

Η έννοια της συμμετοχής στη φροντίδα υγείας

Πέτρος Κολοβός

Νοσηλεύτης ΠΕ, ΜSc, Αθήνα

Παναγιώτα Σουρτζή

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Αθήνα

Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών,
Τομέας Δημόσιας Υγείας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ Η συμμετοχή των πολιτών στις διαδικασίες λήψης των αποφάσεων αποτελεί κεντρικό άξονα δράσης στο πλαίσιο της δημόσιας υγείας, ενώ συγχρόνως αποτελεί και θέμα μείζονος ενδιαφέροντος στην οργάνωση και παροχή των υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Η ενσωμάτωση των απόψεων των πολιτών αφορά σε όλα τα επίπεδα λήψης απόφασης· διασφαλίζει τη διαφάνεια και νομιμότητα των διαδικασιών και των αποφάσεων και αποτελεί τη βάση για μια ισότιμη και αποτελεσματική κατανομή των σπάνιων πόρων στον τομέα της υγείας. Αν και υπάρχουν αρκετές αναφορές στη διεθνή βιβλιογραφία, εντούτοις ο τρόπος συμμετοχής των πολιτών στον υγειονομικό σχεδιασμό αποτελεί πρόκληση για όλα τα συστήματα υγείας. Η ιδέα της συμμετοχής έχει εφαρμοστεί στο Όρεγκον των ΗΠΑ, την Ολλανδία, τη Νέα Ζηλανδία, τη Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Αντίθετα, στην Ελλάδα, οι όποιες προσπάθειες έχουν γίνει έως τώρα είναι υποτυπώδεις.

Λέξεις-κλειδιά:

- Συμμετοχή • Υγειονομικός σχεδιασμός
- Συμμετοχικές διαδικασίες • Πολίτης

Υπεύθυνος αλληλογραφίας

Πέτρος Κολοβός

Ξηροκάμπι Δ. Φάριδος, 230 54 Λακωνία

Τηλ. 27310 35 2 48

E-mail: petroskolovos@yahoo.gr

Participation in health care

Petros Kolovos

RN, MSc, Athens, Greece

Panayota Sourtzi

Associate Professor, Athens, Greece

Nursing Department, University of Athens,
Public Health Sector

ABSTRACT Citizen participation in the decision-making process is a central action within the public health frame and it is an issue of growing importance in the planning and delivery of health care services. The incorporation of the citizens' views is referring to all levels of decision-making; it guarantees the transparency and legitimacy of the processes and decisions that have been taken and is the basis for equal and effective allocation of scarce resources in the health care sector. While there are extensive references in the international literature, the means to involve the public in the health care planning is a constant challenge for every health system. The concept of participation is exemplified by experience in Oregon USA, the Netherlands, New Zealand, Sweden and the United Kingdom while it is still rudimentary in Greece.

Key words:

- Participation • Health planning
- Participatory processes • Citizen

Corresponding author

Petros Kolovos

Xirokambi D. Pharidos, GR-230 54 Lakonia, Greece

Tel. +30 27310 35 2 48

E-mail: petroskolovos@yahoo.gr

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην Ελλάδα, η έννοια της συμμετοχής είναι τόσο παλιά όσο σχεδόν και η ιστορία της, υπάρχει από την εποχή του Σωκράτη, του Πλάτωνα και του Αριστοτέλη. Γι' αυτούς, η έννοια της συμμετοχής αναφέρεται στην πολιτική. Η δυνατότητα, το δικαίωμα και η υποχρέωση του πολίτη να συμμετέχει στα κοινά ήταν συστατικό στοιχείο της Αθηναϊκής Πολιτείας. Οι πολίτες συμμετείχαν άμεσα στη συζήτηση των θεμάτων που απασχολούσαν την πόλη και αποφάσιζαν συλλογικά για τις λύσεις των προβλημάτων του Δήμου. Είναι άλλωστε γνωστοί οι θεσμοί για την εκλογή των αρχόντων από τους πολίτες.¹

Η έννοια, τα είδη και οι μορφές της συμμετοχής, όπως ήταν φυσικό, επηρεάστηκαν από τα ευρύτερα πολιτικά, οικονομικά, κοινωνικά και θρησκευτικά ρεύματα, καθώς και από τις ιστορικές συνθήκες κάθε χώρας και εποχής. Η συμμετοχή των πολιτών θεωρείται ένας από τους τρόπους με τους οποίους τα μέλη μιας κοινότητας έχουν τη δυνατότητα να επηρεάσουν την τοπική αυτοδιοίκηση, την κυβέρνηση ή άλλους φορείς και οργανισμούς, για θέματα που τους αφορούν άμεσα.¹

Το περιεχόμενο της συμμετοχής ποικίλλει ανάλογα με τους σκοπούς που επιδιώκονται, το πολιτικό πλαίσιο και την κοινωνική ομάδα που εμπλέκεται. Ο Ιατρίδης² δίνει τον εξής ορισμό: «η συμμετοχή των κατοίκων και των πληθυσμιακών ομάδων στη λήψη των αποφάσεων που επηρεάζουν τη ζωή τους δεν είναι μόνο βασική εννοιολογική αρχή ελευθερίας και δημοκρατίας, αλλά αποτελεί επίσης προϋπόθεση επεμβάσεων για σχεδιασμένη κοινωνική αλλαγή και βασικό οργανωτικό στοιχείο της ανάπτυξης της μεταβιομηχανικής κοινωνίας».

Στο νόμο για την αποκέντρωση και τη λαϊκή συμμετοχή (Ν. 1270/1982, άρθρο 60) αναφέρεται ότι η λαϊκή συμμετοχή έχει ως στόχο την ενεργοποίηση, κινητοποίηση και οργάνωση των δημοτών, στο πλαίσιο του θεσμού της τοπικής αυτοδιοίκησης για την έρευνα, τον εντοπισμό, την καταγραφή των τοπικών προβλημάτων και δυνατοτήτων κάθε περιοχής, καθώς και την ιεράρχηση, επεξεργασία και προώθηση επίλυσης κάθε τοπικού προβλήματος απασχόλησης, διαβίωσης και ψυχαγωγίας των κατοίκων του δήμου ή της κοινότητας.³

Η συμμετοχή των πολιτών αποτελεί το θεμέλιο των σύγχρονων δημοκρατικών κοινωνιών. Όμως, η έμμεση εκπροσώπηση του λαού στην άσκηση εξουσίας (αντι-

προσωπευτική δημοκρατία) έγινε αιτία για την αποξένωση από τα κοινά. Έτσι, αναζητήθηκαν τρόποι άμεσης συμμετοχής των μελών μιας κοινότητας. Επιπλέον, η έννοια της συμμετοχής συνδέεται με τη δεκαετία του '60 στις ΗΠΑ, όπου και αναπτύχθηκαν τα κοινωνικά κινήματα για την ισότητα των εθνικών μειονοτήτων και των μη προνομιούχων πληθυσμιακών ομάδων. Η Robinson υποστηρίζει ότι η ανακίνηση του θέματος της συμμετοχής οφείλεται στην αμφισβήτηση της κρατικής εξουσίας από τον πολίτη.⁴

Η υλοποίηση του αιτήματος για κοινωνική συμμετοχή δεν είναι εύκολη υπόθεση. Η οργάνωση των ατόμων σε κινήματα, επιτροπές ή συμβούλια είναι βέβαια επιθυμητή. Πιστεύεται ότι έτσι θα αποκτήσουν τη δύναμη που χρειάζονται για να συμμετέχουν ουσιαστικά στη διαμόρφωση –από τις κρατικές υπηρεσίες– της κατάλληλης πολιτικής ή στη διεκδίκηση των δικαιωμάτων τους. Τίθεται όμως το θέμα της κατάλληλης επιλογής εκπροσώπων (αντιπροσωπευτικότητας) στις διάφορες επιτροπές καθώς και του ρόλου των εκπροσώπων στα διάφορα συλλογικά όργανα (παθητική εκπροσώπηση ή ενεργός συμμετοχή στη λήψη απόφασης και ανάληψη της αντίστοιχης ευθύνης).¹

Είναι γεγονός πως η θεσμοθέτηση της κοινωνικής συμμετοχής, παρά τις ελλείψεις και τις ατέλειες, είναι προτιμότερη από την απουσία της σε μια δημοκρατική κοινωνία.⁴

Η ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η έννοια της συμμετοχής (participation/involvement) αποτελεί την κεντρική ιδέα του περιεχομένου της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) αλλά και άξονα δράσης του κινήματος για την προαγωγή της υγείας των ατόμων, ενώ τα τελευταία χρόνια έχει θεμελιωθεί στο σχεδιασμό και την ανάπτυξη πολιτικής για την υγεία.^{5,6} Ο ΠΟΥ επενδύει συνεχώς στην ιδέα της κοινοτικής συμμετοχής και για το λόγο αυτόν ενθαρρύνει και προωθεί την υιοθέτηση μηχανισμών (σε κρατικό, περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο) για ενεργό συμμετοχή, τόσο των χρηστών/καταναλωτών όσο και των προμηθευτών φροντίδας υγείας, στη διαμόρφωση και εφαρμογή της κατάλληλης πολιτικής.⁷

Το περιεχόμενο της έννοιας της συμμετοχής είναι ασαφές για το λόγο αυτόν έχουν αναπτυχθεί διάφο-

ρες προσεγγίσεις, που προσπαθούν να αποδώσουν το περιεχόμενο της ανάλογα με την περίπτωση στην οποία χρησιμοποιείται. Έχουν κυριαρχήσει δύο ορισμοί ευρέως αποδεκτοί στη διεθνή βιβλιογραφία. Ο πρώτος αναφέρεται στην προσέγγιση σε επίπεδο ατόμου, ενώ ο δεύτερος αναφέρεται σε σύνολα ατόμων και φαίνεται να αρμόζει στο πλαίσιο της δημόσιας υγείας.⁸

Οι McEwen et al⁹ έχουν ορίσει τη συμμετοχή σε επίπεδο ατόμου (individual participation) ως τη διαδικασία μέσα από την οποία το άτομο κινητοποιείται με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας του, την πρόληψη της ασθένειας, τη διάγνωση, θεραπεία και φροντίδα της αρρώστιας και την αποκατάσταση της υγείας του ή, όπου είναι αναγκαίο, την προσαρμογή στην ανικανότητα.

Η κοινοτική συμμετοχή (community participation) έχει οριστεί από τους Rifkin et al,¹⁰ καθώς και από τους Bermejo & Bekuit,¹¹ ως η διαδικασία με την οποία συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες με κοινές ανάγκες, που διαμένουν σε καθορισμένη γεωγραφική περιοχή και με έντονο το στοιχείο της μεταξύ τους αλληλεπίδρασης, μετέχουν ενεργά στον προσδιορισμό των αναγκών τους και στη διαδικασία λήψης απόφασης για την ικανοποίησή τους. Οι Bracht & Gleason¹² έχουν προσθέσει ότι η διαδικασία αυτή μπορεί να λειτουργεί σε εθελοντική βάση και να αποτελεί επίσημη ή ανεπίσημη δραστηριότητα. Η συμμετοχή της κοινότητας επηρεάζεται από πολιτικούς, οικονομικούς, κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες, καθώς επίσης και από το βαθμό εξουσιοδότησης τόσο των μεμονωμένων ατόμων όσο και της κοινότητας στο σύνολό της.¹³

Η ενδυνάμωση (empowerment) είναι το αποτέλεσμα της υιοθέτησης της στρατηγικής της αποκέντρωσης, μιας έννοιας που αποτελεί κεντρικό στοιχείο των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων. Η αποκέντρωση (decentralization) σε όλες τις διαστάσεις της (πόρων, εξουσίας, γνώσεων και δεξιοτήτων) ενθαρρύνει την κοινοτική συμμετοχή.¹⁴

Η εξουσιοδότηση (delegation) έχει περιγραφεί ως μια διαδικασία κοινοτικής δράσης που προάγει τη συμμετοχή των ατόμων, των οργανισμών και των κοινοτήτων, με σκοπό την επίτευξη μεγαλύτερης δυνατότητας ελέγχου από την πλευρά της κοινότητας, πολιτικής αποτελεσματικότητας, βελτίωσης της ποιότητας ζωής και κοινωνικής δικαιοσύνης.¹⁵ Σε επίπεδο ατόμου, περιλαμβάνει τον εφοδιασμό των ατόμων με γνώσεις

και δεξιότητες για συμμετοχή στη διαδικασία λήψης απόφασης και την έμφαση στην προσωπική αυτονομία. Έτσι, η κοινοτική εξουσιοδότηση αναφέρεται σε άτομα που συλλογικά πλέον ελέγχουν και επηρεάζουν τους καθοριστικούς για την υγεία της κοινότητας παράγοντες.¹⁶

Η Rifkin¹⁷ περιγράφει πέντε επίπεδα συμμετοχής της κοινότητας:

1. Συμμετοχή στα οφέλη: Χρήση υπηρεσιών φροντίδας υγείας
2. Συμμετοχή στον προγραμματισμό δραστηριοτήτων: Η κοινότητα συνεισφέρει με την παροχή κάθε μορφής πόρων (υλικοί, οικονομικοί, ανθρώπινο δυναμικό)
3. Συμμετοχή στην εφαρμογή συγκεκριμένων δραστηριοτήτων: Η κοινότητα αναλαμβάνει ευθύνες και αποφασίζει πώς οι διάφορες δραστηριότητες θα υλοποιηθούν
4. Συμμετοχή στη διαδικασία αξιολόγησης των προγραμματισμένων δραστηριοτήτων
5. Συμμετοχή της κοινότητας στον προσδιορισμό και την ιεράρχηση προτεραιοτήτων καθώς και στην κατανομή των διαθέσιμων πόρων. Επιπλέον, σε αυτό το επίπεδο η κοινότητα αναζητά νέες πηγές υποστήριξης των δραστηριοτήτων της.

Τα τελευταία χρόνια, το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας, αλλά και όσων εμπλέκονται με τον υγειονομικό σχεδιασμό, έχει προσελκύσει η υιοθέτηση συμμετοχικών διαδικασιών στη χάραξη και υλοποίηση πολιτικής υγείας. Τα διλήμματα και τα παράδοξα που παρουσιάζονται τόσο σε κάθε συγκεκριμένη περίπτωση όσο και σε γενικότερα θέματα πολιτικής δημιουργούν πολλές φορές αδιέξοδα και αμφιθυμίες ως προς τη λήψη των αποφάσεων. Αυτό συμβαίνει αφού δεν είναι δυνατόν τόσο σύνθετα κοινωνικά ζητήματα να λυθούν μόνο στο πλαίσιο «επιτροπών σοφών». Για την αντιμετώπισή τους απαιτείται επιχειρηματολογία και δημόσιος διάλογος, με υπεύθυνη συμμετοχή και των πολιτών.

Οι Florin & Dixon¹⁸ έχουν ορίσει τη συμμετοχή των πολιτών (public involvement) ως τη διαδικασία κατά την οποία οι πολίτες συμμετέχουν σε στρατηγικές αποφάσεις αναφορικά με την οργάνωση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και την κατάρτιση πολιτικών υγείας. Ο αγγλικός όρος public involvement υποδηλώνει μια παθητική στάση των πολιτών στη διαδικασία λήψης

απόφασης (ο ρόλος τους περιορίζεται στην απλή πληροφόρηση και αποδοχή των αποφάσεων), σε αντίθεση με τον όρο *public participation*, που αναφέρεται σε μια περισσότερο ενεργό συμμετοχή (συμμετοχή και στη λήψη απόφασης).

Αξίζει επίσης να αναφερθεί ότι, στη βιβλιογραφία, η συμμετοχή των πολιτών δεν περιορίζεται μόνο στη φροντίδα υγείας· ιδιαίτερη έμφαση έχει δοθεί στη συμμετοχή των πολιτών στο σχεδιασμό πολιτικής και σε άλλους τομείς, όπως το περιβάλλον, οι επιστήμες, η βιοτεχνολογία και η τοπική διακυβέρνηση.¹⁹

ΠΟΙΟΙ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΝ ΣΤΙΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ;

Οι αρχές για ισότητα στη φροντίδα υγείας απαιτούν μια γνήσια πίστη στην αποκέντρωση της δύναμης και της λήψης των αποφάσεων, ενθαρρύνοντας έτσι τους ανθρώπους να συμμετέχουν σε κάθε στάδιο της διαδικασίας κατάρτισης οποιασδήποτε πολιτικής.

Οι εκάστοτε σχεδιασμοί και ενέργειες θα πρέπει να πηγάζουν από τις ανάγκες των ανθρώπων και όχι από λύσεις που επιβάλλονται εκ των έξω. Οι προσπάθειες που στοχεύουν στη μείωση των ανισοτήτων στη φροντίδα υγείας αποτελούν θέματα, που δεν αφορούν απλά τους ανθρώπους αλλά γίνονται μαζί με τους ανθρώπους. Αυτό σημαίνει ότι οι υπεύθυνοι για τον υγειονομικό σχεδιασμό θα πρέπει να προσπαθήσουν να προάγουν συστήματα διοικητικής υποστήριξης και πληροφόρησης με σκοπό να διευκολύνουν την κοινωνική συμμετοχή. Στη συμμετοχή αυτή περιλαμβάνονται.²⁰⁻²³

- Οι πολίτες μιας χώρας, ο γενικός πληθυσμός στο σύνολό του. Ο αντίστοιχος αγγλικός όρος που χρησιμοποιείται είναι ο όρος *citizen*. Επιπλέον, ο όρος *citizenship* αναφέρεται σε μια ιδιότητα που απονέμεται σε αυτούς που είναι «πλήρη» μέλη της κοινότητας (η συμμετοχή αναφέρεται σε μια πραγματική κατάσταση ή σε μια πολιτική και κοινωνική διαδικασία)
- Τα μέλη κοινωνικών ομάδων με ιδιαίτερα πολιτισμικά στοιχεία
- Οι κάτοικοι συγκεκριμένων γεωγραφικών περιοχών, καθώς τα πρότυπα κατανάλωσης των υγειονομικών φροντίδων διαφέρουν ανάλογα με τα οργανωτικά πλαίσια, τα οικονομικά κίνητρα και τα πολιτισμικά μοντέλα

- Οι καταναλωτές/πελάτες των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, οι εν δυνάμει ασθενείς
- Οι ομάδες χρηστών συγκεκριμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των μελών της οικογένειάς τους
- Οι προμηθευτές φροντίδας υγείας (γιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί κ.ά.) και οι διαχειριστές (*managers/administrators*) των υγειονομικών συστημάτων
- Οι διάφορες οργανώσεις και τα σωματεία.

Η σωστή πληροφόρηση και η δραστηριοποίηση των ανθρώπων και των κοινοτήτων θα τους δώσει την ευκαιρία να θέσουν τις προτεραιότητές τους και να συμβάλλουν στη λήψη και εφαρμογή των αποφάσεών τους. Αυτή η προσέγγιση εξασφαλίζει την καλύτερη δυνατή αξιοποίηση των υπαρχόντων ανθρώπινων πόρων, με την ενίσχυση της ατομικής αυτοεκτίμησης και αυτογνωσίας και τη βελτίωση της κοινωνικής στήριξης.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Οι διάφορες μορφές συμμετοχής ταξινομούνται ανάλογα με το σκοπό για τον οποίο επιδιώκεται η συμμετοχή και το βαθμό στον οποίο ο πολίτης έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει τη διαδικασία λήψης αποφάσεων από τα διάφορα όργανα (π.χ. συμβούλια, επιτροπές).

Διακρίνονται τρία επίπεδα συμμετοχής:^{1,20,24}

1. Στο πρώτο επίπεδο, η συμμετοχή περιορίζεται σε απλή πληροφόρηση (*informing*) του πολίτη ή και στην παθητική αποδοχή των αποφάσεων που έχουν ληφθεί από άλλους.
2. Το δεύτερο επίπεδο χαρακτηρίζεται ως γνωμοδοτικό (*consultation*). Ο πολίτης συμμετέχει με σκοπό να δώσει ιδέες, να μοιραστεί εμπειρίες, να δια φωτίσει από τη σκοπιά του τους ειδικούς κατά τη διαδικασία εκτίμησης των αναγκών και του προσδιορισμού των προτεραιοτήτων. Η συμμετοχή του πολίτη έχει ρόλο συμβουλευτικό (πολλές φορές μέσα από θεσμοθετημένα όργανα, π.χ. Συμβούλιο Υγείας στην Κοινότητα, Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας).
3. Το τρίτο επίπεδο συμμετοχής αναφέρεται στη σύμπραξη (*partnership*), κατά την οποία η εξουσία για τη λήψη των αποφάσεων αναδιανέμεται μεταξύ των πολιτών και των αρμοδίων. Είναι η πλέον ουσιαστική μορφή συμμετοχής, αφού αναγνωρίζει στον πολίτη

το δικαίωμα να συναποφασίζει και να δεσμεύει την κεντρική εξουσία για τις επιλογές της.

ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΙΟΘΕΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΙΚΩΝ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΩΝ

Με τη συμμετοχή και των πολιτών στον υγειονομικό σχεδιασμό.^{18,24-27}

- Ενισχύονται οι δημοκρατικές διαδικασίες λήψης των αποφάσεων μέσα στο πλαίσιο λειτουργίας του τομέα υγείας. Όταν ο σύγχρονος πολίτης συμμετέχει ενεργά και όσο το δυνατόν πιο άμεσα σε θέματα που τον αφορούν, η αντιπροσωπευτική δημοκρατία γίνεται όλο και περισσότερο συμμετοχική.
- Αυξάνεται η ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας. Οι αποφάσεις που λαμβάνονται στηρίζονται στις απόψεις, τις αξίες, τις προσδοκίες και τις προτιμήσεις των τελικών αποδεκτών τους, οι ίδιοι οι πολίτες προσδιορίζουν τις ανάγκες τους και συναποφασίζουν για την αντιμετώπισή τους. Τα μέλη της κοινότητας γνωρίζουν τι πραγματικά χρειάζονται και ποιο είναι το όφελος για τους ίδιους.
- Εξασφαλίζεται η ισότητα στην κατανομή των διαθέσιμων πόρων και η διαφάνεια στη λήψη των αποφάσεων.
- Είναι δυνατή η παροχή αποτελεσματικών υπηρεσιών φροντίδας υγείας, λαμβάνοντας υπόψη και το κόστος.
- Διευκολύνεται η υλοποίηση δραστηριοτήτων-προγραμμάτων (παροχή υλικών μέσων, εθελοντική εργασία) εξασφαλίζοντας έτσι επιπλέον πόρους, που μπορούν να διατεθούν σε αυτούς στους οποίους ήδη παρέχονται από την πολιτεία.
- Οι πολίτες γίνονται περισσότερο αποτελεσματικοί χρήστες, αφού χρησιμοποιούν με μεγαλύτερη υπευθυνότητα τις υπάρχουσες δομές του συστήματος υγείας, ενώ αναλαμβάνουν και οι ίδιοι ευθύνες για την υγεία τους.
- Προάγεται η εμπιστοσύνη προς το σύστημα υγείας και, παράλληλα, αυξάνεται η υποχρέωση και η υπευθυνότητα του κράτους και των επαγγελματιών υγείας προς τις ανάγκες των πολιτών, μέσα στο πλαίσιο των διατιθέμενων πόρων.
- Εξασφαλίζεται η παροχή πολιτισμικά ευαίσθητων υπηρεσιών φροντίδας υγείας (σε επίπεδο κοινότητας).

- Μετατοπίζεται η ευθύνη των αποφάσεων και στους πολίτες, στην περίπτωση βέβαια που μετέχουν ενεργά στις διαδικασίες.
- Υιοθετείται ένας μηχανισμός ανατροφοδότησης, που παρέχει χρήσιμες πληροφορίες στη διαδικασία σχεδιασμού και αξιολόγησης ως προς την ποιότητα και αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά και την ανταποκρισιμότητα του συστήματος φροντίδας υγείας.

Επιπλέον, η συμμετοχή των πολιτών θεωρείται ιδιαίτερα απαραίτητη στην εποχή μας, αφού οι εξελίξεις της βιοϊατρικής τεχνολογίας, με την ποικιλία των θεραπευτικών και φαρμακευτικών παρεμβάσεων, έχουν προκαλέσει πολλές ηθικές και δεοντολογικές συζητήσεις στην παροχή φροντίδας υγείας.

Τέλος, η προαγωγή των συμμετοχικών διαδικασιών είναι σύμφωνη με το ευρύτερο πνεύμα κοινωνικής οργάνωσης, που χαρακτηρίζεται από την κυριαρχία του καταναλωτή, την έμφαση στα ανθρώπινα δικαιώματα και την ενθάρρυνση των κοινωνικών κινήματων και των ομάδων αυτοβοήθειας.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Η υιοθέτηση της κατάλληλης μεθοδολογίας για τη συμμετοχή των πολιτών στο σχεδιασμό των υπηρεσιών φροντίδας υγείας σε εθνικό, περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο αποτελεί μια συνεχή πρόκληση για τα συστήματα υγείας. Για το σκοπό αυτόν έχουν εξεταστεί διάφορες μεθοδολογικές προσεγγίσεις στα συστήματα υγείας των δυτικών χωρών για περισσότερο από μία δεκαετία.^{19,28,29}

Μια πρώτη ομάδα μεθόδων αφορά αυτές που απευθύνονται στον ευρύτερο πληθυσμό (mass approaches) και περιλαμβάνει δημόσιες συναντήσεις, τηλεφωνικές δημοσκοπήσεις, διανομή φυλλαδίων και έντυπου υλικού στον ημερήσιο τύπο, καθώς και τη διενέργεια μελετών με τη χρήση ερωτηματολογίου. Τα ερωτηματολόγια μπορούν είτε να σταλούν ταχυδρομικά είτε να συμπληρωθούν σε συγκεκριμένους χώρους, όπως στα εξωτερικά ιατρεία ενός νοσοκομείου, και απευθύνονται σ' ένα ευρύ δείγμα ερωτώμενων.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν και οι μέθοδοι που επικεντρώνονται στη λήψη απόφασης για συγκεκριμένα θέματα (target approaches) και περιλαμβάνουν

τη διενέργεια μελετών μικρής κλίμακας (προσωπικές συνεντεύξεις ειδικών, όπως οικονομολόγων, γιατρών, ασθενών) και τη σύσταση μικρών ομάδων από 6–8 μέλη (focus group).

Μια άλλη προσέγγιση αφορά μεθόδους που εμπλέκουν άτομα-κλειδιά μέσα σε μια κοινότητα (proxy approaches). Ο γενικός γιατρός, ο νοσηλευτής, ο κοινωνικός λειτουργός, ο δάσκαλος, οι εκπρόσωποι της τοπικής αυτοδιοίκησης είναι μερικοί από αυτούς που συμμετέχουν στις διαδικασίες προσδιορισμού προτεραιοτήτων σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή.

Τα τελευταία χρόνια, οι υπεύθυνοι για τον υγειονομικό σχεδιασμό προσανατολίζονται σε μεθόδους που βασίζονται στην ενημέρωση των πολιτών για τα θέματα που πρέπει να αποφασίσουν (informed involvement approaches). Η ενημέρωση αναφέρεται σε ένα βασικό «πακέτο» πληροφοριών (διαθέσιμοι πόροι, όφελος, κόστος, εναλλακτικές δυνατότητες, ασφάλεια) που παρέχεται σε αντιπροσωπευτικές ομάδες πολιτών (citizens juries, citizens panels, user consultation panels) και αποσκοπεί στην καλύτερη κατανόηση των πολύπλοκων θεμάτων του προσδιορισμού προτεραιοτήτων στη φροντίδα υγείας. Οι πολίτες έχουν τη δυνατότητα να ανταλλάξουν απόψεις σε προγραμματισμένες συναντήσεις, να ζητήσουν διευκρινήσεις και, τελικά, να οδηγηθούν στη λήψη της κατάλληλης απόφασης.

Το σώμα ένορκων πολιτών (citizen jury) είναι αρκετά δημοφιλής μέθοδος και οδηγεί σε ασφαλή αποτελέσματα.³⁰ Τα κύρια μειονεκτήματα είναι η έλλειψη αντιπροσωπευτικότητας –συμμετέχει ένας περιορισμένος αριθμός (10–20 μέλη) στις διαδικασίες λήψης απόφασης– και το κόστος της μεθόδου, αφού έχει μεγάλη χρονική διάρκεια.³¹

Προκειμένου να είναι ολοκληρωμένη η περιγραφή των μεθοδολογικών προσεγγίσεων της συμμετοχής των πολιτών στο σχεδιασμό υπηρεσιών φροντίδας υγείας, είναι απαραίτητο να προσδιοριστούν και οι τεχνικές καταγραφής/αποτύπωσης των απόψεών τους.

Μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αποκαλύπτει την ποικιλία των τεχνικών που έχουν δοκιμαστεί σε διάφορους επιστημονικούς κλάδους, με τα δυνατά και αδύνατα σημεία σε κάθε περίπτωση (τεχνικές κατάταξης προσφερόμενων επιλογών, βαθμονομημένες κλίμακες κ.ά.).³¹

Η επιλογή της κατάλληλης κάθε φορά τεχνικής πρέπει να αξιολογείται με βάση τρεις παραμέτρους:²⁸

1. Την καταλληλότητα της μεθόδου (η τεχνική που εφαρμόζεται είναι κατάλληλη για το συγκεκριμένο θέμα; λαμβάνεται υπόψη πώς οι ερωτώμενοι αντιλαμβάνονται το θέμα; ο τρόπος που ζητείται να απαντήσουν είναι κατάλληλος για τους ίδιους; η τεχνική περιορίζει την/τις επιλογές τους; η τεχνική επιτρέπει να φανεί ξεκάθαρα η προτίμηση του κάθε ερωτώμενου;)
2. Τη διαδικασία ερμηνείας των αποτελεσμάτων (βαθμολογία επιλογών, συνολικό άθροισμα και ερμηνεία αποτελεσμάτων)
3. Την ευκολία στη χρήση (οι ερωτώμενοι χρησιμοποιούν με ευκολία την τεχνική; οι ερευνητές κατανοούν την εφαρμογή της; απαιτεί εξειδικευμένο προσωπικό η χρήση της;).

Η επιλογή της κατάλληλης μεθοδολογίας πρέπει να αντιμετωπίζεται με σκεπτικισμό και απαιτεί συνεχή αξιολόγηση τόσο των διαδικασιών όσο και των αποτελεσμάτων. Η σύσταση για εφαρμογή συγκεκριμένης μεθοδολογικής προσέγγισης είναι υπό αμφισβήτηση, αφού η συνεχής ερευνητική τεκμηρίωση αποτελεί τον κανόνα για όλες τις προτεινόμενες μεθόδους.^{28,32}

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΙΚΩΝ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΩΝ

Η υιοθέτηση συμμετοχικών διαδικασιών στον υγειονομικό σχεδιασμό υποστηρίζεται όχι μόνο από τις τάσεις των πολιτικών υγείας και τους διεθνείς οργανισμούς αλλά και από τη σύγχρονη κοινωνική δομή και οργάνωση (ενώσεις καταναλωτών, σωματεία εργαζομένων, ομάδες αυτοβοήθειας). Παρά τις ενθαρρυντικές προσπάθειες που έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια, οι δυσκολίες που ανακύπτουν κατά την εφαρμογή και διαχείριση τέτοιων διαδικασιών επιβαρύνουν ακόμα περισσότερο το δύσκολο έργο της συμμετοχής.

Ένας πρώτος περιορισμός στη συμμετοχή των πολιτών στο σχεδιασμό υπηρεσιών φροντίδας υγείας αποτελεί η οργανωσιακή κουλτούρα των οργανισμών –δομή, λειτουργία, ηγεσία, οργανωτικό κλίμα, συμπεριφορές μελών– και γενικότερα η οργάνωση των συστημάτων φροντίδας υγείας. Η κοινωνική συμμετοχή μπορεί να εξασφαλιστεί μόνο με δομικές αλλαγές (οργάνωσης,

λειτουργίας και συντονισμού) σε εθνικό επίπεδο καθώς και σε επίπεδο περιφέρειας και οργανισμού.²³

Η πολυπλοκότητα των θεμάτων για τα οποία οι πολίτες καλούνται να αποφασίσουν, σε συνδυασμό με την έλλειψη εξειδικευμένων γνώσεων, αποτελεί το δεύτερο περιορισμό. Η αποτελεσματική συμμετοχή απαιτεί την παροχή βασικών πληροφοριών στους πολίτες, προκειμένου να γίνουν περισσότερο κατανοητά τα προς συζήτηση θέματα. Πράγματι, έχει τεκμηριωθεί ερευνητικά^{29,33,34} ότι όταν προσφέρεται στους πολίτες ευκαιρία για ενημέρωση και χρόνος για συζήτηση, οι απόψεις τους διαφοροποιούνται και οι αποφάσεις που λαμβάνονται χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερη εγκυρότητα.³⁵

Τόσο η πηγή της ενημέρωσης όσο και το περιεχόμενο της αποτελούν κρίσιμο σημείο στη διαδικασία πληροφόρησης των πολιτών, αφού μπορούν να οδηγήσουν σε αποτελέσματα προσδιορισμένα από πριν. Υποστηρίζεται ότι οι ίδιοι οι συμμετέχοντες πρέπει να αναζητούν τις πληροφορίες που χρειάζονται πριν από τη συζήτηση και τη λήψη των αποφάσεων.

Επιπλέον, η επιλογή της κατάλληλης μεθοδολογίας είναι αμφιλεγόμενη, αφού υπάρχει ανάγκη για περισσότερη μελέτη σε όλες τις προσεγγίσεις, γεγονός που δυσχεραίνει την εφαρμογή συμμετοχικών διαδικασιών.²⁸ Στόχος κάθε μεθόδου θα πρέπει να είναι η ενθάρρυνση των πολιτών να σκέφτονται για το συμφέρον της κοινότητας στο σύνολό της (*community oriented approach*) παρά για το ατομικό τους συμφέρον. Έχει διαπιστωθεί ότι οι ομαδικές προσεγγίσεις (*community juries, focus group*) προάγουν αυτόν τον τρόπο σκέψης και συμβάλλουν ώστε οι απόψεις των πολιτών να αντιπροσωπεύουν τις ανάγκες της κοινότητας και όχι μεμονωμένων ατόμων ή ομάδων.³⁵

Τέλος, τίθεται το θέμα της αντιπροσωπευτικότητας των πολιτών στα διάφορα όργανα και της αποτελεσματικότητάς τους στη λήψη αδιάβλητων και αντικειμενικών αποφάσεων. Η συμμετοχή μη προνομιούχων ομάδων στις διαδικασίες προσδιορισμού προτεραιοτήτων δεν είναι απλή υπόθεση. Τα πιο διακεκριμένα μέλη του πληθυσμού και εκείνα με την πιο ισχυρή αντιπροσωπευση τείνουν να έχουν μεγαλύτερη επιρροή από τους άλλους, που βρίσκονται σε ασθενέστερη θέση. Αυτή είναι η πραγματικότητα και για τους κατοίκους απομακρυσμένων περιφερειών μιας χώρας, οι οποίοι απέχουν από το κέντρο λήψης αποφάσεων και πιθανώς αισθάνονται ότι οι απόψεις και οι ανάγκες τους αγνοούνται.¹⁸

Απαιτείται, λοιπόν, η υιοθέτηση μηχανισμών που να εξασφαλίζουν ότι οι λαμβανόμενες αποφάσεις αντικατοπτρίζουν τις προτιμήσεις και τις προσδοκίες της κοινότητας στο σύνολό της και όχι μεμονωμένων κοινωνικών ομάδων. Οι δυσκολίες αυτές αυξάνουν τις αντιρρήσεις και τις επιφυλάξεις όλων των πλευρών (πολιτική εξουσία, ειδικοί, πολίτες) για το βαθμό στον οποίο η εφαρμογή συμμετοχικών διαδικασιών στον υγειονομικό σχεδιασμό είναι εφικτή και αποτελεσματική.

Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Τα συστήματα υγείας στο Όρεγκον των ΗΠΑ, τη Νέα Ζηλανδία, τη Σουηδία, την Ολλανδία και την Αγγλία είναι από τα πρώτα εθνικά συστήματα που υιοθέτησαν πολιτικές αντιμετώπισης των διλημάτων που ανακύπτουν κατά την κατανομή των περιορισμένων πόρων. Η μελέτη της εμπειρίας αυτής αποκαλύπτει την ποικιλία των μεθοδολογικών προσεγγίσεων που έχουν χρησιμοποιηθεί. Κεντρικός άξονας των προσεγγίσεων αυτών αποτελεί η υιοθέτηση συμμετοχικών διαδικασιών στη λήψη των αποφάσεων, από τη στιγμή που η συμβολή των απόψεων και εμπειριών και άλλων πλευρών (προμηθευτές φροντίδας υγείας, απλοί πολίτες, ασθενείς) θεωρείται απαραίτητη για την ορθολογική κατανομή των περιορισμένων πόρων που διατίθενται για την υγεία. Η συμμετοχή των πολιτών γίνεται σε εθνικό ή τοπικό επίπεδο και περιλαμβάνει τον καθορισμό κριτηρίων, τον προσδιορισμό αναγκών και/ή τον καθορισμό προτεραιοτήτων.²⁰

Στην Αγγλία, η συμμετοχή πολιτών και ομάδων ασθενών έχει θεμελιωθεί στη λειτουργία των οργανισμών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (*Primary Care Groups/Trusts*) σύμφωνα με πρόσφατες υγειονομικές μεταρρυθμίσεις στην Εθνική Υπηρεσία Υγείας, ενώ τα μέλη της ομάδας της πρωτοβάθμιας φροντίδας έχουν «επιβαρυνθεί» με τη συστηματική προώθηση των συμμετοχικών διαδικασιών, ως αναπόσπαστο τμήμα των εργασιακών τους καθηκόντων.²¹

Επιπλέον, σε πολλές χώρες, σημαντικά ζητήματα βιοηθικής προτείνεται να επιλύονται με δημοψηφίσματα, ενώ τόσο οι διεθνείς οργανισμοί (ΟΗΕ, ΠΟΥ) όσο και η Ευρωπαϊκή Ένωση συμβάλλουν αποφασιστικά στη «διευθέτηση» και αντιμετώπιση αυτών των νέων προκλήσεων μέσω της υπογραφής συμβάσεων και της διατύπωσης συστάσεων.²⁰

Η ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα, οι προσπάθειες για την υιοθέτηση συμμετοχικών διαδικασιών στον υγειονομικό σχεδιασμό είναι περιορισμένες, όπως περιορισμένη είναι και η αποτελεσματικότητά τους.

Πέρα από την κλασική οδό προσφυγής στη δικαιοσύνη και τη διεξαγωγή ελέγχου από τη διοίκηση με τη μορφή ένορκης διοικητικής εξέτασης, δημιουργήθηκαν θεσμοί εξωτερικού (Συνήγορος του Πολίτη, Ανεξάρτητη Διοικητική Αρχή για την Προστασία των Ατομικών Δεδομένων) και εσωτερικού (Τμήμα Προστασίας των Ατομικών Δικαιωμάτων σε επίπεδο Υπουργείου, Νοσοκομείου κ.ά.) ελέγχου, καθώς και μηχανισμοί ελέγχου από τους πολίτες (περιλαμβάνονται μη κυβερνητικές οργανώσεις, σύλλογοι και επιστημονικές εταιρείες, με παλαιότερη την Εταιρεία Ιατρικής Δεοντολογίας, που ίδρυσε ο Σ. Δοξιάδης). Ο ρόλος, όμως, όλων αυτών των μηχανισμών επικεντρώνεται στον έλεγχο-αξιολόγηση των αποφάσεων που έχουν ληφθεί από τρίτους και όχι στην ενεργό συμμετοχή στο σχεδιασμό και στην ανάπτυξη πολιτικής για την υγεία.²⁰

Η ψήφιση του Νόμου 1278/82 για τη σύσταση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) αποτελεί μια πρώτη θεσμοθετημένη προσπάθεια ενθάρρυνσης των συμμετοχικών διαδικασιών στον υγειονομικό σχεδιασμό. Το ΚΕΣΥ, σύμφωνα με το Νόμο, συγκροτείται από εκπροσώπους των εργαζομένων στο χώρο της υγείας και από εκπροσώπους της πολιτείας και των πολιτών και αποτελεί γνωμοδοτικό όργανο για θέματα σχεδιασμού, οργάνωσης, προγραμματισμού, ελέγχου και συντονισμού των υπηρεσιών φροντίδας υγείας σε τοπικό και εθνικό επίπεδο. Σήμερα, όμως, ο ρόλος αυτός έχει αποδυναμωθεί και το ΚΕΣΥ προσφέρει λιγότερα απ' όσα ο νόμος προέβλεπε αρχικά.²⁰

Σύμφωνα με την πρόσφατη υγειονομική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα (Ν. 2889/2001) και στο πλαίσιο οργάνωσης του Γραφείου Υποδοχής των Ασθενών, έχει υιοθετηθεί ένας μηχανισμός συλλογής των απόψεων των πολιτών αναφορικά με την οργάνωση και λειτουργία των δομών του συστήματος υγείας. Οι μηχανισμοί αυτός προβλέπει την προαιρετική συμπλήρωση ενός εντύπου από τους πολίτες (ασθενείς, συνοδοί) που επισκέπτονται μια υγειονομική μονάδα και την προώθηση των εντύπων αυτών στα περιφερειακά όργανα (ΔΥΠΕ), που έχουν και την τελική ευθύνη της διαχείρισής τους. Την ευθύνη υλοποίησης της σχετικής απόφασης έχουν

οι διοικήσεις των μονάδων, αλλά η εμπειρία αποκαλύπτει πως οι πολίτες δεν είναι ιδιαίτερα εξοικειωμένοι με τέτοιες διαδικασίες.²²

Όπως προβλέπεται στο πρόσφατα ψηφισθέν νομοσχέδιο «Περιφερειακή συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης», σε κάθε Διεύθυνση Υγειονομικής Περιφέρειας (ΔΥΠΕ) συστήνεται η λειτουργία Κέντρου Εξυπηρέτησης Πολιτών για θέματα υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, την ευθύνη οργάνωσης και κανονισμών λειτουργίας του οποίου έχει ο Διοικητής της Υγειονομικής Περιφέρειας. Επιπλέον, στο Άρθρο 6 αναφέρεται η συγκρότηση και λειτουργία του Κεντρικού Συμβουλίου Υγειονομικής Περιφέρειας (ΚΕΣΥΥΠΕ) και του Συμβουλίου Υγειονομικής Περιφέρειας (ΣΥΠΕ). Το ΣΥΠΕ έχει ρόλο γνωμοδοτικό για θέματα που αφορούν στη δημόσια υγεία, την προστασία και την προαγωγή της υγείας της αντίστοιχης υγειονομικής περιφέρειας, συγκροτείται από εκπροσώπους της πολιτείας (διοικητές νοσοκομείων, εκπρόσωπος της διοικητικής περιφέρειας, της τοπικής αυτοδιοίκησης κ.ά.), των εργαζομένων (εκπρόσωπος ΓΣΕΕ, ΑΔΕΔΥ) και εκπροσώπους των κύριων επιστημονικών κλάδων του τομέα υγείας (γιατροί, φαρμακοποιοί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί κ.ά.), ενώ δεν προβλέπεται η εκπροσώπηση πολιτών (εκπρόσωποι μη κυβερνητικών οργανώσεων, συλλόγων και επιστημονικών εταιρειών).³⁶

Στη χώρα μας δεν έχει ακόμα αναπτυχθεί δημόσιος διάλογος μεταξύ φορέων των διαφόρων θεσμών, επιστημόνων και πολιτών ως προς τη λήψη αποφάσεων για σύνθετα κοινωνικά ζητήματα. Πια μεγάλο χρονικό διάστημα τα θέματα αυτά αφορούσαν σχεδόν κατ' αποκλειστικότητα συγκεκριμένες επαγγελματικές ομάδες (γιατρούς, διαχειριστές). Σήμερα, είναι επιτακτική η ανάγκη δημόσιας επικοινωνίας και διαλόγου με θεσμοθετημένες συναντήσεις και ανταλλαγή απόψεων μέσω του γραπτού ή του προφορικού λόγου, με υπεύθυνη συμμετοχή και των πολιτών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η συμμετοχή και των πολιτών στις διαδικασίες λήψης απόφασης για την κατανομή των πόρων στη φροντίδα υγείας προϋποθέτει γνώση της πραγματικότητας μέσα στην οποία λειτουργεί ο τομέας υγείας (οικονομική κατάσταση, δείκτες υγείας, υπάρχουσες δομές), αλλά και μια βαθύτερη αίσθηση ατομικής ευθύνης.²⁰

Με τη συμμετοχή λοιπόν και των πολιτών, οι αποφάσεις που λαμβάνονται «φιλτράρονται» μέσα από τις αξίες, τα κριτήρια και τις προτιμήσεις των καταναλωτών στους οποίους απευθύνονται, και εξασφαλίζεται σε μεγάλο βαθμό η αποδοχή τους. Η συμμετοχή των πολιτών, για να είναι ουσιαστική, θα πρέπει να πληροί δύο ουσιαστικές προϋποθέσεις:³⁷ (α) πρέπει να βασίζεται σε πραγματικά εθελοντική συμμετοχή και σε ένα αίσθημα ευθύνης προς το σύνολο του πληθυσμού και (β) πρέπει να εκχωρηθεί στους πολίτες τόσο η αρμοδιότητα και η εξουσία όσο και η ευθύνη.

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, ο σχεδιασμός και η ανάπτυξη πολιτικής υγείας εγγυάται διαφάνεια στη λήψη των αποφάσεων και υπευθυνότητα κατά την εκτέλεσή τους και εξασφαλίζει δικαιοσύνη και ισότητα στην παροχή φροντίδας.

Η ελληνική εμπειρία στην υιοθέτηση συμμετοχικών διαδικασιών στον υγειονομικό σχεδιασμό είναι περιορισμένη. Οι προσπάθειες που έχουν γίνει μέχρι σήμερα είναι αποσπασματικές, χαρακτηρίζονται από περιορισμένη αποτελεσματικότητα και δεν ανταποκρίνονται στις διαστάσεις της ενεργούς και υπεύθυνης συμμετοχής στη λήψη των αποφάσεων για την παροχή φροντίδας υγείας.²⁰

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Σταθόπουλος Π. *Κοινωνική εργασία. Θεωρία και πράξη*. Αθήνα, Εκδόσεις Έλλην, 1993
2. Ιατρίδης Δ. *Κοινωνικός σχεδιασμός για την οργάνωση και ανάπτυξη του ανθρώπινου περιβάλλοντος*. Συμβούλιο Επιμόρφωσης στην Κοινωνική Εργασία, Αθήνα, 1973
3. Νόμος 1270, Άρθρο 60. «*Τροποποιήσεις του δημοτικού και κοινοτικού κώδικα για το εκλογικό σύστημα, τη δημοτική αποκέντρωση, τη λαϊκή συμμετοχή και τη διοικητική αυτοτέλεια των δήμων και κοινοτήτων*». ΦΕΚ 39, 9/8/1982–10/8/1982
4. Robinson A. *Participation*. London, Routledge & Kegan, 1983
5. WHO. Declaration of Alma-Ata. http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1, 5/12/2006
6. WHO. Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health, <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/>, 5/12/2006
7. Thurston WE, Mackean G, Vollman A, Casebeer A, Weber M, Maloff B et al. Public participation in regional health policy: a theoretical framework. *Health Policy* 2005, 73:237–252
8. Sourtzi P. Evaluation of health promotion activities in primary health care: perceptions of community nurses and their clients. Unpublished PhD Thesis, University of Birmingham, UK, 1995
9. McEwen J, Martini CJM, Wilkins N. *Participation in health*. Beckenham, Kent, Croom Helm Ltd, 1983
10. Rifkin SB, Muller F, Bichmann W. Primary health care: on measuring participation. *Soc Sci Med* 1988, 26:931–940
11. Bermejo A, Becuit A. Community participation in disease control. *Soc Sci Med* 1993, 36:1145–1150
12. Bracht N, Gleason J. Strategies and structures for citizen participation. In: Bracht N (ed) *Health promotion at the community level*. Newbury Park, Sage Publ, 1990:110
13. Kafiriri L, Norheim OF, Heggenhougen K. Public participation in health planning and priority setting at the district level in Uganda. *Health Policy and Planning* 2003, 18:205–213
14. Bossert TJ, Beauvais JC. Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda, and the Philippines: a comparative analysis of decision space. *Health Policy and Planning* 2002, 17:315–320
15. Hawe P, Shiell A. Social capital and health promotion: a review. *Soc Sci Med* 2000, 28:631–641
16. Kickbusch I. *Health promotion glossary*. Geneva, WHO, 1998
17. Rifkin A. *Community participation in maternal and child health/family planning programmes*. Geneva, WHO, 1991
18. Florin D, Dixon J. Public involvement in health care. *Br Med J* 2004, 328:159–161
19. Martin D, Singer P, Abelson J. Participation in health care priority-setting through the eyes of the participants. *Journal of Health Services Research and Policy* 2002, 7: 222–229
20. Κολοβός Π. Προτεραιότητες στην οργάνωση υπηρεσιών υγείας: απόψεις επαγγελματιών υγείας και του κοινού. Διπλωματική Εργασία. Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2005
21. Brown I. Organizational values in general practice and public involvement: case studies in an urban district. *Health and Social Care in the Community* 2001, 9:159–167
22. Νόμος 2889, Άρθρο 6 (παρ. 4). «*Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις*». ΦΕΚ 37,2/3/2001
23. Pickard S, Marshall M, Rogers A, Sheaff R, Sibbald B, Campbell S et al. User involvement in clinical governance. *Health Expectations* 2002, 5:187–198
24. A strategy for public involvement: “*Partnerships with Purpose*”. <http://www.nwales-ha.wales.nhs.uk/patient-care/publicinvolve.html>, 5/12/2006
25. Blcars H. *Communities in control—public services and local socialism*. Fabian Society, 2003
26. Wiseman V, Mooney G, Berry G, Tang KC. Involving the general public in priority setting: experience from Australia. *Soc Sci Med* 2003, 56:1001–1012

27. Κριτσωτάκης Γ. Η συμμετοχή της κοινότητας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. *Νοσηλευτική* 2002, 41:246–252
28. Mullen P. Public involvement in health care priority setting: an overview of methods for eliciting values. *Health Expectations* 1999, 2:222–234
29. Abelson J, Eyles J, McLeod CB, Collins P, McMullan C, Forest PG. Does deliberation make a difference? Results from a citizens panel study of health goals priority setting. *Health Policy* 2003, 66:95–106
30. Price D. Choices without reasons: citizens' juries and policy evaluation. *J Med Ethics* 2000, 26:272–276
31. Donaldson C. Executive summary: Eliciting public preferences for health care. *Health Technology Assessment* 2001, 5:272–276
32. Roberts T, Bryan S, Heginbotham C, McCallum A. Public involvement in health care priority setting: an economic perspective. *Health Expectations* 1999, 2:235–244
33. Dolan P, Cookson R, Ferguson B. Effect of discussion and deliberation on the public's views of priority setting in health care: focus group study. *Br Med J* 1999, 3:916–919
34. Cookson R, Dolan P. Public views on health care rationing: a group discussion study. *Health Policy* 1999, 49:63–74
35. Mossialos E, King D. Citizens and rationing: analysis of a European survey. *Health Policy* 1999, 49:75–135
36. Νόμος 3329. «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις». ΦΕΚ 81/14.4.2005
37. Λιαρόπουλος Λ. *Οργάνωση συστημάτων υγείας*. Πανεπιστημιακές παραδόσεις, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα, 1997

Υποβλήθηκε: 1/4/2006

Επανυποβλήθηκε: 11/12/2006

Εγκρίθηκε: 20/12/2006