχει επιπτώσεις και στην Π.Φ.Υ. όπου η προσπάθεια μείωσης του κόστους υγείας, έχει οδηγήσει στην εγκατάλειψη πολλών πολιτικών. Έτσι πολλά από τα σχέδια και τις προτάσεις που έχουν κατά καιρούς προταθεί, παραμένουν ανεκπλήρωτα.

Οι προσδοκίες για περίθαλψη από ένα σύστημα υγείας συνεχώς αυξάνουν και προς την κατεύθυνση της ποιότητας, αλλά και προς τις απαιτήσεις για επαρκή κάλυψη των προβλημάτων. Είναι φανερό ότι η Π.Φ.Υ. μπορεί να συμβάλει στο νοικοκύρεμα του όλου συστήματος περίθαλψης και να δημιουργήσει ένα αίσθημα ισότητας κατανομής υπηρεσιών και πόρων. Η Π.Φ.Υ. μπορεί να προάγει τη συνεργασία με άλλους τομείς παροχών και υπηρεσιών σε μία κοινότητα, όπως είναι η ασφάλιση, η κοινωνική προστασία, η κοινοτική ανάπτυξη, η γεωργία, η κτηνοτροφία, η παραγωγή τροφίμων, η βιομηχανία, η εκπαίδευση, η στέγαση, τα δημόσια έργα, οι συγκοινωνίες κ.λπ. Μπορεί επίσης να προτείνει αλλαγές όπου χρειάζεται με σκοπό την προαγωγή της υγείας (Αλτάνης, 1991). Η λειτουργία επίσης της Ομάδας Υγείας μπορεί να συμβάλει σε ένα ευελικό σχήμα αντιμετώπισης προβλημάτων σε μία περιοχή, σαν αυτοδύναμη δομή στο προτεινόμενο αποκεντρωμένο σύστημα. Όσον αφορά τις πόλεις θα πρέπει σταδιακά οι υπάρχουσες πολυποικίλες μορφές Π.Φ. να ενταχθούν σε Πρότυπες Μονάδες Π.Φ.Υ. (Μπένος, 1995).

Η ευρύτερη ανάπτυξη του θεσμού του Προσωπικού Ιατρού, για παράδειγμα, μπορεί να αποδειχτεί αποτελεσματική και στην Ελλάδα, γιατί πιθανόν θα ανέκοπτε τη χρήση των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων σαν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας. Αυτό προϋποθέτει ενημέρωση των πολιτών, ώστε να περιορισθεί η τάση να αναζητούν φροντίδα σ' ένα νοσοκομείο, τις περισσότερες φορές χωρίς σοβαρό λόγο, επειδή εκεί αισθάνονται ασφαλείς. Απαιτεί όμως και την εξεύ-

ρηση του αριθμού των Προσωπικών Γιατρών που θα μπορούσαν να καλύψουν αυτό τον τομέα και που σήμερα δεν επαρκούν (Νιάκας, 1995).

Τέλος, προτείνεται να οργανωθούν συναντήσεις του προσωπικού που εργάζεται στην Π.Φ.Υ. με σκοπό την ανταλλαγή προβληματισμών και ιδεών σε θεραπευτικό και οργανωτικό επίπεδο, αλλά και προτάσεων πάνω σε συγκεκριμένα αντικείμενα εργασίας, σαν πρώτο βήμα συνεργασίας. Επίσης η σταδιακή και μελετημένη αναμόρφωση του συστήματος περίθαλψης θα συμβάλει στην ποιτική παροχή υπηρεσιών.

### Βιβλιογραφία.

- Αλτάνης Π., (1991): «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας - Πρόληψη Καρκίνου», στο *Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου*, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, ΣΚΛΕ, Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. Η Ευρώπη κατά του Καρκίνου, Αθήνα.
- Αλτάνης Π., (1998): *Εκτίμηση των αναγκών στην Α'βάθμια Φροντίδα Υγείας*, Πτυχιακή Εργασία, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Τομέας Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα.
- Γείτονα Μ., (1996): «Πολιτικές Ελέγχου του Κόστους», στα Πρακτικά Ημερίδας: *Η Υγειονομική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα*, Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Παρ. Μακεδονίας - Θράκης, Θεσσαλονίκη.
- Ζηλίδης Χ., (1988 β): *Αξιολόγηση των πρωτοβαθμίων υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού*, Αγροτική Τράπεζα της Ελλάδος, Διεύθυνση Μελετών και Προγραμματισμού, Αθήνα.
- Ζηλίδης Χ., (1990): *Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*, Ομιλία στο Εθνικό Συμπόσιο Υγείας 7-8 Ιουνίου 1990, *Υγεία για Όλους το 2000*, ΙΜΟΣΥ, Αθήνα.
- Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., (1996): *Συστήματα Υγείας και ελληνικά πραγματικότητα*, Ελληνικό Τμήμα Ευρωπαϊκής Ένωσης Νέων Managers Υγείας, Αθήνα.
- Κούτης Α., (1992): «Αλλαγή παραδείγματος στην Ιατρική: Η εισαγωγή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, Τεύχος 4, Αθήνα.
- Κυριόπουλος Γ., (1996): «Η πρωτοβάθμια φροντίδα και η Γενική Ιατρική στην Ελλάδα: το πολιτικό πρόβλημα και οι διαστάσεις του», στο Κυριόπουλος Γ. και Φιλαλήτης Τ., (επιμ.), *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα*, Θεμέλιο, Αθήνα.
- Λιονής Χ., Μποδοσάκης - Πρόδρομος Μ., (2000): «Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προτάσεις για βελτίωσή της», *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 12(1): 7-9.
- Μπένος Α., (1995): «Ανταγωνισμός ή Αλληλεγγύη. Η πρόταση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», στο Κυριόπουλος Γ., *Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών*, Θεμέλιο, Αθήνα.
- Μπένος Α., (1996): «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Προϋπόθεση - Στόχος για τον επαναπροσδιορισμό των υπηρεσιών υγείας και ταυτόχρονα ρεαλιστική πρόταση για την υπέρβαση της κρίσης του υγειονομικού τομέα», στα Πρακτικά Ημερίδας: *Η Υγειονομική Μεταρρύθμιση στην*



- Ελλάδα, Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Παρ. Μακεδονίας - Θράκης, Θεσσαλονίκη.
- Μπουρσανίδης Χ., (1996): «Ο Ενιαίος Φορέας Υγείας, ως ζήτημα βέλτιστης κοινωνικο-πολιτικής δόμησης του συστήματος υγείας», στα Πρακτικά Ημερίδας: *Η Υγειονομική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα*, Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Παρ. Μακεδονίας - Θράκης, Θεσσαλονίκη.
- Μωραϊτης Ε., (1985): «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: σύγχρονη εννοιολογική θεώρηση», *Ιατρική*, 48: 295-301.
- Μωραϊτης Ε., (1996): «Μία ρεαλιστική πρόταση για τη δημιουργία ενός σύγχρονου συστήματος πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα», στο Κυριόπουλος Γ., και Φιλαλήθης, Τ., (επιμ.), *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*, Θεμέλιο, Αθήνα.
- Μωραϊτης Ε., Γεωργούση Ε., Ζηλίδης Χ., Θεοδώρου Μ., Πολύζος Ν., (1995): *Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας*, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.
- Νέα Υγεία (2000): «Η μεταρρύθμιση στην Υγεία. Βασικοί Άξονες», Τριμηνιαίο Περιοδικό Προαγωγής Υγείας, Εκδ. Γ. Τούντας, Τεύχος 29, Αθήνα.
- Νιάκας Δ., (1993): «Η Οργάνωση και Ανάπτυξη του ΕΣΥ ως Πλαίσιο Περιφερειακής Πολιτικής Υγείας», στο Νιάκας Δ., *Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη, Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.
- Νιάκας Δ., (1995): «Η πρόταση των ξένων εμπειρογνομόνων: είναι εφικτή η εφαρμογή της», στο Κυριόπουλος Γ. (επιμ.), *Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών*, Θεμέλιο, Αθήνα.
- Οικονόμου Χ., (1994): «Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Η εφαρμογή του θεσμού των Κέντρων Υγείας», *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, Έκδοση Επιστημών και Υπηρεσιών Υγείας, Τόμος 3, Τεύχος 2: 83-95.
- Πετροπούλου Μ., (2000): «20 σοφοί προτείνουν: Ο οικογενειακός γιατρός η λύση». Τι μπορούν να κάνουν τα Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας Υγείας και πώς θα γίνει η κατανομή των πόρων, *Εφημερίδα «ΤΟ ΒΗΜΑ»*, 11-6-2000, Αθήνα.
- Σιγάλας Ι., (1996): Προσφώνηση στα Πρακτικά Ημερίδας με θέμα: *Η Υγειονομική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα*, Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας - Πρόνοιας, Παράρτημα Μακεδονίας - Θράκης, Θεσσαλονίκη.
- Σουλιάτης, Κ., (2000): *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.
- Τσαλίκης Γ., (1996): «Η αμφιδεξιά πολιτική της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας», στο Κυριόπουλος Γ. και Φιλαλήθης Τ., (επιμ.), *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα*, Θεμέλιο, Αθήνα.
- Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, (1983): *Εθνικό Σύστημα Υγείας*, Νόμος 1397/83.
- Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, (2000): *Σχέδιο Επιχειρησιακού Προγράμματος «Υγεία - Πρόνοια»*, Γ' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης 2000-2006, 28 Φεβ. 2001, ή [www.ypyp.gr/sxedio.pdf](http://www.ypyp.gr/sxedio.pdf).

- Φιλαλήθης Τ., (1995): «Η ανάπτυξη των ανθρωπίνων πόρων στην υγεία», στο Κυρίοπουλος, Γ., (επιμ.), *Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών*, Θεμέλιο, Αθήνα.
- Φιορέτος Μ., Διαμαντόπουλος Θ., Σαββάκη Μ., Λιονής Χ., (1994): «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Σημερινή κατάσταση και προϋποθέσεις μελλοντικής ανάπτυξης», *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 6, 3:31:138.
- Φυντανίδου Ε., (2000): «1983-2000: Η ακτινογραφία του Ε.Σ.Υ.», (Ευρώπη 1980-1990), *Εφημερίδα «ΤΟ ΒΗΜΑ»*, 30-7-2000, Αθήνα.
- Φυντανίδου Ε., (2001): «Διπλασιάστηκαν οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία», *Εφημερίδα «ΤΟ ΒΗΜΑ»*, 29-4-01.
- World Health Organization (WHO), UNICEF, Alma-Ata (1978), *Primary Health Care, Report of the International Conference on Primary Health Care*, WHO, Geneva.
- World Health Organization (WHO), (1983): *The Principles of Quality Assurance*. Regional Office for Europe: 3-7, Copenhagen.