

Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα

Θεοδούλα Αδαμακίδου

Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, Υποψήφια Διδάκτωρ ΕΚΠΑ, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας του ΕΣΥ, Νοσοκομείο «Άγιος Σάββας», Αθήνα

Αθηνά Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου

Διδάκτωρ Νοσηλευτικής, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Τμήμα Νοσηλευτικής, Εργαστήριο Κοινωνικής
Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ Η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα συμπορεύτηκε διαχρονικά με την πορεία ανάπτυξης του ευρύτερου συστήματος υγείας. Σημαντικά βήματα έλαβαν χώρα, εντούτοις δεν είναι δυνατό να υποστηριχθεί ότι αποτελεί σήμερα ένα καλά οργανωμένο, δομημένο και αποτελεσματικό υποσύστημα, όπως αυτό νοείται και λειτουργεί σε άλλες χώρες. Είναι γενικά παραδεκτό ότι ο τρόπος οργάνωσης και διοίκησης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) είναι καθοριστικός για την οικονομική αποδοτικότητα γενικότερα του συστήματος περίθαλψης καθώς και την ικανοποίηση των πολιτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση εξετάζει τη σημασία της ΠΦΥ για τα συστήματα υγείας, παρουσιάζει το θεσμικό πλαίσιο και τα σοβαρά προβλήματα που αντιμετωπίζει ο τομέας στη χώρα μας. Επίσης, διερευνά-προσεγγίζει μία σειρά παρεμβάσεων και μέτρων που θα βοηθήσουν στη βελτίωση της οργάνωσης, της διαχείρισης και της

The organizational frame of the Greek Primary Health Care system

Theodoula Adamakidou

RN, MSc, PhD Student, Hellenic Open University Management of Health Care System Services, "Agios Savvas" Hospital, Athens, Greece

Athena Kalokerinou-Anagnostopoulou

PhD, Assistant Professor of Nursing, Nursing Department, University of Athens, Athens, Greece

Nursing Department, Laboratory of Community Health
Nursing-Home Health Care, University of Athens

ABSTRACT The development of the primary health care system in Greece has followed diachronically the development line of the general health care system. Very important steps have been made, but it is not possible to endorse that this is a well-organized, structured and effective subsystem, similar to those functioning in other countries. It is generally accepted that the way of organization and management of the primary health care system are determinants of the economic efficiency of the general health care system and citizens' satisfaction too. This review aims to present the importance of the primary health care system regarding the general health system. In addition, it presents the statutory frame and the serious problems which this section faces in our country. Finally, it investigates a series of interventions and measures to improve organization, administration and efficiency. All these will be achieved with the

αποδοτικότητας του τομέα της ΠΦΥ, μέσω της αποκεντρωτικής και συνάμα ενοποιητικής πολιτικής, που βαδίζει στο τρίπτυχο των σύγχρονων συστημάτων υγείας για εκσυγχρονισμό, χαμηλό κόστος και ποιότητα.

Λέξεις-κλειδιά:

- Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας • Ελλάδα • Οργάνωση
- Διοίκηση • Νομοθεσία • Προτάσεις μεταρρύθμισης

Υπεύθυνος αλληλογραφίας

Θεοδούλα Αδαμακίδου

Κομνηνών 3, 173 41 Άγιος Δημήτριος

Τηλ. 210-93 45 703, 697 483 9830

E-mail: adamakidou@yahoo.gr

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νέα στρατηγική της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ) για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), όπως αυτή διακηρύχθηκε στην Alma-Ata το 1978, στοχεύει στον αναπροσανατολισμό των στόχων του τομέα της υγείας και τη στροφή προς την ΠΦΥ, η οποία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του υγειονομικού συστήματος μιας χώρας. Η διακήρυξη βασίζεται στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και ισότητας, και στοχεύει στην ικανοποίηση των αναγκών της κοινότητας, εξασφαλίζοντας προσπελασιμότητα, αποδοτικότητα και συμμετοχή του πληθυσμού.¹ Η ΠΦΥ οριοθετείται ως το σύστημα παροχής μιας δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο και αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας.³

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η μελέτη της οργάνωσης και διοίκησης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού γίνεται αναφορά στο ρόλο της ΠΦΥ στην παροχή υπηρεσιών και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, παρουσιάζεται το θεσμικό πλαίσιο της στη χώρα μας, καθώς και τα συγκεκριμένα προβλήματα που διέπουν τη λειτουργία της. Γίνεται σύντομη αναφορά στους δείκτες και τα κριτήρια για την αξιολόγησή της και τέλος παρουσιάζεται μια σειρά προτάσεων για την αναγκαία οργανωτικο-διοικητική μεταρρύθμιση της ΠΦΥ καθώς και σύντομη αξιολόγησή τους με τη μέθοδο της ανάλυσης SWOT.

modern health care system triptych, which aims at updating, low cost and quality too.

Key words:

- Primary Health Care • Greece • Organization
- Management • Statutory • Reform proposals

Corresponding author

Theodoula Adamakidou

3 Komnion street, GR-17341 Aghios Dimitrios, Athens Greece

Tel. (+30) 210-93 45 703, 697 483 9830

E-mail: adamakidou@yahoo.gr

ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΦΥ

Οι τάσεις στην υγεία και οι προκλήσεις για τα συστήματα υγείας

Οι σύγχρονες αλλαγές στο αιτιολογικό, οικονομικό και επιδημιολογικό προφίλ των ασθενειών λαμβάνουν το χαρακτήρα πρόκλησης για τα συστήματα υγείας.²⁻⁴ Συγκεκριμένα: (α) οι «νόσοι του πολιτισμού» όπως είναι γνωστές οι καρδιοπάθειες, ο καρκίνος, τα ατυχήματα, οι ψυχολογικές διαταραχές, τα εγκεφαλικά επεισόδια, (β) η μεγάλη αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης καθιστά αυτή την ομάδα του πληθυσμού τον σημαντικότερο καταναλωτή εξωνοσοκομειακών και νοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας, (γ) η αύξηση των επιπτώσεων των νόσων που σχετίζονται με το γήρας, (δ) τα οικονομικά και ψυχοκοινωνικά οφέλη της κατ' οίκον φροντίδας των ηλικιωμένων ασθενών, (ε) η μεγαλύτερη κατά κεφαλή δαπάνη για ιατρική περίθαλψη των ηλικιωμένων σε σχέση με τα νεότερα άτομα, (στ) ο ρόλος του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος καθώς και της ανθρώπινης συμπεριφοράς στην επιδημιολογία πολλών ασθενειών (π.χ. σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα), (ζ) η αναγκαιότητα της χρήσης ακριβής τεχνολογίας για τη διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση, (η) οι αυξημένες απαιτήσεις και προσδοκίες των χρηστών, σε συνδυασμό με (θ) το τρίπτυχο των στόχων των πολιτικών υγείας για «εκσυγχρονισμό, χαμηλό κόστος και ποιότητα».

Είναι μερικοί από τους λόγους που επιβάλλουν την ανάγκη διαμόρφωσης ενός νέου πλαισίου παροχής

υπηρεσιών υγείας που θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες των καιρών και τις προκλήσεις του μέλλοντος.^{2,5}

Συγχρόνως, καθοριστικές για τη χάραξη πολιτικής, είναι οι διαπιστώσεις ότι: (α) η αύξηση των δαπανών για την υγεία και τη νοσοκομειακή περίθαλψη δεν οδήγησαν στην προσδοκώμενη μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας, (β) δεν υπήρξε βελτίωση του επιπέδου υγείας των Ευρωπαίων τα τελευταία 100 χρόνια ανάλογη με την εισαγωγή της δαπανηρής τεχνολογίας, και (γ) οι δαπάνες για περίθαλψη, παρά τη συνεχή αύξησή τους, δεν επαρκούν για την κάλυψη του πληθυσμού και η περίθαλψη αντιμετωπίζει περιστασιακά και μεμονωμένα την ασθένεια.⁴

Ο ρόλος της ΠΦΥ στην παροχή υπηρεσιών και τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού

Η διακήρυξη της Alma-Ata το 1978 αποτέλεσε τη βάση για τον επαναπροσδιορισμό της ευθύνης του συστήματος υγείας προς την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η ανάδειξη της σημασίας της Πρόληψης και της Αγωγής Υγείας σε συνδυασμό με την ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας και του ίδιου του πολίτη για την αντιμετώπιση της ασθένειας και τη βελτίωση ή διατήρηση της υγείας του μέσα από συντονισμένη διατομεακή δράση, αναδείχθηκαν και αποτέλεσαν στη συνέχεια την πυξίδα για τον επαναπροσανατολισμό των συστημάτων υγείας πολλών χωρών.^{2,5}

Το πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης αναφέρεται στα κέντρα υποδοχής του ασθενούς, με τα οποία έχει την πρώτη του επαφή με το σύστημα υγείας, δηλαδή με κάποιο επαγγελματία υγείας όπως ιατρό, νοσηλεύτη, επισκέπτη υγείας, μαία, κοινωνικό λειτουργό. Ο τόπος και τρόπος οργάνωσης, παραγωγής και παροχής των εν λόγω υπηρεσιών μπορεί να είναι το ιατρείο, το κέντρο υγείας, η πολυκλινική ή το πολυϊατρείο, τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου. Το μέγεθος του πληθυσμού που καλύπτεται μπορεί να κυμαίνεται από 500 έως 5000 άτομα.⁶

Σήμερα, η διεθνής εμπειρία καταδεικνύει την αναγκαιότητα της ΠΦΥ ως επίκεντρο του όλου συστήματος υγείας. Οι μονάδες ΠΦΥ βρίσκονται αποκεντρωμένες μέσα στο χώρο της καθημερινής ζωής των ανθρώπων, κατέχουν στρατηγική θέση για την άμεση και συνεχή σχέση του πληθυσμού με τις υπηρεσίες υγείας. Λόγω της θέσης τους αποτελούν κομβικό σημείο για τη διάθρωση ενός ολοκληρωμένου συστήματος φροντίδας υγείας, το οποίο για την αποτελεσματική λειτουργία

του απαιτεί εκτός από την καλή οργάνωση, την καλή συνεργασία και την αμφίδρομη σχέση-επικοινωνία με τη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας² (δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια). Ο ρόλος τους είναι να αποτελούν ένα είδος «φίλτρου» (gatekeeper) των περιπτώσεων που προσέχονται πριν αυτές προωθηθούν στη νοσοκομειακή φροντίδα, με στόχο τον περιορισμό της άσκοπης ζήτησης ακριβών εξειδικευμένων υπηρεσιών και κατ' επέκταση τον περιορισμό των δαπανών.^{2,7}

Η ΠΦΥ ασχολείται με τα προβλήματα υγείας της κοινότητας και την παροχή υπηρεσιών προαγωγής, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης της υγείας βασισμένη σε επιστημονικά τεκμηριωμένες, κοινωνικά αποδεκτές, πρακτικά εφαρμόσιμες και οικονομικά προσιτές μεθόδους και τεχνολογίες. Η έννοιά της υπερβαίνει το συμβατικό πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας και περιλαμβάνει δραστηριότητες που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία, το περιβάλλον, τη διατροφή και την προσφορά βασικής κλινικής και φαρμακευτικής αγωγής.⁵

Συγκεκριμένα, στην ΠΦΥ λαμβάνουν χώρα ιατρικές, νοσηλευτικές και οδοντιατρικές πράξεις και φροντίδες που έχουν σκοπό την πρόληψη και αποκατάσταση των προβλημάτων χωρίς να απαιτούν νοσηλεία σε νοσοκομείο. Το τελευταίο λαμβάνει ένα τελείως διαφορετικό ρόλο, να αποτελεί συμπλήρωμα της ΠΦΥ για την αντιμετώπιση εξειδικευμένων περιπτώσεων και όταν η βαρύτητα της νόσου δεν επιτρέπει τη νοσηλεία στο σπίτι ή σε μονάδες ΠΦΥ.⁶⁻⁸

Οι προληπτικές δραστηριότητες μέσα από την ΠΦΥ διακρίνονται σε αυτές που σχετίζονται με μέτρα για το περιβάλλον και σκοπό έχουν τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και κατ' επέκταση τη μείωση της νοσηρότητας, και σε ατομικά μέτρα που έχουν σκοπό την αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου και την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής.⁸

Την αύξηση του επιπέδου συνειδητότητας του πληθυσμού, την ετοιμότητα και αποφασιστικότητα σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο για την υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών, έρχεται να καλύψει η έννοια της Αγωγής Υγείας, που σχετίζεται στενά με την ΠΦΥ, με την προσδοκία της επίλυσης σημαντικών προβλημάτων υγείας.⁸

Ο σημαντικός ρόλος της ΠΦΥ στην αποκατάσταση του ατόμου μετά την ύφεση της οξείας νόσου έγκειται σε παρεμβάσεις που έχουν σκοπό να καλύψουν όλες τις ιατρικές, νοσηλευτικές και άλλες ανάγκες του μέχρι την ένταξή του ως ενεργό μέλος στο κοινωνικό σύνολο.

Ο ρόλος της ΠΦΥ στη αναγνώριση και φροντίδα των ατόμων με ψυχική νόσο⁹ είναι αδιαμφισβήτητη τόσο στην έγκαιρη αναγνώριση και παραπομπή τους σε ειδικούς όσο και στην παραμονή και φροντίδα αυτών των ατόμων στο σπίτι, στο οικείο οικογενειακό περιβάλλον.

Σύμφωνα με μελέτη¹⁰ της ΠΟΥ, η ανάπτυξη της ΠΦΥ σχετίζεται με τη βελτίωση της έκβασης της υγείας, της περιγεννητικής θνησιμότητας, της θνησιμότητας από άλλες αιτίες (π.χ. ατυχήματα) ή την ειδική με τη νόσο θνητότητα (π.χ. καρδιαγγειακά νοσήματα, αναπνευστικά). Αυτή η σχέση είναι σημαντική για τον έλεγχο καθοριστικών παραγόντων για την υγεία σε μακροεπίπεδο (ποσοστό ηλικιωμένων, ΑΕΠ κατά κεφαλή, ποσοστό ιατρών ανά 1000 κατοίκους) καθώς και σε μικροεπίπεδο (ΜΟ εξωνοσοκομειακών επισκέψεων, κατά κεφαλήν εισόδημα, κατανάλωση αλκοόλ και καπνού). Αναφέρεται ακόμη ότι αυξημένη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών ΠΦΥ σχετίζεται θετικά με την υψηλή ικανοποίηση των ασθενών και μείωση των συνολικών δαπανών για την υγεία. Προσανατολισμένα στην ΠΦΥ συστήματα υγείας, ακόμη και σε χώρες με χαμηλό εισόδημα, αναφέρεται να είναι περισσότερο δίκαια, προσιτά και προσβάσιμα υπέρ των φτωχών. Η εφαρμογή του θεσμού των γενικών ιατρών σχετίζεται θετικά με τη μείωση του κόστους και την αυξημένη ικανοποίηση των χρηστών, χωρίς αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα των υπηρεσιών. Επιπρόσθετα, χαρακτηριστικά της ΠΦΥ όπως η γεωγραφική κάλυψη, η μακροχρονιότητα, ο συντονισμός και ο προσανατολισμός προς την κοινότητα, σχετίζονται με τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού.

Η βιβλιογραφία που σχετίζεται με την άμεση σχέση της ΠΦΥ με την ποιότητα και την αποδοτικότητα, είναι περιορισμένη. Όμως, αναφέρεται ότι οι γενικοί-οικογενειακοί ιατροί προάγουν τη συνέχεια και περιεκτική-πολυσήμαντη φροντίδα, συμβάλουν στη μείωση των εισαγωγών νοσηλείας, μειώνουν τη χρήση εξειδικευμένων και επείγουσών υπηρεσιών και κατ' επέκταση βελτιώνουν τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας.¹⁰

Βέβαια, για να γευτούν τα κράτη τα οφέλη της ΠΦΥ, οφείλουν να ικανοποιούν βασικές προϋποθέσεις, όπως υψηλή προσπελασιμότητα, ύπαρξη μηχανισμών ελέγχου και διαχείρισης, συνεργασία με τις άλλες μορφές περίθαλψης και διατομεακή συνεργασία εντός της ομάδας ΠΦΥ, πλήρη δράση του οικογενειακού ιατρού.^{2,3}

Σύμφωνα με το νέο αυτό πρίσμα της ενίσχυσης της ΠΦΥ που προτείνει η ΠΟΥ, θα πρέπει να κατευθυνθούν

οι πολιτικές υγείας των κρατών. Η δομή του εκάστοτε συστήματος υγείας σχετίζεται άμεσα με τις υγειονομικές, κοινωνικές, πολιτιστικές και πολιτικές συνθήκες της χώρας που εφαρμόζεται. Στην Ελλάδα, η ανάπτυξη και η διαμόρφωση της δομής του συστήματος υγείας έγινε αποσπασματικά και είναι παράλληλη με την πορεία και ανάπτυξη του ελληνικού κράτους. Θα ακολουθήσει αναφορά στην πορεία ανάπτυξης της ΠΦΥ στην Ελλάδα καθώς και ανάλυση της σύγχρονης μορφής της.

Η ΠΦΥ ΚΑΙ Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Νομοθετικό πλαίσιο της ΠΦΥ στην Ελλάδα

Ο βασικός σκοπός κάθε συστήματος υγείας, στα πλαίσια του κοινωνικού κράτους, είναι η διασφάλιση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και κατ' επέκταση η βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και ποιότητας ζωής του πληθυσμού.⁷ Το ελληνικό σύστημα υγείας με τις ακόλουθες νομοθετικές ρυθμίσεις επεδίωξε την αναβάθμιση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Σύμφωνος με τις αρχές της διακήρυξης της Alma-Ata, ήταν ο νόμος 1397/1983 πλαίσιο¹¹ για την ΠΦΥ, ο οποίος είχε στόχους την καθολικότητα στην ασφαλιστική κάλυψη, την ισότητα της πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, την ανάπτυξη όλων των βαθμίδων περίθαλψης από το ΕΣΥ και την ποιοτική και ποσοτική αύξηση των επενδύσεων και του ανθρώπινου δυναμικού στο δημόσιο τομέα. Από τους παραπάνω στόχους κάποιοι επιτεύχθηκαν σε ικανοποιητικό βαθμό [θεσμοθέτηση νέων ιατρικών ειδικοτήτων, επιτροπή ΠΦΥ, δημιουργία 400 Κέντρων Υγείας (ΚΥ)] ενώ άλλοι δεν ικανοποιήθηκαν καθόλου (κάρτα υγείας, μείωση ποσοστού χρηματοδότησης της ΠΦΥ).

Στο νόμο 1579/217/ΤΑ/23-12-85 άρθρο 13¹² αναφέρεται ότι η σύσταση στα νοσοκομεία και ο τρόπος λειτουργίας των μονάδων, που κρίνονται αναγκαίες για την εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων πρωτοβάθμιας περίθαλψης, πρόληψης, νοσηλείας, εκπαίδευσης, έρευνας και θα ρυθμιστούν με υπουργικές αποφάσεις.

Ο νόμος 2071/1992¹³ για τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του συστήματος υγείας, ήρε το θεσμό της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των ιατρών του ΕΣΥ, και αναφερόταν στην κατ' οίκον νοσηλεία, τον οικογενειακό ιατρό, τη συμμετοχή του ιδιώτη ιατρού στην ΠΦΥ, καθώς και άλλες ρυθμίσεις.

Ο νόμος 2519/1997,¹⁴ ο οποίος δεν υλοποιήθηκε, λαμβάνοντας υπόψη το πόρισμα της έκθεσης της Ειδικής Επιτροπής Ξένων Εμπειρογνομώνων, κάνει λόγο για την ανάπτυξη «δικτύων» στην ΠΦΥ για την αγωγή υγείας και την πρόληψη.

Ο νόμος 3235/2004¹⁵ αποτελεί μια αυτοτελή νομοθετική ρύθμιση της ΠΦΥ, η οποία επιχειρεί να εξορθολογήσει και να προσδώσει ένα πλουραλιστικό χαρακτήρα αναφορικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, αξιοποιώντας τις υφιστάμενες υποδομές τόσο των μονάδων ΠΦΥ του ΕΣΥ όσο και των πολυατρείων και των τοπικών ιατρείων των ασφαλιστικών οργανισμών. Αφετηριακή του θέση αποτελεί ότι το κράτος οφείλει να είναι εγγυητής μιας επαρκούς δέσμης υπηρεσιών υγείας, εξασφαλίζοντας παράλληλα τη συνέχειά τους. Ο νόμος 3235/2004 είναι σαφώς προσανατολισμένος στην ικανοποίηση των παρακάτω αρχών:

- Τη συνέχεια της φροντίδας, επιτρέποντας τη διαχείριση οξέων και χρόνιων προβλημάτων υγείας από τον ίδιο το ιατρό ή την ομάδα υγείας στη διάρκεια του χρόνου,
- Της ολοκληρωμένης φροντίδας, δηλαδή της διαχείρισης των πιο συχνών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας καθώς και των μειζόνων παραγόντων κινδύνου, στο ιδιαίτερο κοινωνικό, πολιτιστικό και ψυχολογικό περιβάλλον του ασθενούς
- Του προσανατολισμού στον ασθενή και την οικογένειά του, μέσω μιας συντονισμένης και ελεγχόμενης κίνησης των ασθενών μέσα στο σύστημα.

Η εφαρμογή του παραπάνω νόμου αποτελεί μια πρόκληση για το ελληνικό σύστημα υγείας δεδομένου ότι εξακολουθούν να υφίστανται λόγοι που σχετίζονται με την παρακώλυση της εφαρμογής και προηγούμενων νομοθεσιών.

Διαπιστώνουμε ότι την τελευταία εικοσαετία η «αχίλλειος πτέρνα» του Εθνικού Συστήματος Υγείας εξακολουθεί να παραμένει η ανυπαρξία ενός ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας, στα πλαίσια των ελληνικών χαρακτηριστικών της δημόσιας διοίκησης. Η εξασφάλιση των προϋποθέσεων για τη δημιουργία αυτού του ολοκληρωμένου συστήματος ΠΦΥ επιβάλλεται να αποτελέσει βασική προτεραιότητα της πολιτικής για την ανασυγκρότηση του ΕΣΥ.

Η ΠΦΥ στην Ελλάδα και τα προβλήματά της

Η παρουσίαση του οργανωτικού και διοικητικού πλαισίου της ΠΦΥ στην Ελλάδα, που λειτουργεί υπό

το ανωτέρω νομοθετικό πλαίσιο, καταδεικνύει, στην ουσία, τα προβλήματα του τομέα. Συγκεκριμένα:

1. Μια πλειάδα οργανωτικών σχηματισμών και φορέων διαθέτει σήμερα η Ελλάδα για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ. Κάθε ένας συνιστά ένα ξεχωριστό υποσύστημα υγείας, με δικό του οργανωτικο-διοικητικό πρότυπο, με διαφορετικές συνθήκες εργασίας, ξεχωριστό εποπτεύοντα φορέα (υπουργείο), διαφορετικές πηγές χρηματοδότησης και ανισότητες σε επίπεδο εισφορών και παροχών.¹⁶⁻¹⁸

Συγκεκριμένα, ΠΦΥ παρέχεται¹⁶ από: (α) το Εθνικό Σύστημα Υγείας, μέσω των 201 Κέντρων Υγείας, των 1478 Περιφερειακών τους Ιατρείων και των πρωινών και απογευματινών Εξωτερικών Ιατρείων 132 νοσοκομείων. Στις υπηρεσίες αυτές έχουν πρόσβαση όλοι οι ασφαλισμένοι πολίτες καθώς και οι ανασφάλιστοι σε περιπτώσεις εκτάκτων περιστατικών, (β) τα Δημόσια Ασφαλιστικά Ταμεία (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ, ΟΑΕΕ). Υπηρεσίες παρέχονται από τα 350 πολυιατρεία των ασφαλιστικών ταμείων, συμβεβλημένους με τα ασφαλιστικά ταμεία ιδιώτες ιατρούς καθώς και συμβεβλημένα διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια του ιδιωτικού τομέα. Πρόσβαση έχουν οι ασφαλισμένοι των ταμείων. Το ΙΚΑ διαθέτει ένα ευρύ φάσμα δομών και υπηρεσιών ΠΦΥ, συχνά καινοτόμων, όπως Οικογενειακού Προγραμματισμού, Προστασίας Μάνας και Παιδιού, κέντρα παιδοψυχικής υγιεινής και προληπτικής ιατρικής, (γ) την Τοπική Αυτοδιοίκηση. Στη χώρα μας λειτουργούν 663 ΚΑΠΗ, 791 προγράμματα «Βοήθειας στο σπίτι» και Δημοτικά Ιατρεία τα οποία παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα και περίθαλψη και άλλοτε μόνο προνοιακές υπηρεσίες, (δ) τον ιδιωτικό τομέα (ιδιώτες ιατροί, διαγνωστικά κέντρα και ιατρεία), ο οποίος ανταγωνίζεται έντονα το δημόσιο σύστημα προσφέροντας υψηλή τεχνολογία και ξενοδοχειακού τύπου συνθήκες, (ε) τις μη κυβερνητικές-μη κερδοσκοπικές οργανώσεις, οι οποίες εξυπηρετούν το γενικό πληθυσμό (ΕΕΣ) ή μετανάστες και πρόσφυγες στα πολυιατρεία τους (Γιατροί Χωρίς Σύνορα, Γιατροί του Κόσμου).

Πρόκειται, λοιπόν, για ένα πολυκεραματισμένο και άναρχα αναπτυσσόμενο τομέα παροχής υπηρεσιών. Άμεση συνέπεια της πολυδιάσπασης και κατάταμής του είναι η παντελής απουσία κεντρικού επιτελικού σχεδιασμού και η έλλειψη συντονισμού στην ανάπτυξη, την παραγωγή και παροχή των υπηρεσιών. Ανάλογες δυσκολίες υπάρχουν και στο σχεδιασμό και την εφαρμογή ενιαίας πολιτικής στην ΠΦΥ.¹⁷

2. Εξετάζοντας τις συνολικές δαπάνες και την κατά κεφαλήν δαπάνη των ασφαλιστικών ταμείων για την πρωτοβάθμια περίθαλψη διαπιστώνουμε σημαντικές ανισότητες μεταξύ των ταμείων^{16,20} (που χαρακτηρίζει κάποια ως «ευγενή»). Μελέτη αναφέρει ότι ασφαλιστικά ταμεία με μεγάλο αριθμό συνταξιούχων (π.χ. ΟΠΑΔ) παρουσιάζουν υψηλό ποσοστό δαπανών σε σύγκριση με ταμεία που δεν έχουν συνταξιούχους¹⁶ (π.χ. ΟΑΕΕ). Επίσης, ταμεία με μεγάλο αριθμό συμβεβλημένων ιατρών σε σχέση με τις ανάγκες και η ελευθερία επιλογής των ασφαλισμένων τους (όπως ΟΠΑΔ, Οίκος Ναύτου) παρουσιάζουν αυξημένες κατά κεφαλή δαπάνες στην πρωτοβάθμια και φαρμακευτική περίθαλψη σε σύγκριση με τις δαπάνες του ΙΚΑ που διαθέτει δικά του πολυϊατρεία και μισθωτούς ιατρούς.¹⁶

3. Η ένδεια καταρτισμένων στελεχών (ιατρών και νοσηλευτών) στην πρωτοβάθμια φροντίδα είχε ως αποτέλεσμα τη στελέχωση των ΚΥ με επαγγελματίες ιατρο-κεντρικής αντίληψης, κατάρτισης και εμπειρίας. Αποτέλεσμα είναι το περιεχόμενο της ΠΦΥ συχνά να συρρικνώνεται στην απλή συνταγογραφία.^{2,19}

4. Η γεωγραφική ανισοκατανομή ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού, η οποία αποδεικνύεται με την ελλιπή στελέχωση των δομών στην περιφέρεια σε σύγκριση με τις αστικές περιοχές, παρακωλύει το βασικό στόχο της προσφοράς φροντίδας στο χώρο διαμονής και εργασίας των πολιτών.^{16,18,20} Η κάλυψη των θέσεων των ΚΥ σε ιατρικό προσωπικό για το 2000 δεν ξεπερνούσε το 47% κατά μέσο όρο στο σύνολο της χώρας. Η κάλυψη στην Αττική ήταν 74%, ενώ η κάλυψη των θέσεων στα νησιά δεν ξεπερνούσε το 31%. Ανάλογα ήταν τα ποσοστά και στις άλλες κατηγορίες προσωπικού.¹⁶ Ο νοσοκομειοκεντρικός χαρακτήρας του ελληνικού συστήματος υγείας διαφαίνεται και από το γεγονός ότι αυτός απορροφά το 49,2% του ιατρικού προσωπικού και το 90% του νοσηλευτικού για το έτος 2000. Αναφέρεται ότι το 2003 οι γενικοί ιατροί στη χώρα μας ήταν 1100–1200, ενώ οι ανάγκες ξεπερνούσαν τις 7000. Η αναλογία νοσηλευτών σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα στην Ελλάδα είναι 4/1000 κατοίκους στα αστικά κέντρα και 2,15–3/1000 στην περιφέρεια, ενώ τα ποσοστά στην ΕΕ είναι 8,2/1000 κατοίκους.¹⁶

5. Η απουσία του οικογενειακού ιατρού και η έλλειψη συστήματος παραπομπών σε ανώτερες και υψηλού κόστους μορφές περίθαλψης, έχουν ως αποτέλεσμα την άσκοπη, ανεξέλεγκτη και χωρίς περιορισμούς περιπλάνηση του χρήστη-ασθενή στα διάφορα τμήματα του

υγειονομικού συστήματος (από το ΕΣΥ στο ΙΚΑ και στη συνέχεια στον ιδιωτικό τομέα). Αποτέλεσμα είναι αφενός η διάσπαση της συνέχειας στη φροντίδα που παρέχεται με συνέπειες στην αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών και αφετέρου παρενέργειες στην αποδοτική χρήση των πόρων και τη συνολική αποδοτικότητα του υγειονομικού τομέα.^{2,16,21} Παραδόξως, ο οικογενειακός παθολόγος του ΙΚΑ δεν θυμίζει καθόλου τον οικογενειακό ιατρό των σύγχρονων συστημάτων υγείας. Παρέχει τις υπηρεσίες του απονευρωμένος και αποκομμένος από το υπόλοιπο σύστημα του ΙΚΑ αλλά και έξω από κάθε έλεγχο.^{1,20,21}

6. Οι σοβαρές ελλείψεις υλικοτεχνικής υποδομής και η αδυναμία ανταπόκρισης του δημόσιου τομέα στις σύγχρονες απαιτήσεις της ιατρικής επιστήμης παρά τη μεγάλη τεχνολογική πρόοδο, έχουν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό του εύρους των παρεχόμενων υπηρεσιών σε βασικές υπηρεσίες ή τον έμμεσο προσανατολισμό των χρηστών στον ιδιωτικό τομέα.¹⁶

7. Η περιορισμένη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών κατά τις απογευματινές και βραδινές ώρες, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα, προάγει την αναγκαστική προσφυγή στα εξωτερικά ιατρεία του εφημερεύοντος νοσοκομείου ή σε ιδιώτες ιατρούς.^{1,20,22}

8. Η έλλειψη ΚΥ αστικού τύπου υπερφορτώνει τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων για την παροχή ΠΦΥ και τα αποπροσανατολίζει από τον κύριο στόχο τους, δηλαδή την παροχή δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης, ενώ συγχρόνως επιτείνει την άνιση κατανομή και πρόσβαση στην ΠΦΥ και διασπά τη συνέχεια στη φροντίδα.^{1,22}

9. Οι ιδιαίτερα χαμηλοί μισθοί του προσωπικού και η έλλειψη κινήτρων για τη στελέχωση των δομών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και φροντίδας απομακρυσμένων περιοχών και μη, συχνά ενθαρρύνουν τη μείωση της παραγωγικότητας, τον αυθαίρετο περιορισμό του ωραρίου και την προσφυγή σε παράνομες συναλλαγές.¹⁸

10. Η έντονη δυσαρέσκεια των χρηστών επικεντρώνεται αφενός στη χαμηλή ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες λόγω δυσκολιών πρόσβασης, χαμηλής ποιότητας, μεγάλο χρόνο αναμονής και αφετέρου στην καταβολή πρόσθετων δαπανών από ίδιες πηγές τη στιγμή της συναλλαγής, καθώς το σύνολο των ίδιων δαπανών και παραπληρωμών αγγίζει το 40% των συνολικών δαπανών για την υγεία.¹⁸ Έρευνα αναφέρει¹ ότι 4 στους 10 ασφαλισμένους του ΙΚΑ δήλωσαν ικανοποιημένοι

από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, ενώ 8 στους 10 θα προτιμούσαν ένα άλλο ταμείο ασφάλισης όπως του ΟΠΑΔ, των τραπεζικών υπαλλήλων, της ΔΕΗ ή του ΟΤΕ.

11. Το όλο σύστημα χαρακτηρίζεται από χαμηλή αξιοπιστία, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να αναζητούν τη «δευτέρα γνώμη» σε άλλο ιατρό του συστήματος ή σε ιδιώτη, γεγονός που δημιουργεί επιπρόσθετες δαπάνες και υπερφόρτωση του συστήματος ή/και ακυρώνει το χαρακτήρα της δωρεάν περίθαλψης.^{1,2,18} Μελέτη αναφέρει ότι ποσοστό 40% των ασφαλισμένων του ΙΚΑ προσέφυγαν σε ιδιώτη ιατρό λόγω έλλειψης εμπιστοσύνης και 20% για την αναζήτηση δεύτερης γνώμης.^{1,21} Η χώρα μας διαθέτει ένα δείκτη 9 επισκέψεων κατά έτος, που είναι από τους υψηλότερους διεθνώς.¹

12. Η επιβεβλημένη συγκρότηση ομάδας στην ΠΦΥ και η διατομεακή της συνεργασία, με κοινό στόχο την ολοκληρωμένη προσέγγιση του χρήστη για την αντιμετώπιση των προβλημάτων του, όπως επιβάλλει το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, είναι ουσιαστικά ανύπαρκτη. Η απουσία ομαδικής προσέγγισης αλλά και η διακοπή της συνέχειας της φροντίδας διαπιστώνονται μέσα στο επίπεδο της ΠΦΥ αλλά και της συνεργασίας της με τα άλλα επίπεδα περίθαλψης^{1,22,23} (π.χ. ενημερωτικό σημείωμα).

13. Η ανυπαρξία αποτελεσματικού ελέγχου^{2,18} της συνταγογραφίας και των παραπομπών σε ιδιωτικά κυρίως κέντρα για υψηλού κόστους εξετάσεις, προκαλεί την αδικαιολόγητη οικονομική επιβάρυνση των ταμείων για φάρμακα και εξετάσεις, των οποίων η σκοπιμότητα και αποτελεσματικότητα συχνά αμφισβητείται.

14. Η παροχή ΠΦΥ σημαίνει την παροχή υπηρεσιών πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης. Με την παρούσα μορφή του συστήματος οι φορείς έχουν περιορισθεί στη συνταγογραφία και τον ιατρικό έλεγχο, ενώ η αγωγή υγείας και η πρόληψη παρέχονται αποσπασματικά ή απουσιάζουν τελείως.

15. Η έλλειψη μηχανοργάνωσης και αξιοποίησης της σύγχρονης τεχνολογίας^{1,23} από τις υπάρχουσες δομές για την καλύτερη εξυπηρέτηση των χρηστών και την παροχή ολοκληρωμένης συνεχούς φροντίδας είναι ένα ακόμη χαρακτηριστικό-πρόβλημα του ελληνικού συστήματος της ΠΦΥ.

16. Ο κατακερματισμός στην παροχή και την ευθύνη διακρίνει και την οδοντιατρική φροντίδα,^{1,16} βασικό συστατικό της ΠΦΥ. Ανισότητες παρατηρούνται στο είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών, στην κατανομή των οδοντιάτρων μεταξύ των φορέων παροχής ΠΦΥ και τη

γεωγραφική τους κάλυψη, τη συμμετοχή και την ελευθερία επιλογής του δικαιούχου.

17. Η μεγάλη εμπλοκή του ιδιωτικού τομέα^{3,18} στην παροχή εξωνοσοκομειακής και πρωτοβάθμιας περίθαλψης (ιδιωτικά ιατρεία, ιατρικός πλουραλισμός, εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών) και επένδυση σε ιατρική τεχνολογία σε συνδυασμό με την αδυναμία παρακολούθησης των τεχνολογικών εξελίξεων από το δημόσιο τομέα, εκθέτουν την ΠΦΥ σε φαινόμενα πλασματικής ζήτησης και υπερκατανάλωσης υπηρεσιών, επιβαρύνουν οικονομικά τον οικογενειακό και δημόσιο προϋπολογισμό και καταστρατηγούν το χαρακτήρα της δωρεάν υγείας.

18. Ανάλογα είναι και τα προβλήματα της επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας στη διάθεση εξειδικευμένου προσωπικού, υλικοτεχνικής υποδομής, δικτύων επικοινωνίας και πληροφοριακών συστημάτων, τις μεγάλες γεωγραφικές ανισότητες και την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα.²

19. Ο πολυκερματισμός διακρίνει και τον τομέα της χρηματοδότησης των φορέων της ΠΦΥ, της ανταμοιβής του προσωπικού και τη συμμετοχή του χρήστη.^{2,3,18,24}

Οι παραπάνω αναφορές αποτελούν μόνο μερικά από τα βασικά χαρακτηριστικά και συγχρόνως προβληματικά στοιχεία στην παροχή της ΠΦΥ στην Ελλάδα. Η αναφορά τους κρίνεται επιβεβλημένη προκειμένου να προσεγγισθούν θέματα αξιολόγησης αλλά και η πρόταση ενός νέου μοντέλου.

Δείκτες και κριτήρια για την αξιολόγηση της ΠΦΥ

Η έννοια της αξιολόγησης περιλαμβάνει τη δυνατότητα εκτίμησης της λειτουργίας μιας υπηρεσίας, την επισήμανση των προβλημάτων ή ελλείψεων και την τροποποίηση και βελτίωση των υπηρεσιών προς την κατεύθυνση της μεγαλύτερης δυνατής επίτευξης των προκαθορισμένων στόχων και προδιαγραφών. Οι δείκτες είναι τα βασικά εργαλεία για την πραγματοποίηση της αξιολόγησης, είναι οι μεταβλητές που βοηθούν στη μέτρηση των αλλαγών. Το αντικείμενο αξιολόγησης είναι αυτό που καθορίζει και το είδος του δείκτη που θα χρησιμοποιηθεί.²⁵

Οι δείκτες για την αξιολόγηση της ΠΦΥ πρέπει να σχετίζονται με πεδία¹⁰ όπως η υγεία του πληθυσμού, η ισότητα και η πρόσβαση στις υπηρεσίες, η ποιότητα και επάρκεια της παρεχόμενης φροντίδας, η ικανοποίηση των χρηστών και η σχέση κόστους/αποτελεσματικότη-

τας των υπηρεσιών. Ενδεικτικά προτεινόμενοι δείκτες είναι:^{3,24-27}

- Δείκτης οργανωτικής και διοικητικής διάρθρωσης των δομών της ΠΦΥ
- Δείκτης υποδομής (αριθμός πρωτοβάθμιων κέντρων υγείας, διαγνωστικών κέντρων, εργαστηρίων στα ΚΥ, κ.ά.)
- Δείκτης επάρκειας των ανθρώπινων πόρων ενός υγειονομικού συστήματος (αριθμός των γενικών ιατρών, νοσηλευτών και διοικητικού προσωπικού σε σχέση με τις προβλεπόμενες θέσεις, γενικοί ιατροί/κατοίκους, αριθμό επισκέψεων, κ.ά.)
- Δείκτης της επάρκειας κάλυψης των δομών της ΠΦΥ (αριθμός γενικών ιατρών, νοσηλευτών και διοικητικού προσωπικού σε σχέση με τους κατοίκους μιας χώρας
- Δείκτης κόστους/αποτελεσματικότητας των δαπανών υγείας (η αποτελεσματικότητα αναφέρεται στην βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και εξετάζεται μέσω της εφαρμογής εσωτερικών δεικτών, όπως η μείωση της θνησιμότητας, το προσδόκιμο επιβίωσης, η ποιότητα ζωής, η ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας)
- Δείκτες αποδοτικότητας των πόρων (δαπάνες για φαρμακευτική περίθαλψη, για πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη, για διαγνωστικές εξετάσεις)
- Δείκτης ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες
- Δείκτης κοινωνικής δικαιοσύνης (εξετάζεται μέσω της εφαρμογής εσωτερικών δεικτών, όπως η ισότητα των χρηστών στη δαπάνη, την πρόσβαση, τη χρήση και το αποτέλεσμα, η καταπολέμηση των διακρίσεων σε βάρος ευπαθών ομάδων του πληθυσμού και η εξυπηρέτηση προσώπων σε κατάσταση ανάγκης)
- Δείκτης δαπανών του μοντέλου σε σχέση με τις συνολικές δαπάνες ενός συστήματος υγείας (δαπάνες σε τρέχουσες τιμές, σε σταθερές τιμές, ως ποσοστό του ΑΕΠ), που επιτρέπει συγκρίσεις μεταξύ διαφορετικών χωρών αλλά και μεταξύ διαφορετικών περιόδων λειτουργίας του συστήματος.

Οι βασικοί δείκτες αξιολόγησης της ΠΦΥ θα πρέπει να περιλαμβάνουν και τις λίστες αναμονής, το μέσο χρόνο αναμονής για την παροχή φροντίδας, το μέσο χρόνο διάρκειας επίσκεψης, τη συχνότητα παραπομπής σε ειδικό ιατρό ή νοσηλευτική μονάδα καθώς και έλεγχο της συνταγογραφίας.¹

Προτάσεις για την «άριστη» δομή του συστήματος ΠΦΥ στη χώρα μας

Οι σύγχρονες ολιστικές αντιλήψεις για την υγεία και την ασθένεια έχουν οδηγήσει σε αναθεώρηση της φιλοσοφίας και των οργανωτικο-λειτουργικών προτύπων των υπηρεσιών της ΠΦΥ. Ανεξάρτητα από τη γενικότερη φιλοσοφία του συστήματος υγείας, το οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο και τις μεθόδους χρηματοδότησης, οι βασικές αρχές λειτουργίας ενός σύγχρονου αποκεντρωμένου συστήματος ΠΦΥ, που θα εξασφαλίζει την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού, είναι: η συνέχεια της φροντίδας, η άμεση προσπέλαση των πολιτών, η δυνατότητα συνεχούς παροχής φροντίδας όλο το 24ωρο ετησίως και η διάθεση όλων των απαραίτητων διαγνωστικών και θεραπευτικών μέσων ώστε ένα κοινό πρόβλημα υγείας να επιλύεται σε τοπικό επίπεδο και να αποφεύγεται η μη αναγκαία προσφυγή στο νοσοκομείο.^{1,24}

Με βάση τις παραπάνω αρχές, έχουν διατυπωθεί 4 προτάσεις-μοντέλα της ΠΦΥ. Αυτά είναι το μοντέλο ανάπτυξης κατά τα πρότυπα της Στρατηγικής Υγείας για Όλους της ΠΟΥ, η πρόταση της Ειδικής Επιτροπής Ξένων Εμπειρογνομόνων που βασίζεται στην ανάπτυξη του θεσμού του οικογενειακού ιατρού κατά το βρετανικό πρότυπο, τα Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και η πρόταση της Επιτροπής για το θεσμό του οικογενειακού ιατρού και την ΠΦΥ.¹⁷

Περιγραφή προτάσεων για τη μεταρρύθμιση στην ΠΦΥ

Η παρουσίαση της κατάστασης που σχετίζεται με την ΠΦΥ στην Ελλάδα σήμερα, από τις ανωτέρω περιγραφές, ενισχύει προς μια επιθυμητή και ευκαία προοπτική μεταρρύθμισης. Ακολουθεί η κατάθεση προτάσεων για αλλαγή, τροποποίηση και βελτίωση του τομέα, διότι δεν εμπίπτει στο σκοπό και τους στόχους της παρούσας ανασκόπησης η παρουσίαση ενός συγκεκριμένου μοντέλου-πρότυπο. Οι προτάσεις βασίζονται στις ανάγκες των πολιτών, τις δυνατότητες και τα πλεονεκτήματα που διαθέτει η Ελλάδα σε ανθρώπινους, υλικούς και οικονομικούς πόρους, το εργασιακό πλαίσιο των επαγγελματιών υγείας και το διοικητικό και οικονομικό κόστος μετάβασης.

Κεντρικό συμπέρασμα από τις μέχρι τώρα αναφορές είναι η απαίτηση για άμεση και ουσιαστική παρέμβαση^{1,17} για την έναρξη της προσπάθειας για τη δημιουργία ενός απόλυτα αναγκαίου δημόσιου ενιαίου και ολοκληρωμένου συστήματος ΠΦΥ, το οποίο θα εξασφαλίζει την παροχή ενός ευρέος φάσματος υπηρεσιών και θα απο-

τελέσει το βασικό κορμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας.^{24,28}

1. Ο νόμος 3235/2001 είναι ένα πρώτο βήμα προς αυτή την κατεύθυνση. Η λειτουργία των ΚΥ αγροτικού τύπου και των ιατρείων του ΙΚΑ με τη μορφή εξωτερικών ιατρείων θα προσφέρει πλούσια εμπειρία ως σημείο εκκίνησης ενός ολοκληρωμένου συστήματος προσαρμοσμένου στην ελληνική πραγματικότητα. Η δημιουργία και ανάπτυξη ΚΥ αστικού τύπου και η μετατροπή των ήδη υπαρχόντων πολυιατρείων-δημοτικών ιατρείων των αστικών κέντρων θεωρείται επιβεβλημένη και αποτελεί μια ουσιαστική και ρεαλιστική απάντηση στην κρίση των υπηρεσιών υγείας. Θα συμβάλει αποφασιστικά στην αναβάθμιση της φροντίδας του πληθυσμού και την αποτελεσματική διαχείριση των πόρων. Το ΙΚΑ, ως ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός οργανισμός, διαθέτει την υλικοτεχνική υποδομή και το απαραίτητο προσωπικό (ιατρο-νοσηλευτικό και διοικητικό) για τη στήριξη του θεσμού του οικογενειακού ιατρού και των ΚΥ αστικού τύπου.^{21,24}

2. Η διοικητική αυτονομία των ΚΥ και η ανεξάρτησή τους από τα νοσοκομεία, καθώς και η εγκαθίδρυση αποτελεσματικών λειτουργιών διοικητικής και οικονομικής διαχείρισης των πρωτοβάθμιων μονάδων, κρίνεται περισσότερο από αναγκαίες.¹⁷

3. Ο ρόλος του οικογενειακού ιατρού σε ένα τέτοιο σύστημα είναι κεντρικός, με βασική υποχρέωσή του να προσφέρει επαρκή δέσμη υπηρεσιών φροντίδας σε όλους τους δικαιούχους.^{17,19,20,24} Οφείλει να συνεργάζεται με την τοπική κοινωνία και την ομάδα υγείας και να συμβάλλει ουσιαστικά στην πρόληψη και αγωγή υγείας του πληθυσμού. Για την ανάληψη του νέου ρόλου των οικογενειακών ιατρών απαιτούνται αλλαγές στα εκπαιδευτικά προγράμματα (προπτυχιακά και μεταπτυχιακά), παροχή κινήτρων για την επιλογή της αντίστοιχης ειδικότητας, παροχή κινήτρων για τη στελέχωση των υπηρεσιών-ΚΥ της περιφέρειας και των παραμεθόριων περιοχών και αναγνώριση του κύρους και της δύναμής τους για την επίτευξη των στόχων της μεταρρύθμισης.

4. Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού⁵ επίσης διαφέρει από αυτόν του νοσοκομειο-κεντρικού προτύπου. Τροποποιήσεις των εκπαιδευτικών προγραμμάτων των νοσηλευτικών σχολών, ανάδειξη του εύρους του πεδίου της άσκησης νοσηλευτικής στην ΠΦΥ, κίνητρα για τον προσανατολισμό των νοσηλευτών στον αντίστοιχο τομέα και πολιτική μέριμνα για την απορρόφησή

τους, είναι μερικές αναγκαίες παρεμβάσεις για την υλοποίηση του νέου προσανατολισμού. Το Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, αναγνωρίζοντας τις νέες προκλήσεις για τον επαγγελματία νοσηλευτή, διαθέτει από το 1993 μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών στη Δημόσια Υγεία και από το 2003 στην Κοινωνική Νοσηλευτική.⁵ Αναφέρεται ότι σε αρκετές χώρες (Αυστραλία, ΗΠΑ, Ν. Ζηλανδία, Ισπανία, κ.ά.) κατάλληλα εκπαιδευμένοι νοσηλευτές μετά από τη δική τους νοσηλευτική εκτίμηση συνταγογραφούν σε προκαθορισμένο εύρος φαρμάκων καθώς επίσης παραπέμπουν σε ειδικούς ιατρούς.²⁹

5. Η διεπιστημονική συνεργασία των επαγγελματιών υγείας στην ΠΦΥ είναι καθοριστική για την εκπαίδευση και γνώση του ρόλου κάθε επαγγελματία και την εξασφάλιση ποιοτικών υπηρεσιών και την ικανοποίηση του χρήστη.^{1,24} Επίσης, ο περιορισμός και η διασύνδεση με τη νοσοκομειακή περίθαλψη θα συμβάλει στη μείωση της σπατάλης από επικαλύψεις και θα εξασφαλίσει τη συνέχεια της δέσμης των υπηρεσιών που θα παρέχονται.²²

6. Η επαρκής στελέχωση των δομών που θα προκύψουν από τη μεταρρύθμιση είναι καθοριστικής σημασίας για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών και τη μεγιστοποίηση της αποδοτικότητάς τους.¹⁶

7. Η εξασφάλιση ενός ευρέος φάσματος υπηρεσιών από τους φορείς παροχής ΠΦΥ, όπως ιατρική περίθαλψη, εργαστηριακές εξετάσεις, υπηρεσίες ειδικοτήτων, πρόληψης, αποκατάστασης, νοσηλείας, επείγουσας και κοινωνικής φροντίδας καθώς και ειδικοτήτων (ψυχικής υγείας) είναι καθοριστικής σημασίας για την ανάπτυξη του νέου μοντέλου ΠΦΥ και την ικανοποίηση των πολιτών.^{1,2}

8. Η ανάπτυξη ενός πληροφοριακού συστήματος κατάλληλου για την ΠΦΥ, στα πλαίσια της τηλεϊατρικής, μπορεί να συμβάλει στη δημιουργία τοπικών δεικτών υγείας αλλά και την κάρτα υγείας του Έλληνα πολίτη.²⁰

9. Η αξιολόγηση του έργου των ΚΥ ανά υγειονομική περιφέρεια θα πρέπει να γίνεται από ομάδα εμπειρών προσώπων, μετά από συνεργασία με το προσωπικό και τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τις τοπικές και περιφερειακές ανάγκες.^{2,20}

10. Η δημιουργία του Ενιαίου Φορέα Υγείας για την παροχή ενιαίας ΠΦΥ με τη συμμετοχή όλου του ιατρικού και νοσηλευτικού δυναμικού της χώρας και την ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων μπορεί να συμ-

βάλλει ουσιαστικά στην οργάνωση της προνοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης.^{28,30}

11. Οι διαδικασίες παραπομπής σε ειδικούς είναι κομβικό σημείο για την ανάπτυξη του νέου συστήματος. Την ευθύνη οφείλει να αναλάβει ο οικογενειακός ιατρός και η υποβολή κυρώσεων σε ιατρούς και ασθενείς κρίνεται απαραίτητη.³⁰

12. Το όλο πλαίσιο της οργάνωσης και λειτουργίας της ΠΦΥ είναι σημαντικό να διακρίνεται από σεβασμό στον χρήστη και τις ανάγκες του (εύκολη πρόσβαση, ταχύτατη εξυπηρέτηση, σύστημα ραντεβού, δικαίωμα επιλογής ιατρού, κατάλληλοι χώροι και υλικοτεχνική υποδομή, επαγγελματική δεοντολογία).^{1,2,30}

13. Ανεξάρτητα από τις νομοθετικές ρυθμίσεις και τη δημιουργία νέων φορέων, κρίνεται σκόπιμο να υπάρξει μια συντονισμένη προσπάθεια από την πολιτεία για την ενημέρωση και σταδιακή αλλαγή της νοοτροπίας του Έλληνα πολίτη όσον αφορά την αναζήτηση του προσωπικού ιατρού αντί του πλησιέστερου νοσοκομείου για οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας.¹

14. Η ανάπτυξη νέων δομών στα πλαίσια της ΠΦΥ όπως κατ' οίκον νοσηλεία, βραχεία νοσηλεία, φυσιοθεραπεία, επείγουσας περίθαλψης, οδοντιατρικής φροντίδας, ψυχικής υγείας, προσχολικής και σχολικής αγωγής θα συμβάλει στην αποσυμφόρηση των νοσοκομείων και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.^{23,24}

15. Οι ανωτέρω προτάσεις-παρεμβάσεις θα πρέπει να συνοδεύονται και από ανάλογες μεταρρυθμίσεις στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών και των προμηθευτών (κλειστοί προϋπολογισμοί, κατά κεφαλήν αμοιβή, πρωτόκολλα) ώστε να αποφευχθεί η σπατάλη πόρων και να εξασφαλισθεί η ικανοποίηση των συντελεστών (ιατροί, νοσηλευτές, υπόλοιπο προσωπικό).^{24,28,30}

Πλεονεκτήματα των προτάσεων για τη μεταρρύθμιση της ΠΦΥ

Οι προτάσεις που παρουσιάστηκαν μπορούν να αποτελέσουν βασικές συνιστώσες της προσπάθειας μεταρρύθμισης στην ΠΦΥ και ικανοποιούν τις βασικές αρχές λειτουργίας ενός σύγχρονου αποκεντρωμένου συστήματος ΠΦΥ όπως αυτές προαναφέρθηκαν.^{1,2,28,30}

Επιπρόσθετα:^{1,24,30}

- Αξιοποιούν τις υφιστάμενες δομές για τη δημιουργία των νέων

- Η σταδιακή εφαρμογή τους μπορεί να εξασφαλίσει τη μεγαλύτερη κοινωνική συναίνεση αποφεύγοντας τις έντονες αντιδράσεις
- Εξασφαλίζουν την αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών με διαδικασίες που εγγυώνται την καθολική αποδοχή και θέτουν τον οικογενειακό ιατρό θέτουν ως δυναμικό εγγυητή της επάρκειας των υπηρεσιών
- Περιορίζουν-καταργούν το «μωσαϊκό» φορέων και υπηρεσιών που λειτουργούν χωρίς συντονισμό
- Διατηρούν και εξασφαλίζουν το δημόσιο χαρακτήρα του συστήματος
- Μπορούν να συμβάλουν στην εξυγίανση του συστήματος υγείας εξασφαλίζοντας ποιοτικά, οικονομικά και κοινωνικά οφέλη
- Τέλος, μπορούν οι προτάσεις αυτές να αποτελέσουν το πρώτο στάδιο μιας γενικότερης διοικητικής τομής στο σύστημα.

Η πληρέστερη κατανόηση της σημασίας των παραπάνω προτάσεων θα γίνει δυνατή παρακάτω με την εκ των προτέρων αξιολόγησή τους με την ανάλυση SWOT.

Η εκ των προτέρων αξιολόγηση των προτάσεων με ανάλυση SWOT

Η ανάλυση SWOT είναι ένα εργαλείο^{31,32} με το οποίο επιτυγχάνεται η εκ των προτέρων αξιολόγηση του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος μιας επιχείρησης-ενός οργανισμού. Περιλαμβάνει την αναγνώριση και καταγραφή των δυνατών και των αδύνατων σημείων (συγκριτικά πλεονεκτήματα που επιβάλλεται να διατηρήσει και να αξιοποιήσει ο οργανισμός και αντίστοιχα χαρακτηριστικά για τα οποία πρέπει να ληφθούν μέτρα βελτίωσης) (εσωτερικό περιβάλλον) της στρατηγικής που επιλέγεται, καθώς και των ευκαιριών και των κινδύνων (στοιχεία που πρέπει να εκμεταλλευτεί και να αξιοποιήσει με κατάλληλες στρατηγικές για την επίτευξη των στόχων και αντίστοιχα στοιχεία που αποπροσανατολίζουν από τους στόχους αν δεν ληφθούν κατάλληλα μέτρα) (εξωτερικό περιβάλλον) που αυτή συνεπάγεται. Απώτερος σκοπός είναι να εκμεταλλευτεί μελλοντικές ευκαιρίες και να αποφύγει δυσάρεστες συνέπειες. Οι πληροφορίες και οι γνώσεις που συλλέγονται μπορούν να μειώσουν σημαντικά το ρίσκο κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων.³¹⁻³⁶

Ο πίνακας 1 αποτελεί μια συνοπτική παρουσίαση των δυνατών και των αδύνατων σημείων των προτάσεων-

Πίνακας 1. Η ανάλυση SWOT των συνιστωσών της μεταρρύθμισης της ΠΦΥ.

Δυνατά σημεία	Αδύνατα σημεία
<p>Γενικά</p> <ul style="list-style-type: none"> - Υπάρχον νομοθετικό πλαίσιο - Πολιτική βούληση για αλλαγή του υπάρχοντος συστήματος - Γενική απαίτηση όλων για μεταρρύθμιση <p>Δομές ΠΦΥ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ΚΥ αγροτικού τύπου και ΚΥ αστικού τύπου και συνεργασία με ΙΚΑ - Ανάπτυξη νέων δομών στα πλαίσια της ΠΦΥ - Αποσυμφόρηση ΕΙ νοσοκομείων - Φίλτρο η ΠΦΥ για την προσφυγή στη δευτεροβάθμια περίθαλψη <p>Υπηρεσίες ΠΦΥ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Σεβασμός στο χρήστη και τις ανάγκες του - Διαδικασίες παραπομπής σε ειδικούς - Έλεγχος της ροής των ασθενών - Διεύρυνση των παρεχόμενων υπηρεσιών - Εξασφάλιση δέσμης υπηρεσιών - Ποιοτικές υπηρεσίες ΠΦΥ - Οικονομικά οφέλη των χρηστών (δεν καταφεύγουν σε ιδιώτες) - Πληροφοριακό σύστημα και on line υποστηρικτικές υπηρεσίες - Ανάπτυξη και τήρηση ιατρικού φακέλου - Μείωση χρόνου αναμονής - Ευρύ ωράριο λειτουργίας - Εύκολη πρόσβαση - Ταχύτητα εξυπηρέτησης - Ικανοποίηση πολιτών από υπηρεσίες - Ισότητα πρόσβασης - Διευκόλυνση ερευνών - Διευκόλυνση στατιστικών καταγραφών - Διευκόλυνση αναγνώρισης προφίλ υγείας ενός πληθυσμού <p>Ανθρώπινο δυναμικό</p> <ul style="list-style-type: none"> - Επαρκείς στελέχωση των δομών - Οικογενειακός ιατρός και ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό εγγυητές παροχής δέσμης υπηρεσιών ευρέος φάσματος - Αξιοποίηση υπάρχοντος προσωπικού - Προσλήψεις προσωπικού (κυρίως νοσηλευτικού) για την κάλυψη των αναγκών - Διεπιστημονική συνεργασία των επαγγελματιών υγείας <p>Έλεγχος και αξιολόγηση</p> <ul style="list-style-type: none"> - Αξιολόγηση του έργου των ΚΥ από ομάδα έμπειρων προσώπων 	<p>Γενικά</p> <ul style="list-style-type: none"> - Νοσοκομειακός προσανατολισμός του ΕΣΥ - Νοσοκομειακός προσανατολισμός προμηθευτών και χρηστών - Αργός ρυθμός ενσωμάτωσης των αλλαγών <p>Δομές ΠΦΥ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Οριοθέτηση πλαισίου ιδιοκτησίας και χρήσης των μέσων παραγωγής - Υψηλό διοικητικό κόστος μετάβασης - Κόστος οργάνωσης, λειτουργίας και στελέχωσης των νέων δομών <p>Υπηρεσίες ΠΦΥ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Αίσθηση περιορισμού ελεύθερης επιλογής των χρηστών - Κόστος οργάνωσης, λειτουργίας και στελέχωσης των δομών - Υψηλό κόστος αγοράς, εγκατάστασης, συντήρησης και εκμάθησης λειτουργίας σύγχρονου εξοπλισμού <p>Ανθρώπινο δυναμικό</p> <ul style="list-style-type: none"> - Οικονομικό κόστος επαρκούς στελέχωσης των δομών - Ρύθμιση εργασιακού καθεστώτος του υπάρχοντος προσωπικού - Δυσανασχέτηση προμηθευτών - Υψηλό κόστος μετεκπαίδευσης των ήδη εργαζομένων ιατρών στη γενική ιατρική - Υψηλό κόστος οικονομικών κινήτρων στελέχωσης απομακρυσμένων περιοχών - Κόστος απορρόφησης-προσλήψεων - Συχνά ακαθόριστα τα όρια λειτουργίας κάθε επαγγελματία - Ανυπαρξία συναίνεσης για την εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων <p>Έλεγχος και αξιολόγηση</p> <ul style="list-style-type: none"> - Υψηλό οικονομικό κόστος συγκρότησης και διατήρησης της ομάδας (εξασφάλιση έναντι της διαφθοράς)

Συνεχίζεται

Πίνακας 1. (συνέχεια)

- Έμμεσο κίνητρο παροχής ποιοτικών υπηρεσιών
- Εφαρμογή πρωτοκόλλων και τεκμηριωμένης φροντίδας
- Κυρώσεις σε παραπτώματα
- Επιβράβευση σε δραστηριότητες
- Γενικότερη βελτίωση του ελέγχου του συστήματος (μετρήσιμα κριτήρια)
- Αίσθηση συμμετοχής στον έλεγχο του συστήματος από το χρήστη
- Μεγαλύτερη αίσθηση ασφάλειας του πολίτη
- Βελτίωση ελέγχου χρηματοδότησης των υπηρεσιών

Ευκαιρίες

- Κατάλληλη αξιοποίηση των πολιτικών και κατευθυντήριων οδηγιών της ΕΕ
- Επιτυχημένα παραδείγματα και πολιτικές άλλων χωρών και εγχώριων οργανισμών
- Αξιοποίηση νέων τεχνολογιών
- Αξιοποίηση υπαρχόντων δομών και τεχνολογίας
- Χρηματοδότηση δράσεων της ΠΦΥ από διεθνείς οργανισμούς
- Δημιουργία ενός Ενιαίου Φορέα Υγείας στην ΠΦΥ
- Μεταρρυθμίσεις στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών και των προμηθευτών
- Ενθάρρυνση έρευνας
- Βελτίωση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας
- Ανάπτυξη κουλτούρας συνεχούς εκπαίδευσης

Απειλές-κίνδυνοι

- Μακροπρόθεσμα τα οφέλη
- Μη ενεργοποίηση και εφαρμογή των νόμων της ΠΦΥ
- Εξωγενείς παράγοντες (οικονομική κρίση)
- Αμφισβητήσεις της συγκέντρωσης των πόρων σε ένα φορέα
- Ασυμφωνίες των ασφαλιστικών ταμείων
- Πρόσκρουση των μεταρρυθμίσεων σε κατεστημένες νοοτροπίες, αμετακίνητες δομές και κεκτημένα συμφέροντα
- Αντιδράσεις προμηθευτών στην εφαρμογή των μέτρων

συνιστώσών στα πλαίσια της προσπάθειας μεταρρύθμισης της ΠΦΥ καθώς και των ευκαιριών παρέμβασης και των ενδεχόμενων κινδύνων σε σχέση με τους βασικούς στόχους της μεταρρύθμισης.

Από την ανωτέρω ανάλυση συνάγεται το συμπέρασμα ότι τα πλεονεκτήματα εφαρμογής των προτεινόμενων μέτρων είναι πολυδιάστατα και αφορούν τους χρήστες, τους προμηθευτές και το κοινωνικό σύνολο γενικότερα. Αντίθετα, το σημαντικότερο μειονέκτημά τους φαίνεται να σχετίζεται με το υψηλό οικονομικό κόστος εφαρμογής τους και την τροποποίηση των παγιωμένων αντιλήψεων και απώλειας των κεκτημένων συμφερόντων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η έμφαση που δίνεται στην ανάπτυξη της ΠΦΥ διεθνώς αποτελεί την προσπάθεια απάντησης στα κρίσιμα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο τομέας της υγείας γενικότερα, τα οποία έχουν ως κοινή συνισταμένη την έλλειψη αποτελεσματικότητας στη αντιμετώπιση των

προβλημάτων υγείας μέσα στα πλαίσια των διατιθέμενων πόρων.¹⁶

Η διατύπωση προτάσεων ανάληψης συγκεκριμένων πρωτοβουλιών απαιτεί την ερευνητική προσέγγιση των αιτιών των προβλημάτων και εμβάθυνση σε λεπτά και δύσκολα σημεία που περιπλέκουν τα προβλήματα στην ΠΦΥ υπό το πρίσμα των συνεχώς μεταβαλλόμενων συνθηκών. Κρίνεται σκόπιμο να ληφθούν ως σημεία προβληματισμού οι μελέτες κόστους αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών, η δημιουργία ενός συστήματος συνεχούς αξιολόγησης, η δημιουργία επενδυτικών σχεδίων ανάπτυξης, η δημιουργία του χάρτη υγείας, η ενίσχυση των προγραμμάτων νοσηλείας στο σπίτι και η ανάληψη πρωτοβουλιών από την τοπική αυτοδιοίκηση. Ο ρόλος της τελευταίας στην ανάπτυξη δικτύων ΠΦΥ και τη μετατόπιση του κέντρου βάρους του συστήματος υγείας από τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη στην πρωτοβάθμια, μπορεί να είναι καθοριστικός.

Αφετηριακή θέση και προτεραιότητα της πολιτικής υγείας για την ανασυγκρότηση του ΕΣΥ επιβάλλεται

να αποτελέσει η εξασφάλιση προϋποθέσεων για τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος ΠΦΥ. Για την επίτευξή του απαιτείται αφενός αναθεώρηση του τρόπου λειτουργίας των πρωτοβάθμιων μονάδων και του εξοπλισμού αυτών και αφετέρου ικανά στελέχη αποπροσανατολισμένα από την κλινική-νοσοκομειακή πρακτική. Απαιτείται μια νέα φιλοσοφία και αντίληψη για την υγεία και την αρρώστια, ένα σύγχρονο κοινωνικό ρεύμα για ένα νέο τρόπο ζωής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Μωραΐτης Ε, Γεωργούση Ε, Ζηλίδης Χ, Θεωδώρου Μ, Πολύζος Ν. *Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας*. Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Αθήνα, 1995
- Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ. *Συστήματα υγείας και ελληνική πραγματικότητα*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2001
- Κοντιάδης Ξ, Σουλιώτης Κ. *Σύγχρονες προκλήσεις στην πολιτική υγείας*. Εκδόσεις Σάκουλα, Αθήνα, 2005
- Δικαίος Κ, Χλέτσος Μ. Πολιτική υγείας/Κοινωνική πολιτική: ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες. Στο: Δικαίος Κ, Χλέτσος Μ (Επιμ.) *Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Πολιτική υγείας/Κοινωνική πολιτική*. Πάτρα, ΕΑΠ, ΔΜΥ51, Τόμος Β, 1999:233–260
- Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α, Σουρτζή Π. *Κοινωνική Νοσηλευτική*. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2005
- Ιωαννίδης Ε, Μάντης Π. Υγεία και περίθαλψη. Στο: Ιωαννίδης Ε, Λοπατατζίδης Α, Μάντης Π (Επιμ.) *Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Υγεία: οριοθετήσεις και προοπτικές*. Πάτρα, ΕΑΠ, ΔΜΥ51, Τόμος Α, 1999:15–58
- Δικαίος Κ. Πολιτική Υγείας. Στο: Δικαίος Κ, Χλέτσος Μ (Επιμ.) *Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Πολιτική υγείας/Κοινωνική πολιτική*. Τόμος Β. Πάτρα, ΕΑΠ, ΔΜΥ51, 1999:17–96
- Τούντας Γ. Ο ρόλος της προαγωγής και αγωγής υγείας στην Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση. Στο: Μπεσμπέας Σ (Επιμ.) *Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση νοσημάτων φθοράς*. Αθήνα, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2002:97–104
- WHO European Ministerial Conference on Mental Health. *Access to good primary care in mental health*. Helsinki, WHO European Ministerial Conference on Mental Health, 12–15 January 2005 EUR/04/5047810/B11
- Atun R. *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* London, WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), 2004
- Νόμος 1397/1983. (ΦΕΚ 143Α) «Εθνικό Σύστημα Υγείας»
- Νόμος 1579/1985. (ΦΕΚ 217Α) «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας»
- Νόμος 2071/92. (ΦΕΚ 123Α) «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος Υγείας»
- Νόμος 2519/1997. (ΦΕΚ 165/Α/1997) «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις»
- Νόμος 3235/2004. (ΦΕΚ 53Α) «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»
- Θεοδώρου Μ, Σίσκου Ο, Καϊτελίδου Δ, Φαρατσέλη Ο, Λιαρόπουλος Α. Η οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα. Στο: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Τρίτο Περιφερειακό Σύστημα Υγείας-Πρόνοιας Αττικής (Επιμ.) *Θεωρία και Πρακτική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. Πειραιάς, 2005:23–44
- Ζηλίδης Χ. Αρχές και εφαρμογές πολιτικής υγείας: η μεταρρύθμιση 2000–2004. *Mediforce Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας*, Αθήνα, 2005
- Tountas Y, Karnaki P, Pavi E. Reforming the reform: the Greek national health system in transition. *Health Pol* 2002, 62:15–29
- Μπένος Α. Γενικός ιατρός: *Ηγέτης της ομάδας ΠΦΥ ή διαχειριστής υπηρεσιών και πόρων?* Στο: Ανδριώτη Δ και συν. *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα, Εκδόσεις Θεμέλιο & Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, 1996:207–217
- Λιονής Χ, Μερκούρης Μ. Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προτάσεις για τη βελτίωσή της. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2000, 12:7–19
- Νικολάκης Κ, Οικονόμου Χ. Περιφερειακή Κατανομή του Ιατρικού Δυναμικού στην Πρωτοβάθμια Περιθαλψη: Το Παράδειγμα του ΙΚΑ. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2002, 12:57–61
- Βερενίκη Σ, Υφαντής Χ. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στα Νοσοκομεία, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2003, 15:82–86
- Φιλαλήθης Τ. Οι σύγχρονες εξελίξεις στα συστήματα υγείας. Στο: Ανδριώτη Δ και συν. *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα, Εκδόσεις Θεμέλιο & Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, 1996:220–249
- Σουλιώτης Κ, Λιονής Χ. Λειτουργική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας: μια πρόταση για την άρση του αδιεξόδου. *Αρχ Ελλην Ιατρ* 2003, 20:466–476
- Σούλης Σ. *Οικονομική της υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1999
- Ματσαγγάνης Μ. *Οικονομία και πολιτική υγείας στις χώρες της ΕΕ*. Οικονομικό Παν/μιο Αθηνών, Τμήμα Διεθνών και Ευρωπαϊκών σπουδών, Διδακτικές Σημειώσεις, Αθήνα, 2007

27. Πολύζος Ν. Οικονομική ανάλυση και διαχείριση. Στο: Δουμουλάκης Γ, Πολύζος Ν, Χρυσοχοϊδής Γ. *Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση υπηρεσιών υγείας*. Τόμος Β. Πάτρα, ΕΑΠ, ΔΜΥ 60, 2000:17–103
28. Κυριόπουλος Γ. Ισότητα ή ελευθερία στην αγορά υπηρεσιών υγείας: το πραγματικό πολιτικό δίλημμα και ο ενιαίος φορέας υγείας. Στο: Κυριόπουλος Γ, Συσσούρας Α (Επιμ.) *Ενιαίος φορέας Υγείας: αναγκαιότητα ή αυταπάτη*, Αθήνα, Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία, 1997:19–48
29. Buchan J, Calman L. *Skill mix and policy change in the health workforce*. Nurses in advanced roles. Paris, OECD Health Working Papers No 17, 2004:24–29
30. Γεωργούση Ε. Η ΠΦΥ στον Ενιαίο Φορέα Υγείας. Στο: Κυριόπουλος Γ, Συσσούρας Α (Επιμ.) *Ενιαίος φορέας Υγείας: αναγκαιότητα ή αυταπάτη*. Αθήνα, Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία, 1997:115–125
31. http://www.keta-epirus.gr/showarticle.asp?cur_id=72 Παπάς Β. (2004). Που βρίσκεται σήμερα η επιχείρησή σας; Η μέθοδος της ανάλυσης SWOT (πρόσβαση 05/07/07)
32. <http://www.ideopolis2004.gr/Documents/BP-guide.doc>. Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Οδηγός εκπόνησης επιχειρηματικού σχεδίου, Επιχειρηματικό σχέδιο της εταιρίας (πρόσβαση 05/07/07)
33. http://www.vrc.gr:8080/roadmaps/roadmaps/npd/page.html?page_id=40 Ψηφιακό κέντρο έρευνας. Ανάλυση Δυνάμεων, Αδυναμιών, Ευκαιριών, Απειλών (πρόσβαση 05/07/07)
34. http://www.websitemarketingplan.com/marketing_management/SWOT.htm Bobette Kyle. SWOT Analysis-Evaluating Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats (πρόσβαση 05/07/07)
35. <http://www.scn.org/ip/cds/cmp/modules/dis-swot.txt> Phil Bartle (2003. SWOT for Transformation(πρόσβαση 05/07/07)
36. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ). *Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο*. Δ' Προγραμματική περίοδος 2007–2013. ΥΥΚΑ, Αθήνα, Ιανουάριος 2007

Υποβλήθηκε: 30/10/2007
Επανυποβλήθηκε: 17/06/2008
Εγκρίθηκε: 25/06/2008