

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πτυχιακή εργασία με θέμα:

«Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και η κριτική αξιολόγηση των παρεμβάσεων της πολιτείας τα τελευταία 30 χρόνια»

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Δημητριάδου Αλεξάνδρα Αλίκη

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ: Λάπου Βασιλική Άννα

Παούρη Δήμητρα

Χειμωνίδου Δέσποινα

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

2016

«Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και η κριτική αξιολόγηση των παρεμβάσεων της πολιτείας τα τελευταία 30 χρόνια»

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ :

1. Δημητριάδου Αλεξάνδρα Αλίκη
2. Μηνασίδου Ευγενία
3. Καυκιά Θεοδώρα

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
Α ΜΕΡΟΣ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	7
1.1 Ορισμός Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	7
1.2 Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	9
1.3 Η ποιότητα στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	12
1.4 Προβληματισμοί για τη ποιότητα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	16
1.5 Σκοπός, στόχοι και αρχές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	18
1.6 Περιεχόμενο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	23
Οι υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	23
2.1 Οι υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα.....	23
2.2 Οι υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες	25
<i>Μεγάλη Βρετανία.....</i>	<i>26</i>
<i>Φιλανδία.....</i>	<i>27</i>
<i>Γαλλία.....</i>	<i>28</i>
<i>Σουηδία</i>	<i>29</i>
2.3 Σύγκριση των Ευρωπαϊκών χωρών με την Ελλάδα.....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο	32
Τα ΜΜΕ στο χώρο της υγείας.....	32
3.1 ΜΜΕ και Υγεία.....	32
3.2 Η σπουδαιότητα της πληροφόρησης στη λήψη αποφάσεων σχετικών με την υγεία	33
3.3 Εκστρατείες ενημέρωσης των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης	34
3.4 Ιατρική δημοσιογραφία	35
3.5 Βιομηχανοποίηση της υγείας.....	36
Β' ΜΕΡΟΣ ΕΙΔΙΚΟ	38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο	38
Ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	38
4.1 Σχέση του ιατρικονοσηλευτικού προσωπικού και του ασθενή.....	39
4.2 Η επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού και του ασθενή	41
4.3 Η λεκτική επικοινωνία μεταξύ της θεραπευτικής ομάδας και του ασθενή	42
4.4 Η μη λεκτική επικοινωνία μεταξύ της θεραπευτικής ομάδας και του ασθενή	43
4.5 Οι κοινωνικοί ρόλοι που εμπλέκονται στη σχέση θεραπευτή – ασθενή.....	44
4.6 Τα δικαιώματα του ασθενή	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο	48
Ιστορική εξέλιξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα	48
5.1 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από το 1953-1983	48
5.2 Η θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.....	50
5.3 Η δεκαετία του 1990	53
5.4 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από το 2000 έως σήμερα	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο	60
Επιτροπές για τη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: κριτική και προτεινόμενες παρεμβάσεις.....	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ^ο	67
Επίμετρο για ένα σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	67
7.1 Συγκριτική μελέτη των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών αναφορικά με τη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	67
7.2 Τα σημερινά προβλήματα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	69
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ^ο	71
Ενδεικτικές προτάσεις για τη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα.....	71
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	73

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο σκοπός της παρούσας πτυχιακής είναι ο προσδιορισμός και η ανάδειξη, καθώς και η κριτική αξιολόγηση των παρεμβάσεων της πολιτείας στο πλαίσιο εκσυγχρονισμού του συστήματος υγείας, συνολικά και ειδικότερα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας . Στα κεφάλαια που ακολουθούν θα αναφερθούμε στον ορισμό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, σύμφωνα με τον οποίο στα άτομα μιας ευρύτερης κοινωνίας παρέχεται ένα σύστημα υπηρεσιών ιατρικής, νοσηλευτικής και θεραπευτικής περίθαλψης, στην έννοια της ποιότητας όσον αφορά τις υπηρεσίες υγείας και τη ποιότητα που διακρίνει τη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Ακόμη θα επισημάνουμε τους σκοπούς, τις αρχές και το περιεχόμενο που διέπει τη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, όπως επίσης τις παρεχόμενες υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας περίθαλψης που λαμβάνουν χώρα στην Ελλάδα και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, πραγματοποιώντας εν συνεχεία μία μεταξύ τους σύγκριση. Στο τέλος του πρώτου γενικού μέρους θα τονίσουμε την επίδραση που ασκούν τα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας στο χώρο της υγείας. Προχωρώντας στο δεύτερο πρακτικό μέρος, θα αναφερθούμε στο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας, καθώς και στα δικαιώματα που οι ίδιοι κατέχουν. Εν συνεχεία θα επισημάνουμε την ιστορική πορεία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από το 1953 έως σήμερα, όπου υπήρξαν αρκετές παρεμβάσεις από την πολιτεία , τονίζοντας επιπλέον τις κριτικές και τα προτεινόμενα σχέδια δράσης των επιτροπών που συντονίστηκαν αναφορικά με τη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, με συντονιστές το Μπένο και το Σουλιώτη. Καταλήγοντας, θα πραγματοποιήσουμε μια συγκριτική ανάλυση μεταξύ των μεταρρυθμίσεων που διεξήχθησαν στη πάροδο του χρόνου, αναφέροντας επίσης τα σημερινά προβλήματα και ορισμένες ενδεικτικές προτάσεις ανάπτυξης και βελτίωσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη χώρα μας. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είναι η κριτική ανασκόπηση σχετικά με τους νόμους , τις αποφάσεις και τα πορίσματα ειδικών επιτροπών που αφορούν στον εκσυγχρονισμό της δομής και του ρόλου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Επίσης , έγινε αναζήτηση άρθρων που δημοσιεύτηκαν σε ελληνικά περιοδικά μέσω της ηλεκτρονικής βάσης του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης, Google, Scholar .

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα πτυχιακή ξεκινά με μια γενική περιγραφή της έννοιας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Πιο συγκεκριμένα:

Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζουμε τον ορισμό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, την έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και ειδικότερα τη ποιότητα που διέπει τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας. Στο παρόν επίσης κεφάλαιο αναφέρουμε τους σκοπούς, τους στόχους και τις αρχές που διέπουν τη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, καθώς και το γενικότερο περιεχόμενο της.

Στο δεύτερο κεφάλαιο επισημαίνουμε τις υπάρχουσες υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα, καθώς και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, όπως τη Μ. Βρετανία, τη Φιλανδία, τη Γαλλία και τη Σουηδία. Στη συνέχεια μάλιστα πραγματοποιούμε μία σύγκριση ανάμεσα στις προαναφερθείσες ευρωπαϊκές χώρες και τη χώρα μας.

Στο τρίτο κεφάλαιο τονίζουμε τον ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο που διαδραματίζουν τα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας στο χώρο της υγείας. Ειδικότερα αναφερόμαστε στη σπουδαιότητα της πληροφόρησης όσον αφορά τη λήψη αποφάσεων σχετικών με την υγεία, στις ποικίλες εκστρατείες που πραγματοποιούνται για την ενημέρωση του κοινού σε θέματα υγείας, στην ανάπτυξη της ιατρικής δημοσιογραφίας, όπως επίσης στη βιομηχανοποίηση που έχει υποστεί ο κλάδος της υγείας τα τελευταία χρόνια.

Προχωρώντας στο δεύτερο ειδικό μέρος και στο τέταρτο κεφάλαιο, κάνουμε λόγο για το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Η ικανοποίηση τους αυτή προκύπτει από ένα σύνολο παραγόντων και πιο συγκεκριμένα από την υπάρχουσα σχέση και επικοινωνία της θεραπευτικής ομάδας με τον εκάστοτε ασθενή, τους κοινωνικούς ρόλους που εμπλέκονται στη συγκεκριμένη σχέση και το σεβασμό και τη κάλυψη των δικαιωμάτων του νοσηλευομένου.

Στο πέμπτο κεφάλαιο της παρούσας πτυχιακής παρουσιάζουμε την εξελικτική πορεία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στα έτη 1953-1983, τη θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και την εξέλιξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας τη δεκαετία του 1990 και από το 2000 έως σήμερα.

Στο έκτο κεφάλαιο αναφέρουμε τις απόψεις και τις προτεινόμενες παρεμβάσεις των επιτροπών που συστάθηκαν για τη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας με συντονιστές το κύριο Μπένο και το κύριο Σουλιώτη.

Στο έβδομο κεφάλαιο πραγματοποιούμε μια σύγκριση μεταξύ των μεταρρυθμίσεων που έλαβαν χώρα στη πορεία των χρόνων, ενώ παράλληλα επισημαίνουμε τα κύρια προβλήματα του συστήματος υγείας στις μέρες μας.

Ολοκληρώνοντας, στο όγδοο κεφάλαιο παρουσιάζουμε ορισμένες ενδεικτικές προτάσεις για την ανάπτυξη και βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη χώρα μας.

Α ΜΕΡΟΣ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Ορισμός Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Αρχικά, ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ορίζεται το σύστημα παροχής βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας τόσο σε μεμονωμένα άτομα όσο και σε ολόκληρες οικογένειες. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί τη πρώτη επαφή κάθε ατόμου με το σύστημα υγείας της εκάστοτε χώρας, του οποίου είναι αναπόσπαστο μέρος (Φ.Ε.Κ, 3235/2004).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί την ουσιαστική φροντίδα που παρέχεται σε όλα τα άτομα που απαρτίζουν μια κοινότητα και βασίζεται σε αποδεκτές πρακτικά, επιστημονικά και κοινωνικά μεθόδους και οικονομικά προσιτούς τρόπους και τεχνολογίες (Θεοδώρου, Σαρρή & Σούλη, 2001 & Πιερράκος, 2008).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι η προσφορά ιατρονοσηλευτικής περίθαλψης στα άτομα που έχουν ανάγκη, η διάγνωση των ποικίλων ασθενειών, η θεραπευτική τους αντιμετώπιση και η μετέπειτα αποκατάσταση και νοσηλεία του

ατόμου. Εντός του πλαισίου της εντάσσονται ακόμη η πρόληψη και η διατήρηση και βελτίωση της δημόσιας υγείας (Αδαμόπουλος, 1992).

Αποτελεί «την κύρια είσοδο του χρήστη στο Σύστημα Υπηρεσιών Υγείας, καθώς έχει ως αποτέλεσμα τον έλεγχο ροής των ασθενών στη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας, τον έλεγχο των δαπανών υγείας και τον ορθολογικό σχεδιασμό των νοσοκομειακών δομών» (Λιονής & Μερκούρης, 2000, στο Πιερράκο, 2008, :32).

Οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, προκειμένου η ίδια να προσφέρει διαθέσιμες και αποδεκτές υπηρεσίες, στις βασικές ανάγκες υγείας του εκάστοτε κοινωνικού πλαισίου (Μπένος, 1993, όπως επισημαίνεται στον Κυριόπουλο, 1995).

Οφείλουμε να σημειώσουμε πως στον ελλαδικό χώρο, η καθιέρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, επέφερε την ανάπτυξη των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Οι συγκεκριμένες υπηρεσίες τροποποιούνται και αναβαθμίζονται διαρκώς, προκειμένου να ανταποκρίνονται στις σύγχρονες ανάγκες της υγείας (Κουρέα-Κρεμαστινού, 2007).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στη πάροδο του χρόνου εξακολουθεί να δίνει ιδιαίτερη έμφαση στη θεραπεία και την αποκατάσταση της υγείας των εκάστοτε ασθενών και λιγότερο στη πρόληψη και τη προαγωγή της υγείας. Κατ' αυτό τον τρόπο παρ' όλη τη πρόοδο που έχει επιτευχθεί τις τελευταίες δεκαετίες, τα προβλήματα για την υλοποίηση δραστηριοτήτων προαγωγής της υγείας, παραμένουν (Δαρβίρη, 2010).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας εστιάζει στη πρωτοβάθμια προληπτική παρέμβαση, η οποία αφορά την πρόληψη της ασθένειας ή του τραυματισμού, όπως παραδείγματος χάριν η πρόληψη από τις μεταδοτικές ασθένειες, η προστασία του νοσοκομειακού προσωπικού με τη χρήση εξειδικευμένου εξοπλισμού, η βελτίωση της διατροφής και η κατάλληλη φροντίδα των εγκύων (Berger, Bingefors, Hedblom, Pharm, Pashos & Torrance, 2003).

Καταλήγοντας, είναι αναγκαίο να τονίσουμε το διαχωρισμό μεταξύ της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και της Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Περίθαλψης, καθότι δεν είναι λίγες οι φορές που οι συγκεκριμένες έννοιες συγχέονται μεταξύ τους. Πιο συγκεκριμένα, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνει υπηρεσίες πρόληψης, αγωγής, θεραπείας και αποκατάστασης, που έχουν ως κύριο μέλημα τους τη προστασία και την προαγωγή της υγείας. Εν αντιθέσει, η

Πρωτοβάθμια Ιατρική Περίθαλψη, αποτελεί μέρος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας , το οποίο αποσκοπεί στη θεραπεία και την αποκατάσταση ατόμων που νοσούν ή νόσησαν κατά το παρελθόν (Μωραΐτη, Γεωργούση, Ζηλίδη, Θεοδώρου & Πολύζο, όπως αναφέρονται στο Πιερράκο, 2008).

1.2 Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Ο Michalos (στους Rootman et al., 2001) επισήμανε δύο διαφορετικές χρήσεις της λέξης ποιότητα, εκ των οποίων η πρώτη είναι η περιγραφική και η δεύτερη η αξιολογική. Αναλύοντας τις ποικίλες χρήσεις της έννοιας της ποιότητας, κατέληξε στο συμπέρασμα πως ενδέχεται να περιγράφει χαρακτηριστικά στοιχεία του πληθυσμού, όπως παραδείγματος χάριν το φύλο, το εισόδημα και ούτω καθεξής, διευκρινίζοντας κατ' αυτό τον τρόπο την αξία. Επισημαίνει μάλιστα την ύπαρξη ελάχιστων βιβλιογραφικών πηγών αναφορικά με τη φύση και τη χρήση του όρου ποιότητα.

Όπως είναι αναμενόμενο, στα ανεπτυγμένα συστήματα υγείας είναι επιτακτική η ανάγκη για υψηλής ποιότητας υπηρεσίες, οι οποίες θα είναι σύμφωνες με τις ανάγκες και τις επιθυμίες των νοσηλευομένων και όχι μόνο. Τα προαναφερθέντα συστήματα υγείας εστιάζουν τη προσοχή τους στη μείωση των ιατρικών λαθών και την ασφάλεια των ασθενών, ενώ παράλληλα κάνουν προσπάθειες για περιορισμό της σπατάλης, με σκοπό τη προσκόμιση όλων των οφελών των διαθέσιμων πόρων. Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας έχει μελετηθεί από ποικίλους επιστήμονες, οι οποίοι κατέληξαν σε διαφορετικούς μεταξύ τους ορισμούς και προσεγγίσεις. Για το λόγο αυτό κρίνεται σκόπιμη η μελέτη των συγκεκριμένων ορισμών (Παπανικολάου, 2007).

Η ποιότητα δεν αφορά μόνο τα προϊόντα, αλλά επίσης τις υπηρεσίες, τους ανθρώπους και το περιβάλλον μέσα στο οποίο προσφέρεται. Επισημαίνει ότι η ποιότητα αποτελεί μια δυναμική κατάσταση, από τη στιγμή που η έννοια της προσαρμόζεται στις οργανωτικές και διοικητικές μεταβολές των εκάστοτε οργανισμών (Ishikawa, στη Παπανικολάου, 2007).

Τα άτομα που κάνουν χρήση ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας είναι απαραίτητο να μπορούν να βασίζονται σε αυτά, προκειμένου να επιτύχουν το

στόχο τους. Κατ' αυτό τον τρόπο αναφέρει πέντε ιδιαίτερα σημεία του όρου ποιότητα και πιο συγκεκριμένα ποιότητα του σχεδίου, ποιότητα ανταπόκρισης, διαθεσιμότητα, ασφάλεια και επιτόπια χρήση (Joran, στη Παπανικολάου, 2007).

Επίσης, ο Crosby ορίζει τη ποιότητα ως συμμόρφωση του προϊόντος στις απαιτήσεις, οι οποίες πρέπει να δηλώνονται ξεκάθαρα, ώστε να αποφεύγεται η πιθανότητα παρερμηνεύσης. Τόνισε πως είναι απαραίτητο να πραγματοποιούνται συνεχώς μετρήσεις, που θα καθορίσουν με τη σειρά τους την ανταπόκριση σε αυτές τις απαιτήσεις. Οι συγκεκριμένες μετρήσεις προσφέρουν επιπλέον λεπτομέρειες, οδηγώντας κατ' αυτό τον τρόπο στην αντικειμενική αξιολόγηση και διόρθωση. Η αποτυχία μάλιστα στην ανταπόκριση των απαιτήσεων αποτελεί αυτομάτως και έλλειψη ποιότητας (όπως επισημαίνεται στη Παπανικολάου, 2007).

Επίσης η ποιότητα είναι η ικανοποίηση των αναγκών του πελάτη. Όπως αναφέρει, η δυσκολία στον καθορισμό της ποιότητας είναι να προβλέψει τις μελλοντικές ανάγκες του πελάτη, προκειμένου το εκάστοτε προϊόν να είναι αντάξιο των προσδοκιών του, γεγονός που είναι αρκετά δύσκολο λόγω των μεταβαλλόμενων συνθηκών. Επιπλέον, η ποιότητα έχει ποικίλα διαφορετικά κριτήρια, που αλλάζουν συνεχώς. Τα ίδια μάλιστα κριτήρια αξιολογούνται διαφορετικά από κάθε άτομο. Για το λόγο αυτό, κρίνεται απαραίτητη η συνεχής μέτρηση των προσδοκιών και των επιθυμιών των καταναλωτών. Με βάση όσα αναφέρθηκαν κατανοούμε το λόγο που η ποιότητα χαρακτηρίζεται ως μια πολυεπίπεδη έννοια (Deming, στη Παπανικολάου, 2007).

Κρίνεται σκόπιμο να επισημάνουμε, πως στη δεκαετία του 1980 οι απόψεις του Deming είχαν ιδιαίτερη επιρροή στα διοικητικά θέματα των υπηρεσιών υγείας. Οι εκάστοτε μάλιστα οργανισμοί υιοθέτησαν πρόθυμα τις διοικητικές μεθόδους οι οποίες μιμούνταν εκείνες του βιομηχανικού κόσμου. Εν τούτοις, τα οφέλη τους δεν ήταν το ίδιο εμφανή και ικανοποιητικά με εκείνα της βιομηχανίας (Αθανασόπουλος & Τσάκος, 2000).

Η ποιότητα στέφεται με επιτυχία όταν οι δράσεις της είναι σύμφωνες και ανταποκρίνονται στις εκάστοτε ανάγκες και επιθυμίες των ασθενών. Τόνισαν την αναγκαιότητα ύπαρξης μιας αρμονικής σχέσης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών, όπως επίσης τις συνεχείς μετρήσεις αναφορικά με την ικανοποίηση των ασθενών (Παπακωστίδης και Τσουκαλάς, 2012).

Με βάση όσα προαναφέρθηκαν, κατανοούμε πως δεν υπάρχει ένας κοινά παγκόσμια αποδεκτός ορισμός για την ποιότητα. Παρ' όλα αυτά, οι παραπάνω συγγραφείς προσπαθούν να χτίσουν μια βάση πάνω στην οποία θα οικοδομηθεί η ουσιαστική και αποτελεσματική λειτουργία της συγκεκριμένης έννοιας. Με λίγα λόγια η ποιότητα αποτελεί μια ευρύτερη κατάσταση που συνδέεται με τις υπηρεσίες, τις διαδικασίες, τα άτομα και το περιβάλλον και ανταποκρίνεται ή ακόμη είναι ανώτερη των προσδοκιών του πελάτη. Επίσης, τα στοιχεία των υπηρεσιών, των ανθρώπων, των διαδικασιών και του περιβάλλοντος είναι ιδιαίτερα σημαντικά, καθώς επισημαίνουν πως η ποιότητα δεν αφορά μόνο τα προϊόντα και τις υπηρεσίες, αλλά και τους ίδιους τους ανθρώπους και το περιβάλλον μέσα στο οποίο αυτές προσφέρονται (Παπανικολάου, 2007).

Οφείλουμε να σημειώσουμε πως ο σκοπός της ποιότητας είναι η ευημερία της κοινωνίας. Με την εξέλιξη μάλιστα της επιστήμης, η εμπλοκή του ατόμου στη διαχείριση της υγείας του αυξάνεται διαρκώς. Τα δικαιώματα του εκάστοτε πολίτη βρίσκονται πλέον στο επίκεντρο της πολιτικής σκηνής, με τους οικονομικούς και κοινωνικούς παράγοντες να θέτουν ως πρώτη τους προτεραιότητα την ανταπόκριση στις απαιτήσεις και ανάγκες των ασθενών. Στη ποιότητα των υπηρεσιών, εντάσσονται και έννοιες, όπως η αποτελεσματικότητα, η ασφάλεια, η ικανοποίηση του πολίτη και η οικονομική προστασία του από το υπερβολικά υψηλό κόστος της περίθαλψης (Παπακωστίδης και Τσουκαλάς, 2012).

Ειδικότερα, η ποιότητα της φροντίδας ορίζεται από το Ινστιτούτο Ιατρικής ως «ο βαθμός με τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για τα άτομα και τους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων για την υγεία και είναι σύμφωνοι με την εξέλιξη της επαγγελματικής γνώσης» (Berger, Bingefors, Hedblom Pharm, Pashos and Torrance, 2003, :198).

Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, αναφέρεται σε μια συνολική λειτουργία, που περιλαμβάνει τη στελέχωση, τη διοίκηση, την οργάνωση και τη κλινική πρακτική. Αφορά επίσης, τη παροχή των βέλτιστων διαθέσιμων υπηρεσιών, η οποία είναι αναγκαίο να πραγματοποιείται στο κατάλληλο χρόνο και με το κατάλληλο τρόπο (Παπακωστίδης και Τσουκαλάς, 2012).

Η έννοια της ποιότητας διαφέρει μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας, καθώς για τους ασθενείς η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ισοδυναμεί με την άμεση πρόσβαση τους στις εκάστοτε υπηρεσίες, ενώ οι επαγγελματίες είναι

εκείνοι που θα πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι, προκειμένου να προσφέρουν στους ασθενείς τις αρμόδιες γι' αυτούς υπηρεσίες. Τέλος, για τη διοίκηση, η ποιότητα ισοδυναμεί με τη παροχή φροντίδας τόσο με αποτελεσματικό τρόπο όσο και με οικονομικό (Παπακωστίδης και Τσουκαλάς, 2012).

Ακόμη «η ποιότητα της φροντίδας μπορεί να οριστεί σε σχέση με την αποτελεσματικότητα, από την άποψη ότι βελτιώνει την κατάσταση της υγείας των ασθενών και ικανοποιεί τα επίπεδα των επαγγελματιών και του κοινού σχετικά με τον τρόπο εξασφάλισης της φροντίδας» (Donabedian, όπως αναφέρεται στη Bowling, 2002, :7).

1.3 Η ποιότητα στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Στο πέρασμα του χρόνου, η προσοχή του Εθνικού Συστήματος πολλών χωρών εστιάζει στη ποιότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, που έχει ως κεντρικό της άξονα τον άνθρωπο και αποτελεί έναν ιδιαίτερα σημαντικό παράγοντα για τη προαγωγή της υγείας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του.

Όπως επισημάναμε και προηγουμένως, οι κύριες δραστηριότητες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι πέραν της περίθαλψης και της πρόληψης η νοσηλεία στο σπίτι, η βοήθεια στην αποκατάσταση του ασθενή, η προαγωγή της υγείας και τέλος η δημόσια υγεία. Παρ' όλα αυτά ο κεντρικός άξονας της είναι άμεσα συνδεδεμένος και 'ακολουθεί' την υποστήριξη του Ιπποκράτη, πως «Καλύτερα να προλαμβάνεις παρά να θεραπεύεις». Εν αντιθέσει, η έλλειψη ποιότητας στις υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, έχει αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία των ατόμων που απαρτίζουν την εκάστοτε κοινωνία και στην οικονομία κάθε χώρας (Ανδριώτη & Φιλαλήθης, 1996).

Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, προκειμένου να χαρακτηρίζονται ως ποιοτικές, είναι αναγκαίο να διαθέτουν τα εξής πέντε γνωρίσματα:

- Εύκολη πρόσβαση σε όλα τα άτομα της εκάστοτε κοινωνικής ομάδας

- Ενεργό συμμετοχή των ατόμων που απαρτίζουν τη κοινότητα στο σχεδιασμό και την ομαλή λειτουργία των υπηρεσιών υγείας
- Πρόληψη και προαγωγή της υγείας των ατόμων
- Χρήση σύγχρονων διαγνωστικών και επιστημονικών μεθόδων, προσαρμοσμένα στις ανάγκες και τις επιθυμίες των ασθενών
- Ομαλή και εποικοδομητική συνεργασία με ποικίλους τομείς, όπως παραδείγματος χάριν η εκπαίδευση, η δημόσια και δημοτική διοίκηση, με απώτερο στόχο τη βελτίωση του επιπέδου υγείας (Alma-Ata στο [www.vima-asklipiou.gr/.../VA OP 1 09 01 10](http://www.vima-asklipiou.gr/.../VA_OP_1_09_01_10))

Παρά τα όσα προαναφέρθηκαν, η παγκόσμια βιβλιογραφία επισημαίνει, πως τα συστήματα υγείας ακόμα και των αναπτυγμένων χωρών διαθέτουν μηδαμινή ποιότητα της προσφερόμενης πρωτοβάθμιας φροντίδας, ενώ επίσης υπάρχει χαμηλός βαθμός ικανοποίησης των ασθενών. Στο σημείο αυτό οφείλουμε να επισημάνουμε, πως ο τρόπος πρόσβασης στις διάφορες υπηρεσίες υγείας ποικίλει από χώρα σε χώρα, σύμφωνα κυρίως με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της (ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ).

Η αξιολόγηση των αναγκών και επιθυμιών των πολιτών όσον αφορά τη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική, καθώς συμβάλει τόσο στην αναγνώριση του μεγέθους των αναγκών όσο και στην ιεράρχηση αυτών. Με βάση τα παραπάνω, η πρόληψη μέσω της κατάλληλης και πρώιμης παρέμβασης, η βελτίωση των προσφερόμενων υπηρεσιών και η μείωση της νοσηρότητας, φαντάζουν επιτεύξιμα (Κωσταγιόλας, 2005).

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια με ποικίλες επιπτώσεις στο τρόπο λειτουργίας και διοίκησης αυτών. Η υπάρχουσα θέση για τη διοίκηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας διευρύνεται πέραν των διοικητικών λειτουργιών. Μάλιστα η σχέση ασθενή- φροντιστή κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική. Σύμφωνα με το Κωσταγιόλα (2005, :604) «οι παραγωγοί και οι ρυθμιστικές αρχές εντός του δημόσιου συστήματος υγείας στη χώρα μας ωφελούνται εάν διαμορφώσουν συστήματα διοίκησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, που να εξετάζουν τη μέτρηση των προσδοκιών των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες».

Όσον αφορά τη περίπτωση της Ελλάδας, έχει ψηφιστεί η μεταρρύθμιση 3245/2004 σχετικά με τη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Η συγκεκριμένη

μεταρρύθμιση έχει ως κεντρικό άξονα τη πρόσβαση όλων των μελών μιας κοινότητας σε ένα ολοκληρωμένο και επαρκή σύστημα φροντίδας υγείας, διαμέσου της παραπομπής τους από τον οικογενειακό τους ιατρό. Με τη συγκεκριμένη μεταρρύθμιση εισάγεται τόσο ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού όσο και ο φορέας πιστοποίησης των κέντρων υγείας. Παρ' όλα αυτά, στον ελλαδικό χώρο η πλειοψηφία των διατάξεων του νομοθετικού καθεστώτος αναφορικά με τη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παραμένουν ανεφάρμοστες (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού- Αναγνωστοπούλου, 2008).

Η φροντίδα υγείας των πολιτών αντιμετωπίζει ποικίλα και σημαντικά προβλήματα, μεταξύ των οποίων:

- Αυξανόμενο κατακερματισμό του συστήματος υγείας, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα
- Έλλειψη κατάλληλης υλικής και τεχνικής υποδομής
- Μειωμένη ανταπόκριση στις σύγχρονες ιατρικές απαιτήσεις
- Έλλειψη κατάλληλα εκπαιδευμένου νοσοκομειακού προσωπικού
- Ελλιπή στελέχωση
- Χαμηλό μισθό
- Έλλειψη οικογενειακού ιατρού
- Μειωμένη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας τις απογευματινές και βραδινές ώρες
- Μειωμένη αξιοπιστία στο σύστημα υγείας και
- Ελλιπής ή ακόμη και ανύπαρκτος έλεγχος του συστήματος υγείας αναφορικά με τη συνταγογράφηση που πραγματοποιείται σε ιδιωτικά κέντρα και κλινικές (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού- Αναγνωστοπούλου, 2008)

Με βάση όσα προαναφέρθηκαν, για την ομαλή και συγκροτημένη λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας κρίνεται αναγκαία η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, ώστε να επιτευχθεί η απαραίτητη βελτίωση της ποιότητας διαμέσου στοχευμένων δραστηριοτήτων. Δυστυχώς, στη χώρα μας η συγκεκριμένη αξιολόγηση και διασφάλιση της ποιότητας των εκάστοτε υπηρεσιών είναι ανύπαρκτη, με

αποτέλεσμα να υπάρχει δυσκολία στη θέσπιση προτεραιοτήτων και στη σωστή και κατάλληλη λήψη αποφάσεων (Μουστάκα, 2008).

Η αξιολόγηση της ποιότητας αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό ζήτημα, του οποίου η εφαρμογή είναι αναγκαία στα εκάστοτε συστήματα υγείας. Πιο συγκεκριμένα, οι λόγοι για τους οποίους είναι απαραίτητη η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι μεταξύ άλλων, η δυνατότητα που έχουν οι επαγγελματίες υγείας και οι διοικητικοί:

- Να εξασφαλίσουν περισσότερο αποδοτικές υπηρεσίες
- Να ελαττώσουν τα ιατρικά λάθη
- Να προσφέρουν αποτελεσματικότερη φροντίδα
- Να αυξήσουν το επίπεδο βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών και τέλος
- Να κατευθύνουν τις υπηρεσίες υγείας από τις ανάγκες στις προτιμήσεις των ασθενών υπάλληλοι (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού- Αναγνωστοπούλου, 2008).

Συνοψίζοντας, η ποιότητα έχει οριστεί με πολλούς και διαφορετικούς τρόπους. Ειδικότερα, από τη πλευρά του καταναλωτή, σημαίνει ανταπόκριση ή ακόμη και υπερκάλυψη των προσδοκιών και επιθυμιών του. Ο έλεγχος και η διασφάλιση της ποιότητας περιλαμβάνει όλες εκείνες τις ενέργειες που πραγματοποιούνται προκειμένου να αποφευχθούν τα λάθη και οι παραλήψεις που έχουν αρνητικές επιπτώσεις στον ασθενή. Παρόλο που η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αποσκοπεί στην ικανοποίηση των αναγκών του πελάτη, κεντρικός της άξονας και επιθυμία είναι η υπερκάλυψη αυτών. Το συγκεκριμένο γεγονός αποτελεί επιθυμία ποικίλων χωρών και γίνεται περισσότερο κατανοητό αν αναλογιστούμε τον ανταγωνισμό που επικρατεί στη παγκόσμια αγορά. Με λίγα λόγια, οι χώρες που υπόκεινται στο συγκεκριμένο ανταγωνισμό, βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των πολιτών τους, ενώ σ' εκείνες που δε το καταφέρνουν, το βιοτικό τους επίπεδο μειώνεται διαρκώς (Παπανικολάου, 2007).

1.4 Προβληματισμοί για τη ποιότητα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η ραγδαία ανάπτυξη που συντελείται τις τελευταίες δεκαετίες στο κοινωνικό και οικονομικό πλαίσιο, καθώς και τα τεχνολογικά επιτεύγματα, έχουν ως επακόλουθο την αμφισβήτηση των απόψεων για τη ποιότητα στις μονάδες υγείας. Επίσης, μεγάλος αριθμός των προσπαθειών που πραγματοποιούνται για τη ποιότητα της υγείας, στηρίζονται πέραν της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και στην ιατρική και χειρουργική περίθαλψη που συντελείται στα νοσοκομεία (Κυριόπουλος, 2003).

Η συνεχής ανάπτυξη του τομέα της υγείας στις ανεπτυγμένες χώρες, οδήγησε την επιστημονική έρευνα να δώσει ιδιαίτερη έμφαση στη ποιότητα των μονάδων υγείας και όχι τόσο στη ποσότητα και επάρκεια αυτών. Ακόμη, κρίνεται ιδιαίτερα σπουδαία η αλλαγή της συμπεριφοράς απέναντι στο ζήτημα της υγείας των ατόμων που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες της. Με λίγα λόγια, οι χρήστες των μονάδων υγείας διαθέτουν ευκολότερη και καλύτερη πρόσβαση στη γνώση και πληροφόρηση, γεγονός που έχει ως επακόλουθο να διατυπώνουν μεγαλύτερες προσδοκίες και απαιτήσεις. Όμως, οι επιθυμίες αυτές των ασθενών, δεν αναφέρονται μόνο στην επάρκεια και στο πόσο είναι προσιτή η φροντίδα, αλλά αφορούν επιπλέον την ικανοποίηση και την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας (Κυριόπουλος, 2003).

Οφείλουμε να σημειώσουμε για ακόμη μια φορά πως η βελτίωση της ποιότητας των μονάδων υγείας, αποτελεί προτεραιότητα και κύριο μέλημα των συστημάτων υγείας κάθε χώρας. Οι προσπάθειες μάλιστα για τις αναγκαίες αλλαγές βρίσκονται εν εξελίξει στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες. Σε κάθε περίπτωση όμως, είναι απαραίτητος ο εντοπισμός των παραγόντων και μεθόδων εκείνων που θα είναι σε θέση να προσφέρουν ποιότητα, τόσο στη διαδικασία λειτουργίας του συστήματος υγείας όσο και στα αποτελέσματά της (Κυριόπουλος, 2003).

Η μείωση όμως των δαπανών στις υπηρεσίες υγείας που έχει πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας, έχει οδηγήσει στην εμφάνιση σημαντικών προβλημάτων. Δυστυχώς πέραν του προβλήματος του

κόστους τεράστιο θέμα επικρατεί και με τη ποιότητα της περίθαλψης. Πιο συγκεκριμένα, προσφέρω ποιοτική υγεία σε όλους ανεξαιρέτως τους πολίτες σημαίνει ότι παρέχω:

- Ασφαλής υγεία, η οποία περιλαμβάνει παροχή υγειονομικής περίθαλψης, που ελαχιστοποιεί τους κινδύνους, διαμέσου της αποφυγής τραυμάτων που μπορούν να προληφθούν και της μείωσης των ιατρικών σφαλμάτων
- Ωφέλιμη υγεία, που στηρίζεται στη παροχή υπηρεσιών, οι οποίες με τη σειρά τους βασίζονται σε επιστημονικές γνώσεις. Η ωφέλιμη υγεία οδηγεί όπως είναι αναμενόμενο σε καλύτερα αποτελέσματα αναφορικά με την υγεία των ατόμων
- Υγεία με κέντρο τον ασθενή, η οποία όπως φαίνεται και από το όνομα της σέβεται και ικανοποιεί τις ανάγκες και επιθυμίες του εκάστοτε ασθενή
- Αποτελεσματική υγεία, που αποφεύγει τη σπατάλη των διαθέσιμων πόρων, όπως παραδείγματος χάριν του χρονικού περιθωρίου
- Συνεπής υγεία, η οποία έχει ως άμεσο στόχο και προτεραιότητα της τη μείωση του χρόνου αναμονής των ασθενών και τη γενικότερη βελτίωση των ποικίλων διαδικασιών που λαμβάνουν χώρα στις υπηρεσίες υγείας και τέλος
- Δίκαιη υγεία, κατά την οποία προσφέρεται φροντίδα σε όλους τους ασθενείς ανεξαρτήτως των χαρακτηριστικών και δημογραφικών τους στοιχείων

Σύμφωνα με έκθεση του ΟΟΣΑ η Ελλάδα αντιμετωπίζει σημαντικά προβλήματα όσον αφορά τη ποιότητα της παρεχόμενης δημόσιας υγείας. Πιο συγκεκριμένα, η έκθεση κάνει λόγο για κακές συνθήκες υγιεινής και αντιδεοντολογικές συμπεριφορές από την πλευρά του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού. Επιπλέον επισημαίνει πως στη χώρα μας δεν επικρατεί η αξιοπρέπεια και ο αυτοσεβασμός του ασθενή. Με λίγα λόγια κρίνει πως η προσφερόμενη υγεία στην Ελλάδα είναι αναποτελεσματική, γεγονός που επιβεβαιώνεται από τη χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών (ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΙΠΗΠΟΥ, 2010).

1.5 Σκοπός, στόχοι και αρχές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Αρχικά, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί τμήμα του συστήματος υγείας και της κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης κάθε χώρας. Όπως αναφέραμε και σε προγενέστερα κεφάλαια είναι η πρώτη επαφή των ατόμων με το Εθνικό Σύστημα Υγείας και αποτελεί το πρώτο στοιχείο μιας συνεχής διαδικασίας αναφορικά με τη φροντίδα της υγείας (Κυριόπουλος & Φιλαλήθης, 1996). Ο κύριος στόχος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, «είναι να βελτιώσει και να διατηρήσει την ολική λειτουργική ιδιότητα και την γενική υγεία των ασθενών» (Berger, Bingefors, Hedblom Pharm, Pashos and Torrance, 2003, :131).

Στο παγκόσμιο συνέδριο της Άλμα – Άτα, το 1978 εισήχθη η έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η φιλοσοφία της οποίας βασίζεται στην ολιστική προσέγγιση της υγείας, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με τη μέχρι εκείνη την εποχή προσέγγιση (Κωλέτση, 1996).

Η εκάστοτε χώρα υποδιαιρείται σε υγειονομικές περιφέρειες, οι οποίες έχουν συγκεκριμένη έδρα δράσης και δική τους Διεύθυνση υπηρεσιών υγείας. Το κύριο μέλημα της συγκεκριμένης διεύθυνσης είναι η αποκέντρωση των υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας, γεγονός που οδηγεί στη μείωση της γραφειοκρατικής δυσλειτουργίας, η οποία είναι χρονοβόρα και δαπανηρή, έχοντας κατ' αυτό τον τρόπο αρνητικό αντίκτυπο στη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας (Αδαμόπουλος, 1992).

Ειδικότερα, οι κύριοι στόχοι της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι η πρόληψη διαταραχών της υγείας, η αποτελεσματική διάγνωση και αντιμετώπιση τους, η όσο το δυνατόν καλύτερη φροντίδα των ασθενών που πάσχουν από χρόνια νοσήματα ή βρίσκονται στο τελικό στάδιο και τέλος η εξασφάλιση της συνέχειας της παρεχόμενης φροντίδας (Φεργαδάκη, 2011).

Σκοπό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποτελεί η μείωση των ανισοτήτων που επικρατούν στο χώρο της υγείας, όπως επίσης η επίτευξη μιας επιτυχημένης επικοινωνίας μεταξύ του προσωπικού και των ασθενών, προκειμένου να συμμετέχουν και οι ίδιοι στη προαγωγή της υγείας τους, η οποία βασίζεται σε τρεις κύριες αρχές, οι οποίες είναι:

- Η ισότητα στην κατανομή των δομών υγείας και των ευρύτερων παραγόντων που την επηρεάζουν
- Η συμμετοχή των ατόμων και της ευρύτερης κοινότητας μέσα στην οποία ζουν στη λήψη αποφάσεων σχετικών με το ζήτημα της υγείας και
- Ο προγραμματισμός της υγείας να δίδει ιδιαίτερη έμφαση στη πρόληψη, προκειμένου να επιτευχθεί η προαγωγή της υγείας των ατόμων (Κωλέτση, 1996).

Μεταξύ άλλων, σκοπός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι η εξέλιξη της προληπτικής ιατρικής. Το γεγονός αυτό έχει ως επακόλουθο τη καταγραφή στοιχείων όπως παραδείγματος χάριν ηλικία, φύλο, οικογενειακό ιστορικό, τη διαρκή παρακολούθηση και αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, όπως επίσης τη καταγραφή των υπηρεσιών προληπτικής ιατρικής, ώστε να εντοπίζονται έγκαιρα οι διάφοροι κίνδυνοι υγείας που караδοκούν στο ευρύτερο περιβάλλον του ατόμου και κατ' αυτό τον τρόπο να διασφαλίζεται η προαγωγή της υγείας. Όσον αφορά τώρα το τομέα της Τοπικής Αυτοδιοίκησης οι κύριοι σκοποί της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι η βελτίωση, η προστασία και η διατήρηση της υγείας της εκάστοτε κοινότητας (Solberg, όπως αναφέρεται στο Πιερράκο, 2008).

Ακόλουθα, η διακήρυξη της Alma Ata επισημαίνει την εξέλιξη του τομέα της υγείας διαμέσου μιας νέας πολιτικής, της οποίας κύριος άξονας είναι η επίτευξη ενός ενιαίου για όλους του πολίτες επιπέδου υγείας, το οποίο θα τους δίνει τη δυνατότητα μιας κοινωνικά και οικονομικά παραγωγικής ζωής. Για την επίτευξη όμως του ενιαίου αυτού επιπέδου υγείας, είναι απαραίτητη η ανάπτυξη ολοκληρωμένων συστημάτων υγείας, των οποίων πυρήνας θα είναι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Σύμφωνα με την διακήρυξη της Alma Ata, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έχει τη δυνατότητα να προσφέρει βασικές εγκαταστάσεις υγιεινής, όπως παραδείγματος χάριν ύδρευσης, ευκαιρία σωστής διατροφής, φαρμακευτική αγωγή και κατάλληλη θεραπεία στην καταπολέμηση ποικίλων νόσων και τραυματισμών και τέλος περίθαλψη της μητέρας και του παιδιού της. Παρέχει επίσης συμβουλευτική στήριξη αναφορικά με ζητήματα οικογενειακού προγραμματισμού, εμβολιασμού για τα σοβαρά νοσήματα, πρόληψης και αντιμετώπισης

ενδημικών νόσων και ενημέρωσης και σωστής πληροφόρησης του πληθυσμού όσον αφορά σημαντικά υγειονομικά ζητήματα (Μωραΐτης, Γεωργούση, Ζηλίδης, Θεωδώρου & Πολύζος, 1995).

1.6 Περιεχόμενο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί μια έννοια, διαμέσου της οποίας προκύπτει ένα καινούριο κοινωνικό ρεύμα, το οποίο θα συμβάλει με τη σειρά του στην ανάπτυξη ενός διαφορετικού τρόπου ζωής και θεώρησης του ζητήματος της υγείας (Μωραΐτης, Γεωργούση, Ζηλίδης, Θεωδώρου & Πολύζος, 1995)

Όπως διαφάνηκε από προγενέστερα υποκεφάλαια, η διατήρηση και η βελτίωση του επιπέδου υγείας, πραγματοποιείται επιτυχώς διαμέσου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, καθώς οι ειδικότερες μονάδες της βρίσκονται στο επίκεντρο της προσοχής του συστήματος υγείας κι αυτό γιατί είναι αποκεντρωμένες εντός της καθημερινής ζωής των ατόμων που απαρτίζουν την εκάστοτε κοινότητα. Ειδικότερα, οι συγκεκριμένες μονάδες κατέχουν έναν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο όσον αφορά τη συνεχή, συνεργατική και ομαλή σχέση της κοινότητας με τις δομές της υγείας. (Θεωδώρου, Σαρρής & Σούλης, 2001).

Διαμέσου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας η υπάρχουσα αντίληψη για την υγεία και την αρρώστια, την οργάνωση και τη λειτουργία του συστήματος υγείας διαφοροποιείται. Επίσης, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας δε στρέφει αποκλειστικά τη προσοχή και το ενδιαφέρον της στο τομέα της πρόληψης και της περίθαλψης πέραν του πλαισίου του νοσοκομείου, αλλά ασκεί σημαντική επιρροή στην ευρύτερη κοινωνική και οικονομική οργάνωση κάθε χώρας, ιδιαίτερα σε τομείς όπως η βιομηχανία, η γεωργία και ούτω καθεξής (Μωραΐτης, Γεωργούση, Ζηλίδης, Θεωδώρου & Πολύζος, 1995).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνει δραστηριότητες σχετικές με τη δημόσια υγεία, τη διατροφή, τη παροχή ιατροφαρμακευτικής αγωγής.

Οι συγκεκριμένες προληπτικές μέθοδοι αποσκοπούν στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, στην ελάττωση της νοσηρότητας, στη τροποποίηση του τρόπου συμπεριφοράς των ατόμων, τα οποία διαμέσου αυτής θα οδηγηθούν στην υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής (Πιερράκος, 2008).

Οι ποικίλες υπηρεσίες Κοινωνικής Πρόνοιας είναι αναγκαίο να έχουν μια άμεση και στενή συνεργασία με τη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, προκειμένου οι διάφορες καταστάσεις που επηρεάζονται από τις ευρύτερες κοινωνικές συνθήκες να διευθετούνται αποτελεσματικά και σε όσο το δυνατόν γρηγορότερο χρονικό διάστημα. Όπως είναι αναμενόμενο, οι ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, όπως παραδείγματος χάριν τα άπορα ή οικονομικά ασθενέστερα άτομα, οι μονογονεϊκές οικογένειες, τα ηλικιωμένα άτομα, οι πρόσφυγες, τα άτομα με ειδικές δυνατότητες, οι ψυχικά ασθενείς και ούτω καθεξής χρήζουν φροντίδας και στήριξης πέραν της διάγνωσης και της ιατροφαρμακευτικής αγωγής (Κυριόπουλος & Φιλαλήτης, 1996). Μάλιστα, όταν η αντιμετώπιση της εκάστοτε ασθένειας έχει πραγματοποιηθεί, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι υπεύθυνη για την αποκατάσταση του ατόμου, αναλαμβάνοντας όλες τις ιατρικές και μη ανάγκες του, έως ότου ενταχθεί και πάλι στο ευρύτερο κοινωνικό του σύνολο.

Μέσω της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η φροντίδα και η στήριξη των ατόμων που βρίσκονται σε άμεση ανάγκη, παρέχεται όσο το δυνατόν πλησιέστερα στον τόπο όπου εκείνα διαβιούν. Ο κύριος άξονας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι η ενασχόληση με τα σημαντικότερα υγειονομικά προβλήματα της κοινωνίας και η παροχή υπηρεσιών πρόληψης, αντιμετώπισης και αποκατάστασης της υγείας των ασθενών. (Δαρβίρη, 2010 & Κυριόπουλος & Φιλαλήτης, 1996).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αναφέρεται κατά κύριο λόγο στις αποκεντρωμένες δομές πρόληψης και αγωγής υγείας, στις οποίες κρίνεται απαραίτητη η ενεργητική συμμετοχή όλων των μελών της εκάστοτε κοινότητας, προκειμένου να διατηρηθεί ή ακόμη και να βελτιωθεί το επίπεδο διαβίωσης και υγείας τους. Ακόμη, η κυβέρνηση κάθε χώρας είναι υποχρεωμένη να προσφέρει τις συγκεκριμένες υπηρεσίες τόσο στην ευρύτερη κοινωνία όσο και σε κάθε μεμονωμένο άτομο, το οποίο με τη σειρά του οφείλει να απαιτεί τη φροντίδα και στήριξη των εκάστοτε δομών,

που είναι απαραίτητο να είναι υψηλής ποιότητας (Αδαμόπουλος, 1992). Μία εκ των βασικών αρχών του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, είναι η παροχή των συγκεκριμένων υπηρεσιών καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας, προκειμένου τα "απλά" περιστατικά να διευθετούνται εντός του τοπικού επιπέδου, χωρίς προσφυγή σε κάποιο νοσοκομείο (Μωραΐτης, Γεωργούση, Ζηλίδης, Θεωδώρου & Πολύζος, 1995 & Θεωδώρου, Σαρρή και Σούλη, όπως αναφέρονται στο Πιερράκο, 2008).

Διαμέσου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας διαφαίνονται τα οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά γνωρίσματα κάθε χώρας. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι υπεύθυνη για τον έλεγχο των ασθενών που εισέρχονται στη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας, όπως και για τις δαπάνες του υγειονομικού συστήματος και το κατάλληλο σχεδιασμό του νοσοκομειακού συστήματος (Λιονή & Μερκούρη, όπως αναφέρεται στο Πιερράκο, 2008).

Οι δραστηριότητές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αναφέρονται κυρίως:

- Στην εκπαίδευση και πληροφόρηση όσον αφορά τα ζητήματα υγείας και τις τεχνικές πρόληψης και αντιμετώπισης τους
- Στη προαγωγή της σωστής διατροφής
- Στην ύπαρξη μέτρων βασικής υγιεινής
- Στη φροντίδα κατά κύριο της μητέρας και του παιδιού, αλλά και των υπολοίπων ευπαθών ομάδων του πληθυσμού
- Στον εμβολιασμό
- Στη πρόληψη και θεραπεία ασθενειών και τέλος
- Στη σωστή θεραπεία και φαρμακευτική αγωγή (Πιερράκος, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Οι υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

2.1 Οι υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα

Σύμφωνα με όσα επισημάναμε στο προηγούμενο κεφάλαιο, αντιλαμβανόμαστε πως η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνει όλες εκείνες τις υπηρεσίες και δράσεις, που αποσκοπούν στη πρόληψη και αποκατάσταση των ποικίλων προβλημάτων υγείας. Ειδικότερα, οι υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας προσφέρονται από:

- τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομειακών μονάδων
- τα ολόημερα ιατρεία και τα διαγνωστικά τους εργαστήρια
- τις υπηρεσίες που παρέχει το ΕΚΑΒ
- τα κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία
- τα Αγροτικά Ιατρεία και
- τα κέντρα Αποθεραπείας - Αποκατάστασης Ημερήσιας Νοσηλείας
- τις ιδιωτικές κλινικές
- τις μονάδες Ψυχικής Υγείας
- τις μονάδες Χρόνιας Αιμοκάθαρσης
- τις Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Υγείας
- τις υπηρεσίες Προστασίας Μάνας, Παιδιού και Εφήβου, που προσφέρει ο Οργανισμός
- τα εργαστήρια Φυσικοθεραπείας του Οργανισμού, τα ιδιωτικά εργαστήρια Φυσικοθεραπείας και τους φυσικοθεραπευτές που επισκέπτονται τον ασθενή τους στο σπίτι του
- τις παροχές των Ασφαλιστικών Ταμείων και τέλος
- τα προγράμματα Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Φ.Ε.Κ. 3054/2012)

Ο Παπουτσής (2007) αναφέρθηκε στα προγράμματα Τοπικής Αυτοδιοίκησης, υποστηρίζοντας ότι συμμετέχουν ολοένα και περισσότερο στις διαδικασίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, διαμέσου των Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) και των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι», τα οποία αποτελούν μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, που χρηματοδοτούνται κατά κύριο λόγο από δωρεές απλών πολιτών και εξυπηρετούν κυρίως πρόσφυγες και μετανάστες.

Στη περίπτωση της χώρας μας, με το σχέδιο νόμου δημιουργείται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ) το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), του οποίου η λειτουργία λαμβάνει χώρα στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.) της χώρας μας. Τα Κέντρα Υγείας και οι υπόλοιπες δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που λειτουργούν στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών, απαρτίζουν τις δημόσιες υπηρεσίες παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Π.Ε.Δ.Υ., οι οποίες προσφέρονται σε όλους ανεξαιρέτως τους πολίτες, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι υψίστης σημασίας να παρέχει βασικές υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας απλών και σοβαρών νοσημάτων και πρώτων βοηθειών. Ακόμα, οφείλει να προσφέρει τόσο προγράμματα αγωγής της υγείας και εμβολιασμούς, προκειμένου να πραγματοποιείται η πρωτογενή πρόληψη όσο και προγράμματα έγκαιρης διάγνωσης σοβαρών ασθενειών, αποσκοπώντας κατ' αυτό τον τρόπο στη δευτερογενή πρόληψη (Fry, στους Θεοδώρου, Σαρρή και Σούλη, 2001).

Συμπερασματικά, η παροχή των ακόλουθων υπηρεσιών κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική:

- Εκπαιδευτικά προγράμματα
- Νοσηλεία στο σπίτι
- Οδοντιατρικές υπηρεσίες
- Επιδημιολογική έρευνα
- Σχολική και εργασιακή υγιεινή
- Οικογενειακός προγραμματισμός
- Υπηρεσίες φροντίδας που λαμβάνουν χώρα στο πλαίσιο της εκάστοτε κοινότητας

- Παροχή φαρμακευτικής αγωγής
- Μικρής διάρκειας νοσηλεία (Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης, 2001)

2.2 Οι υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες

Είναι αναμενόμενο, ο θεσμός και η έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να διαφοροποιείται μεταξύ των χωρών. Μάλιστα από το συνέδριο της Alma Ata, δημιουργήθηκε μια απόκλιση ανάμεσα στα συστήματα υγείας των ευρωπαϊκών χωρών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Το γεγονός αυτό είχε ως επακόλουθο τη διαίρεση των χωρών σε 1) βορειοδυτικές, με συστήματα υγείας χρηματοδοτούμενα από ποικίλους φορείς ή ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία διαθέτουν σύγχρονη υψηλής ποιότητας ιατρική τεχνολογία, με εδραίωση του ιδιωτικού τομέα 2) νότιες, με συστήματα κατά κύριο λόγο στραμμένα στη κοινωνική ασφάλιση και 3) σοσιαλιστικές με κρατικά και κατά συνέπεια ελεγχόμενα συστήματα υγείας

Ειδικότερα, στις βόρειες ευρωπαϊκές χώρες η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ‘‘ακολουθεί’’ κυρίως τις επισημάνσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και του ευρύτερου τεχνολογικά αναπτυγμένου κόσμου. Μάλιστα στις συγκεκριμένες ευρωπαϊκές χώρες η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί ξεχωριστό τομέα της Προπτυχιακής Εκπαίδευσης. Εν αντιθέσει, στις ανατολικές και νότιες ευρωπαϊκές χώρες, στις οποίες εντάσσεται και η Ελλάδα, ο θεσμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας προσεγγίζεται με αρκετά βραδείους ρυθμούς. Κατ’ αυτό τον τρόπο η χώρα μας, εξαιτίας της γεωγραφικής της θέσης κατέχει την ίδια νοοτροπία και αντιλήψεις με το ευρύτερο πλαίσιο στο οποίο ανήκει (Αδαμόπουλος, 1992).

Το σύστημα υγείας των ανατολικών ευρωπαϊκών χωρών «είναι οργανωμένο σε διαδοχικά επίπεδα υπηρεσιών και γεωγραφικών χωρών». Με λίγα λόγια, παρατηρούνται υγειονομικές διαφορές μεταξύ αγροτικών και αστικών περιοχών, ενώ παράλληλα δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στη περίθαλψη εκτός νοσοκομείου. Αντίθετα, στις δυτικές ευρωπαϊκές χώρες, η

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας “ακολουθεί” τις ιδιαιτερότητες κάθε χώρας. Έτσι, οι υπηρεσίες που παρέχει η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι ανομοιόμορφες και μη ισότιμα κατανομημένες (Κοην, όπως αναφέρεται στο Ζηλίδη, 1989, :295).

Σε γενικές γραμμές η λειτουργία και οι προσφερόμενες δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας έχουν άμεση σχέση με την οικονομική κατάσταση κάθε χώρας, τις διαφοροποιήσεις των συστημάτων υγείας, το ανθρώπινο δυναμικό και τα δημογραφικά γνωρίσματα. Είναι κρίσιμο λοιπόν στο σημείο αυτό να αναφέρουμε την οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες (Ζηλίδης, 1989).

Μεγάλη Βρετανία

Ο κεντρικός άξονας λειτουργίας της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης στη παρούσα χώρα, είναι η καθιέρωση του γενικού ή οικογενειακού γιατρού (Ζηλίδης, 1989), ενώ οποιοσδήποτε φορέας που προσφέρει υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, οριοθετείται με ορισμένους κανόνες που δημιουργήθηκαν το 1948 από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Αδαμόπουλος, 1992). Δίνεται λοιπόν η δυνατότητα στους πολίτες να επιλέξουν οι ίδιοι το γιατρό της αρεσκείας τους, ο οποίος εν συνεχεία θα αποφασίσει αν θα δεχθεί το συγκεκριμένο ασθενή. Ο γιατρός είναι διαθέσιμος να προσφέρει τις ιατρικές του γνώσεις και υπηρεσίες όλο το εικοσιτετράωρο τόσο στο ιατρείο του όσο και στο σπίτι (Ζηλίδης, 1989).

Υπηρεσίες μάλιστα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας προσφέρονται και από τα Κέντρα Υγείας, τα οποία διαφοροποιούνται ανάλογα με τη περιοχή στην οποία βρίσκονται. Οι συγκεκριμένες υπηρεσίες είναι παραδείγματος χάριν, ιατρικές, οδοντιατρικές, παροχή φαρμακευτικής αγωγής και εργαστηριακών εξετάσεων και ούτω καθεξής. Στη περίπτωση που είναι αναγκαία η πραγματοποίηση ειδικών εργαστηριακών εξετάσεων, οι ασθενείς διακομίζονται αμέσως στα εξωτερικά ιατρεία του εκάστοτε νοσοκομείου (Κοην, Αποστόλου & Μωραΐτης, στο Ζηλίδη, 1989).

Μοναδικό ζήτημα που αντιμετωπίζει το σύστημα υγείας της συγκεκριμένης χώρας είναι η έλλειψη επαρκούς αριθμού ιατρών, κατά ξύριο λόγο στις αγροτικές περιοχές. Για το λόγο αυτό η εθνική υπηρεσία υγείας, στη προσπάθεια της να επιλύσει το πρόβλημα, προσφέρει τόσο υψηλότερες οικονομικές απολαβές στους γιατρούς που θα εργαστούν σε αγροτικές περιοχές όσο και απαγόρευση στους νέους ιατρούς να εγκατασταθούν σε περιοχές, που δεν υπάρχει έλλειψη ιατρικού προσωπικού.

Φιλανδία

Η Φιλανδία αποτελεί μία από τις πιο αραιοκατοικημένες χώρες της Ευρώπης, καθώς διαθέτει υπερβολικά μεγάλη έκταση σε αντίθεση με το μικρό σε αριθμό πληθυσμό της. Διαθέτει εθνικό σύστημα υγείας, που ανταποκρίνεται και καλύπτει τις ανάγκες ολόκληρου του πληθυσμού της, με κυρίαρχο γνώρισμα του την αποκέντρωση των διοικητικών υπηρεσιών και αρμοδιοτήτων της χώρας (Ζηλίδης, 1989).

Τα κέντρα υγείας που λαμβάνουν χώρα σε ολόκληρη την επικράτεια της, είναι εκείνα που παρέχουν κυρίως υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Παρόλο που όπως αναφέραμε κέντρα υγείας υπάρχουν σε ολόκληρη τη χώρα, για τη δημιουργία τους αποτελεί βασικό κριτήριο ο αριθμός των κατοίκων της εκάστοτε περιοχής, ο οποίος θα πρέπει να είναι μεταξύ 10.000-15.000 κάτοικοι. Φυσικά, στις αρκετά αραιοκατοικημένες περιοχές ο αριθμός αυτός μειώνεται, ώστε να μην υπάρχουν μεγάλες μετακινήσεις του πληθυσμού, ενώ ορισμένες περιοχές ενώνονται με άλλες, προκειμένου να ιδρύσουν το δικό τους κέντρο υγείας (Ζηλίδης, 1989).

Οι υπηρεσίες που παρέχονται στα κέντρα υγείας της χώρας, είναι μεταξύ άλλων ιατρικές, κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις, νοσηλεία ατόμων με απλές ή χρόνιες ασθένειες, συστηματική παρακολούθηση εγκύων, μητέρων και βρεφών, εμβολιασμός, οδοντιατρική περίθαλψη, προληπτικός έλεγχος και υπηρεσίες προαγωγής της υγείας μέσω παραδείγματος χάριν της κατάλληλης διατροφής, τη διακοπή του καπνίσματος και ούτω καθεξής (Ζηλίδης, 1989).

Τέλος, η Φιλανδία διαθέτει επαρκές προσωπικό όλων των ειδικοτήτων, το οποίο είναι σύμφωνο με τον αριθμό του πληθυσμού σε κάθε κέντρο υγείας, ενώ παράλληλα επικρατεί μια οργανωμένη διακομιδή των ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία που λαμβάνουν χώρα στο πλαίσιο των νοσοκομείων, προκειμένου να προσφερθούν στους ασθενείς ειδικές ιατρικές υπηρεσίες. Είναι λοιπόν αναμενόμενο σύμφωνα με όσα αναφέραμε, η λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Φιλανδίας, να αποτελεί πρότυπο για τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες (Ζηλίδης, 1989).

Γαλλία

Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στη Γαλλία παρέχονται από δύο διαφορετικούς φορείς · από όλα τα κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα και από τους ιατρούς όλων των ειδικοτήτων που ασκούν ιδιωτικό επάγγελμα (Αδαμόπουλος, 1992). Κατ' αυτό τον τρόπο στη παρούσα ευρωπαϊκή χώρα έχουμε επικράτηση των ελεύθερων ιατρικών υπηρεσιών. Με λίγα λόγια, ο ασθενής επισκέπτεται τον ιατρό που ο ίδιος επιθυμεί και στη συνέχεια τα χρήματα του επιστρέφονται από το προσωπικό του ασφαλιστικό φορέα. Μάλιστα, στις δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας έχουν δυνατότητα πρόσβασης όλα ανεξαιρέτως τα άτομα που χρήζουν βοήθειας, ακόμη και ένας απλός επισκέπτης της χώρας (Αδαμόπουλος, 1992).

Αναφορικά με τις αγροτικές περιοχές της χώρας, οι υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας αντιμετωπίζουν σημαντική έλλειψη ιατρών, κυρίως εξαιτίας της λανθασμένης κατανομής του προσωπικού, γεγονός που έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ορθή εξυπηρέτηση των ασθενών (Ζηλίδης, 1989). Παρ' όλα αυτά , υπάρχει μία και μοναδική υπηρεσία, η ‘‘Mutualite Sociale Agricole’’, στην οποία περικλείονται επιμέρους υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής και ιατρικής της αγροτικής εργασίας. Στο πλαίσιο τώρα της προληπτικής ιατρικής, πραγματοποιούνται ορισμένες προληπτικές εξετάσεις, που διεξάγονται κάθε 5 χρόνια σε όλα τα ασφαλισμένα μέλη της κοινότητας, ηλικίας 16-65 ετών. Τα άτομα που διαγιγνώσκονται με κάποιο πρόβλημα υγείας, προχωρούν στην κλινική φάση. Κατά την υπηρεσία τώρα

της αγροτικής εργασίας, διεξάγεται μια εποπτεία στους εργασιακούς χώρους από εξειδικευμένο ιατρό, ο οποίος προτείνει διάφορα μέτρα υγειονομικής προστασίας, όπου κριθεί αναγκαίο. Δυστυχώς, ο μικρός αριθμός ιατρικού προσωπικού και ο τρόπος με τον οποίο πραγματοποιούνται οι προληπτικές εξετάσεις, έχουν ως αντίκτυπο την ανεπαρκή προστασία και προαγωγή της υγείας των αγροτών (Ζηλίδης, 1989).

Σουηδία

Στη Σουηδία δεν υπάρχει Υπουργείο Υγείας, αλλά στη θέση αυτού βρίσκεται σε εθνικό επίπεδο ένα Κοινωνικό και Ιατρικό συμβούλιο, που ελέγχει την ομαλή λειτουργία των εικοσιοκτώ νόμων, κύριο μέλημα των οποίων είναι η οργάνωση των υπηρεσιών της δημόσιας υγείας. Ειδικότερα, στη Σουηδία διακρίνονται τρία πολιτικά επίπεδα:

- η Βουλή
- ο Νόμος, που διαιρείται σε εικοσιοκτώ νόμους και
- η κοινότητα, όπου υπάρχουν σχεδόν 280 σε ολόκληρη τη χώρα

Οφείλουμε να σημειώσουμε πως η συγκεκριμένη ευρωπαϊκή χώρα δίδει ιδιαίτερη βαρύτητα στο τομέα της υγείας, για τον οποίο διαθέτει το 95% σχεδόν του προϋπολογισμού της, ώστε να εξασφαλίσει την ομαλή και σωστή λειτουργία των Νοσοκομείων και των Κέντρων Φροντίδας, ενώ οι πολίτες συνεισφέρουν με το 10-12% του εισοδήματός τους (Αδαμόπουλος, 1992).

Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, διοικούνται από ειδικά διαμορφωμένα νομαρχιακά συμβούλια, τα οποία αποτελούν τον εργοδότη ολόκληρου του προσωπικού. Παρόλο που ο αριθμός του προσωπικού στα κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας ποικίλει, ο μέσος όρος ιατρών είναι τέσσερις έως πέντε σε κάθε μονάδα. Ο γιατρός των συγκεκριμένων κέντρων ονομάζεται στα Ελληνικά γενικός ιατρός και είναι αρμόδιος τόσο για τη παροχή των κατάλληλων υπηρεσιών όσο και για τη πρόληψη. Φυσικά κάθε κέντρο απαρτίζεται και από ιατρούς σχεδόν όλων των ειδικοτήτων, ενώ οι πολίτες έχουν τη δυνατότητα να επισκεφθούν πρώτα έναν ιατρό άλλης ειδικότητας και εν συνεχεία εκείνον της περιοχής στην οποία διαμένουν (Αδαμόπουλος, 1992).

Όμως, μόνο το 5-10% των ασθενών που επισκέπτονται το γενικό ιατρό παραπέμπονται σε ειδικούς γιατρούς. Οι ασθενείς καλούνται να πληρώσουν ένα ποσό για την επίσκεψη τους στο κέντρο υγείας, το οποίο είναι διαφορετικό για κάθε επαρχία της χώρας. Μάλιστα το 90% των ιατρικών προβλημάτων καλύπτεται από τη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Μεταξύ άλλων, το έργο του γενικού ιατρού περιλαμβάνει τόσο τη καταπολέμηση συνηθισμένων νοσημάτων και τη Παιδιατρική φροντίδα, όσο και τη κατ' οίκον νοσηλεία των πολιτών, με τη βοήθεια και συνεργασία πάντα μιας νοσοκόμας.

Κύριο ζήτημα όμως της Σουηδίας είναι η έλλειψη γενικών ιατρών, καθώς σε πολλές περιοχές της χώρας είναι αρκετά δύσκολο να προσληφθούν και εν συνεχεία να παραμείνουν γενικοί ιατροί. Έτσι, παρατηρούμε επαρχίες με 10000 κατοίκους, να εξυπηρετούνται από έναν μοναδικό γενικό ιατρό, γεγονός που όπως αντιλαμβανόμαστε δεν είναι καθόλου ευχάριστο για το ιατρικό προσωπικό.

2.3 Σύγκριση των Ευρωπαϊκών χωρών με την Ελλάδα

Σύμφωνα με τα παραπάνω, αντιλαμβανόμαστε πως τα φλέγοντα ζητήματα αναφορικά με την υγεία σε όλες σχεδόν τις ευρωπαϊκές χώρες αποτελούν οι ανησυχίες για την αύξηση του κόστους και της ποιότητας της υγείας και η επιθυμία για πρόσβαση στη συγκεκριμένη περίθαλψη. Η πλειοψηφία μάλιστα των ανατολικών και κεντρικών ευρωπαϊκών χωρών βρίσκεται σε μια διαδικασία αναμόρφωσης του υγειονομικού τους συστήματος. Δυστυχώς όμως, παρόλο που σε τοπικό επίπεδο αναλαμβάνονται αρκετές πρωτοβουλίες, η ευρύτερη πολιτική για την υγεία δεν είναι κατά κύριο λόγο προσανατολισμένη προς την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας. Οι χώρες που απαρτίζουν την ευρωπαϊκή ένωση στρέφουν τη προσοχή τους στις συνέπειες των υπηρεσιών υγείας και της υγείας γενικότερα. Διαμέσου μάλιστα διαταγμάτων και της ορθής κατανομής των επιδοτήσεων, επιδιώκουν τη βελτίωση των συστημάτων υγείας.

Τα βασικά επιδιωκόμενα χαρακτηριστικά λειτουργίας των συστημάτων υγείας των ευρωπαϊκών χωρών που μελετήθηκαν προγενέστερα είναι:

- Η αποκέντρωση, προκειμένου το σύστημα υγείας να βρίσκεται σε άμεση επαφή με τον εκάστοτε πολίτη
- Η ύπαρξη γενικών ιατρών
- Η δημιουργία διαπραγματεύσεων και ο έλεγχος του ανταγωνισμού
- Η διασφάλιση της ποιότητας των συστημάτων υγείας, διαμέσου της τήρησης των δικαιωμάτων των ασθενών και της νομικής κάλυψης.

Ολοκληρώνοντας, η πλειοψηφία των προαναφερθέντων επιδιωκόμενων χαρακτηριστικών, στην Ελλάδα είναι ελλιπή έως ανύπαρκτη. Η απλή όμως μεταφορά των συγκεκριμένων μεθόδων στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας της χώρας μας, δεν επιφέρει κανένα αξιοσημείωτο όφελος. Αντιθέτως, εκείνο που κρίνεται αναγκαίο είναι ο προσανατολισμός των δραστηριοτήτων για την υγεία προς τις σύγχρονες τεχνικές και στρατηγικές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Τα ΜΜΕ στο χώρο της υγείας

3.1 ΜΜΕ και Υγεία

Η απόκτηση πληροφοριών αναφορικά με το τομέα της υγείας αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό τμήμα της συνολικής φροντίδας για την υγείας. Η αύξηση μάλιστα του ενδιαφέροντος των πολιτών για θέματα υγείας είναι σύμφωνη με τη γενικότερη εξέλιξη της τεχνολογίας, όπως παραδείγματος χάριν την ανάπτυξη των μέσων μαζικής ενημέρωσης, του ραδιοφώνου και του διαδικτύου με τη πληθώρα ιστοσελίδων ιατρικής πληροφόρησης. Η γενικότερη αντίληψη του κόσμου για την ενημέρωση μέσω των ΜΜΕ είναι άμεσα συνδεδεμένη όχι μόνο με την αναφορά της εκάστοτε ιατρικής είδησης, αλλά κυρίως με τον τρόπο, το χρόνο και τα σχόλια που αυτή εκτίθεται (Δρίτσας, 2011).

Υπεύθυνοι για τη παρουσίαση των ποικίλων ειδήσεων είναι οι διαφημιστές, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι τόσο για το περιεχόμενο της όσο και για τον τρόπο που η ίδια θα προβληθεί. Όπως είναι αναμενόμενο, οι εκάστοτε εταιρείες και διαφημιστές αποσκοπούν στη παρουσίαση κερδοφόρων θεμάτων, γεγονός που επικρατεί και στο χώρο της ιατρικής ενημέρωσης.

Η αξιοπιστία μιας ιατρικής είδησης διαφαίνεται μέσω συγκεκριμένων κριτηρίων. Πιο συγκεκριμένα:

- Μέσω του κόστους
- Της ένδειξης θεραπείας
- Των οφελών

- Των πιθανών και μη παρενεργειών
- Την αναφορά παρόμοιας φαρμακευτικής αγωγής ή θεραπείας
- Το οικονομικό ενδιαφέρον
- Την αναφορά αξιόπιστων πηγών ή επιστημόνων
- Την επισήμανση της καινοτομίας της εκάστοτε θεραπείας ή φαρμάκου
- Την αναφορά της διαθεσιμότητας του προϊόντος (Schwitzer, 2008, στον Baggot, 2015).

Σύμφωνα με τα παραπάνω κατανοούμε πως η επίδραση των μέσων μαζικής ενημέρωσης στη δημιουργία προτύπων και συμπεριφορών που επιδεικνύει το ακροαματικό κοινό, είναι ιδιαίτερα σημαντική. Κατ' αυτό τον τρόπο δεν έχουμε παρά να συμφωνήσουμε με το Εθνικό Ινστιτούτο Ιατρικής και Πρόληψης των ασθενειών των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, σύμφωνα με το οποίο τα επιτεύγματα στο τομέα της υγείας κατά τον 20^ο αιώνα, όπως η μείωση του καπνίσματος, των τροχαίων ατυχημάτων και ούτω καθεξής οφείλονται στην επιτυχή αξιοποίηση των μέσων μαζικής ενημέρωσης.

3.2 Η σπουδαιότητα της πληροφόρησης στη λήψη αποφάσεων σχετικών με την υγεία

Η επικοινωνία αναφορικά με το τομέα της υγείας αναφέρεται σε επικοινωνιακές συναλλαγές σχετικά με την υγεία γενικότερα και τους παράγοντες που την επηρεάζουν ειδικότερα.

Η επικοινωνία που λαμβάνει χώρα στο πλαίσιο της υγείας, είτε αυτή πραγματοποιείται μεταξύ του ιατρικονοσηλευτικού προσωπικού είτε μεταξύ των ασθενών έχει άμεση σχέση με τη φροντίδα και προαγωγή της υγείας, με πλήθος επιστημόνων να τη θεωρούν το επίκεντρο της υγειονομικής περίθαλψης (Kreps, 1988).

Μάλιστα, η προσφερόμενη πληροφόρηση και ενημέρωση, κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική στη λήψη ορθών αποφάσεων αναφορικά με την υγεία, καθώς οδηγεί στη γνώση και τη κατανόηση του προβλήματος. Μέσα από την ενημέρωση, οι ασθενείς αποκτούν εμπιστοσύνη στη προσωπική τους δύναμη και έχουν την ευκαιρία να συνεισφέρουν στη διαδικασία της θεραπείας τους (Simpson et al., 1991). Οφείλουμε στο σημείο αυτό να σημειώσουμε τη δημοσίευση του Χάρτη των ασθενών στο Ηνωμένο Βασίλειο (Department of Health, 1992), σύμφωνα με το οποίο έπρεπε να παρέχεται στους ασθενείς μια σαφής εξήγηση της ασθένειάς τους, καθώς επίσης οι κίνδυνοι που εγκυμονούσε η προτεινόμενη θεραπεία και η παροχή επιπλέον εναλλακτικών λύσεων.

Σε σύσκεψη μάλιστα που διεξήχθη το 1992, αναφορικά με τις μεθόδους επικοινωνίας για την υγεία και των αποτελεσμάτων αυτών, διαπιστώθηκε πως η αγωνία των ασθενών για τη πορεία της υγείας τους συνδέεται άμεσα με την ελλιπή παροχή πληροφοριών. Το γεγονός αυτό έχει κατά κύριο λόγο τις βάσεις του στο ότι το αρμόδιο προσωπικό συχνά δε κατανοεί το μέγεθος και το είδος των πληροφοριών που επιθυμεί να λάβει ο εκάστοτε ασθενής. Έτσι, η βελτίωση της επικοινωνίας είναι αναγκαία, προκειμένου να ελαττωθεί το άγχος των ασθενών και να υπάρξουν θετικά αποτελέσματα (Simpson et al., 1991).

3.3 Εκστρατείες ενημέρωσης των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης

Λαμβάνοντας υπόψη μας όσα αναφέρθηκαν προηγουμένως, κατανοούμε την επιρροή που κατέχουν τα μέσα μαζικής επικοινωνίας στις αντιλήψεις και την ευαισθητοποίηση των ατόμων αναφορικά με το τομέα της υγείας. Μάλιστα πλήθος μελετών επισημαίνει, πως η πλειοψηφία των ενηλίκων προσλαμβάνει την απαραίτητη ενημέρωση για την υγεία περισσότερο μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης και όχι μέσω της διαπροσωπικής επαφής.

Με λίγα λόγια, οι πληροφορίες που προσφέρουν τα ΜΜΕ επιδρούν στις στάσεις, τις αντιλήψεις και τη συμπεριφορά των πολιτών, καθώς οι πολίτες συζητούν μεταξύ τους όσα είδαν ή άκουσαν, προχωρώντας έπειτα στην επικύρωση ή ακύρωση των πληροφοριών αυτών.

Τα τελευταία χρόνια τα μέσα μαζικής ενημέρωσης συνεργάζονται τόσο με δημόσιους οργανισμούς όσο και με ιδιώτες, προωθώντας ενημερωτικές εκστρατείες, για την αλλαγή και μείωση επικίνδυνων για την υγεία συμπεριφορών.

Δυστυχώς η χώρα μας κατέχει μια ιδιαίτερα σημαντική θέση στη λίστα των χωρών που πλήττονται από ποικίλες ασθένειες, όπως παραδείγματος χάριν καρδιαγγειακά νοσήματα. Μάλιστα, η Ελλάδα βρίσκεται μεταξύ των πρώτων στη λίστα ευρωπαϊκών χωρών στη χρήση καπνού, με το 47% των ανδρών και το 29% των γυναικών να είναι καπνιστές. Για το σκοπό αυτό τα ΜΜΕ πραγματοποιούν αντικαπνιστικές εκστρατείες, ενημερώνοντας τους πολίτες για τις επιπτώσεις του καπνίσματος, εντάσσοντας επίσης το παθητικό κάπνισμα, που μέχρι πρότινος δεν είχε αναφερθεί. Ιδιαίτερη προσοχή δίδεται στην αποθάρρυνση των νεαρών ατόμων να αρχίσουν το κάπνισμα, καθώς αποτελεί αίτιο καρδιαγγειακών παθήσεων και όχι μόνο τόσο σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας όσο και σε νέους. Η απαγόρευση μάλιστα του καπνίσματος σε όλους τους δημόσιους χώρους, δέχθηκε σημαντική προβολή από τα μέσα μαζικής επικοινωνίας, προωθώντας έτσι τη διαμόρφωση ενός υγιεινού τρόπου ζωής (Mahonen et al., 2004, στους Wakabayashi & Groschner, 2013).

3.4 Ιατρική δημοσιογραφία

Στις μέρες μας η υγεία, η ασθένεια και η ιατρική βρίσκονται μεταξύ των πιο διαδεδομένων και ενδιαφερόντων θεμάτων της δημοσιογραφίας. Η δημοσιογραφία λοιπόν που πραγματοποιείται για τα συγκεκριμένα ζητήματα ονομάζεται ιατρική δημοσιογραφία. Η χρήση του συγκεκριμένου ορισμού γίνεται, ώστε να αποδειχθεί πως η υγεία έχει άμεση σχέση με τη δημοσιογραφία και όχι μόνο με την ιατρική (Clive, 2002).

Το ενδιαφέρον των πολιτών για θέματα όπως η υγεία και η ιατρική, έχει τις ρίζες του σε δύο κύρια αίτια. Πρώτον, η υγεία και η διατήρηση ή βελτίωση αυτής είναι ζητήματα που αφορούν όλους ανεξαιρέτως τους πολίτες και η ιατρική συνδέεται στενά με τη ζωή και το θάνατο, συμβάντα που οδηγούν στη δημιουργία συγκινητικών ιστοριών. Δεύτερον, τόσο το σημερινό σύστημα

υγείας όσο και το ιατρικονοσηλευτικό προσωπικό ενδιαφέρονται ιδιαίτερα για τη συνεργασία που μπορούν να δημιουργήσουν με τα μέσα μαζικής επικοινωνίας.

Σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η επικοινωνία που λαμβάνει χώρα στο πλαίσιο της υγείας, αποσκοπεί στη βελτίωση και προαγωγή της υγείας των πληθυσμών. Για το λόγο αυτό, η συγκεκριμένη επικοινωνία δε περιλαμβάνει όλες ανεξαιρέτως τις ιατρικές πληροφορίες, αλλά μόνο εκείνες που αναφέρονται στις θετικές επιδράσεις στο χώρο της υγείας (WHO, 1996).

Στο πέρασμα των χρόνων έχουν διεξαχθεί ποικίλες επιστημονικές μελέτες, που έχουν ως στόχο να διαπιστώσουν την ακρίβεια των πληροφοριών που παρέχουν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Πλήθος λοιπόν δημοσιογράφων έχει ασχοληθεί με ζητήματα υγείας, όπως ο καρκίνος, τα ναρκωτικά και ούτω καθεξής, ενώ παράλληλα ποικίλοι ερευνητές χαρακτήρισαν τα συγκεκριμένα δημοσιεύματα ως άκρως συγκινητικά και παραπλανητικά. Κύριος σκοπός των μελετητών αυτών είναι να αναδείξουν τις αρνητικές συνέπειες που έχουν τέτοιου είδους ανακριβείς πληροφορίες στους πολίτες. Όμως είναι απαραίτητο να τονίσουμε πως διαμέσου της ιατρικής δημοσιογραφίας γίνεται φανερή η ευρύτερη κοινωνική και οικονομική κατάσταση της υγειονομικής περίθαλψης σε κάθε χώρα.

Οφείλουμε να σημειώσουμε, πως οι δημοσιογράφοι που ασχολούνται με ζητήματα υγείας δεν εστιάζουν τόσο στις σχέσεις εξουσίας όσο οι υπόλοιποι συνάδελφοι τους και είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί όσον αφορά την ακρίβεια των πληροφοριών που προβάλλουν. Για το λόγο αυτό έχουν κριθεί επανειλημμένως για εξάρτηση από τους επαγγελματίες υγείας, όπως επίσης για την αδυναμία τους να διαμορφώσουν και να διατηρήσουν μια κριτική στάση απέναντι στα υγειονομικά ζητήματα.

3.5 Βιομηχανοποίηση της υγείας

Όπως αναφέραμε και σε προηγούμενο κεφάλαιο, στο χώρο της υγείας επικρατεί ένας δυναμικός ανταγωνισμός, καθώς όλα τα εμπλεκόμενα σε αυτή

μέλη επιθυμούν να αποκτήσουν εξουσία και αύξηση του επιστημονικού και εργασιακού τους γοήτρου.

Εμφανίζεται όλο και πιο συχνά το φαινόμενο υγιής άνθρωποι ή ελαφρά ασθενείς να αντιμετωπίζουν τον εαυτό τους ως βαριά άρρωστο. Μάλιστα στο χώρο της υγείας δημιουργούνται συνεχώς νέες θέσεις εργασίας, καθώς η εκάστοτε θεραπεία επιφέρει πολλές φορές παρενέργειες, οι οποίες είναι αναγκαίο να αντιμετωπισθούν, έχοντας ως επιπλέον αποτέλεσμα την αύξηση αγωνίας των ασθενών. Δημιουργείται έτσι ένας φαύλος κύκλος, κατά κύριο λόγο από τις ενέργειες του ιατρικού προσωπικού, που ενδεχομένως να περικλείουν και αμέλεια εκ μέρους τους (Illich, 1976).

Η πλειοψηφία των φαρμακευτικών παρασκευασμάτων, χρησιμοποιείται για ποικίλους άλλους λόγους και όχι αποκλειστικά και μόνο για τη θεραπεία της εκάστοτε νόσου. Παραδείγματος χάριν χρησιμοποιούνται φάρμακα για την επιβράδυνση της τριχόπτωσης ή τη βοήθεια απώλειας κιλών, αποδεικνύοντας κατ' αυτό τον τρόπο τη βιομηχανοποίηση της υγειονομικής περίθαλψης. Παλαιότερα υπήρχαν ασθενείς που είχαν ανάγκη περισσότερο εξελιγμένες ιατρικές μεθόδους και σήμερα παρόλο που διαθέτουμε τέτοιες στρατηγικές δεν υπάρχουν ασθενείς για να τις εφαρμόσουμε (Myllykangas, 2001).

Εκπρόσωποι της μοριακής γενετικής επισημαίνουν πως σύντομα θα πραγματοποιηθεί ένα είδος επανάστασης στο χώρο της υγείας, καθώς σοβαρές και σπάνιες νόσοι θα αντιμετωπισθούν και θα εξαλειφθούν με σύγχρονες επιστημονικές τεχνικές. Δυστυχώς όμως η υπερβολική αυτή αισιοδοξία έχει εμφανιστεί και κατά το παρελθόν με απογοητευτικά για την ιατρική και όχι μόνο κοινότητα αποτελέσματα (Mc Keown, 1976).

Για πληθώρα ασθενειών παρατηρούμε τη δημιουργία ποικίλων καμπανιών υποστήριξης και ευαισθητοποίησης, μέσω των οποίων προωθείται μια συγκεκριμένη άποψη για την εκάστοτε νόσο. Συχνά τέτοιου είδους καμπάνιες είναι άμεσα συνδεδεμένες με τις στρατηγικές μάρκετινγκ των ποικίλων εταιριών, οι οποίες αποσκοπούν με αυτό τον τρόπο στην επέκταση της αγοράς των δικών τους ιατροφαρμακευτικών σκευασμάτων.

Β' ΜΕΡΟΣ ΕΙΔΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η θεραπευτική σχέση σχεδόν διαμορφώνεται κυρίως από δύο άτομα: 1) τον άρρωστο με την ασθένεια που τον ταλανίζει και 2) το θεραπευτή με τις επιστημονικές του γνώσεις και τις στρατηγικές που ακολουθεί. Όμως, η σχέση θεραπευτή - ασθενή έχει άμεση σχέση με τις κοινωνικές δομές και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον μέσα στο οποίο αναπτύσσεται.

Ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενή εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες. Οι κοινωνικές και δημογραφικές συνθήκες διαβίωσης των ασθενών έχουν άμεση επίδραση στο βαθμό ικανοποίησης του από τη προσφερόμενη φροντίδα. Ειδικότερα, οι συγκεκριμένοι παράγοντες είναι η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η κοινωνική τάξη και η περιοχή διαβίωσης του ασθενή (Fox και Storms, όπως αναφέρεται στο Σαρρή, 2001).

Η ηλικία κατέχει το πρωταγωνιστικό ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών, με τους μεγαλύτερους σε ηλικία να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι με τη προσφερόμενη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Κατά πάσα πιθανότητα το γεγονός αυτό έχει τις ρίζες του στο χαμηλό επίπεδο προσδοκιών των ηλικιωμένων ασθενών ή ακόμη και στη μη διαφοροποίηση της αντίληψης τους απέναντι στη καθημερινή τους ζωή και όχι μόνο. Δύο από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν τη σχέση θεραπευτή- νοσηλευομένου είναι: 1) η ποιότητα και η ποσότητα των πληροφοριών που προσφέρει το ιατρικονοσηλευτικό προσωπικό στον άρρωστο και 2) το ενδιαφέρον και η κατανόηση του προσωπικού απέναντι στον ασθενή (Fitapatrik, στο Σαρρή, 2001).

Η ποιότητα μάλιστα της πληροφόρησης που παρέχει ο θεραπευτής στον άρρωστο αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά κριτήρια ικανοποίησης του. Στη πλειοψηφία των περιπτώσεων η μη ικανοποίηση των ασθενών συνδέεται άμεσα με την ελλιπή ενημέρωση και αδυναμία επικοινωνίας μεταξύ των ίδιων και του ιατρικονοσηλευτικού προσωπικού. Το συγκεκριμένο γεγονός οφείλεται είτε στη μη καταρτισμένη εκπαίδευση της θεραπευτικής ομάδας σε θέματα διαχείρισης της επικοινωνίας είτε στη προσπάθεια τους να διατηρήσουν τον έλεγχο, περιορίζοντας κατ' αυτό τον τρόπο την ενημέρωση του ασθενή ή ακόμη αποκρύπτοντας του στοιχεία για τη πορεία της υγείας του.

Η ικανοποίηση όμως του αρρώστου δεν εξαρτάται μόνο από την πληροφόρηση που δέχεται, αλλά και από την ευκαιρία που του δίνεται να εκφράσει τα συναισθήματα και την αγωνία του, τα οποία λαμβάνονται υπόψη από τους επαγγελματίες υγείας. Έτσι ο ασθενής νιώθει πως έχει δίπλα του τη θεραπευτική ομάδα, η οποία είναι διαθέσιμη να τον βοηθήσει και να τον στηρίξει (Σαρρής, 2001).

Στο σημείο αυτό αξίζει να επισημάνουμε τους ειδικότερους παράγοντες που επιδρούν στο βαθμό ικανοποίησης του ασθενή από τη παρεχόμενη φροντίδα.

4.1 Σχέση του ιατρικονοσηλευτικού προσωπικού και του ασθενή

Η σχέση μεταξύ του ιατρικονοσηλευτικού προσωπικού και του ασθενή εξαρτάται άμεσα από τις αντιλήψεις του πρώτου αναφορικά με τα θέματα υγείας. Με λίγα λόγια, όταν το επιστημονικό προσωπικό αντιλαμβάνεται την εκάστοτε νόσο ως μια οργανική δυσλειτουργία, αντιμετωπίζει κατ' επέκταση και τον άρρωστο ως ένα βιολογικό περιστατικό. Δυστυχώς, παρόλο που οι γνώσεις του προσωπικού είναι πάντα επιστημονικά τεκμηριωμένες και αντικειμενικές σύμφωνα πάντα με τα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα, η συναισθηματική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής αγνοείται. Το νοσηλευτικό προσωπικό αν και βρίσκεται σε άμεση επαφή με τον άρρωστο, αποκτώντας έτσι βαθύτερη γνώση του ψυχισμού του, αδυνατεί να αξιοποιήσει εποικοδομητικά τη συγκεκριμένη γνώση.

Οι απόψεις του ασθενή για τη νόσο του αφήνουν συνήθως ‘‘ασυγκίνητο’’ τον εκάστοτε ιατρό, ο οποίος επιθυμεί να διατηρεί μια τυπική και απρόσωπη σχέση με τον ασθενή του. Μ’ αυτό τον τρόπο ο άρρωστος παραμένει αμέτοχος και εξαρτημένος, ενώ παράλληλα οφείλει να είναι σύμφωνος με τις οδηγίες του επιστημονικού προσωπικού, το οποίο είναι αναγκαίο να εμπιστευθεί. Έτσι η σχέση που δημιουργείται ανάμεσα στη θεραπευτική ομάδα και τον άρρωστο είναι άνιση. Μεγάλο μέρος των ασθενών πιστεύουν πως το πρόβλημα τους είναι αποκλειστικά οργανικό και αναπτύσσουν μια σχέση εξάρτησης με το επιστημονικό προσωπικό, το οποίο θεωρούν υπεύθυνο για την επιτυχή ή όχι έκβαση της πορείας της υγείας τους.

Παρόλο που το προαναφερθέν βιοιατρικό μοντέλο είναι κατά κύριο λόγο υπεύθυνο για τα σπουδαία ιατρικά επιτεύγματα, δε φαίνεται να ικανοποιεί πλέον τις σύγχρονες και ολοένα αυξανόμενες απαιτήσεις.

Εν αντιθέσει με το προηγούμενο μοντέλο, σύμφωνα με τη βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση, το επιστημονικό προσωπικό αναπτύσσει μια περισσότερο άμεση και συναισθηματική επαφή με τον ασθενή, ενθαρρύνοντας τον να συνειδητοποιήσει πως ο τρόπος συμπεριφοράς του ενδέχεται να επηρεάσει την υγεία του. Μ’ αυτό το τρόπο ο ασθενής είναι πιθανό να αναπτύξει καινούριες και αποτελεσματικές τεχνικές διαχείρισης του άγχους του, να περιορίσει στο ελάχιστο ή ακόμη και να διακόψει ορισμένες αρνητικές για την υγεία του συνήθειες και να υιοθετήσει νέες συμπεριφορές.

Η σχέση που δημιουργείται μεταξύ του προσωπικού και του ασθενή δε διακατέχεται από το αίσθημα επιβολής του πρώτου στο δεύτερο, αλλά από μια διάθεση πραγματικής συνεργασίας. Διαμέσου αυτής της συνεργασίας κατανοούνται καλύτερα τα οργανικά, ψυχολογικά και κοινωνικά αίτια που οδήγησαν στην εκδήλωση της νόσου και εξακολουθούν να επηρεάζουν τη πορεία της υγείας του αρρώστου. Επιπλέον, η διαδικασία της θεραπείας απευθύνεται τόσο στον άρρωστο, όσο και στο ευρύτερο κοινωνικό του περιβάλλον, ενώ η σχέση που αναπτύσσεται είναι αμφίδρομη και ίση.

Το παρόν μοντέλο θεωρεί πως η νόσος του ατόμου έχει τις ρίζες της τόσο στις βιολογικές συνθήκες όσο και στις ψυχολογικές και τις κοινωνικές, που λαμβάνουν χώρα στη ζωή του ασθενή. Το επιστημονικό δηλαδή προσωπικό αντιμετωπίζει την ασθένεια ως ένα σύνολο, χωρίς να δίδει αποκλειστική

προσοχή σε μεμονωμένα όργανα που εμφανίζουν δυσλειτουργία. Έτσι, πραγματοποιείται μια πληρέστερη κατανόηση και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της νόσου.

Ακόμη, δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στα ιδιαίτερα γνωρίσματα του αρρώστου, στην αντίληψη που κατέχει για την εκάστοτε και τη θεραπεία της, όπως επίσης στη σχέση που δημιουργεί με τη θεραπευτική ομάδα. Όμως το ενδιαφέρον επικεντρώνεται και στον επαγγελματία της υγείας και πιο συγκεκριμένα στα κίνητρα που τον ώθησαν να επιλέξει το συγκεκριμένο επάγγελμα, στις αντιλήψεις του για το ρόλο που διαδραματίζει, στις προσδοκίες του για τη σχέση του με τους ασθενείς και στη στάση που τηρεί απέναντι σ' αυτούς και στο ευρύτερο περιβάλλον τους.

Ο ασθενής δεν εκφράζεται μόνο λεκτικά αλλά και διαμέσου των συμπτωμάτων του, ενώ η θεραπευτική ομάδα εκφράζει αρκετές φορές με τη συμπεριφορά της κάτι διαφορετικό από εκείνο που μεταφέρουν τα λόγια. Κρίνεται λοιπόν ιδιαίτερα σημαντικό να κατέχουν αυτογνωσία, ορισμένες ψυχολογικές γνώσεις και να γνωρίζουν τη δυναμική των ικανοτήτων και των ορίων τους.

Λαμβάνοντας υπόψη μας όσα αναφέρθηκαν παραπάνω για τα δύο αυτά ιατρικά πρότυπα, αντιλαμβανόμαστε πως κανένα από αυτά δε μπορεί να χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά μόνο του. Η θεραπευτική ομάδα οφείλει να αντλεί από το καθένα πρότυπο τα στοιχεία εκείνα που κρίνει ότι είναι ωφέλιμα για την εκάστοτε περίπτωση (Θεοδοσοπούλου & Ραφτόπουλος, 2002 · Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1999· Παπαδημητρίου & Παπακώστας, 2002).

4.2 Η επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού και του ασθενή

Κάθε είδους επικοινωνία περιλαμβάνει ένα περιεχόμενο και μια διαπροσωπική σχέση, καθώς αφορά την ανταλλαγή πληροφοριών του ασθενή αρρώστου και του ιατρικονοσηλευτικού προσωπικού και διεξάγεται τόσο σε νοητικό όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο. Η επικοινωνία που πραγματοποιείται μεταξύ δύο ατόμων επηρεάζεται από τις προηγούμενες εμπειρίες κάθε ατόμου.

Τα διάφορα μηνύματα μεταφέρονται μεταξύ των ατόμων είτε με το προφορικό λόγο, τις παύσεις, την έμφαση και τον τόνο της φωνής, είτε με τη γλώσσα του σώματος, το βλέμμα, τις χειρονομίες, τις εκφράσεις του προσώπου, τη σωματική επαφή και ούτω καθεξής.

Έχει μάλιστα εξακριβωθεί πως η ικανοποίηση των ασθενών είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ικανότητα της θεραπευτικής ομάδας να κάνει χρήση της μη λεκτικής επικοινωνίας (Θεοδοσοπούλου & Ραφτόπουλος, 2002· Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1999· Παπαδημητρίου & Παπακώστας, 2002· Σαπουτζή- Κρέπια, 2004).

4.3 Η λεκτική επικοινωνία μεταξύ της θεραπευτικής ομάδας και του ασθενή

Κατά το λεκτικό επίπεδο ο εκάστοτε θεραπευτής προσφέρει στο νοσηλευόμενο τον απαραίτητο ‘‘χώρο’’, ώστε να εκφράσει τις απόψεις, τους προβληματισμούς και τις ανησυχίες του, χωρίς να κατακλύζεται από πλήθος ερωτήσεων, παύσεων ή καθοδηγήσεων.

Μ’ αυτό τον τρόπο ο δίδεται ώθηση στον άρρωστο να μοιραστεί τα συναισθήματα και τις σκέψεις του, εν αντιθέσει με τις κλειστές ερωτήσεις, που οδηγούν το άτομο να απαντήσει μονολεκτικά, αποτρέποντας έτσι οποιαδήποτε ανάπτυξη συζήτησης. Όμως σε ορισμένες περιπτώσεις οι κλειστές ερωτήσεις φαντάζουν αποτελεσματικές, όταν παραδείγματος χάριν η θεραπευτική ομάδα χρειάζεται μερικές συγκεκριμένες πληροφορίες.

Οι ερωτήσεις του προσωπικού πρέπει να είναι απλές και σύντομες, προκειμένου η προσοχή να εστιάζεται σε ένα συγκεκριμένο θέμα κάθε φορά, καθώς σε αντίθετη περίπτωση, οι απαντήσεις του αρρώστου είναι πολύ πιθανό να είναι συγκεχυμένες.

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η τήρηση ουδετερότητας εκ μέρους του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και η αποφυγή σχολιασμών των απαντήσεων του ασθενή, οι οποίες οδηγούν με τη σειρά τους σε μια κατευθυνόμενη συζήτηση.

Η σιωπηρή στάση που ενδέχεται να διατηρεί ο ασθενής δε πρέπει να επιφέρει αμηχανία στη θεραπευτική ομάδα, καθώς μέσω αυτής ο ασθενής πραγματοποιεί μια εσωτερική διεργασία, κατανοώντας τα βαθύτερα αισθήματα και τις σκέψεις του (Θεοδοσοπούλου & Ραφτόπουλος, 2002· Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1999· Παπαδημητρίου & Παπακώστας, 2002· Σαπουτζή- Κρέπια, 2004).

4.4 Η μη λεκτική επικοινωνία μεταξύ της θεραπευτικής ομάδας και του ασθενή

Στο πλαίσιο της μη λεκτικής επικοινωνίας η οπτική επαφή μεταξύ των δύο ατόμων, του θεραπευτή και του νοσηλευόμενου αποτελεί ένα από τα πιο ισχυρά μέσα επικοινωνίας. Η συχνότητα και η διάρκεια μάλιστα της οπτικής τους επαφής είναι άμεσα συνδεδεμένη με την άνεση που έχουν αναπτύξει μεταξύ τους, το περιεχόμενο της συζήτησης και τη συναισθηματική κατάσταση στην οποία βρίσκονται.

Ιδιαίτερα σημαντικά στοιχεία για την ομαλή και επιτυχημένη μη λεκτική επαφή της θεραπευτικής ομάδας και του ασθενή αποτελούν η απόσταση μεταξύ των ατόμων, η θέση και ο προσανατολισμός τους μέσα στο χώρο, καθώς αποτελούν στοιχεία που ασκούν σπουδαία επιρροή στις αντιλήψεις που διαμορφώνουν ο ένας για τον άλλο.

Ειδικότερα, η στάση και οι κινήσεις του σώματος δηλώνουν μια τάση προσέγγισης ή αποφυγής των εμπλεκόμενων ατόμων, ενώ παράλληλα υποδηλώνουν τη συναισθηματική κατάσταση καθενός τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Με λίγα λόγια, όταν τα συναισθήματα του εκάστοτε εμπλεκόμενου προσώπου βρίσκονται σε αρμονία με το λεκτικό του περιεχόμενο, τα λεγόμενα του ομιλητή ενισχύονται, ενώ σε αντίθετη περίπτωση, τα μηνύματα που εκλαμβάνει ο ακροατής είναι αντιφατικά και προκαλούν σύγχυση στη μεταξύ τους επικοινωνία. Διαμέσου της μη λεκτικής επικοινωνίας, ο θεραπευτής φανερώνει αν ενδιαφέρεται ή όχι για τα όσα εκφράζει ο νοσηλευόμενος, όπως επίσης και το πόσο προσεκτικά τον παρακολουθεί (Θεοδοσοπούλου & Ραφτόπουλος, 2002· Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1999· Παπαδημητρίου & Παπακώστας, 2002· Σαπουτζή-Κρέπια, 2004).

4.5 Οι κοινωνικοί ρόλοι που εμπλέκονται στη σχέση θεραπευτή – ασθενή

Διερευνώντας τη σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και του ασθενή, παρατηρούμε την ύπαρξη κοινωνικών αξιών και ρόλων, πεποιθήσεων και προκαταλήψεων, που παρεμβαίνουν στη συγκεκριμένη σχέση. Το είδος επίσης της ασθένειας έχει ιδιαίτερη επίδραση στη σχέση της θεραπευτικής ομάδας και του αρρώστου, καθώς όταν η νόσος είναι χρόνια, αλλά παραμένει σε σταθερή κατάσταση, ο ασθενής εμπλουτίζει τις γνώσεις του όσον αφορά τον εαυτό του, αναγνωρίζοντας πολλές φορές μόνος του συμπτώματα και ενδείξεις της ασθένειας του.

Εξίσου σημαντικός παράγοντας στη διαμόρφωση της θεραπευτικής σχέσης αποτελεί ο χώρος αντιμετώπισης της εκάστοτε νόσου, καθώς μέσω αυτού πραγματοποιείται η καθοδήγηση, η συνεργασία και η διαχείριση της εξουσίας και του ελέγχου μεταξύ του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και του ασθενή.

Αξιοσημείωτοι παράγοντες είναι ακόμη οι αντιλήψεις του προσωπικού για την εκάστοτε νόσο και τον άρρωστο και η προσωπικότητα του ασθενή, οι οποίοι έχουν άμεση επιρροή στη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας τόσο από το νοσηλευτικό όσο και από το ιατρικό προσωπικό.

Όμως, η συμπεριφορά του προσωπικού καθορίζεται από την εκπαίδευση που έχει λάβει, το κύρος και τη κοινωνική του αναγνώριση, μέσω των οποίων αντιλαμβάνεται τη κατάσταση τόσο του ασθενή όσο και του ευρύτερου κοινωνικού πλαισίου. Με λίγα λόγια, παρεμβαίνει σε μία κατάσταση επιδιώκοντας να την αντιμετωπίσει ορθά, ενώ οι πολίτες προσφεύγουν σε αυτό αποσκοπώντας στη θεραπεία των προβλημάτων τους.

Οφείλουμε να σημειώσουμε πως η συμπεριφορά της θεραπευτικής ομάδας επηρεάζεται επιπλέον από κοινωνικούς παράγοντες και πιο συγκεκριμένα:

- Από την ηλικία, καθώς στη πλειοψηφία των περιπτώσεων οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς παραμελούνται
- Τη κοινωνική θέση, με τους ασθενείς χαμηλών κοινωνικών βαθμίδων να γίνονται δέκτες λιγότερης προσοχής ακόμη και εξυπηρέτησης

- Το φύλο, από τη στιγμή που οι ενήλικοι, κυρίως παραγωγικοί άνδρες, ενημερώνονται και εξυπηρετούνται με καλύτερο τρόπο έναντι των γυναικών.
- Τη φυλετική καταγωγή, καθώς οι ασθενείς διαφορετικής καταγωγής από τη πλειοψηφία του πληθυσμού, δέχονται συχνά φυλετικές διακρίσεις όσον αφορά τη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας

Από τη πλευρά τώρα του ασθενή, η συμπεριφορά του είναι άμεσα εξαρτώμενη με πολιτισμικά του πρότυπα, τις αξίες, τη κοινωνική του τάξη και τους κοινωνικούς ρόλους, που διαδραματίζει, καθώς η ασθένεια του λαμβάνει χώρα μέσα σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο.

Η εκάστοτε νόσος αποτελεί ένα κοινωνικό πρόβλημα, το οποίο περιλαμβάνει ειδικότερους κοινωνικούς ρόλους, που παρουσιάζονται με τέσσερις διαφορετικούς τρόπους – όψεις. Πιο συγκεκριμένα:

- 1) Οι άρρωστοι απαλλάσσονται από τις συνηθισμένες υποχρεώσεις τους
- 2) Αντιμετωπίζονται τόσο από τους γύρω τους όσο και από τον ίδιο τους τον εαυτό ως αδύναμοι να βελτιώσουν την εξέλιξη της υγείας του στηριζόμενοι αποκλειστικά στις δικές τους δυνάμεις
- 3) Έχουν υποχρέωση να επιθυμούν την επιστροφή της προηγούμενης φυσιολογικής κατάστασης της υγείας τους, αντιμετωπίζοντας την ασθένεια τους και
- 4) Είναι απαραίτητο να αναζητούν ιατρονοσηλευτική φροντίδα και να συνεργάζονται με τον ιατρό τους για τη διευθέτηση των προβλημάτων της υγείας τους

Με βάση όλα τα παραπάνω κατανοούμε πως ο ρόλος του ασθενή είναι συμπληρωματικός εκείνου της θεραπευτικής ομάδας (Σαρρής, 2001· Θεοδοσοπούλου & Ραφτόπουλος, 2002· Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1999· Παπαδημητρίου & Παπακώστας, 2002· Σαπουτζή- Κρέπια, 2004).

4.6 Τα δικαιώματα του ασθενή

Η Διακήρυξη για τα δικαιώματα του ασθενή απευθύνεται τόσο στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό όσο και στους πολίτες, προκειμένου να υπάρξει διατήρηση ή ακόμη και βελτίωση της μεταξύ συνεργασίας σε θέματα υγείας.

Σύμφωνα λοιπόν με το άρθρο 47 του Νόμου 2071/1992 τα δικαιώματα του ασθενή που βρίσκεται στο πλαίσιο του νοσοκομείου περιλαμβάνουν:

- Το δικαίωμα του να αναζητεί και να ανακαλύπτει τις νοσοκομειακές υπηρεσίες που απευθύνονται στη φύση και το είδος της νόσου του
- Τη παροχή φροντίδας, που ανταποκρίνεται στον απαιτούμενο σεβασμό της αξιοπρέπειας του. Η συγκεκριμένη φροντίδα αφορά πέραν των ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών, τις παραϊατρικές υπηρεσίες, την κατάλληλη διαμονή και εξυπηρέτηση του και ούτω καθεξής
- Το δικαίωμα συγκατάθεσης ή άρνησης οποιασδήποτε ενέργειας αφορά τον εαυτό του. Σε περίπτωση διανοητικής δυσλειτουργίας του ασθενή, το συγκεκριμένο δικαίωμα κατέχει το άτομο που με βάση τον νόμο αποφασίζει για τον ίδιο.
- Την απαραίτητη και πλήρη ενημέρωση για τη κατάσταση της υγείας του, καθώς μέσω αυτής έχει τη δυνατότητα να διαθέτει πλήρη εικόνα της ευρύτερης κατάστασής του και να προβαίνει στη συμμετοχή ή τη λήψη αποφάσεων που θα χαρακτηρίσουν τη πορεία της ασθένειας και κατ' επέκταση της ζωής του
- Τη πλήρη πληροφόρηση του για πιθανές παρενέργειες και αντενδείξεις πειραματικών θεραπευτικών πράξεων. Μάλιστα για την εφαρμογή των συγκεκριμένων αυτών μεθόδων είναι απαραίτητη η συγκατάθεση του ίδιου ή του προσώπου που ενεργεί για τον ίδιο και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή
- Το δικαίωμα προστασίας της ιδιωτικής του ζωής, όπως παραδείγματος χάριν του περιεχομένου των εγγράφων και των ιατρικών του εξετάσεων

- Τον αναγκαίο σεβασμό προς τις θρησκευτικές και ιδεολογικές του πεποιθήσεις (Λιόνης, Αναστασίου & Σαρουλάκη, 1996).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Ιστορική εξέλιξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα

Στη περίπτωση της Ελλάδας οι προσπάθειες που διεξήχθησαν για τη δημιουργία ενός αποτελεσματικού συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είτε δεν ολοκληρώθηκαν ποτέ είτε ήταν ανεπαρκείς. Παρόλο που η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελούσε προτεραιότητα κάθε κυβερνητικού σχήματος, η παρούσα κατάσταση δε συμβαδίζει με ένα σύγχρονο υγειονομικό σύστημα που καλύπτει τις ανάγκες του πληθυσμού. Πιο συγκεκριμένα, η προσπάθεια δημιουργίας ενός σύγχρονου συστήματος υγείας υπήρξε κοινός σκοπός όλων των μεταπολεμικών ελληνικών κυβερνήσεων, οι οποίες επιχείρησαν ποικίλες νομοθετικές (Μπένος, 2000). Στο σημείο λοιπόν αυτό οφείλουμε να σημειώσουμε τα γεγονότα που έλαβαν χώρα τις δεκαετίες 1953-1983, τη θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, τα συμβάντα της δεκαετίας του 1990, καθώς και τη λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από το 2000 έως σήμερα.

5.1 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από το 1953-1983

Το 1953 θεσμοθετήθηκαν με το Νόμο 2592/53 «Περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως», οι Κοινοτικοί Υγειονομικοί Σταθμοί, που αποσκοπούσαν την εξυπηρέτηση κοινοτήτων με πληθυσμό 5.000 – 8.000 κατοίκων. Οι συγκεκριμένοι σταθμοί θα διέθεταν μια νοσηλευτική πτέρυγα με έξι κλίνες, ενώ το προσωπικό θα απαρτιζόταν από έναν ιατρό, μία νοσηλεύτρια ή ακόμη και μαία και δύο υπαλλήλους που θα λειτουργούσαν ως βοηθητικό προσωπικό. Για τους κοινοτικούς σταθμούς προβλεπόταν η άμεση επαφή τους με το κοντινότερο σ' αυτούς νοσοκομείο, ενώ η κάλυψη των οικονομικών αναγκών τους, θα προερχόταν από τη νοσηλεία των ασθενών υψηλότερων κοινωνικών και εύπορων τάξεων και από την αποζημίωση του κράτους, των δήμων και των ειδικότερων κοινοτήτων για

τη παροχή νοσηλείας σε άπορα άτομα. Το γεγονός αυτό συντέλεσε τη πρώτη ουσιαστική προσπάθεια για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας, όπως επίσης τη δημιουργία υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην ελληνική περιφέρεια. Παρόλο που το συγκεκριμένο διάταγμα έλαβε τη πλειοψηφία των ψήφων στη Βουλή δεν εφαρμόστηκε ποτέ ακριβώς με τον ίδιο τρόπο που είχε ψηφιστεί, καθώς ορισμένες διατάξεις του είτε τροποποιήθηκαν είτε καταργήθηκαν. Κατ' αυτό τον τρόπο το ελληνικό κράτος "έχασε" μια μοναδική ευκαιρία να πραγματοποιήσει αλλαγές στη λειτουργία του υγειονομικού του συστήματος (Μωραΐτης, 1987).

Με το επόμενο νομοθετικό διάταγμα του 1954 (3097/54) προσδιορίστηκε τόσο ο αριθμός των κοινοτικών σταθμών ανά περιφέρεια, ο οποίος δε θα έπρεπε να υπερβαίνει τους 15 όσο και οι λεπτομέρειες οργάνωσης και λειτουργίας τους.

Στα τέλη του 1955 ψηφίστηκε ο Νόμος 3487/55 «Περί Κοινωνικής Ασφάλισης των Αγροτών», σύμφωνα με το οποίο θα ιδρύονταν ιατρεία σε χωριά και κωμοπόλεις ολόκληρης της Ελλάδας. Τα συγκεκριμένα ιατρεία διαιρούνταν σε Κοινοτικά, που ιδρύονταν στην έδρα κάθε δήμου ή κοινότητας με πληθυσμό άνω των 3.000 κατοίκων ή οικισμών με ανάλογο πληθυσμό και στελεχώνονταν με έναν ιατρό, μία μαία και μία νοσοκόμα και σε Αγροτικά, που ιδρύονταν σε περιφέρειες κάτω των 3.000 κατοίκων και το προσωπικό τους απαρτιζόταν από έναν ιατρό. Υπήρχε επιπλέον η ευκαιρία δημιουργίας Υγειονομικών Σταθμών με 6-10 κλίνες (Θεοδώρου, 1993).

Το 1960 το ΙΚΑ επιχειρεί τη καθιέρωση του οικογενειακού ιατρού, σύμφωνα με το βρετανικό πρότυπο, επιθυμία που κατοχυρώνεται νομοθετικά, με το Νόμο 1204 «Περί του τρόπου παροχής ιατρικών φροντίδων υπό του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων». Δυστυχώς η συγκεκριμένη προσπάθεια δε στέφθηκε με επιτυχία, καθώς δεν έλαβε την αναγκαία διοικητική και επιστημονική υποστήριξη (Θεοδώρου, 1993).

Ακολούθως, σύμφωνα με το νόμο 4169/61, ιδρύθηκε το 1961 ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων, με σκοπό την ασφαλιστική διαχείριση του αγροτικού πληθυσμού της χώρας, ενώ παράλληλα τα αγροτικά ιατρεία εντάχθηκαν στον οργανισμό ως «Κλάδος Ασθενείας», χωρίς όμως να διακόπτεται η εποπτεία τους από το αρμόδιο Υπουργείο.

Το 1972 σύμφωνα με το Νομοθετικό Διάταγμα «Περί του τρόπου παροχής ιατρικών φροντίδων υπό του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων» και την απόφαση (3294) του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών «Περί εγκρίσεως κανονισμού περί θεραπόντων ιατρών του ΙΚΑ» κατοχυρώθηκε νομοθετικά ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού, ο οποίος ανήκε στο κλάδο είτε της γενικής ιατρικής είτε της παθολογίας ή ακόμη ήταν χωρίς κάποια συγκεκριμένη ειδικότητα. Ο οικογενειακός ιατρός δε θα μπορούσε να εξυπηρετεί περισσότερους από 2000 ή σε ειδικές περιπτώσεις 2.500 ασφαλισμένους.

Δυστυχώς η στελέχωση των επαρχιακών μονάδων υγείας υπήρξε ένα από τα καίρια ζητήματα της δεκαετίας του 1970, καθώς η πλειοψηφία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού βρισκόταν συγκεντρωμένη στα μεγάλα αστικά κέντρα, δημιουργώντας έτσι μια άνιση γεωγραφική κατανομή του προσωπικού.

Το 1980 ο τότε υπουργός Κοινωνικών Υπηρεσιών επιχείρησε μέσω του προσχέδιου νόμου «Μέτρα Προστασίας για την Υγεία», την αναδιάρθρωση και δημιουργία ενός οργανωμένου συστήματος υγείας, το οποίο όμως δε στέφθηκε με επιτυχία. Πιο συγκεκριμένα τα προτεινόμενα μέτρα είχαν άμεση σχέση με την ανασυγκρότηση του τομέα της υγείας, τη καθιέρωση της πλήρους εργασιακής απασχόλησης του εκάστοτε ιατρού και την εξέλιξη της εκπαίδευσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (Μωραΐτης, 2002).

Την ανάπτυξη ενός οργανωμένου συστήματος υγείας πραγματοποίησε η κυβέρνηση του Παπανδρέου, μετά την ανάληψη της κυβερνητικής σκυτάλης το 1981. Στο υποκεφάλαιο που ακολουθεί, θα μελετήσουμε εκτενέστερα τη συγκεκριμένη πορεία εξέλιξης.

5.2 Η θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Το 1983 ψηφίζεται ο νόμος 1397/83 «Εθνικό σύστημα Υγείας», με τα κύρια άρθρα του (14-20) να στοχεύουν στην ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, το οποίο θα αποτελεί εν συνεχεία τη βάση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Η υγεία θεωρείται ένα κοινωνικό αγαθό και σύμφωνα με το άρθρο 1 του συγκεκριμένου νόμου «το

κράτος έχει την ευθύνη για τη παροχή υγείας στο σύνολο των πολιτών και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση μέσα από ένα ενιαίο και αποκεντρωμένο Εθνικό Σύστημα Υγείας, που οργανώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού».

Η πρώτη αυτή και οργανωμένη προσπάθεια για τη παροχή μιας σταθερής πρωτοβάθμιας φροντίδας στη χώρα μας είναι σύμφωνη με την ευρύτερη κατάσταση που επικρατούσε τη συγκεκριμένη περίοδο στη νότια Ευρώπη, κατά την οποία επιχειρήθηκαν και εφαρμόστηκαν πρωτοποριακά για την εποχή μέτρα, με στόχο την ενσωμάτωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στα καινούρια συστήματα υγείας.

Ιδιαίτερη έμφαση για την υλοποίηση των νέων στόχων δίδεται στα Κέντρα Υγείας, τα οποία θα λειτουργούσαν ως επιμέρους μονάδες των νοσοκομείων και θα αντιμετώπιζαν το ζήτημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σφαιρικά και όχι μόνο μέσω της μέχρι τότε εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Σύμφωνα με το νόμο 1397/83, προβλεπόταν η δημιουργία τετρακοσίων Κέντρων Υγείας, εκ των οποίων τα 190 θα βρίσκονταν σε μη αστικές περιοχές και τα 210 σε αστικές. Επιπροσθέτως, προβλεπόταν η συγκρότηση από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας μιας ειδικής επιτροπής αναφορικά με τη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ο θεσμός της ειδικότητας της γενικής, κοινωνικής και εργασιακής ιατρικής και η ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων και σεμιναρίων, σε συνεργασία πάντοτε με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για την εκπαίδευση τόσο του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού όσο και των στελεχών στον προγραμματισμό και τη διοίκηση των Κέντρων Υγείας (Μωραΐτης, Γεωργούση, Ζηλίδης, Θεοδώρου & Πολύζος, 1995· Μωραΐτης, 2002).

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το άρθρο 15 του παραπάνω νομοθετικού διατάγματος, ο σκοπός των Κέντρων Υγείας περιλαμβάνει:

- Τη παροχή ισότιμης περίθαλψης σε όλους τους κατοίκους της περιοχής τους, ακόμη και σε εκείνους που διαμένουν προσωρινά σ' αυτή
- Τη παρακολούθηση των ασθενών που αναρρώνουν ή έχουν φύγει από το νοσοκομείο

- Τη προσφορά πρώτων βοηθειών ή νοσηλείας και διακομιδή στο πλησιέστερο νοσοκομείο όπου κρίνεται αναγκαίο
- Την οδοντιατρική περίθαλψη των ατόμων της κοινότητας
- Την ανάπτυξη προληπτικής ιατρικής
- Τη διεξαγωγή συγκεκριμένων ερευνών
- Η προσφορά εργασιακής και σχολικής ιατρικής και υγιεινής
- Η πληροφόρηση του πληθυσμού της κοινότητας για τον οικογενειακό προγραμματισμό
- Η εκπαίδευση και μετεκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που απαρτίζει τα Κέντρα Υγείας
- Η προσφορά κοινωνικής φροντίδας και φαρμακευτικής περίθαλψης, στη περίπτωση που δε λειτουργεί φαρμακείο στη συγκεκριμένη περιοχή.

Στα επόμενα χρόνια πραγματοποιήθηκαν ραγδαίες αλλαγές στην υλική υποδομή των μη αστικών περιοχών, καθώς η έλλειψη κατάλληλου κτιριακού εξοπλισμού επέφερε την ολοκληρωτική κατασκευή των Κέντρων Υγείας. Επίσης επιχειρήθηκε η σύνδεση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με τη δευτεροβάθμια, ενισχύθηκε η μελέτη των επιδημιολογικών δεδομένων, προωθήθηκε η πρόληψη και βελτίωση της υγείας, καθώς και η σύνδεση των Κέντρων Υγείας με το ευρύτερο πλαίσιο της κοινότητας, της οποίας αποτελούν μέρος (Ζηλίδης, 1995).

Ταυτόχρονα, από το 1985 ξεκινούν οι διαδικασίες υλοποίησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας, με τη δημιουργία ιατρικών θέσεων εργασίας τόσο για τα νοσοκομεία της χώρας όσο και για τα Κέντρα Υγείας και ψηφίζονται από τη Βουλή επιπλέον νομοθετικά διατάγματα αναφορικά με το ίδιο (Μωραΐτης, 2002).

Η συγκεκριμένη όμως προσπάθεια ατόνησε ιδιαίτερα μετά το 1988, με την ένταξη των υπηρεσιών υγείας του ΙΚΑ στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και τη δημιουργία Κέντρων Υγείας στη πρωτεύουσα κάθε νομού, να μη πραγματοποιούνται. Η αποτυχία αυτή οφείλεται σε αρκετούς παράγοντες, με κυρίαρχο την αλλαγή του πολιτικού κλίματος (Κυριόπουλος, 1996).

5.3 Η δεκαετία του 1990

Στις αρχές της δεκαετίας του 1990 με το νόμο 2071/92 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση συστήματος Υγείας» πραγματοποιείται μια στροφή από τη δημόσια στην ιδιωτική παροχή, ενώ παράλληλα προσφέρεται περισσότερη ελευθερία επιλογής στους ασθενείς και σταματά να ισχύει η απαγόρευση ίδρυσης νέων ιδιωτικών κλινικών. Τα Κέντρα Υγείας ανεξαρτητοποιήθηκαν, καθώς έπαψαν να αποτελούν μονάδες των νοσοκομείων και εντάχθηκαν στη Διεύθυνση Υγιεινής της εκάστοτε νομαρχίας, με μοναδική εξαίρεση τα Κέντρα Υγείας της νησιωτικής χώρας. Παράλληλα, τα Περιφερειακά και Αγροτικά Ιατρεία μετονομάστηκαν σε Υγειονομικούς Σταθμούς, οι οποίοι λειτουργούσαν είτε ανά τακτές ημερομηνίες είτε όλο το εικοσιτετράωρο, ώστε να εξυπηρετούν όλες τις ανάγκες της κοινότητας. Το συγκεκριμένο νομοσχέδιο “μεταθέτει” όλες τις ενέργειες που αποσκοπούν στη πρόληψη και φροντίδα μικρών βλαβών, για τις οποίες δεν είναι αναγκαία η παραμονή στο νοσοκομείο, στο ευρύτερο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Μωραΐτης, Γεωργούση, Ζηλίδης, Θεοδώρου & Πολύζος, 1995).

Όμως, με το νόμο 2194/94 «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», οι περισσότερες διατάξεις του προηγούμενου νόμου καταργούνται, επανέρχονται οι διατάξεις του νόμου 1397/83 και τα Κέντρα Υγείας αποτελούν και πάλι μονάδες των νοσοκομείων, καθώς η ανεξαρτητοποίηση τους απ’ αυτά επέφερε σημαντικές επιπτώσεις στη λειτουργία του θεσμού. Ακόμη, οι Υγειονομικοί Σταθμοί μετονομάζονται ξανά Περιφερειακά Ιατρεία, λειτουργώντας ως μονάδες των Κέντρων Υγείας. Ο τότε Υπουργός Υγείας, επιδιώκοντας τη βελτίωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, συγκρότησε δύο επιτροπές ξένων και Ελλήνων εμπειρογνομόνων, οι οποίοι κατέληξαν στο συμπέρασμα πως το ελληνικό σύστημα υγείας διέπεται από ελλιπή σχεδιασμό και οργάνωση, απουσία γενικών ιατρών και αντιδεδοντολογικές συμπεριφορές του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Για το λόγο αυτό οι συγκεκριμένες επιτροπές έκριναν αναγκαία την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου δημόσιου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τη δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Πρωτοβάθμιας

Φροντίδας και την εδραίωση του θεσμού του οικογενειακού ιατρού (Μωραΐτης, Γεωργούση, Ζηλίδης, Θεοδώρου & Πολύζος, 1995).

Συνοψίζοντας, ο νόμος 2519/97 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις», διαδραμάτισε σπουδαίο ρόλο στη προσπάθεια εκσυγχρονισμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Η παροχή υπηρεσιών υγείας μέσω ενός Ενιαίου Φορέα Υγείας επιδιώκεται διαμέσου της βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών που λαμβάνουν χώρα στις αγροτικές περιοχές της χώρας, τη θεσμοθέτηση των Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και τη διευθέτηση του ζητήματος του οικογενειακού ιατρού. Ειδικότερα, τα Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποτελούν τμήματα και έχουν άμεση επαφή με τις νοσοκομειακές μονάδες, ενώ απαρτίζονται από ποικίλο επιστημονικό προσωπικό, το οποίο εξυπηρετεί το πληθυσμό της κοινότητας, που έχουν συναποφασίσει ο Υπουργός Οικονομικών και Υγείας (Κυριόπουλος et al., 2007).

5.4 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από το 2000 έως σήμερα

Το 2001 δημιουργείται ένα πρόγραμμα με 200 στόχους που ονομάζεται «Υγεία για τον Πολίτη». Οι κύριοι σκοποί του συγκεκριμένου προγράμματος είναι η επιβολή εθνικής πολιτικής όσον αφορά τη πρόληψη και τη προαγωγή της υγείας και η ανάδειξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και της Δημόσιας Υγείας σε κυρίαρχες βάσεις του καινούριου συστήματος. Για ακόμη μια φορά όμως οι υπάρχουσες κοινωνικές καταστάσεις παρεμπόδισαν την εφαρμογή του συγκεκριμένου σχεδίου (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2000).

Ακολούθως, το 2004 ψηφίστηκε από τη Βουλή ο νόμος 3235/2004 «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», όπου ακόμη και σήμερα δεν έχει εφαρμοστεί καμία από τις προβλεπόμενες διατάξεις του. Πιο συγκεκριμένα ο νόμος αυτός προέβλεπε τη δημιουργία ενός συστήματος Πρωτοβάθμιας Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και πιο υπηρεσίες παροχής προληπτικών, διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών υγείας, όπως επίσης οδοντιατρική πρωτοβάθμια περίθαλψη και ειδικές παρεμβάσεις για την

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στη νησιωτική χώρα. Προέβλεπε τη δημιουργία Γενικής Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και Πρόληψης, όπως επίσης τη δημιουργία Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και Πρόληψης όσον αφορά τις περιφέρειες της Ελλάδας, την εξέλιξη των ιατρείων του ΙΚΑ σε αστικά κέντρα υγείας και το θεσμό του οικογενειακού ιατρού (Μωραΐτης, 2009).

Υπηρεσίες τώρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παρέχουν με το παραπάνω νόμο:

- Τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία
- Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης
- Τα εξωτερικά ιατρεία που λειτουργούν στο πλαίσιο του νοσοκομείου
- Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης
- Ποικίλοι φορείς που έχουν άμεση σχέση με τις υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Κυριόπουλος και συν., 2007).

Με το νόμο του 2009 η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί το σύστημα παροχής φροντίδας πέραν του πλαισίου του νοσοκομείου, διαμέσου του οποίου προσφέρεται ισότιμη πρόσβαση ολόκληρου του πληθυσμού στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Ειδικότερα, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιέχει:

- Ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες για τη πρόληψη και αποκατάσταση επιβλαβών συνθηκών για την υγεία που όμως δε χρήζουν νοσοκομειακής διαμονής
- Πραγματοποίηση ιατρικών και οδοντιατρικών εξετάσεων και φαρμακευτική περίθαλψη
- Συνεχιζόμενη παρακολούθηση των ασθενών ακόμη και μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο
- Φροντίδα στο πλαίσιο του σπιτιού

- Άμεση μεταφορά των ασθενών από το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.) ή από ποικίλους πιστοποιημένους από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Οργανισμούς
- Υπηρεσίες πρωτογενής και δευτερογενής προληπτικής ιατρικής, οι οποίες δίνουν ιδιαίτερη βαρύτητα σε ζητήματα επιδημιών και σε παράγοντες που απειλούν την υγεία του ατόμου, όπως η παχυσαρκία, η κατανάλωση αλκοόλ και ούτω καθεξής.
- Παροχή εξ αποστάσεως ιατρικών υπηρεσιών, κάνοντας χρήση εξελιγμένης τεχνολογίας
- Προσφορά υπηρεσιών αναφορικά με τη σχολική υγεία
- Προγραμματισμό και υλοποίηση παρεμβάσεων για τη βελτίωση της δημόσια υγείας
- Βοήθεια στην αντιμετώπιση χρόνιων νοσημάτων και
- Υπηρεσίες για τον οικογενειακό προγραμματισμό

<http://www.moh.gov.gr/articles/newspaper/.../194-isxyoysa-nomothesia?f>

Το 2011 με το νόμο 3918/2011 δημιουργείται ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), στον οποίο εμπεριέχονται πλέον ο Κλάδος Υγείας του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων – Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ–ΕΤΑΜ), οι κλάδοι υγείας του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ) και ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ). Σύμφωνα μάλιστα με τους Υπουργούς Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ο ΕΟΠΥΥ ενδέχεται να περιλαμβάνει ποικίλους ασφαλιστικούς οργανισμούς που λειτουργούν ως νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου. Στον ΕΟΠΥΥ τέλος εντάσσεται η Υπηρεσία Ελέγχου Δαπανών Υγείας Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης (ΥΠΕΔΥΦΚΑ).

Ειδικότερα, κύριοι στόχοι του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας είναι:

- Η προσφορά υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους, συνταξιούχους και στα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους

- Η αποτελεσματική συνεργασία των φορέων, δηλαδή των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας, των ιατρών που εργάζονται στην ελληνική επαρχία, των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, των μονάδων του ΕΟΠΥΥ, όπως και των υπολοίπων οργανισμών ΝΠΔΔ ή ΝΠΙΔ.
- Η επίτευξη της ομαλής λειτουργίας των παραπάνω φορέων, της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας, όπως επίσης η επιτυχή διαχείριση των οικονομικών πόρων
- Ο καθορισμός των κριτηρίων για τη δημιουργία συμβάσεων με δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς αναφορικά με τη παροχή ιατρονοσηλευτικής περίθαλψης, όπως επίσης η τροποποίηση των συγκεκριμένων όρων, όταν κρίνεται αναγκαίο.

<http://www.moh.gov.gr/articles/newspaper/.../194-isxyoysa-nomothesia?f>

Δυστυχώς, τα αδύνατα σημεία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας προαναγγέλλουν αρνητικά αποτελέσματα. Πιο συγκεκριμένα, ο ΕΟΠΥΥ αποτελεί ταυτόχρονα φορέα παροχής υπηρεσιών, με τα ιατρεία του ΙΚΑ και φορέα αγορά των συγκεκριμένων υπηρεσιών, διαμέσου των ασφαλιστικών ταμείων. Ο ΕΟΠΥΥ προσφέρει ιατρική περίθαλψη στους ασφαλισμένους των τεσσάρων προαναφερθέντων ασφαλιστικών ταμείων, αγνοώντας κατ' αυτό τον τρόπο ένα ιδιαίτερα σημαντικό μέρος του πληθυσμού, όπως είναι οι άποροι, οι μετανάστες, οι ανασφάλιστοι και ούτω καθεξής. Ένα ακόμη στοιχείο στο οποίο οφείλουμε να εστιάσουμε τη προσοχή μας είναι πως στον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας περιλαμβάνονται όλοι οι συμβεβλημένοι ιατροί των ασφαλιστικών ταμείων. Ένα μείζον λοιπόν ερώτημα είναι τι πρόκειται να συμβεί τόσο με τις καινούριες συμβάσεις όσο και με τις παλαιές, όταν εκείνες λήξουν (Γιανασμίδης & Τσιαούση, 2012).

Με βάση τα παραπάνω αντιλαμβανόμαστε πως ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας ήταν αδύνατον να υλοποιήσει όλα εκείνα που είχε προγραμματίσει, με αποτέλεσμα σε σύντομο χρονικό διάστημα να χρειαστεί αναδιοργάνωση.

Το 2014 λοιπόν, ψηφίστηκε ο νόμος 4238 «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις» που προβλέπει ότι:

- Τα Κέντρα Υγείας και οι υπόλοιποι φορείς παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Διοικήσεων Υγειονομικών Υπηρεσιών, αποτελούν τις δημόσιες δομές προσφοράς υγειονομικής περίθαλψης του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας
- Τα Κέντρα Υγείας της Ελλάδας παράλληλα με τις επιμέρους μονάδες τους εντάσσονται πλέον στις οικείες Διοικήσεις Υγειονομικών Υπηρεσιών και αποτελούν δικές τους μονάδες. Τα Κέντρα Υγείας ανάλογα με την απόφαση του διοικητή της εκάστοτε Υγειονομικής Περιφέρειας ενδέχεται να παραμένουν ανοιχτά επί εικοσιτετραώρου βάσεως, ώστε να είναι σε θέση να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε ολόκληρο το πληθυσμό της κοινότητας
- Οι μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας εντάσσονται και αυτές στην εξουσία των Διοικήσεων Υγειονομικών Υπηρεσιών, με μοναδική εξαίρεση τα φαρμακεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., τα οποία εξακολουθούν να αποτελούν μέρος του Οργανισμού
- Καθιερώνεται πλέον ο θεσμός του Οικογενειακού Ιατρού για τη προσφορά Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Μάλιστα ο ρόλος του κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικός, καθώς σε συνεργασία με τους ιατρούς των Κέντρων Υγείας και των πολυιατρείων θα ‘ελέγχουν’ τα διάφορα περιστατικά, βοηθώντας κατ’ αυτό τον τρόπο στη βελτίωση της νοσοκομειακής κατάστασης και στην αποφυγή του συνωστισμού. Ως οικογενειακοί ιατροί τώρα έχουν τη δυνατότητα να εργαστούν οι γενικοί ιατροί, οι παθολόγοι και οι παιδίατροι, ενώ οι ιατροί του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, που θα εργαστούν στο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας είναι αναγκαίο να κλείσουν τα ιατρεία τους, από τη στιγμή που θα διαθέτουν πλήρη και αποκλειστική απασχόληση
- Τέλος, κύριο στόχο του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας αποτελεί η αγορά υπηρεσιών υγείας για τους ασφαλισμένους,

τους συνταξιούχους και τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους (<http://www.ygeianet.gr/box/ca/42039.pdf>).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

Επιτροπές για τη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: κριτική και προτεινόμενες παρεμβάσεις

Ο Μπένος που συνετέλεσε συντονιστής της επιτροπής για τη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στο άρθρο του αναφορικά με την ίδια, επισημαίνει πως αποτελεί ένα σύνολο υπηρεσιών που σχετίζονται με τη βελτίωση και προαγωγή της υγείας, τη πρόληψη ασθενειών, τη προσφερόμενη περίθαλψη, όπως επίσης τη παρακολούθηση και επανένταξη των ασθενών. Κυρίαρχο στόχο της αποτελεί η κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού και η αντιμετώπιση της υγείας ως κοινωνικό αγαθό, το οποίο προσφέρεται ανεξαιρέτως σε όλους τους πολίτες, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη τα ιδιαίτερα οικονομικά, θρησκευτικά ή φυλετικά χαρακτηριστικά τους (Ιατρικά θέματα, 2000).

Για την ομαλή λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι απαραίτητη η σύσταση μιας Διεπιστημονικής Ομάδας Υγείας, όπου επιστήμονες ποικίλων κλάδων συνεργάζονται τόσο μεταξύ τους όσο και με τη τοπική κοινωνία, ώστε να ανταποκριθούν στις ανάγκες υγείας του εκάστοτε πληθυσμού. Η επιτροπή μάλιστα για τη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, με συντονιστή το Σουλιώτη, επισήμανε πως η ύπαρξη μιας αρμονικής σχέσης μεταξύ του νοσηλευτή, του κοινωνικού λειτουργού, του ψυχολόγου και των ποικίλων επαγγελματιών που απαρτίζουν την επιστημονική ομάδα των εκάστοτε υπηρεσιών υγείας, είναι αρκετά πιθανό να επιφέρει θετικά αποτελέσματα στη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας (<http://www.iatronet.gr/photos/enimerosi/porisma.pdf>).

Η εξέλιξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι ένα ρεαλιστικό όραμα. Ειδικότερα, το Πρόγραμμα Εμβολιασμών του Κέντρου Υγείας Κουφαλίων (Τσερμενίδης Ι και συν 1993, όπως αναφέρεται στο Μπένος, 2000), η δημογραφική μελέτη του Κέντρου Υγείας Ζαγκλιβερίου (Σαμαράς Μ και συν, 1996, στο Μπένος, 2000) και το Πρόγραμμα Φροντίδας στο Σπίτι της Μονάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Τριανδρίας (Τσουκανά Π

και συν, 1998, στο Μπένος, 2000), αποτελούν μερικά παραδείγματα που μας οδηγούν στο παραπάνω συμπέρασμα.

Δυστυχώς όμως οι σημερινές προοπτικές ανέλιξης δεν είναι ιδιαίτερα αισιόδοξες, με μοναδική ίσως εξαίρεση τη ταχύτατα αναπτυσσόμενη δημιουργία νέων συσχετισμών στις υπηρεσίες υγείας. Το παράδειγμα μάλιστα των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής φανερώνει πως σε σύντομο χρονικό διάστημα οι γιατροί θα είναι απλοί υπάλληλοι και μαριονέτες των μεγαθηρίων που αναπτύσσονται ταχύτατα.

Σε μία συνέντευξη τώρα που παραχώρησε στην εφημερίδα Ελευθεροτυπία (2002) ο συντονιστής της επιτροπής για τη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Μπένος, αναφέρθηκε μεταξύ άλλων στη διαμάχη με τους πανεπιστημιακούς ιατρούς, τη πορεία προς τη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας και τις ποικίλες εξαγγελίες των εκάστοτε υπουργών.

Πιο συγκεκριμένα, επισήμανε πως ο πανεπιστημιακός ιατρός είναι εκείνος που οφείλει να φροντίσει τους αρρώστους του, να εκπαιδεύσει τους φοιτητές του και να διεξάγει πειραματικές μελέτες. Για τη παράλληλη πραγματοποίηση όμως των τριών αυτών υποχρεώσεων του το εικοσιτετράωρο της ημέρας φαντάζει μηδαμινό, έχοντας ως αποτέλεσμα την ολοκληρωτική αφοσίωση του πανεπιστημιακού ιατρού στη δουλειά του. Θεωρεί λοιπόν πως η πλειοψηφία των επαναστατημένων ιατρών αποτελείται από εκείνους που ταυτίζουν το πανεπιστημιακό κλάδο όχι με την εκπαίδευση των νέων ιατρών και τη πραγματοποίηση ερευνών αλλά με την αύξηση του προσωπικού τους κέρδους, διαμέσου της εμπορευματοποίησης της υγείας.

Επίσης, η διαμάχη τόσο των πανεπιστημιακών όσο και των ιατρών του ΙΚΑ με το υπουργείο έχει ως επακόλουθο την αύξηση δυσφήμισης των δημόσιων παρεχόμενων υπηρεσιών, ενώ παράλληλα απαξιώνεται η ικανότητα τους να δημιουργήσουν εργασιακές συμβάσεις με ποικίλους επιχειρηματικούς ομίλους.

Με βάση όσα προαναφέρθηκαν αντιλαμβανόμαστε, πως η συγκεκριμένη διαμάχη όχι μόνο δε λειτουργεί υποστηρικτικά προς το δημόσιο χαρακτήρα των υπηρεσιών υγείας, αλλά αντιθέτως οδηγεί στη πλήρη ιδιωτικοποίηση τους.

Προχωρώντας στη μεταρρύθμιση των υπηρεσιών υγείας, ο Μπένος υποστηρίζει πως η πρώτη δραστηριότητα μεταρρύθμισης ήταν η

οργάνωση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας σε περιφερειακό επίπεδο, διαμέσου των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Εφημερίδα Ελευθεροτυπία,2002).

Η συγκεκριμένη αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας, είναι ιδιαίτερα θετική, καθώς δημιουργείται μια άμεση σχέση και επαφή των πολιτών μαζί τους. Για τη πραγματοποίηση της αποκέντρωσης αυτής είναι απαραίτητη η παρουσία στελεχών, τα οποία αμείβονται αρκετά ικανοποιητικά, ώστε να υποστηρίζουν και να προωθούν το σύστημα υγείας. Επιπλέον σύμφωνα με το συντονιστή της επιτροπής Σουλιώτη, η αποκέντρωση αυτή των συστημάτων υγείας έχει κατά κύριο λόγο μόνο θετικές επιδράσεις. Ειδικότερα, επισημαίνει πως η αποκέντρωση λειτουργεί υποστηρικτικά στην αύξηση της χρηματοδότησης για τις υπηρεσίες υγείας, στη καλύτερη και αποτελεσματική διαχείριση των κονδυλίων, στην ανάπτυξη του αισθήματος ευθύνης όσον αφορά τους πόρους της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και τέλος στην εξέλιξη των δεξιοτήτων της εκάστοτε κοινότητας για ακόμη μια φορά αναφορικά με τις οικονομικές συνθήκες των υπηρεσιών υγείας (<http://www.iatronet.gr/photos/enimerosi/porisma.pdf>).

Παρ' όλα αυτά δε πραγματοποιήθηκε καμία προετοιμασία ή εκπαίδευση των συγκεκριμένων στελεχών των υπηρεσιών υγείας. Από το 1990 δε παρέχεται χορήγηση της ειδικότητας της Κοινωνικής Ιατρικής. Ως στελέχη με λίγα λόγια διορίστηκαν άτομα που υπήρξαν πρόεδροι για μερικά χρόνια σε κάποιο νοσοκομείο. Ο Μπένος θεωρεί τα συγκεκριμένα πρόσωπα υπεύθυνα για τη σημερινή κατάσταση στην οποία βρίσκονται τα δημόσια νοσοκομεία, καθώς ακόμη και το οικονομικό πρόβλημα, υπήρξε μέσα στο πλαίσιο της δικής τους δράσης (Εφημερίδα Ελευθεροτυπία, 2002)

Αναφορικά με τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ο Σουλιώτης αναφέρει πως πραγματοποιείται μέσω των κέντρων υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας, των μονάδων υγείας του ΕΟΠΥΥ, των ιδιωτικών συμβεβλημένα ιατρείων και κέντρων και τέλος των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Εν τούτοις η ανυπαρξία κέντρων υγείας αστικού τύπου, ο περιορισμένος χρόνος που έχουν στη διάθεση τους οι ιατροί που απαρτίζουν τις μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του ΕΟΠΥΥ και ο μικρός αριθμός των ιατρών που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ, έχουν ως αποτέλεσμα τη δυσκολία

πρόσβασης των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας και τις αυξημένες δαπάνες εκ μέρους τους.

Για το λόγο αυτό η συγκεκριμένη επιτροπή θεωρεί αναγκαία τη δημιουργία ενός ενιαίου και δημόσιου φορέα υγείας, όπου θα εντάσσονται όλες οι δημόσιες υπηρεσίες που αναφέρονται στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ο οποίος θα είναι υπεύθυνος για τη σωστή λειτουργία και χρηματοδότηση τους. Φυσικά στο συγκεκριμένο τομέα περιλαμβάνονται και οι ιδιωτικές δομές, για τις οποίες ιδανική λύση θεωρείται η δημιουργία πολυιατρείων (<http://www.iatronet.gr/photos/enimerosi/porisma.pdf>).

Στη συνέχεια ο Μπένος, τονίζει τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματά της αποκέντρωσης των υπηρεσιών υγείας στον τρόπο χρηματοδότησης.

Ειδικότερα, η κύρια ιδέα είναι η ανάπτυξη οικονομικά αυτοδύναμων υπηρεσιών. Κατ' αυτό τον τρόπο οι ιδιωτικές εταιρείες θα προσφέρουν ανταγωνιστικές τιμές για να 'αποκομίσουν' ολοένα και περισσότερους πελάτες, ενώ τα ασφαλιστικά ταμεία θα στραφούν κι αυτά με τη σειρά τους στις περισσότερο συμφέρουσες ιδιωτικές υπηρεσίες. Τότε, ο διοικητής του νοσοκομείου θα είναι αναγκασμένος να προβεί σε απολύσεις προσωπικού. Τα προαναφερθέντα γεγονότα θα έχουν ως αποτέλεσμα τη θεοποίηση της ιδιωτικής ασφάλισης, η οποία θα διεκδικήσει εν συνεχεία την αγορά των περισσότερο κερδοφόρων τμημάτων του νοσοκομείου.

Η μακροπρόθεσμη αυτή εξέλιξη είχε προβλεφθεί από το Μπένο σε παλαιότερη μελέτη του, στην οποία υποστήριζε πως η συγκεκριμένη πολιτική θα επέφερε συνύπαρξη στο ίδιο σύστημα ή ακόμη και στο ίδιο νοσοκομείο των ιδιωτικών κλινικών και των πτωχοκομείων.

Η ίδια πολιτική εφαρμόζεται και κατά τη λειτουργία των απογευματινών ιατρείων στα νοσοκομεία, καθώς με αυτό τον τρόπο ο ασθενής θεωρεί αυτονόητη και αποδεκτή τη πληρωτέα ιατρονοσηλευτική περίθαλψη στο πλαίσιο του δημόσιου νοσοκομείου.

Παράλληλα υποστηρίζει πως επί υπουργίας Παπαδόπουλου, είχε δώσει η ψευδαίσθηση στους γιατρούς του Εθνικού Συστήματος Υγείας, πως έχουν τη δυνατότητα να αυξήσουν το εισόδημα τους με νομικό τρόπο, μένοντας επιπλέον ώρες στο χώρο εργασίας τους. Ο Μπένος όμως θεωρεί πως η συγκεκριμένη πολιτική δε θα επιφέρει μακροπρόθεσμα οφέλη, καθώς οι

πολίτες θα προτιμούν τη περίθαλψη με το ίδιο χρηματικό ποσό των ιδιωτικών κέντρων.

Με βάση τα παραπάνω αντιλαμβανόμαστε, το κύριο στόχο της συνεχούς δυσφήμισης των δημοσίων υπηρεσιών και της αυξανόμενης προβολής των ιδιωτικών (Εφημερίδα Ελευθεροτυπία, 2002).

Για να κατανοήσουμε όμως καλύτερα την ανάγκη ουσιαστικών παρεμβάσεων στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας οφείλουμε να σημειώσουμε τα κύρια προβλήματα που εντοπίζονται κατά τη λειτουργία της. Ειδικότερα, σύμφωνα με το Σουλιώτη, η ιατρονοσηλευτική περίθαλψη και κάλυψη αντιμετωπίζει πλήθος προβλημάτων τόσο σε οικονομικό όσο και σε επίπεδο παροχής, με τις δαπάνες μάλιστα των ασθενών να βρίσκονται σε ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα. Ένα σημαντικό ακόμη πρόβλημα είναι η υπερβολική ζήτηση και χρήση φαρμάκων και διαγνωστικών υπηρεσιών, όπως επίσης η άνιση κατανομή του ιατρικού προσωπικού, καθώς όπως επισημάναμε και σε προηγούμενα κεφάλαια, παρατηρείται μεγάλος αριθμός ειδικών ιατρών έναντι γενικών και οικογενειακών. Η έλλειψη τέλος συνέχειας μεταξύ των κυβερνητικών πολιτικών κομμάτων έχει ως επακόλουθο τη δημιουργία μιας σύγχυσης και κατ' επέκταση προβλημάτων στην ομαλή και αποτελεσματική λειτουργία των υπηρεσιών υγείας. Με βάση λοιπόν όσα προαναφέρθηκαν αντιλαμβανόμαστε την ανάγκη παρέμβασης στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ιδιαίτερα αν λάβουμε υπόψη μας το γεγονός πως παρά το μεγάλο αριθμό ιατρικού προσωπικού, η Ελλάδα καταλαμβάνει τη πέμπτη θέση μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης στην αδυναμία κάλυψης των ιατρονοσημευτικών αναγκών του πληθυσμού της (<http://www.iatronet.gr/photos/enimerosi/porisma.pdf>).

Όσον αφορά τώρα τις εξαγγελίες αναφορικά με τη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, επί υπουργίας Παπαδόπουλου εισήχθησαν δύο νέοι θεσμοί, εκείνος του προσωπικού ιατρού και εκείνος της δημιουργίας κέντρων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αστικού τύπου.

Ο Μπένος θεωρεί πως ο θεσμός του προσωπικού ιατρού είναι πλήρως ιδιωτικοποιημένος, καθώς οι προσωπικοί ιατροί θα είναι ελεύθεροι επαγγελματίες με λίστες πελατών και ετήσια αμοιβή. Μάλιστα η αμοιβή του σύμφωνα με τον αριθμό της λίστας, θα τον οδηγήσει στην ανάπτυξη ενός πελατολογίου νέων και υγιών ατόμων, προκειμένου να μην αυξήσει το

φόρτο εργασίας του. Κατ' αυτό τον τρόπο οι ασθενείς χρόνιων νοσημάτων, οι οποίοι στη πραγματικότητα έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη ιατρονοσηλευτικής περίθαλψης, θα "αποβάλλονται" από το σύστημα υγείας.

Δυστυχώς ακόμη και σήμερα το μεγαλύτερο μέρος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποτελείται από ιδιώτες, με μοναδική εξαίρεση τα Κέντρα Υγείας που λειτουργούν στις αγροτικές περιοχές της χώρας από το 1985.

Στόχος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι η πρόληψη της ασθένειας και η προαγωγή της υγείας, ενώ παράλληλα κρίνει ιδιαίτερα σημαντικό το ανθρώπινο δυναμικό, και όχι τόσο τα τεχνολογικά επιτεύγματα. Με λίγα λόγια δίδει ιδιαίτερη έμφαση στην ιατρονοσηλευτική ομάδα, τα μέλη της οποίας είναι ισότιμα.

Επιπλέον, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στρέφει τη προσοχή της όχι μόνο σε κάθε μεμονωμένο άτομο αλλά στην ευρύτερη κοινότητα, διερευνώντας τις συνθήκες ζωής, τις κοινωνικές ανισότητες και ούτω καθεξής. Μάλιστα κρίνει ιδιαίτερα σημαντική τη συμμετοχή του πληθυσμού στις αποφάσεις αναφορικά με την υγεία, προκειμένου να επιτευχθεί η κάλυψη των πραγματικών αναγκών του.

Όμως το Υπουργείο Υγείας στρέφει τη προσοχή του όχι στην ολιστική προσέγγιση των προβλημάτων υγείας, αλλά στη ρύθμιση της αγοράς όσον αφορά τη πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Όπως χαρακτηριστικά επισημαίνει, προκειμένου να ιδρυθούν μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ανάλογες με εκείνες που προαναφέραμε, είναι αναγκαία η ίδρυση ενός πιλοτικού κέντρου υγείας, το οποίο θα έχει την ευθύνη σχεδιασμού, οργάνωσης και αξιολόγησης των υπαρχόντων μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όπως επίσης τη κατάλληλη εκπαίδευση των στελεχών που θα τις απαρτίζουν (Εφημερίδα Ελευθεροτυπία, 2002).

Όσον αφορά τώρα τον ΕΟΠΠΥ ο Σουλιώτης, επισημαίνει πως παρά την αύξηση της ασφαλιστικής κάλυψης, ο αριθμός ασθενών που "καταφεύγουν" στις δομές του ΕΟΠΠΥ είναι αρκετά περιορισμένος συγκριτικά με τη περίοδο που οι συγκεκριμένες υπηρεσίες ανήκαν στο πεδίο δράσης του ΙΚΑ. Για τη μεγαλύτερη λοιπόν προσέλευση ασθενών κρίνει αναγκαία τη πλήρη ιατρονοσηλευτική περίθαλψη και κάλυψη των

ασφαλισμένων, γεγονός που όπως αντιλαμβανόμαστε απαιτεί καλύτερη διαχείριση των διαθέσιμων οικονομικών πόρων, όπως επίσης αύξηση της παρεχόμενης ποιότητας και παρουσία θετικών αποτελεσμάτων (<http://www.iatronet.gr/photos/enimerosi/porisma.pdf>).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

Επίμετρο για ένα σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

7.1 Συγκριτική μελέτη των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών αναφορικά με τη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Παρόλο που η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί το κύριο άξονα του συστήματος υγείας της χώρας μας, οι έντονες και συνεχείς προσπάθειες στο πέρασμα του χρόνου για αναδιοργάνωση και βέλτιστη παροχή των υπηρεσιών της, δεν επέφεραν δυστυχώς τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

Πιο συγκεκριμένα, στη μεταπολεμική Ελλάδα η ψήφιση του νόμου 1397/198 «Περί Εθνικού Συστήματος Υγείας» υπήρξε ιδιαίτερα σημαντική και είχε ως στόχο της τη δημιουργία ενός κράτους πρόνοιας, έχοντας ως πρότυπα τις ευρωπαϊκές χώρες. Δυστυχώς όμως παρά το σχέδιο δημιουργίας Κέντρων Υγείας τόσο σε αγροτικές όσο και σε αστικές περιοχές, έναντι των αστικών Κέντρων Υγείας παρατηρούμε τη δημιουργία πολυάριθμων ιδιωτικών εργαστηριών, τα οποία όχι μόνο προσέφεραν αμφισβητούμενα αποτελέσματα αλλά επιβάρυναν τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης (Υφαντής, 2005, όπως αναφέρεται στους Σωτηριάδου, Μαλλιαρού & Σαράφη, 2011).

Στο πέρασμα των δεκαετιών σημειώθηκαν ποικίλες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, τις οποίες αξίζει να επισημάνουμε.

Ειδικότερα, το 1992 τα Κέντρα Υγείας έπαψαν να ανήκουν στο κέντρο ελέγχου των νοσοκομείων και τη διοίκηση και οργάνωση τους ανέλαβαν οι εκάστοτε Νομαρχίες, γεγονός όμως που τροποποιήθηκε το 1994, κατά τον οποίο τα Κέντρα Υγείας υπάγονται για ακόμη μια φορά στα νοσοκομεία της χώρας, ενώ τα Περιφερειακά Ιατρεία λειτουργούν ως επιμέρους μονάδες αυτών.

Αξιόλογες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, οι οποίες όμως δεν εφαρμόστηκαν ποτέ στη πράξη, επιχειρήθηκαν το 1997, όπου σύμφωνα με

το συγκεκριμένο νόμο τα Κέντρα Υγείας, τα Περιφερειακά Ιατρεία και τα Ιατρεία των Ασφαλιστικών Υπηρεσιών θα εντάσσονταν σε ένα ενιαίο πλαίσιο, με απώτερο στόχο την ομαλή και επιτυχή παροχή υπηρεσιών υγείας. Φημολογείται μάλιστα πως ο κύριος στόχος της τότε κυβέρνησης δεν ήταν η εφαρμογή του νόμου αλλά απλώς η θεσμοθέτηση και ψήφιση του από τη Βουλή, γεγονός που επιβεβαιώνεται αν αναλογιστούμε την ελλιπή κινητοποίηση και συζήτηση εκ μέρους των βουλευτών (Υφαντής, 2005, στους Σωτηριάδου, Μαλλιαρού & Σαράφη, 2011).

Αξιοσημείωτη μεταρρύθμιση ήταν ο νόμος 2889/2001, σύμφωνα με τον οποίο τον έλεγχο του συστήματος υγείας αναλαμβάνουν οι περιφέρειες της χώρας, με τα Κέντρα Υγείας και τα Νοσοκομεία να αποτελούν επιμέρους μονάδες του ΠΕΣΥ της εκάστοτε Περιφέρειας (Σωτηριάδου, Μαλλιαρού & Σαράφη, 2011).

Προχωρώντας, η ψήφιση νόμου το 2002 όσον αφορά την ομαλή λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, χρονοτρίβησε μέχρι το 2004, όπου έχουμε τη ψήφιση του νόμου 3235 (Σωτηριάδου, Μαλλιαρού & Σαράφη, 2011).

Οι επόμενες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες δεν εφαρμόστηκαν ποτέ στη πράξη, ενώ υπήρξε αρνητική κριτική στις επιμέρους διατάξεις τους, όπως παραδείγματος χάριν στο γεγονός πως ο εκάστοτε ασφαλισμένος θα διαθέτει ένας είδος κάρτας, αντίστοιχο με τη χρεωστική, στο οποίο θα υπάρχει ένα συγκεκριμένο ποσό για τις δαπάνες της υγείας του, όπου σε περίπτωση υπέρβασης του είναι αναγκαία η έγκριση από το εκάστοτε Ασφαλιστικό Ταμείο για περαιτέρω χρηματοδότηση.

Δυστυχώς, παρά τη προσπάθεια των παραπάνω νόμων να διευκρινίσουν και να προωθήσουν τη δημόσια υγεία, η πλειοψηφία αυτών είτε δεν εφαρμόστηκαν πλήρως είτε αντικαταστάθηκαν από επόμενους νόμους χωρίς καν να εφαρμοσθούν. Κατ' αυτό τον τρόπο οι ποικίλες παρεμβάσεις στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας δε πραγματοποιήθηκαν στον επιθυμητό βαθμό (Ζδούκος, 2008, στους Σωτηριάδου, Μαλλιαρού & Σαράφη, 2011).

7.2 Τα σημερινά προβλήματα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Ακόμη και σήμερα, παρατηρούμε πως το σύστημα υγείας της χώρας μας έχει ως κεντρικό άξονα του τη περίθαλψη που παρέχεται στο πλαίσιο του νοσοκομείου, γεγονός που επιφέρει ελλιπή οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, με τους ασθενείς να θεωρούν το παρόν σύστημα ανεπαρκή για τη κάλυψη των αναγκών και επιθυμιών τους. Για το λόγο αυτό είναι αναγκαία η εστίαση της προσοχής στην οικογενειακή περίθαλψη, με κύριο εκπρόσωπο όπως φανερώνει και το όνομα της τον οικογενειακό ιατρό (Abel- Smith et al., 1994).

Επιπλέον, τα Κέντρα Υγείας εξακολουθούν να διαθέτουν ελλιπή στελέχωση και οικονομικούς πόρους, ενώ το προσωπικό είναι ανεκπαιδευτο όσον αφορά τις σύγχρονες μεθόδους ιατρικής. Όπως είναι αναμενόμενο τα προαναφερθέντα στοιχεία οδηγούν στην ύπαρξη προβλημάτων και δυσλειτουργιών αναφορικά με τις υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Markaki, Antonakis & Lionis, 2006).

Ο οικογενειακός ιατρός παραμένει ακόμη και σήμερα εκτός του πλαισίου των υπηρεσιών υγείας, παρόλο που έχει επισημανθεί επανειλημμένως η σπουδαιότητα του ρόλου του. Ανύπαρκτη όμως είναι ακόμη και σήμερα η συμμετοχή της ευρύτερης κοινωνικής ομάδας, στη λήψη αποφάσεων που έχουν άμεση σχέση με τις διαθέσιμες υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Λιαρόπουλος, 2007 & WHO, 2008).

Ακόμη η Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων στα Δημόσια Νοσοκομεία (ΠΟΕΔΗΝ), επισημαίνει την αναγκαία στελέχωση του συστήματος υγείας, καθώς τη παρούσα χρονική στιγμή το ποσοστό κάλυψης είναι 35%, γεγονός που οφείλεται στο νόμο για το ΠΕΔΥ, ο οποίος είχε ως επακόλουθο την απόλυση ιατρών και κατ' επέκταση τη παύση λειτουργίας πολλών μονάδων υγείας. Η ΠΟΕΔΗΝ μάλιστα θεωρεί πως ο νέος νόμος 4336/2015 αναφορικά με την αξιολόγηση των μονάδων υγείας, έχει ως κύριο μέλημα του τη κατάργηση της εικοσιτετράωρης λειτουργίας αυτών έως ακόμη και τη διακοπή της λειτουργίας τους (<http://insuranceworld.gr/34855/eidiseis/poedin-manifesto-gia-tin-pfi/>).

Φυσικά η μη οργάνωση ενός συστήματος υγείας σύμφωνα με τα ευρωπαϊκά πρότυπα, έχει ως επακόλουθο την αδυναμία εύρεσης μεθόδων που θα οδηγήσουν στην αποτελεσματικότητα και επιτυχή ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών υγείας (WHO, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

Ενδεικτικές προτάσεις για τη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα

Στο πέρασμα των χρόνων έχουν διατυπωθεί ποικίλες απόψεις όσον αφορά την ομαλή λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη χώρα μας. Τα σημεία στα οποία οφείλουμε να δώσουμε περαιτέρω βαρύτητα είναι μεταξύ άλλων:

- Η αύξηση των γενικών ιατρών, διαμέσου κινήτρων
- Η δημιουργία μιας άρτια εκπαιδευμένης διεπιστημονικής ομάδας, η οποία θα περιλαμβάνει επιστήμονες ποικίλων ειδικοτήτων, που θα μετεκπαιδεύονται διαρκώς, ώστε να ανταποκρίνονται επαρκώς στις απαιτήσεις του πληθυσμού
- Η δικτύωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με άλλες υπηρεσίες υγείας
- Η εξέλιξη των παρεχόμενων υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας
- Η δημιουργία ενός κατάλληλου πλαισίου αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Το συγκεκριμένο γεγονός αποτελεί κύριο θέμα ανά τον κόσμο, με τις διάφορες χώρες να αναζητούν τη κατάλληλη μεθοδολογία (OECD, 2004· Marshall et al., 2006, στους Σωτηριάδου, Μαλλιάρου & Σαράφη, 2011). Στην Ελλάδα έχουν διεξαχθεί μόνο πειραματικές προσπάθειες από διάφορους ερευνητές (Zavras et al., 2002 με τη χρήση της μεθοδολογίας DEA Data Envelopment Analysis, στους Σωτηριάδου, Μαλλιάρου & Σαράφη, 2011), που ενδεχομένως να αποτελέσουν τη βάση μιας ευρύτερης εφαρμογής
- Η συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών υγείας και της τοπικής κοινωνίας, καθώς για τη πρόληψη και βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, κρίνεται αναγκαία η συμμετοχή της κοινότητας (Κυριαζής και συν., 2010· Saridi et.al., 2009· Σαρίδη και συν., 2009,

όπως επισημαίνονται στους Σωτηριάδου, Μαλλιάρου & Σαράφη, 2011).

- Η αξιοποίηση των νέων τεχνολογιών, οι οποίες στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, κρίνονται ιδιαίτερα σημαντικές (Σωτηριάδου, Μαλλιάρου & Σαράφη, 2011).

Ολοκληρώνοντας, οφείλουμε να επισημάνουμε πως ο σκοπός του συστήματος υγείας είναι να διασφαλίσει το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και κατ' επέκταση να βελτιώσει το βιοτικό επίπεδο και την ευημερία των πολιτών της εκάστοτε χώρας. Το σκοπό αυτό προσπάθησε να ικανοποιήσει και το Ελληνικό σύστημα υγείας μέσα από προτάσεις και μεταρρυθμίσεις νόμων που εφαρμόστηκαν κυρίως μετά τη δεκαετία του 80. Οι υγειονομικές μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα δεν κατόρθωσαν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα του πολίτη με το εκάστοτε σύστημα υγείας (ποιότητα και διαθέσιμες υπηρεσίες) αλλά ούτε κατάφεραν να διαχειριστούν με επιτυχία τους οικονομικούς του πόρους. Έτσι, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η έλλειψη της πολιτικής βούλησης και η μη ολοκληρωμένη εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων οδήγησαν σε ένα ανεπαρκή, ανασφαλή και μη οικονομικά κερδοφόρο σύστημα υγείας. Τα προβλήματα στο σύστημα υγείας της χώρας μετά την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης γίνονται ολοένα και πιο εμφανή στο πολίτη, ο οποίος πρέπει να πληρώνει από την τσέπη του, άμεσα και έμμεσα το 70% των συνολικών δαπανών για την υγεία αφού η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη αποτελεί πλέον ακριβό εμπόρευμα και όχι κοινωνικό αγαθό ενώ η κρατική παροχή περιορίζεται συνεχώς. Κυριαρχεί λοιπόν η λογική "το ελάχιστο για όλους και όποιος θέλει κάτι παραπάνω ας πληρώσει". Με το κυβερνητικό αυτό σχέδιο λοιπόν, θα παρέχονται κάποιες στοιχειώδεις υπηρεσίες υγείας, ενώ ταυτόχρονα, ενισχύεται ακόμα περισσότερο η ατομική ευθύνη και το κόστος για την κάλυψη των αναγκών σε υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abel- Smith, B., Calltorp, J., Dixon, M., Dunning, A., Evans, R., Holland, W., Jarman, B. & Mossialos, E. (1994). *Report on the Greek Health Services*. Athens: Pharmetrica S.A.
- Αδαμακίδου, Θ., Καλοκαιρινού- Αναγνωστοπούλου, Α. (2008). Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 47, (3), 320-333
- Αδαμόπουλος, Π.,Ν. (1992). *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Μια σφαιρική προσέγγιση*. Αθήνα: Παρισιανού
- Αθανασόπουλος, Α. & Τσιάκος, Γ. (2000). *Ισότητα, Αποτελεσματικότητα και Αποδοτικότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Θεμέλιο
- Αναγνωστόπουλος, Φ. & Παπαδάτου, Δ. (1999). *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Ανδριώτη, Δ. & Φιλαλήθης, Τ. (1996). *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα: Θεμέλιο
- Berger, M. L., Bingefors, K., Hedblom E.C., Pashos, C.L., & Torrance, G.W. (2003). *Health Care Cost, Quality and Outcomes: ISPOR Book of Terms*. NJ: ISPOR
- Bowling, A. (2002). *Research methods in health. Investigating health and health services*. Second edition. Philadelphia: Open University Press
- Γιανασμίδης, Α. & Τσιαούση, Μ. (2012). Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα, (1980) (1980-2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ*, 29, (1), 106-115
- Clive, A. (2002). *HEALTH AND DISEASE: A READER*. Buckingham: Open University Press

- Δαρβίρη, Χ. (2010). *Προαγωγή υγείας*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις
- Department of Health (1992). NATIONAL ASSISTANCE ACT 1948 (CHOICE OF ACCOMODATION) DIRECTIONS 1992. *LOCAL AUTHORITY CIRCULAR, 92, (27)*.
- Δρίτσας, Θ. (2011). Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. *Ιατρικά Αρχεία, 2010, 2011*
- Ζηλίδης, Χ. (1989). *Αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού*. Αθήνα: Αγροτική Τράπεζα Ελλάδος
- Ζηλίδης, Δ. (1995). *Τα Κέντρα Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα. Προβλήματα και Δυνατότητες. Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press
- Θεοδώρου, Μ. (1993). *Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη στο ΙΚΑ. Συγκριτική διερεύνηση δύο προτύπων οργάνωσης οικογενειακού γιατρού*. Αθήνα: ΙΜΟΣΥ
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. & Σούλης, Σ. (2001). *Συστήματα υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση
- Θεοδοσοπούλου, Ε & Ραφτόπουλος, Β (2002). Ανάπτυξη εννοιολογικού υποδείγματος για την ικανοποίηση των ασθενών από τη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 41, (1)*
- Illich, I. (1976). *Medical nemesis*. New York: Pantheon Books
- Κουρέα- Κρεμαστινού, Τ. (2007). *Δημόσια Υγεία. Θεωρία- Πράξη- Πολιτικές*. Αθήνα: Τεχνόγραμμα
- Kreps, G., L. (1988). The pervasiverde of information in health care: Implications for health communication policy. In J. Anderson (Ed.), *Communication Yearbook 11* (238-276) Newbury Park, CA
- Κυριόπουλος, Γ. (1995). *Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα. Στο σταυροδρόμι των επιλογών*. Αθήνα: Θεμέλιο
- Κυριόπουλος, Γ. & Φιλαλήτης, Τ. (1996). *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα: Θεμέλιο
- Κυριόπουλος, Γ. (1996). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και η Γενική Ιατρική στην Ελλάδα: Το πολιτικό πρόβλημα και οι διαστάσεις του. Στους Κυριόπουλο, Γ. & Φιλαλήθη, Τ., *Η*

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα (:17-43). Αθήνα: Θεμέλιο

- Κυριόπουλος, Γ. (2003). *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Θεμέλιο
- Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Τσιάντου, Β., Σουλιώτης, Κ., Ολλανδέζος, Μ. & Μυλωνά Κ. (2007). *Σχέδιο Δράσης για τη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Μέρος Α* (1. Αποτύπωση της υφιστάμενης κατάστασης στην Ελλάδα και 2. Ευρωπαϊκή εμπειρία)
- Κωλέτση- Κούναρη, Χ. (1996). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην οδοντιατρική. Στους Κυριόπουλος, Γ. & Φιλαλήτης, Τ. *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα: Θεμέλιο
- Κωσταγιόλας, Π., Α. (2005). Διοίκηση συστημάτων υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα με βάση τις προσδοκίες των χρηστών. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 603-604
- Λιαρόπουλος, Λ. (2007). *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*. Αθήνα: ΒΗΤΑ
- Λιόνης, Χ., Αναστασία, Φ. & Σαρουλάκη, Ν. (1996). Διακήρυξη για τη προαγωγή των δικαιωμάτων των ασθενών στην Ευρωπαϊκή Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 8, (4).
- Mahonen et al. (2004). In Wakabayashi, I. & Groschnerspringer-Verlagwen. *Interdisciplinary Concepts in cardiovascular Health. Volume I: Primary Risk Factors*. New York: Dordrecht London
- Markaki, A.,N., Antonakis, A. & Lionis, P.,C. (2006). Primary Health Care Research and Development, 9, :169-171.
- McKeown, T.(1976). *The role of medicine. Dream, mirage or nemesis?* London: Princeton University Press
- Μπένος, Α. (2000). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας το 2000. Ένα όνειρο για την αναζωογόνηση μιας ταλαιπωρημένης και παρεξηγημένης έννοιας. *Ιατρικά Θέματα*, 16, Θεσσαλονίκη
- Μουστάκα, Α. (2008). *Η αξιολόγηση της ποιότητας στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: μια συστηματική ανασκόπηση*. Μεταπτυχιακή εργασία. Πανεπιστήμιο Κρήτης, 2008

- Myllykangas, M. (2001). Terveystarpeiden tietsontaa:mista medikalisaatioissa on Kyse? *Tiedepolitiikka*, 3, 7-22
- Μωραΐτης, Ε. (1987). Το Ν.Δ 2592/53 ‘Περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως’. Κριτική θεώρηση μιας αναξιοποίητης ευκαιρίας για την υγειονομική οργάνωση της χώρας. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 2, (4), 5-11
- Μωραΐτης, Ε., Γεωργούση, Ε., Ζηλίδης, Χ., Θεωδώρου, Μ & Πολύζος, Ν. (1995). *Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας
- Μωραΐτης, Ε. (2002). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στα πλαίσια της πολιτικής ‘ Υγεία για Όλους το 2000: Αρχές και δεσμεύσεις, ασυνέπεια λόγων και έργων. Στους Δημόλιατης, Γ., Κυριόπουλος, Γ., Λάγγας, Δ., Φιλαλήθης, Τ. *Η δημόσια υγεία στην Ελλάδα* (:183-210). Αθήνα: Θεμέλιο
- Μωραΐτης, Ε. (2009). *Πολιτική για τη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Σημειώσεις μαθήματος ‘ Πολιτική Υγείας’*. Φεβρουάριος 2009
- Παπαδημητρίου, Γ.,Ν. & Παπακώστας, Ι., Γ. (2002). Η σχέση ιατρού- αρρώστου στην είσοδο της νέας χιλιετίας. *ΙΑΤΡΙΚΗ*, 82, (1), 44-56
- Παπακωστίδης, Α. & Τσουκαλάς, Ν. (2012). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγηση της. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ*, 4, (29), 480-488
- Παπανικολάου, Β. (2007). *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση
- Παπουτσής, Α. (2007). *Συγκριτική μελέτη διοίκησης και διαχείρισης υπηρεσιών δημόσιας Πρωτοβάθμιας Υγείας σε Ελλάδα και Βρετανία*. Διδακτορική διατριβή. Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, 2007
- Πιερράκος, Γ. (2008). *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τοπική κοινωνία*. Αθήνα: Παπαζήση
- Ραφτόπουλος, Β. (2002). Ανάπτυξη εννοιολογικού υποδείγματος για την ικανοποίηση τω ασθενών από τη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. *Νοσηλευτική*, 41, (1)

- Rootman, I. & Goodstadt, M., Hyndman, B. et al. (2001). Evaluation in Health Promotion. Principles and Perspectives. *WHO Regional Office for Europe*, 31, :1079. Διαθέσιμο: <http://ije.oxfordjournals.org/content/31/5.toc>
- Σαπουτζή- Κρέπια, Δ. (2004). *Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα*. Αθήνα: Έλλην
- Σαρρής, Μ. (2001). *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Αθήνα: Παπαζήση
- Schwitzer (2008) στον Baggot, R. (2015). *UNDERSTANDING HEALTH POLICY*. University of Bristol: Policy Press
- Simpson, M., R., Buckman, M., Stewart, M., Maguire, P., Lipkin, M., Novack, D., & Till, J. (1991). Doctor- Patient Communication: The Toronto Consensus Statement. *British Medical Journal*, 303, :1385-1387
- Σουλιώτης, Κ., Θηραίος, Ε., Καϊτελίδου, Δ., Παπαδακάκη, Μ., Τσαντίλας, Π., Τσιρώνη, Μ. & Ψαλτοπούλου, Θ. (2013). *ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΠΡΟΤΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ*. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ. Αθήνα
- Σωτηριάδου, Κ., Μαλλιαρού Μ. & Σαράφης, Π. (2011). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα- κατάσταση και προοπτικές. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 3, (4), :140-148
- Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, (2010). *ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ*, 9, (1)
- Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (2000). *Σχέδιο μεταρρύθμισης «Υγεία για τον πολίτη»*. Διαθέσιμο στο www.mohaw.gr
- World Health Organization (1996). *Communication, Education and Participation: A Framework and Guide to Action*. Washington: WHO
- World Health Organization (2004). *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* Copenhagen: WHO- Regional Office for Europe

- World Health Organization (2008). *Primary Health Care: Now More Than Ever*. Geneva: The World Health Report
- Φεργαδάκη, Μ. (2011). *Κοινωνική Πολιτική Υγείας στη τοπική αυτοδιοίκηση: Η περίπτωση του δήμου Ν. Αλικαρνασσού*. Μεταπτυχιακή εργασία. Πανεπιστήμιο Κρήτης, 2011

Ηλεκτρονικές πηγές

- www.vima-asklipiou.gr/.../VA_OP_1_09_01_10
- <http://www.moh.gov.gr/articles/newspaper/.../194-isxyousa-nomothesia?f>
- <http://www.ygeianet.gr/box/ca/42039.pdf>
- <http://insuranceworld.gr/34855/eidiseis/poedin-manifesto-gia-tin-pfi/>

Νομοθεσία

- Φ.Ε.Κ Α53/182.2004. Νόμος ΥΠ'ΑΡΙΘ. 3235 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
- Φ.Ε.Κ Β 3054/2012 Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ) ΕΟΠΠΥ
- Νομοθετικό Διάταγμα 2071/1992 (Φ.Ε.Κ 123/τ. Α' / 15-07-1992) Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας
- Νομοθετικό Διάταγμα 2592/53 (Φ.Ε.Κ 254/Α/53) Περί οργάνωσης της Ιατρικής αντιλήψεως
- Νομοθετικό Διάταγμα 3097/54 (Φ.Ε.Κ 253/Α/54), όπως τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε από το Νομοθετικό Διάταγμα Περί οργάνωσης της Ιατρικής αντιλήψεως
- Νομοθετικό Διάταγμα 3487/55 (Φ.Ε.Κ 354/Α/55) Περί Κοινωνικής Ασφάλισης Αγροτών

- Νομοθετικό Διάταγμα 1204/72 Περί του τρόπου παροχής ιατρικών φροντίδων υπό του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων
- Νομοθετικό Διάταγμα 4169/61 (Φ.Ε.Κ 81/Α/1961) Περί Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ)
- Νομοθετικό Διάταγμα 1076/80 (Φ.Ε.Κ Α/224) Μέτρα προστασίας της Υγείας
- Νομοθετικό Διάταγμα 1397/83 (Φ.Ε.Κ 143/Α/10-07-83) Εθνικό Σύστημα Υγείας και άλλες διατάξεις
- Νομοθετικό Διάταγμα 2071/92 (Φ.Ε.Κ 123/Α/15.07/92) Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας
- Νομοθετικό Διάταγμα 2194/94 (Φ.Ε.Κ 34/Α/94) Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας κι άλλες διατάξεις
- Νομοθετικό Διάταγμα 2519/97 (Φ.Ε.Κ 165/Α/21-8-97) Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο κι άλλες διατάξεις
- Νομοθετικό Διάταγμα 3235/2004 (Φ.Ε.Κ Α/53) Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
- Νομοθετικό Διάταγμα 3918/2011 (Φ.Ε.Κ Α/31) Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας κι άλλες διατάξεις
- Νομοθετικό Διάταγμα 4238/2014 (Φ.Ε.Κ 38/Α/2014) Πρωτοβάθμια Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Π.Υ και λοιπές διατάξεις