



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ  
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

## **ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Τίτλος**

**Ανασκόπηση των συστημάτων και δεικτών αξιολόγησης της  
Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ευρώπη. Συγκριτική  
αξιολόγηση διαδικασιών με το ελληνικό σύστημα και προτάσεις  
βελτίωσης.**

**Γιαννάκη Ρόζα  
Νοσηλεύτρια**

**Επιβλέποντες:            Σουλιώτης Κ.  
Πιτέλου Ε.  
Φραγκιαδάκης Γ.**





# ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

**Ανασκόπηση των συστημάτων και δεικτών αξιολόγησης της  
Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ευρώπη.  
Συγκριτική αξιολόγηση διαδικασιών με το ελληνικό σύστημα και  
προτάσεις βελτίωσης.**

## Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

### **Επιβλέπων Καθηγητής:**

Σουλιώτης Κυριάκος

Αναπληρωτής Καθηγητής Πολιτικής Υγείας,

Σχολή Κοινωνικών Επιστημών Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Επιστημονικός Συνεργάτης – Επισκέπτης Καθηγητής,

Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

### **Συν-Επιβλέπων Καθηγητές:**

Πιτέλου Ελένη

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Κρήτης

### **Συν-Επιβλέπων Καθηγητής:**

Εξωτερικός διδάσκων στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα «Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας» στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Κρήτης, στις θεματικές ενότητες: Διοίκηση με Στόχους στις Υπηρεσίες Υγείας (MBO in Health Services) καθώς και στην ενότητα Οικονομική Αξιολόγηση Υπηρεσιών Υγείας.

## *Ευχαριστίες*

Ολοκληρώνοντας τις μεταπτυχιακές μου σπουδές θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Σουλιώτη Κυριάκο, για την ουσιαστική καθοδήγηση, υποστήριξη, καθώς και την βοήθεια που μου παρείχε για την εκπόνηση της μεταπτυχιακής μου εργασίας.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω, επίσης, όλους τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών, για τις γνώσεις που μας μετέδωσαν, αλλά και τις εμπειρίες που μοιράστηκαν μαζί μας.

Τέλος, οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου, καθώς στηρίζει τις επιλογές μου, και μου δίνει τη δύναμη να συνεχίζω.

## Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

**Τίτλος εργασίας:** Ανασκόπηση των συστημάτων και δεικτών αξιολόγησης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ευρώπη. Συγκριτική αξιολόγηση διαδικασιών με το ελληνικό σύστημα και προτάσεις βελτίωσης.

Της: Γιαννάκη Ρόζας

Υπό τη επίβλεψη των:

1. Σουλιώτης Κ.
2. Πιτέλου Ε.
3. Φραγκιαδάκης Γ.

Ημερομηνία: Νοέμβριος 2019

Στα πλαίσια της εργασίας αυτής γίνεται μια προσπάθεια συστηματικής παρουσίασης και συγκριτικής αξιολόγησης επιλεγμένων συστημάτων Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του Ευρωπαϊκού χώρου με κύριο στόχο την εξαγωγή συμπερασμάτων και προτάσεων για την προοπτική εξέλιξης του Ελληνικού συστήματος Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι Ευρωπαϊκές χώρες, οι οποίες επιλέχθηκαν στη βάση κριτηρίων οργάνωσης και αρχών λειτουργίας, είναι οι εξής: - Ελλάδα, Μεγάλη Βρετανία, Φινλανδία, Γερμανία και Ολλανδία. Αρχικά επιχειρείται η συστηματική παρουσίαση των κύριων δομικών χαρακτηριστικών των συστημάτων Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, των συστημάτων οργάνωσης και χρηματοδότησής τους, των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών και των δράσεων για την ποιότητα και τα δικαιώματα των ασθενών και γίνεται μια σχετικά σύντομη αξιολόγηση των πρακτικών εφαρμογών για όλες τις χώρες που έχουν επιλεγεί. Στη συνέχεια, ακολουθεί η συγκριτική αξιολόγηση των συστημάτων των χωρών στη βάση των χαρακτηριστικών που περιεγράφηκαν και διαμορφώνεται ο πίνακας συγκριτικής παρουσίασης και αξιολόγησης ως μεθοδολογικό εργαλείο για την απεικόνισή τους. Τέλος, διατυπώνονται τα συμπεράσματα που προκύπτουν σχετικά με τις προοπτικές εξέλιξης του Ελληνικού συστήματος Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τα οποία είναι και ο κεντρικός στόχος της εργασίας.

**Λέξεις κλειδιά:** Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Ελλάδα, υπηρεσίες υγείας, βασική υγειονομική περίθαλψη, δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, οικογενειακός γιατρός, κατάλογος αναγκών που καλύπτονται, ρόλος κυβέρνησης στη ΠΦΥ, ικανοποίηση ασθενών, διασφάλιση ποιότητας, δικαιώματα ασθενών, νομική κάλυψη ασθενών, αξιολόγηση υγείας, συγκριτική ανάλυση των Συστημάτων ΠΦΥ των Ευρωπαϊκών χωρών: Γερμανία, Μ. Βρετανία, Ολλανδία, Φινλανδία, Ελβετία, Εθνική Υπηρεσία Υγείας, NHS, Primary Health Care, PCG, Promoting Better Health, Gatekeeping, out-of-pocket costs.

## Abstract

**Title:** Overview of Primary Health Care Assessment Systems and Indicators in Europe. Comparative process evaluation with the Greek system and suggestions for improvement"

**By:** Giannaki Roza

**Supervisors:** 1. Soyliotis K.  
2. Piteloy E.  
3. Fragkiadakis G.

**Date:** November 2019

In the frames of this paper there is an effort of a systematic presentation and comparative evaluation of selected Primary Health Care systems in Europe aiming mainly at the export of conclusions and proposals on the prospect of development of Greek Primary Health Care system. European countries, what were selected in the base of criteria of organization and operational principles, are the following: - Denmark, Great Britain and Finland - Germany and Netherlands - Switzerland Initially, the systematic presentation of the main structural characteristics of the Primary Health Care systems is attempted, systems of organization and their financing, reforming efforts and action for the quality and the rights of patients and there is a relatively short evaluation of practical applications for all the countries that have been selected. Then, follows the comparative evaluation of systems of countries in the base of characteristics that was described and is shaped the table of comparative presentation and evaluation as methodological tool for their depiction. Finally, are formulated the conclusions that result regarding the prospects of development of Greek Primary Health Care system, which are also the central objective of this paper.

**Key words:**

Primary Health Care, Greece, health services, basic health care, primary health care networks, family doctor, list of needs covered, role of government in PSC, patient satisfaction, quality assurance, patient rights, legal coverage of patients, health assessment, comparative analysis of European Health Insurance Systems: Germany, UK, Netherlands, Finland, Switzerland, National Health Service,





## Περιεχόμενα

Περίληψη .....	v
Abstract .....	vii
Περιεχόμενα .....	viii
Κατάλογος Πινάκων.....	x
Συντομογραφίες & Ακρωνύμια.....	x
<b>ΜΕΡΟΣ Α'</b> .....	11
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ορισμός Υγείας και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας</b> .....	11
1. Εισαγωγή .....	11
1.1 Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας - οριοθέτηση της έννοιας της υγείας .....	12
1.2 Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας .....	13
1.3 Ορισμός -Αφετηρία της Π.Φ.Υ .....	14
1.4 Αρχές και στόχοι της Π.Φ.Υ .....	17
1.5 Ιστορική εξέλιξη της Π.Φ.Υ.....	19
1.6 Η ποιότητα των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ .....	20
1.7 Η Χρηματοδότηση της Π.Φ.Υ .....	22
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ευρώπη</b> .....	26
2.1 Η Π.Φ.Υ. στο Βρετανικό Σύστημα Υγείας.....	26
2.2 Η Π.Φ.Υ. στο Φινλανδικό Σύστημα Υγείας.....	40
2.3 Η Π.Φ.Υ στο Γερμανικό Σύστημα Υγείας .....	52
2.4 Η Π.Φ.Υ στο Ολλανδικό Σύστημα Υγείας.....	67
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα</b> .....	80
3.1 Εισαγωγή.....	80
3.2 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως υποσύστημα του Ε.Σ.Υ .....	84
3.3 Το νομοθετικό πλαίσιο σύστασης και οργάνωσης της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα από το 1983 μέχρι σήμερα .....	85
3.4 Μεταρρυθμίσεις Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. ....	88
3.4.1 Οι Τοπικές Μονάδες Υγείας(ΤΟ.Μ.Υ.).....	90
3.4.2 Τα οφέλη της μεταρρύθμισης της Π.Φ.Υ.....	92
3.4.3 Παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες στις ΤΟΜΥ - ικανοποίηση των ασθενών.....	93
3.5 Ο σκοπός της Π.Φ.Υ. μέσα από τη νομοθεσία .....	93
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Οι δομές της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα</b> .....	96
4.1 Κέντρα Υγείας-Περιφερειακά Ιατρεία .....	98
4.2 Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία (ΤΕΙ) και Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ).....	99
4.3 Ε.Κ.Α.Β.....	99
4.4 Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ.-Τα Ασφαλιστικά Ταμεία .....	100
4.5 Η Π.Φ.Υ. στην Τοπική Αυτοδιοίκηση .....	101
4.6 Η Π.Φ.Υ. στον Ιδιωτικό Τομέα .....	102
4.7 Ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού στην Π.Φ.Υ .....	103
4.8 Η Π.Φ.Υ στην οδοντιατρική .....	104
<b>ΜΕΡΟΣ Β'</b> .....	107
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Εργαλεία και μέθοδοι αξιολόγησης της ΠΦΥ</b> .....	107
5.1 Ισχυρή πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη .....	107
5.2 Μεταρρυθμίσεις της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.....	110
5.3 Συστήματα αξιολόγησης της απόδοσης στην πρωτοβάθμια φροντίδα .....	111
5.4 Προτάσεις βελτίωσης αξιολόγησης συστήματος ΠΦΥ .....	112
5.5 Προκλήσεις αξιολόγησης της απόδοσης της ΠΦΥ .....	115

5.6 Δείκτες αξιολόγησης απόδοσης .....	120
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Η αναγκαιότητα αξιολόγησης του ελληνικού συστήματος υγείας.....</b>	<b>123</b>
6.1 Εισαγωγή .....	124
6.2 Η κατανομή των δαπανών στην Ελλάδα.....	124
6.3 Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα – επιπτώσεις.....	126
6.3.1 Προσδόκιμο ζωής.....	127
6.3.2 Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας.....	127
6.3.3 Ζήτηση – Χρήση Εξωνοσοκομειακών (πρωτοβάθμιων) Υπηρεσιών Υγείας.....	129
6.4 Αδυναμίες της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα.....	130
6.5 Αξιολόγηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας Ελλάδος .....	132
6.6 Η εξέλιξη του συστήματος ΠΦΥ Ελλάδος .....	133
6.7 Εργαλεία μέτρησης αξιολόγησης πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα.....	133
6.8 Εφαρμογή εργαλείων αξιολόγησης της οργάνωσης της .....	135
<b>ΜΕΡΟΣ Γ' .....</b>	<b>136</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Συγκριτική παρουσίαση και αξιολόγηση των Συστημάτων ΠΦΥ των Ευρωπαϊκών χωρών.....</b>	<b>136</b>
7.1 Εισαγωγικές παρατηρήσεις μεθοδολογικού χαρακτήρα.....	139
7.2 Συγκρίσιμες πληροφορίες σχετικά με τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης στην ΕΕ.....	140
7.3 Αξιολόγηση συστημάτων υγείας ευρωπαϊκών χωρών.....	142
7.4 Ευρωπαϊκά προγράμματα αξιολόγησης συστημάτων υγείας.....	143
7.5 Επιδόσεις των ευρωπαϊκών συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης.....	145
7.5 Υγειονομική περίθαλψη σε κράτη μέλη της ΕΕ .....	145
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Προκλήσεις και λύσεις στη σύγχρονη υγειονομική περίθαλψη στα κράτη μέλη της ΕΕ.....</b>	<b>150</b>
8.1 Ανάγκη και ζήτηση για υγειονομική περίθαλψη.....	150
8.2 Χρηματοδότηση και οργάνωση της υγειονομικής περίθαλψης στα κράτη μέλη της ΕΕ.....	151
8.3 Πόροι και χρήση της υγειονομικής περίθαλψης .....	151
8.4 Ανάγκη και ζήτηση για την υγεία .....	151
8.5 Δείκτες κατάστασης υγείας.....	151
8.6 Ανισότητες στην Υγεία .....	154
8.7 Χρηματοδότηση .....	155
8.8 Πόροι και χρήση της πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης.....	155
<b>ΜΕΡΟΣ Δ' .....</b>	<b>156</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Συμπεράσματα, παρατηρήσεις και προτάσεις για την αναβάθμιση του Ελληνικού Συστήματος ΠΦΥ .....</b>	<b>157</b>
9.1 Εισαγωγή.....	157
9.2 Προαγωγή της υγείας και πρόληψη των ασθενειών.....	159
9.3 Ισχυρή πρωτοβάθμια φροντίδα – μείωση σπατάλης δαπανών.....	159
9.4 Ολοκληρωμένη φροντίδα.....	159
9.5 Προληπτικός σχεδιασμός και πρόβλεψη του εργατικού δυναμικού υγείας.....	160
9.6 Καθοδήγηση των ασθενών μέσω του συστήματος υγείας με ισχυρή ΠΦΥ.....	160
9.7 Προοπτικές εξέλιξης του συστήματος Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας της Ελλάδας.....	166
9.8 Ποιότητα των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα - πτυχές της παροχής υγειονομικής περίθαλψης που αποτιμώνται από τους ασθενείς.....	168
9.9 Το προτεινόμενο υπόδειγμα ολοκληρωμένης Φροντίδας Υγείας .....	168
9.10 Καινοτομίες ενίσχυσης της ΠΦΥ.....	174
 Βιβλιογραφικές παραπομπές.....	 183

## Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Οι 4 αναγκαίες παρεμβάσεις για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον ΠΟΥ, 2008.....	169
Πίνακας 2. Ανάπτυξη πόρων υγείας και αξιοποίησης .....	170
Πίνακας 3. Τομείς και διαστάσεις στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ).....	171
Πίνακας 4. Πίνακας 4: Συγκρίσιμες πληροφορίες σχετικά με τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης στην ΕΕ. ....	172
Πίνακας 5. Health Indicators: Life expectancy at birth and mortality rates .....	173
Πίνακας 6. Methods of Financing Health Care in the Member States of the EU.....	174

### Συντομογραφίες & Ακρωνύμια

ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΤΟΜΥ	Τοπικές Μονάδες Υγείας
ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν

WHO	Word	Health	Organizatio
-----	------	--------	-------------

## ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ορισμός Υγείας και ΠΦΥ.

#### 1.Εισαγωγή

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχει ορίσει ολοκληρωμένη παράδοση φροντίδας ως "[...] τη διαχείριση και την παροχή των υπηρεσιών υγείας, έτσι ώστε οι πελάτες να λαμβάνουν συνεχή προληπτική και θεραπευτική υπηρεσία, ανάλογα με τις ανάγκες τους με την πάροδο του χρόνου και σε διαφορετικά επίπεδα του συστήματος υγείας (World Health Organization.2008). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) είναι ο ακρογωνιαίος λίθος ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης υψηλής ποιότητας (Lionis et al., 2017). Η πλήρης ανάπτυξη του λειτουργικού περιεχομένου της ΠΦΥ, η οποία περιλαμβάνει όλο το φάσμα των υπηρεσιών διάγνωσης, θεραπείας, αποκατάστασης αλλά και πρόληψης, προαγωγής της υγείας και κοινωνικής φροντίδας καθώς και η μετάβαση σε ολοκληρωμένα και ενιαία δίκτυα παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών, συνιστά ένα στόχο που τοποθετείται σε πρώτη προτεραιότητα στη χάραξη πολιτικής υγείας των ευρωπαϊκών και όχι μόνο χωρών (Mednet.gr, 2018). Στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) υπάρχουν τρία διαφορετικά συστήματα υγείας σύμφωνα με την παροχή υπηρεσιών, τη χρηματοδότηση και τις οικονομικές πολιτικές: Beveridge, Bismarck και Mixed system. Αν και τα συστήματα υγείας δύσκολα συγκρίνονται, διάφοροι οργανισμοί αναπτύσσουν μεθόδους που αξιολογούν τις επιδόσεις χρησιμοποιώντας δείκτες υγείας της Ευρωπαϊκής Κοινότητας (M. Gaeta et al, 2018). Ένα αδύναμο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας αποτελεί μείζονα πρόκληση στην παροχή υπηρεσιών (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2017). Σύμφωνα με μελέτες, η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα δεν υπήρξε υψηλή προτεραιότητα των υγειονομικών πολιτικών, με αποτέλεσμα να είναι αδύναμη να ικανοποιήσει τόσο τις αρχές της Alma Ata, όσο και τους στόχους της «Υγεία 2020» (Boerma WG et al (2015), Economidou C (2015).

Η έλλειψη ενός οργανωμένου Δημόσιου Συστήματος υπηρεσιών ΠΦΥ στη χώρα μας αποτέλεσε κρίσιμο παράγοντα για την δημιουργία των περισσότερων από τις παθογένειες και στρεβλώσεις του Συστήματος Υγείας. Οι στρεβλώσεις αυτές όχι μόνο εντάθηκαν με την κρίση αλλά και την ανατροφοδότησαν. Η ανάγκη όμως για ανάπτυξη της ΠΦΥ προϋπήρχε της κρίσης. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών δεκαετιών, οι Έλληνες δεν επωφελήθηκαν από την οικονομική ανάπτυξη και τη βελτίωση των συνθηκών ζωής αλλά και της υγειονομικής περίθαλψης στον ίδιο βαθμό με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, γεγονός που οδήγησε σε αυξανόμενη απόκλιση από τα πρότυπα προόδου των υγειονομικών δεικτών της ΕΕ. (Gsrft.gr, 2018). Σειρά ευρωπαϊκών μελετών που αξιολογούν τα βασικά χαρακτηριστικά της προσβασιμότητας, της συνέχειας στη φροντίδα, το συντονισμό των υπηρεσιών και το ολοκληρωμένο φάσμα τους, έχει καταγράψει την ποιότητα των υπηρεσιών ΠΦΥ στη χώρα μας σε μια από τις χαμηλότερες θέσεις (Μπένος Αλέξης κ συν. 2015).

Η υφιστάμενη κατάσταση της Ελλάδος επικεντρώνεται στην εγκαθίδρυση ενός δομημένου συστήματος ΠΦΥ, το οποίο αποσκοπεί στον μετασχηματισμό των υπαρχουσών εγκαταστάσεων και την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού. Η πιλοτική φάση ξεκίνησε στο τέλος του 2017, ενώ η πλήρης εφαρμογή εκτείνεται σε διάρκεια τριών ετών. Το πλέον πρόσφατο σχέδιο για την ΠΦΥ, στοχεύει στον εξορθολογισμό των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας πρώτης επαφής, στη δημιουργία δεύτερης βαθμίδας υποδομών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και την ενίσχυση των δραστηριοτήτων πρωτοβάθμιας πρόληψης και προαγωγής της υγείας. Η επιτυχία της μεταρρύθμισης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εξαρτάται από την επάρκεια των πόρων, το επίπεδο στελέχωσης και την ικανότητα των περιφερειακών αρχών να ενεργούν ως συντονιστές. (OECD/European

Observatory on Health Systems and Policies (2017). Η συνεχής μεταβαλλόμενη κατάσταση για την αναδιάρθρωση της ΠΦΥ της Ελλάδας, οι συχνές μεταρρυθμίσεις οι οποίες αποτελούν θέματα επιστημονικών συζητήσεων και οι οποίες έχουν ήδη εφαρμοστεί σε άλλες χώρες λειτούργησαν ως έναυσμα για την δημιουργία της εργασίας αυτής στην οποία θα γίνει μια προσπάθεια παρουσίασης και συγκριτικής αξιολόγησης επιλεγμένων συστημάτων ΠΦΥ του ευρωπαϊκού χώρου (Μεγάλη Βρετανία, Φιλανδία, Γερμανία, Ολλανδία) με την Ελλάδα και με κύριο στόχο τον εντοπισμό των κύριων προβλημάτων και την εξαγωγή συμπερασμάτων και προτάσεων για την προοπτική εξέλιξης του Ελληνικού συστήματος ΠΦΥ.

### 1.1 Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας - οριοθέτηση της έννοιας της υγείας

Η υγεία θεωρείται σαν ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία μιας πλήρους και ευτυχισμένης ζωής. Η έννοια της υγείας στη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας διέφερε στους διάφορους πολιτισμούς, από τους περισσότερους όμως θεωρούνταν ολιστικά σαν ένα είδος αρμονίας μέσα στο άτομο και μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντός του (Σουρτζή Π., 1998, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 10(4):179-185). Ο όρος «υγεία» εξακολουθεί να μην έχει έναν κοινά αποδεκτό ορισμό. Πρώτη απόπειρα για επίτευξη ομοφωνίας έγινε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), ο οποίος, το 1946, στην ιδρυτική του διακήρυξη, όρισε την υγεία σαν “μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι μόνο απουσία νόσου ή αναπηρίας”. Αυτό αποτελεί περιγραφή μιας ιδανικής κατάστασης ή ένα στόχο παρά μια απλή σύλληψη της υγείας. (Καραδήμας Ε., 2005): Ψυχολογία της υγείας ,Θεωρία και κλινική πράξη, Τυπωθήτω, Αθήνα). Με βάση τα παραπάνω, θα ορίζαμε την υγεία σαν μια κατάσταση όπου το άτομο έχει τη δυνατότητα να υπερβεί τις κρίσεις και τις διαταραχές της ισορροπίας του, διαμορφώνοντας νέους κανόνες συμπεριφοράς και νέες αξίες. (Σαρρής Μ., 2001): Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής, εκδ. Παπαζήση ,Αθήνα

*“Προσέγγιση της έννοιας «υγεία»”*

Αν και ένας πλήρης ορισμός της «υγείας» είναι πιθανώς αδύνατος, εντούτοις μπορούμε να υποδείξουμε κάποιους παράγοντες, που φαίνονται να σχετίζονται με αυτόν τον ορισμό. Η κατάσταση της πλήρους υγείας μπορεί να γίνει αντιληπτή με όρους μιας δυναμικής ισορροπίας μεταξύ των ατομικών (π.χ. φυσιολογία, συμπεριφορά, ψυχολογικοί παράγοντες, στρες) και των περιβαλλοντικών συστημάτων (π.χ. πολιτισμός, οικονομία, συνθήκες κ.λπ). Η ισορροπία χαρακτηρίζεται ως δυναμική, γιατί η υγεία δεν είναι μια σταθερή κατάσταση, αλλά μεταβάλλεται με το πέρασμα του χρόνου. Ακόμα και μετά από μια σημαντική μεταβολή της, συχνά υπάρχουν στοιχεία (όπως οι ικανότητες του ατόμου, η κοινωνική υποστήριξη, η ιατρική βοήθεια) που επαρκούν ώστε να επαναφέρουν την κατάσταση της ισορροπίας. Όμως, αυτό δεν είναι πάντα εφικτό. Κατά συνέπεια, ο βαθμός υγείας ενός ατόμου ή ενός πληθυσμού μπορεί να προσδιοριστεί για μια συγκεκριμένη στιγμή και όχι μόνιμα. Η υγεία δεν αποτελεί το αντίθετο της ασθένειας, εφόσον συμπεριλαμβάνει έννοιες όπως η ευεξία και η ποιότητας ζωής. Για τον προσδιορισμό της υγείας είναι ιδιαιτέρως σημαντική η κατανόηση της αλληλεξάρτησης μεταξύ των βιολογικών, των ψυχολογικών και των κοινωνικό-οικονομικών παραγόντων που δρουν κάθε στιγμή και σε συνεχή «αλληλεπίδραση». Η υγεία δεν είναι μόνο ένα ατομικό ζήτημα, αλλά και ένα πολιτισμικό ζητούμενο. (Σαρρής Μ, 2001): Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής, εκδ. Παπαζήση ,Αθήνα. Υπ’ αυτή την έννοια, η υγεία σχετίζεται με την έννοια του βαθμού «πληρότητας», όπως αυτή την κατανοεί και την προσδιορίζει το άτομο ανάλογα με τις πεποιθήσεις και τις δυνατότητές του, καθώς και ανάλογα με τις υπάρχουσες κοινωνικές αξίες. (Καραδήμας Ε. (2005): Ψυχολογία της υγείας ,Θεωρία και κλινική πράξη, Τυπωθήτω, Αθήνα). Από τα παραπάνω διαφαίνεται ότι η έννοια «υγεία» μπορεί να έχει πολλούς «ορισμούς». Μπορεί να οριστεί ως απουσία συμπτωμάτων ή νόσου (αρνητικός ορισμός), ως σωματική ικανότητα (λειτουργικός ορισμός), ως ικανότητα άσκησης ρόλων (συναισθηματική λειτουργικότητα) ή, όπως ορίζει ο Παγκόσμιος

Οργανισμός Υγείας, ως μια θετική κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ευεξίας (θετικός ορισμός). (Σαρρής Μ., 2001: Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής, εκδ. Παπαζήση ,Αθήνα). Στο πλαίσιο αυτό, οι διαφορετικές προσεγγίσεις συνθέτουν μια ολική εικόνα του φαινομένου που το συσχετίζουν όχι μόνο με τις κοινωνικό-οικονομικές μεταβλητές, αλλά και με τις κοινωνικές και ατομικές αναπαραστάσεις τους, καθώς και με τις διασυνδέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ τους. (Σαρρής Μ., 2001: Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής, εκδ. Παπαζήση ,Αθήνα). Διαχρονικά για τη λέξη «υγεία» έχουν χρησιμοποιηθεί διάφοροι ορισμοί. Πρώτη απόπειρα για επίτευξη ομοφωνίας επιχειρήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 1946, όπου στο καταστατικό του η υγεία παύει να θεωρείται απλή απουσία της ασθένειας και ορίζεται ως «η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Αυτός ο ορισμός δέχτηκε έντονη κριτική στα χρόνια που ακολούθησαν, με την αιτιολογία ότι δέχεται την υγεία ως μία κατάσταση πληρότητας, η οποία χαρακτηρίζεται ως ουτοπική. Κριτική αναμενόμενη από τη στιγμή που η μεταπολεμική, κυρίως, τάση εμπορευματοποίησης και βιομηχανοποίησης της υγείας δεν «επέτρεπε» διαφορετική προσέγγιση και συνεπώς διαφορετικό μοντέλο ανάπτυξης από τους υπόλοιπους τομείς της οικονομίας. Παρά ταύτα, υπό την πίεση και των κοινωνικών κινημάτων της εποχής, ο ορισμός αυτός συνέχισε να αναθεωρείται και να διορθώνεται στα χρόνια που ακολούθησαν. Έτσι, στην παγκόσμια συνδιάσκεψη για την Υγεία και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που έγινε από τον ΠΟΥ στην Alma-Ata τον Σεπτέμβριο του 1978, η υγεία ορίστηκε εκ νέου: «.. η υγεία, που είναι μια κατάσταση ολικής, φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας, είναι θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και η επίτευξη του κατά το δυνατόν υψηλότερου επιπέδου υγείας είναι σημαντικότερη παγκόσμια επιδίωξη, η πραγμάτωση της οποίας απαιτεί τη δράση πολλών άλλων κοινωνικών και οικονομικών τομέων παράλληλα με τον τομέα της υγείας» (WHO, 1978).

#### *“Σύστημα υγείας”*

Το Σύστημα Υγείας αποτελεί έναν από τους βασικότερους μοχλούς ανάπτυξης του κοινωνικό-οικονομικού μας συστήματος, όπου ο σχεδιασμός, η επέκταση και η εξέλιξή του θα πρέπει να βασίζεται στις αρχές του επιστημονικού management και του υγειονομικού σχεδιασμού, με τελικό σκοπό τη βέλτιστη αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητά του. Η πολιτική υγείας μιας χώρας συγκροτείται από τα μέτρα και τους κανόνες που ρυθμίζουν την παραγωγή, διανομή και κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό, με σκοπό την διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του. Στη χώρα μας αναπτύχθηκε σταδιακά στο χρόνο και επηρεάστηκε από την εξέλιξη της κοινωνίας και των ανθρωπίνων αξιών, της ιατρικής, της επιστήμης, της οικονομίας, χωρίς όμως ιδιαίτερο σχεδιασμό και στόχους. (Archive.gr, 2019)

### **1.2 Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας**

Η έννοια της ποιότητας είναι δύσκολο να προσδιοριστεί με σαφήνεια, καθώς εκλαμβάνει πολλές διαστάσεις και δέχεται διαφορετικές ερμηνείες. Οι ορισμοί που κατά καιρούς έχουν προταθεί από τους ερευνητές είναι πολλοί και ανάλογοι με την ερμηνεία που δίνει ο καθένας. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ «η ποιότητα αποτελεί την παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή από άποψη διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής». Ο Donabedian, πρωτοπόρος σε θέματα ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, ορίζει την ποιότητα ως «τη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μία διαδικασία περίθαλψης». Κάποιοι άλλοι ερευνητές συσχετίζουν την ποιότητα με τις προσδοκίες των χρηστών και την ικανοποίησή τους, και ορίζουν την ποιότητα ως «το

αποτέλεσμα της σύγκρισης ανάμεσα στις προσδοκίες των χρηστών από μια υπηρεσία και της αντίληψης του τρόπου με τον οποίο παρέχεται αυτή η υπηρεσία». (Ραφτόπουλος ΒΓ 2009). Το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικής ορίζει την ποιότητα ως «τον βαθμό στον οποίο οι παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας, σε άτομα και πληθυσμούς, αυξάνουν την πιθανότητα επίτευξης των επιθυμητών θετικών αποτελεσμάτων για τους ασθενείς και παρέχονται με βάση την τρέχουσα επιστημονική γνώση», (Baker, 2001) ενώ σύμφωνα με τον ορισμό του Διεθνούς Οργανισμού Τυποποίησης (International Organization of Standardization, ISO): «ποιότητα είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που ικανοποιούν τις δηλωθείσες ή τις προκύπτουσες ανάγκες, από τη χρήση τους». Από τον ορισμό αυτό διαπιστώνουμε τον κεντρικό ρόλο του χρήστη των προϊόντων ή των υπηρεσιών στην διαδικασία αξιολόγησης της ποιότητάς τους. (Ραφτόπουλος ΒΓ., 2009). Ο Mosadeghrad σε μία πρόσφατη ανασκόπηση παραθέτει διάφορες ερμηνείες της ποιότητας, όπως «αξία», «τελειότητα», «συμμόρφωση με τις προδιαγραφές», «συμμόρφωση με τις απαιτήσεις», «εκπλήρωση των προσδοκιών των χρηστών» κ.α. Ο ίδιος επιχειρεί έναν πιο σύγχρονο ορισμό της ποιότητας και την ορίζει ως μία ιδιότητα «σταθερά μαγευτική προς τον ασθενή, η οποία παρέχει αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητα, με αποτελεσματικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, σύμφωνα με τις τελευταίες κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες και πρότυπα, οι οποίες ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών και ικανοποιούν τους παρόχους». (Mosadeghrad, 2014)

### 1.3 Ορισμός -Αφετηρία της Π.Φ.Υ

Η έννοια της ΠΦΥ προσδιορίστηκε για πρώτη φορά στην ιστορική συνδιάσκεψη της Alma Ata, που διοργανώθηκε από τον ΠΟΥ και την Unicef στη Γενεύη το 1978. Η συνδιάσκεψη στην οποία τέθηκε ο φιλόδοξος στόχος «υγεία για όλους έως το 2000», που υιοθετήθηκε από όλα τα κράτη που συμμετείχαν, κατέληξε στη διακήρυξη δέκα σημείων και αποτέλεσε ορόσημο στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας. Στη διακήρυξη της Alma Ata επιβεβαιώθηκε ότι η υγεία, η οποία σύμφωνα με τον ΠΟΥ αποτελεί κατάσταση πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά έλλειψη νόσου ή αναπηρίας, αποτελεί βασικό ανθρώπινο δικαίωμα, ενώ η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας αποτελεί τον πιο σημαντικό παγκόσμιο στόχο. Στο πλαίσιο αυτό, διατυπώθηκε ο ορισμός της ΠΦΥ: «Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι η βασική φροντίδα βασισμένη σε πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες. Η φροντίδα αυτή είναι στη διάθεση όλων των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και παρέχεται με την πλήρη και ενεργό συμμετοχή τους και σε κόστος, που η κοινότητα και η χώρα μπορεί να επωμισθεί σε κάθε στάδιο της ανάπτυξής της, μέσα στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και της αυτοδιάθεσης. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί ένα βασικό συστατικό στοιχείο, όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας, του οποίου είναι το κεντρικό σημείο αναφοράς, αλλά και του γενικότερου κοινωνικοοικονομικού εποικοδομήματος. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατό κοντύτερα στους χώρους, όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται και αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μια συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας». (WHO, 1978). Η φιλοσοφία της ΠΦΥ διατυπώνεται μέσα από τις αρχές της διακήρυξης, στις οποίες περιλαμβάνονται η μείωση του αποκλεισμού και των κοινωνικών ανισοτήτων, η ενεργός συμμετοχή της κοινότητας στο σχεδιασμό, η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας με βάση τις ανάγκες και τις προσδοκίες των πολιτών, η πρόληψη και η προαγωγή υγείας, καθώς και η χρήση σύγχρονων διαγνωστικών και τεχνολογικών μεθόδων. Μια άλλη προσέγγιση της ΠΦΥ δόθηκε από τον Vuori (World Health Organization. The World Health Report 2008: Primary Health Care - Now More Than Ever. 2008. Ανακτήθηκε στις 23/8/2019 από: <http://www.who.int/whr/2008/en/> ), ο οποίος πρότεινε τέσσερις τρόπους αντίληψης της ΠΦΥ, ορίζοντάς την ως:

- ένα σύνολο δραστηριοτήτων
- ένα επίπεδο φροντίδας

- μια στρατηγική για την οργάνωση της φροντίδας υγείας
- μια φιλοσοφία που προάγει τη φροντίδα υγείας

Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας, ως ΠΦΥ ορίζεται "το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό την παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ατόμου. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής. Το Κράτος έχει την αρμοδιότητα της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών ΠΦΥ στο σύνολο του πληθυσμού, με σεβασμό στα δικαιώματα και τις ανάγκες του. Οι υπηρεσίες ΠΦΥ συγκροτούνται, αναπτύσσονται, οργανώνονται και λειτουργούν με βάση τις αρχές της δωρεάν καθολικής υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού, της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, της προσέγγισης αποκλεισμένων και ευπαθών κοινωνικών ομάδων, της διασφάλισης της ποιότητας και ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών, της συνέχειας της φροντίδας υγείας, της ευθύνης και λογοδοσίας των παροχών υπηρεσιών υγείας, της ιατρικής, νοσηλευτικής ή άλλης επαγγελματικής δεοντολογίας, της εγγύτητας των υπηρεσιών στον τόπο κατοικίας, διαμονής ή εργασίας, της διασύνδεσης με λοιπές υπηρεσίες υγείας, της ορθολογικής παραπομπής σε άλλες μονάδες ή υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) ή συμβεβλημένων παροχών για διάγνωση, θεραπεία, νοσηλεία ή περαιτέρω φροντίδα, της διατομεακής συνεργασίας με τοπικούς, κοινωνικούς και επιστημονικούς φορείς, καθώς και της αγωγής υγείας της κοινότητας και της ενεργούς συμμετοχής της στην ικανοποίηση των υγειονομικών της αναγκών" (Υπουργείο Υγείας-Δικτυακός Τόπος Διαβουλεύσεων, 2019).

Η ΠΦΥ είναι η πρώτη επαφή του ασθενούς με το σύστημα υγείας και παρέχει συνεχή, ολοκληρωμένη, και συντονισμένη φροντίδα ανεξάρτητα από το φύλο ή την ασθένεια. (Σουλιάτης Κ. 2014,) Η Starfield όρισε την ΠΦΥ ως την παροχή ολοκληρωμένων και προσβάσιμων υπηρεσιών υγείας από κλινικούς ιατρούς, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για τον εντοπισμό των προσωπικών αναγκών της φροντίδας υγείας, για την ανάπτυξη μιας σταθερής σχέσης με τους ασθενείς και για την παροχή υπηρεσιών στο πλαίσιο της οικογένειας και της κοινότητας. Στα βασικά χαρακτηριστικά της ΠΦΥ συμπεριέλαβε τα εξής:

- Ολοκληρωμένη, συντονισμένη και συνεχή φροντίδα.
- Δυνατότητα εύκολης πρόσβασης στη φροντίδα.
- Παροχή υπηρεσιών από ειδικούς επαγγελματίες υγείας και κλινικούς ιατρούς.
- Εξασφάλιση της ποιότητας στη φροντίδα και της ικανοποίησης των ασθενών, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες τους.
- Αποτελεσματική χρήση των πόρων και την εφαρμογή του κώδικα ηθικής δεοντολογίας.
- Επικοινωνία και αλληλεπίδραση μεταξύ των κλινικών ιατρών και των χρηστών.
- Παροχή φροντίδας με βάση τις συνθήκες διαβίωσης, την οικογενειακή κατάσταση και το πολιτισμικό υπόβαθρο. (Shi L. 2012)

Με βάση τα παραπάνω, ερμηνεύεται η διαφοροποίηση της ΠΦΥ από τη στενότερη έννοια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (primary care). Η πρωτοβάθμια περίθαλψη αναφέρεται σε υπηρεσίες οικογενειακής ιατρικής που συνήθως παρέχονται από ιατρούς σε άτομα που έχουν νοσήσει και απαιτούν μακροχρόνια φροντίδα. Η ΠΦΥ αντίθετα αποτελεί μια ευρύτερη έννοια που αναφέρεται σε υπηρεσίες που παρέχονται τόσο σε ατομικό όσο και σε επίπεδο πληθυσμού και ενσωματώνουν στοιχεία που σχετίζονται με τη Δημόσια Υγεία και την πρόληψη. Επιπλέον η ΠΦΥ

περιλαμβάνει ευρείες κοινωνικές πολιτικές, όπως η καθολική πρόσβαση, η έμφαση στην ισότητα στην υγεία και η συνεργασία εντός και εκτός ιατρικού τομέα. (Shi L. 2012)

#### **“Η «μετά Alma - Ata» εποχή”**

Έχοντας τη Διακήρυξη της Alma-Ata ως πλαίσιο, αναπτύχθηκαν προγράμματα δράσης και τέθηκαν στόχοι, προωθήθηκαν υποστηρικτικές στρατηγικές και χαράχθηκαν κατευθυντήριες γραμμές, τόσο σε παγκόσμιο επίπεδο όσο και σε τοπικό, ανάλογα με τις



ανάγκες του κάθε κράτους. Από εκεί και πέρα η κάθε κοινότητα ανέλαβε πρωτοβουλίες για την πραγματοποίηση των στόχων της ΠΦΥ σύμφωνα με τις δικές της ανάγκες, δυνατότητες και ιδιαιτερότητες. Όμως, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας επανέρχεται το 2008 δημοσιεύοντας την Παγκόσμια Έκθεση για την υγεία με τίτλο «Τώρα όσο ποτέ άλλοτε» (WHO, 2008). Υποστηρίζει σε αυτή του την έκθεση για ακόμη μια φορά ότι η αναγέννηση των συστημάτων υγείας μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσα από την αναγέννηση της ΠΦΥ. Η επαναφορά της ΠΦΥ στο προσκήνιο του διαλόγου για την πολιτική της υγείας δεν είναι αυτονόητη, ούτε τυχαία. Στα 30 χρόνια που μεσολάβησαν, η ΠΦΥ παρερμηνεύθηκε, περιορίστηκε στους στόχους και στην εμβέλεια της, κατακερματίστηκε ή αγνοήθηκε πλήρως (Φιλαλήθης Αν., 2008). Επίσης, αυτά τα 30 χρόνια που πέρασαν, είναι μια εποχή που χαρακτηρίζεται από έντονα οικονομικά και κοινωνικά αδιέξοδα, αύξηση του προσδόκιμου ζωής του πληθυσμού, τεχνολογική εξέλιξη, μεταβαλλόμενες ανάγκες υγείας και αυξημένες προσδοκίες των πολιτών για ιατρική φροντίδα και περίθαλψη. Λίγοι θα διαφωνούσαν ότι τα συστήματα υγείας πρέπει να ανταποκρίνονται καλύτερα και πιο γρήγορα στις προκλήσεις ενός μεταβαλλόμενου περιβάλλοντος. Αφού σήμερα είναι πλέον σαφές ότι αφήνονται στην τύχη τους, δεν κατευθύνονται προς τους στόχους της υγείας για όλους μέσω της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπως δηλώνεται στη Διακήρυξη της Alma - Ata. Δεν γίνεται να επιμένουμε στο υπάρχον νοσοκομιοκεντρικό μοντέλο, αποσπασματικής, πολυδιασπασμένης και σπάταλης φροντίδας, στις ανεξέλεγκτες δυνάμεις της αγοράς. Επομένως, αναγκαίες κρίνονται οι παρακάτω παρεμβάσεις (WHO, 2008):

- Καθολική ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού για να βελτιωθεί η ισότητα στην υγεία,
- Ανθρωποκεντρική οργάνωση των υπηρεσιών υγείας,
- Δημόσιες πολιτικές που προάγουν και προστατεύουν την υγεία των κοινοτήτων,
- Συμμετοχική ηγεσία που απαιτείται για την υλοποίηση τους με την ΠΦΥ στο επίκεντρο των υπηρεσιών υγείας.

#### **“Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο υγειονομικό σύστημα”**

Η αξία της ΠΦΥ και ο προσανατολισμός των συστημάτων υγείας προς αυτήν, στα πλαίσια της αποτελεσματικότητας, της ισότητας αλλά και της ανεύρεσης μεθόδων για μείωση του κόστους έχει αναδειχθεί τόσο από τη διεθνή όσο και από την ελληνική βιβλιογραφία. Πολλές χώρες έχουν υιοθετήσει με επιτυχία ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης με επίκεντρο την ΠΦΥ και παρουσιάζουν αποδεδειγμένα οφέλη για την υγεία. Στις χώρες αυτές παρατηρείται μειωμένη παιδική και βρεφική θνησιμότητα, χαμηλό ποσοστό πρόωρων τοκετών, λιγότερες αυτοκτονίες και αύξηση του προσδόκιμου ζωής. (Shi L. 2012), (Rao M, Pilot E. 2014,) Χαρακτηριστικά της ΠΦΥ όπως η πρόληψη και η προαγωγή υγείας καθώς και η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία δικαιολογούν τα ευρήματα αυτά. Ριζικές αλλαγές, των τελευταίων ετών όπως η παγκοσμιοποίηση, η ταχεία επικοινωνία, το αυξανόμενο χάσμα μεταξύ υψηλών και χαμηλών στρωμάτων και η αλλαγή του νοσολογικού φάσματος παρουσιάζουν μεγάλες προκλήσεις και απαιτούν σοβαρή επανεξέταση του οράματος της ΠΦΥ. (Bhatia M, Rifkin S. 2010) Ο ΠΟΥ, τριάντα χρόνια μετά τη διακήρυξη της Alma Ata, στην παγκόσμια έκθεση για την υγεία το 2008 (now more than ever), επιβεβαίωσε τη σημασία της ΠΦΥ από την άποψη του οράματος και των αξιών στη σημερινή κοινωνία. Στο πλαίσιο αυτό ο ΠΟΥ πρότεινε μεταρρυθμίσεις σε τέσσερα επίπεδα:

1. Καθολική ασφαλιστική κάλυψη, η οποία εξασφαλίζει την ισότητα, την κοινωνική δικαιοσύνη και την άρση του κοινωνικού αποκλεισμού.
2. Ανθρωποκεντρική οργάνωση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας που ανταποκρίνονται στις ανάγκες και στις προσδοκίες των ατόμων.
3. Δημόσιες πολιτικές που εξασφαλίζουν καλύτερο επίπεδο στην κοινότητα.
4. Συμμετοχική ηγεσία που απαιτείται για την αξιόπιστη υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων. (<http://www.who.int/whr/2008/en/>)

Σήμερα οι χρόνιες ασθένειες όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο σακχαρώδης διαβήτης έχουν τεράστια οικονομική επιβάρυνση τόσο σε ατομικό όσο και σε συνολικό κόστος αν παραμεληθούν. Από τη βιβλιογραφία προκύπτει μια σαφή σχέση μεταξύ της ανόδου των μη μεταδιδόμενων νόσων και της χαμηλής οικονομικής ανάπτυξης των χωρών, ευρήματα που συνηγορούν στην αναγκαιότητα ανάπτυξης μιας ισχυρής ΠΦΥ. (Rao M, Pilot E. 2014)

Μια σειρά μελετών παρουσιάζουν ισχυρές ενδείξεις ότι η μακροχρόνια φροντίδα που παρέχεται από την ΠΦΥ αυξάνει την ικανοποίηση των χρηστών, βελτιώνει την αντίληψη για την υγεία τους και μειώνει την νοσηλευτική περίθαλψη και τη χρήση φαρμάκων. [1,3] Στοιχεία από τη διεθνή βιβλιογραφία επισημαίνουν επίσης ότι μια ισχυρή ΠΦΥ μπορεί να διαχειριστεί το 90% της υγειονομικής περίθαλψης μετατοπίζοντας το κόστος για την υγεία. (Rao M, Pilot E. 2014)

#### 1.4 Αρχές και στόχοι της ΠΦΥ.

Η Π.Φ.Υ. προκειμένου να είναι αποτελεσματική ως προς την προσφορά των παρεχόμενων υπηρεσιών της προς τους πολίτες πρέπει να είναι συγκροτημένη σύμφωνα με ορισμένες αρχές οι οποίες είναι (Τούντας, 2008):

- *Η Προσβασιμότητα.* Αυτό σημαίνει πως το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να το απολαμβάνουν, ανεμπόδιστα, όλοι οι πολίτες της χώρας, εξασφαλίζοντας τη λειτουργία της ισότητας και της δικαιοσύνης στον χώρο της υγείας.
- *Η Συνέχεια.* Η Π.Φ.Υ. δεν πρέπει να παρέχεται τμηματικά και ασύνδετα, αλλά συνεχώς με τη μορφή της παρακολούθησης και της φροντίδας. Αυτό φανερώνει μια συντονισμένη προσφορά υπηρεσιών επικοινωνίας ανάμεσα στον ασθενή και τους επαγγελματίες υγείας, τη διαχείριση των υπηρεσιών περίθαλψης και τη σταθερή σχέση ασθενή-γιατρού.
- *Η Διαθεσιμότητα.* Δεν πρέπει να υπάρχει χρονικός περιορισμός, αλλά να υπάρχει πρόσβαση στις υπηρεσίες της υγείας; όλο το 24ωρο για 365 ημέρες τον χρόνο.
- *Η Αποδεκτότητα.* Οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας της Π.Φ.Υ. δεν πρέπει να προκαλούν αντιδράσεις στον πληθυσμό, αλλά να συνάδουν με το σύνολο των ενεργειών και των κανόνων κοινωνικής συμπεριφοράς και τις προσδοκίες του κοινωνικού συνόλου.
- *Η Πληρότητα.* Η Π.Φ.Υ. πρέπει να περιλαμβάνει δράσεις που αφορούν όχι μόνο τη σωματική υγεία αλλά και τη ψυχική και κοινωνική της διάσταση. Επίσης, οι υπηρεσίες της δεν πρέπει να περιορίζονται μόνο στην περίθαλψη αλλά να επεκτείνονται και στην πρόληψη.

Η σημαντικότητα της Π.Φ.Υ. έγκειται στο γεγονός της πρώτης επαφής του ασθενή με τις υπηρεσίες υγείας. Αυτό σημαίνει πως η έμφαση δίνεται στην πρόληψη, επιχειρώντας την καλλιέργεια μιας διαφορετικής αντίληψης στο κοινωνικό σύνολο για θέματα υγείας, για τις ασθένειες, για τους επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα το επάγγελμα του γιατρού και για την οργάνωση του συστήματος υγείας. Απαραίτητη προϋπόθεση για την ποιοτική ανάπτυξη και εφαρμογή της Π.Φ.Υ. είναι η ενεργός συμμετοχή όλων των πολιτών, οι οποίοι θα συνδράμουν στον καθορισμό των δυσκολιών στην υγεία, στην ιεράρχηση προτεραιοτήτων και στην αντικειμενική αξιολόγηση των προγραμμάτων υγείας (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007).

Άλλωστε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δίνει μεγάλη έμφαση στον ρόλο μιας καλά οργανωμένης Π.Φ.Υ. που θα συμβάλει σημαντικά στον ανασχηματισμό ενός συστήματος υγείας. Η αναγκαιότητα αυτή προκύπτει από την κοινή διαπίστωση της φθίνουσας αποτελεσματικότητας στην αντιμετώπιση των μεγάλων προβλημάτων υγείας και της οικονομικής αδυναμίας των κρατικών προϋπολογισμών να ανταπεξέλθουν στην κάλυψη των ιατρικών αναγκών του πληθυσμού. Σε άμεσο συσχετισμό με τα προηγούμενα είναι και οι αυξημένες προσδοκίες των πολιτών για την απόκτηση ικανοποιητικών υπηρεσιών υγείας για την εξασφάλιση καλύτερης ποιότητας ζωής (Σουλιώτης και συν., 2013).

Είναι χαρακτηριστική η διατύπωση της ανησυχίας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην Παγκόσμια Έκθεση Υγείας 2008 για την ανάγκη προώθησης της Π.Φ.Υ. Όπως υπογραμμίζεται στο εισαγωγικό σημείωμα του κειμένου «η παγκοσμιοποίηση θέτει σε κίνδυνο την κοινωνική συνοχή πολλών χωρών και τα συστήματα υγείας σαφώς δεν επιτελούν όσο θα μπορούσαν και θα έπρεπε τον ρόλο τους. Οι άνθρωποι είναι όλο και περισσότερο ανυπόμονοι από την αδυναμία παροχής υπηρεσιών υγείας. Λίγοι θα διαφωνούσαν ότι τα συστήματα υγείας πρέπει να ανταποκρίνονται καλύτερα - και ταχύτερα - στις προκλήσεις ενός μεταβαλλόμενου κόσμου» (W.H.O. 2008). Το αντίδοτο στην κατάσταση που έχει διαμορφωθεί παγκοσμίως, αλλά και στη χώρα μας, θεωρείται πως είναι η ορθή και συγκροτημένη ανάπτυξη της Π.Φ.Υ. διά της οποίας θα επιτευχθεί η αποδοτικότερη λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αυτό είναι συνεπακόλουθο των μικρότερων δαπανών που θα απαιτούνται για την υγεία και της καλύτερης πραγμάτωσης των απαιτήσεων των πολιτών στις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι βέβαια η ενεργοποίηση των επαγγελματιών υγείας και ιδιαίτερα του ιατρικού προσωπικού Γενικής Ιατρικής, οι οποίοι θα παρέχουν ποιοτικές ιατρικές υπηρεσίες με τη διαχείριση ενός μεγαλύτερου πεδίου ασθενειών και άλλων δυσλειτουργιών στην υγεία με χαμηλότερο κόστος (Θεοδωράκης & Λιονής, 2003).

Αυτός είναι και ο λόγος, που στην Παγκόσμια Έκθεση Υγείας 2008 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, υπερτονίστηκε η άμεση συμβολή της Π.Φ.Υ. ως υποσύστημα ενός συστήματος υγείας στην αντιμετώπιση των σύγχρονων αδιεξόδων, όχι μόνο οικονομικών, στην προσπάθεια αποδοτικότερων υπηρεσιών ιατρικής φροντίδας και περίθαλψης προς τους πολίτες. Η Π.Φ.Υ. τίθεται στο επίκεντρο των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού με βάση τη διάρθρωσή του κατά γεωγραφική περιοχή και τη δόμησή του κατά κοινωνική ομάδα. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η εξασφάλιση της ισότιμης συμμετοχής όλων των πολιτών στις δομές της Π.Φ.Υ. με το μικρότερο δυνατό κόστος (Σουλιώτης, 2014).

Ο στόχος του συστήματος παροχής υγειονομικής περίθαλψης είναι η βελτιστοποίηση της υγείας του συνόλου του πληθυσμού και όχι μόνο η υγεία των ατόμων που έχουν τα μέσα να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Για τον λόγο αυτόν η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως υποσύστημα ενός συστήματος υγείας περιλαμβάνει τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά-ιδιότητες όπως: η παροχή υπηρεσιών «πρώτης επαφής», η συνεχιζόμενη φροντίδα, η συντονισμένη φροντίδα και η ολοκληρωμένη φροντίδα. Από την επίτευξη των προηγούμενων χαρακτηριστικών της Π.Φ.Υ. προκύπτουν τρεις πτυχές, οι οποίες είναι: η προσανατολισμένη στην οικογένεια φροντίδα, (δυναμική της οικογένειας), η προσανατολισμένη στην κοινότητα φροντίδα (κατανόηση δηλαδή των συνθηκών διαβίωσης του ασθενή) και η φροντίδα που είναι πολιτισμικά επαρκής (έχοντας ως βάση αξίες, όπως η εμπειρία, η γλώσσα, η θρησκεία, ο πολιτισμός, η εθνική κληρονομιά). Οι ειδικότητες που συνδράμουν στην επίτευξη των προαναφερθέντων χαρακτηριστικών από την Π.Φ.Υ. σύμφωνα με την βιβλιογραφία είναι η Γενική-Οικογενειακή Ιατρική, η Παθολογία, η Παιδιατρική, και η Μαιευτική-Γυναικολογία. Η τελευταία ειδικότητα δεν υφίσταται παντού αλλά σε μερικές μόνο χώρες όπως οι ΗΠΑ (Shi et al., 2012). Η υλοποίηση των παραπάνω στόχων, έχοντας στο επίκεντρο την Π.Φ.Υ. σε ένα σύστημα υγείας προϋποθέτει παρεμβάσεις, οι οποίες θεωρούνται απαραίτητες από τον Π.Ο.Υ. σύμφωνα με την Παγκόσμια Έκθεση Υγείας του 2008, (W.H.O., 2008). Οι παρεμβάσεις αυτές αφορούν αρχικά, ένα σύνολο μεταρρυθμίσεων που στοχεύουν στην επίτευξη καθολικής κάλυψης του πληθυσμού, προωθώντας την ισότιμη συμμετοχή όλων των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Ακολούθως, η παρεχόμενη Π.Φ.Υ., η οποία προωθεί την πρόληψη, τη θεραπεία και τη φροντίδα γίνεται με ασφαλή, αποτελεσματικό και κοινωνικά παραγωγικό τρόπο στη διεπαφή μεταξύ του πληθυσμού και του συστήματος υγείας. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί αποτελεσματικά, όταν στο επίκεντρο είναι ο άνθρωπος, δηλαδή, η οργάνωση των υπηρεσιών φροντίδας της υγείας να έχει ανθρωποκεντρική προοπτική. Αναγκαίος θεωρείται, επίσης, ο σχεδιασμός δημόσιων πολιτικών στον τομέα της υγείας,

μαζί με εκείνες άλλων τομέων, οι οποίες έχουν τεράστιες δυνατότητες για να εξασφαλίσουν την υγεία των κοινοτήτων. Αποτελούν ένα σημαντικό συμπλήρωμα της καθολικής κάλυψης και των μεταρρυθμίσεων παροχής υπηρεσιών υγείας. Δυστυχώς, στις περισσότερες κοινωνίες, αυτή η δυναμική παραμένει σε μεγάλο βαθμό ανεκμετάλλευτη και οι αποτυχίες στην αποτελεσματική ανάμειξη άλλων τομέων είναι ευρέως διαδεδομένες. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Έκθεση Υγείας του 2008 ο δημόσιος τομέας πρέπει να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην καθοδήγηση και τη διαχείριση των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της δημόσιας υγείας. Οι μεταρρυθμίσεις αυτές απαιτούν νέες μορφές ηγεσίας στην υγεία, γι' αυτό υπογραμμίζεται πως η λειτουργία αυτή θα πρέπει να ασκείται μέσω συνεργατικών μοντέλων πολιτικού διαλόγου με πολλούς ενδιαφερόμενους στην κατεύθυνση της συμμετοχικής ηγεσίας (W.H.O., 2008). Αυτό που τονίζεται ιδιαίτερα είναι η προτεραιότητα στην αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας της Π.Φ.Υ., προκειμένου οι πληθυσμιακές ομάδες να ικανοποιούνται αποτελεσματικότερα. Η αποκεντρωμένη Π.Φ.Υ. έχει θετικές συνέπειες και στους οικονομικούς προϋπολογισμούς των χωρών. Αρχικά αυξάνονται οι πηγές χρηματοδότησης, αφού αυτές δεν περιορίζονται μόνο στις επιχορηγήσεις της κεντρικής διοίκησης, αλλά επεκτείνονται και σε άλλους φορείς χρηματοδότησης, π.χ. Δήμοι. Κατόπιν, εισάγονται νέα και αποτελεσματικά κριτήρια στη διαχείριση των οικονομικών εσόδων, με συνέπεια να ισοσκελίζονται οι δαπάνες για την υγεία με τις πραγματικές ανάγκες υγείας, που έχει το κοινωνικό σύνολο. Επίσης, αναπτύσσεται μια νέα κουλτούρα διά της οποίας ενισχύεται ένα αίσθημα μεγαλύτερης ευθύνης για την οικονομική πραγματικότητα της περιφέρειας, σε αντίθεση με την εξάρτηση από τον κεντρικό μηχανισμό χρηματοδότησης. Τέλος, το ανθρώπινο δυναμικό δεν αδρανοποιείται, αντίθετα, αναπτύσσει δεξιότητες σε επίπεδο τοπικής κοινωνίας με αποτέλεσμα την συνετότερη χρήση των πόρων είτε αυτοί είναι οικονομικοί είτε όχι (Σουλιώτης και συν., 2013).

### 1.5 Ιστορική εξέλιξη της Π.Φ.Υ.

Στο συνέδριο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, που πραγματοποιήθηκε στην Alma-Ata του Καζακστάν της τότε ΕΣΣΔ, το 1978, καθορίστηκε μια νέα φιλοσοφία για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που παρουσιάζονταν στα διάφορα συστήματα υγείας. Για πρώτη φορά, τότε, εισήχθη ο όρος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, διά του οποίου εντασσόταν σε ένα νέο πλαίσιο η υγειονομική, η κοινωνική, η κοινοτική και η οικονομική διάσταση των ζητημάτων της περίθαλψης και της αγωγής υγείας. Ο όρος Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μπορεί να θεσμοθετήθηκε το 1978, υπήρχε, όμως, ως έννοια εξωνοσοκομειακής φροντίδας, από την αρχαία εποχή (3000 π.Χ. στην Ινδία), αφού από τότε γίνεται λόγος για προγράμματα που αφορούσαν την παροχή υπηρεσιών υγείας σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο. Στην Ελληνική Αρχαιότητα αναφέρεται η καθιέρωση του «δημοσιεύοντος ιατρού» από τον 6ο π.Χ. αιώνα, ενός θεσμού που εξασφάλιζε την δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς είτε στα δημόσια ιατρεία είτε κατ' οικον. Η αμοιβή του προερχόταν από ένα ειδικό τέλος που κατέβαλαν όλοι οι πολίτες. Ο όρος «ιατρός» αποτελεί συνέχεια του προηγούμενου θεσμού στην περίοδο της Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας. Στην Βυζαντινή εποχή η εξωνοσοκομειακή φροντίδα προσφερόταν από τα μοναστήρια στην αρχή και τα νοσοκομεία στη συνέχεια με την ίδρυσή τους εκεί. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το εξωτερικό ιατρείο του νοσοκομείου της Ιεράς Μονής του Παντοκράτορα στο Βυζάντιο τον 13ο αιώνα (Τούντας, 2008).

Πρώτη οργανωμένη κατ' οικον παροχή υπηρεσιών υγείας σε φτωχούς ασθενείς στην περίοδο τη Βυζαντινής Αυτοκρατορίας παρείχε το τάγμα των Διακονισσών που ίδρυσε η Χριστιανική Εκκλησία. Στην Μεσαιωνική εποχή θα συνεχισθεί η πρακτική αυτή τόσο από λαϊκές όσο και από θρησκευτικές ομάδες, που διέπονταν από το πνεύμα της εν Χριστώ αγάπης για δωρεάν προσφορά υπηρεσιών υγείας προς τον συνάνθρωπο (Πιερράκος, 2008). Θεωρείται, μάλιστα, προανάκρουσμα των Πολυιατρείων η ίδρυση και η λειτουργία Εξωνοσοκομειακών ιατρικών κέντρων τον 17ο αιώνα (Τούντας, 2008).

Στα τέλη του 19ου αιώνα παρέχεται στους ασθενείς για πρώτη φορά επιστημονική-νοσηλευτική φροντίδα από την Βρετανίδα νοσηλεύτρια Florence Nightingale, και από ομάδα επαγγελματιών νοσηλευτριών που ανήκαν στην ιεραποστολική ομάδα παροχής κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας στις Η.Π.Α (Πιερράκος, 2008). Η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στη Μ. Βρετανία το 1920 προέβλεπε την ίδρυση και πρωτοβάθμιων κέντρων υγείας. Επίσης, στην πρώην Σοβιετική Ένωση το σύστημα υγείας, που ήταν κρατικό, στηρίχθηκε κατά κύριο λόγο σε ένα δίκτυο κέντρων υγείας στις αγροτικές κυρίως περιοχές και πολυκλινικών στα αστικά κέντρα (Τούντας, 2008).

Στη Σμύρνη το τέλος του 19ου και στις αρχές του 20ου αιώνα λειτουργούσαν φαρμακεία τα οποία προσέφεραν πρώτες βοήθειες. Είναι γεγονός, πως την εποχή αυτή δεν υπήρχαν ιατρεία εκεί, αλλά οι γιατροί παρείχαν τις ιατρικές τους υπηρεσίες σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο του φαρμακείου στον οποίο υπήρχε και εξεταστικό τραπέζι. Οι ανάγκες που προέκυψαν από την εξειδίκευση της Ιατρικής επιστήμης και τις απαιτήσεις της σε ειδικό εξοπλισμό, στη συνέχεια, επέτρεψαν την εμφάνιση των ιδιωτικών ιατρείων, ενώ τα έσοδα των ιατρών προέκυπταν από τις ιδιωτικές επισκέψεις τους στα σπίτια (Πιερράκος, 2008).

Οι νέες οικονομικές και δημογραφικές συνθήκες που δημιούργησε η Μικρασιατική Καταστροφή και το προσφυγικό ζήτημα οδήγησε στο Νομοθετικό Διάταγμα στις 28 Οκτωβρίου 1923 «Περί οργανώσεως της περιφερειακής υγειονομικής υπηρεσίας», σύμφωνα με το οποίο η χώρα διαιρείται σε πέντε υγειονομικές περιφέρειες, γεγονός που θα συνεχισθεί και τα επόμενα χρόνια με διάφορες διακυμάνσεις (Ζηλίδης, 1989). Αξίζει να επισημάνουμε πως μέχρι τώρα οι υπηρεσίες υγείας που προσφέρονταν προς τους πολίτες ανήκαν στον τομέα της Π.Φ.Υ., ιδιαίτερα με το Νομοθετικό Διάταγμα της 28-10-1923 στο οποίο προβλεπόταν η πρόσληψη δημοτικών και κοινοτικών ιατρών, πουθενά, όμως, δεν αναφέρεται ο όρος αυτός όπως και εκείνος της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης (Ζηλίδης, 1989; Βελονάκη & Αδαμακίδου, 2015).

### 1.6 Η ποιότητα των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ.

Η ποιότητα, γενικά, αποτελεί έναν όρο που προσδιορίζει τα χαρακτηριστικά ενός πράγματος ή μιας προσφερόμενης υπηρεσίας, σύμφωνα με τα οποία διαφοροποιείται από τα ομοειδή του, αποτελώντας τη βάση της αξιολόγησής τους. Υπάρχουν διάφοροι ορισμοί αναφορικά με την ποιότητα, οι οποίοι σχετίζονται με την ικανοποίηση ή όχι των σχετιζόμενων προσώπων, κυρίως εκείνων που λαμβάνουν, δηλαδή του καταναλωτή, του πελάτη, του χρήστη, με το αν υπάρχουν πλεονεκτήματα ή μειονεκτήματα, αν ανταποκρίνεται ή όχι στις προϋποθέσεις που τέθηκαν εξ' αρχής (Κεφαλοπούλου και συν., 2006). Στο χώρο της υγείας ο ορισμός της ποιότητας είναι συνάρτηση των προσφερόμενων υπηρεσιών και της βελτίωσης της υγείας των πολιτών, λαμβάνοντας υπόψη τη χρηματοδοτική ικανότητα της πολιτείας και τον τεχνολογικό εξοπλισμό (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2009). Σύμφωνα με τον (Avedis Donabedian, 1966), είναι δύσκολος ένας ορισμός της ποιότητας της υγείας δεδομένης της δυσκολίας ορισμού της ποιότητας της περίθαλψης. Υποστηρίζει πως τα κριτήρια που ορίζουν την ποιότητα είναι κρίσεις αξίας που εφαρμόζονται σε διάφορες πτυχές, ιδιότητες, συστατικά ή διαστάσεις μιας διαδικασίας που ονομάζεται ιατρική περίθαλψη. Κατά συνέπεια, ο ορισμός της ποιότητας μπορεί να είναι σχεδόν οτιδήποτε επιθυμεί ο καθένας, αν και είναι συνήθως μια αντανάκλαση αξιών και στόχων που υπάρχουν στο σύστημα ιατρικής περίθαλψης και στην ευρύτερη κοινωνία της οποίας αποτελεί μέρος.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας θεωρεί πως, όταν οι προσφερόμενες υπηρεσίες (διαγνωστικές και θεραπευτικές) φέρνουν, όσο αυτό είναι εφικτό με βάση τις δυνατότητες της Ιατρικής, θετικά αποτελέσματα, ικανοποιώντας τους πολίτες με τον ελάχιστο δυνατό κίνδυνο, διασφαλίζεται η ποιότητα στο σύστημα της ιατρικής περίθαλψης. Αυτό εξαρτάται σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. από την επαγγελματικότητα των επαγγελματιών υγείας, την ορθή χρήση των χρηματοδοτικών δεδομένων, τη ελαχιστοποίηση των κινδύνων για τους

ασθενείς, την ικανοποίησή τους και τέλος τη θετική επίδραση στην υγεία τους (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2009). Νωρίτερα, ο (Donabedian, 1980), είχε ορίσει την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας ως τη δυνατότητα να αυξήσει την ευημερία του ασθενή, αφού λάβει υπόψη την εξισορρόπηση των ωφελειών αλλά και των απωλειών που ακολουθούν τη διαδικασία της φροντίδας σε όλα τα επιμέρους σημεία. Με βάση όσα έχουν αναφερθεί, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι άμεσα συνδεδεμένη με την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα, την προσβασιμότητα, την ασφάλεια και την τεχνική προκειμένου ο ασθενής να έχει τη δυνατότητα να απολαμβάνει την αρμόζουσα ιατρική περίθαλψη και φροντίδα. Ποιοτικές είναι οι υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται στον ασθενή μέσα στο πλαίσιο της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης, την κατάλληλη χρονική στιγμή, με τον ενδεδειγμένο τρόπο με προοπτική την εξασφάλιση του καλύτερου αποτελέσματος. (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012). Είναι ξεκάθαρο, συνεπώς, πως όταν γίνεται λόγος για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και φυσικά και στις παρεχόμενες υπηρεσίες Π.Φ.Υ., το σημείο αναφοράς είναι ο άνθρωπος, ο πολίτης, ο ασθενής και η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας καταδεικνύει με τον σαφέστερο τρόπο τον σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και της ανθρώπινης ζωής (Τσιότρας, 2002).

Αναφέρθηκε ήδη πως η Π.Φ.Υ. αποτελεί την πρώτη επαφή του πολίτη-ασθενή με το σύστημα υγείας και τις υπηρεσίες που αυτό προσφέρει. Αξίζει να αναφέρουμε εδώ τα αποτελέσματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε από την ομάδα έργου EU primary care οποία αξιολόγησε την αντίληψη των επαγγελματιών της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης και των ασθενών σχετικά με την ποιότητα της οργάνωσης των συστημάτων Π.Φ.Υ. στις συμμετέχουσες χώρες της Ε.Ε. Εσθονία, Φινλανδία, Γερμανία, Ουγγαρία, Ιταλία, Λιθουανία και Ισπανία (Papp et al., 2014). Σύμφωνα με την έρευνα: Η πρώτη βασική πτυχή της ποιότητας της Π.Φ.Υ. είναι η γεωγραφική πρόσβαση και η ισότητα (Access and equity) τόσο μεταξύ ασθενών όσο και των επαγγελματιών. Κάθε ασθενής πρέπει να έχει τη στοιχειώδη δυνατότητα πρόσβασης στη θεραπεία. Η εξασφάλιση της πρόσβασης στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. προϋποθέτει τη δίκαιη γεωγραφική κατανομή των πόρων και των πρακτικών. Αυτό ισχύει για όλες τις χώρες της Ε.Ε. που συμμετείχαν στην έρευνα εξαιτίας των διαφορετικών αποστάσεων, της υποδομής και της διαθεσιμότητας των μέσων μαζικής μεταφοράς, αφού υπάρχουν διαφορές στην πρόσβαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη μεταξύ των αστικών και των αγροτικών περιοχών. Η έγκαιρη προσβασιμότητα, δηλαδή ο συντομότερος χρόνος για την πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης αποτελεί την πρώτη σημαντική πτυχή της ποιότητας της Π.Φ.Υ. Οι ασθενείς επιθυμούν να φτάσουν στους θεράποντες ιατρούς τους αμέσως, όταν αυτό απαιτείται, να έχουν, δηλαδή, γρήγορη και εύκολη πρόσβαση με σύντομο χρόνο αναμονής. Αυτή η υψηλή προσδοκία των ασθενών οδηγεί, πολλές φορές, σε απογοήτευση τους επαγγελματίες της υγείας. Η δεύτερη πτυχή, που αφορά την ποιότητα της Π.Φ.Υ., θεωρείται πως είναι ο συντονισμός και η συνέχεια (Appropriateness: Coordination, continuity). Οι ασθενείς από όλες τις χώρες που συμμετείχαν στη μελέτη έρευνας εξέφρασαν έντονη την ανάγκη για τη συνέχεια της Π.Φ.Υ. και επεσήμαναν την ιδιαίτερη σημασία των μακροχρόνιων προσωπικών σχέσεων με τον γιατρό τους. Οι ασθενείς χρειάζονται το γιατρό τους για να συντονίσουν τη φροντίδα τους και τις υπηρεσίες που παρέχουν οι άλλοι επαγγελματίες της υγείας, σε άλλα περιβάλλοντα και σε άλλα επίπεδα του συστήματος υγείας. Επισημάνθηκε πως η ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας θεωρείται συνήθως ανεπαρκής. Προτάθηκε, μάλιστα, οι γιατροί να έχουν πρόσβαση σε πληροφορίες από τη δευτεροβάθμια φροντίδα μέσω του συστήματος πληροφορικής. Υποστηρίχθηκε δε πως δύο σημαντικά εργαλεία συντονισμού είναι οι καλές δεξιότητες επικοινωνίας και οι κατάλληλοι κανονισμοί. Επόμενη πτυχή της ποιότητας της Π.Φ.Υ. είναι η αρμοδιότητα και η πληρότητα, (Competency, comprehensiveness). Οι επαγγελματίες της υγείας υπογράμμισαν πως η Π.Φ.Υ. πρέπει να έχει τη δυναμική να προσφέρει επαρκή επίλυση των προβλημάτων των ασθενών, κάνοντας κατανοητή σε αυτούς την κατάσταση της

υγείας τους και τη θεραπεία που πρέπει να ακολουθήσουν. Αυτό, βέβαια, απαιτεί αρκετό χρόνο προκειμένου να μιλήσουν με τους ασθενείς και να φτάσουν σε μια σωστή υπόμνηση, επεξεργαζόμενοι θεραπευτικά σχέδια μαζί τους. Θεωρούν καθήκον τους να είναι κοντά στους ασθενείς, αιτιολογώντας μάλιστα και τον όρο «οικογενειακός γιατρός». Σε όλες σχεδόν τις χώρες οι θεράποντες ιατροί αναμένεται να εκτελούν προληπτικές δραστηριότητες εκτός από τις θεραπευτικές. Οι ασθενείς επισημαίνουν, όμως, πως οι γιατροί δεν ασχολούνται επαρκώς με την πρόληψη αλλά και οι ίδιοι δεν δείχνουν αρκετό ενδιαφέρον για προληπτικές υπηρεσίες. Παρόμοια με τους ασθενείς και οι επαγγελματίες πιστεύουν ότι η πρόληψη και η εκπαίδευση ασθενών αποτελούν σημαντικά καθήκοντα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Παρ' όλα αυτά δεν δίνεται η πρέπουσα προσοχή, καθώς οι χρηματοδοτήσεις κατευθύνονται στην αντιμετώπιση των ασθενειών. Γι' αυτό επικρατεί η αντίληψη ότι οι γιατροί δεν θέλουν να σπαταλούν το χρόνο τους στην πρόληψη για λόγους οικονομικού οφέλους. Τέλος, η τελευταία πτυχή της ποιοτικής παροχής υπηρεσιών της Π.Φ.Υ. είναι η ακεραιότητα του ασθενή (Patient centeredness). Οι ασθενείς αναμένουν ότι ο γιατρός θα είναι φιλικός, προσεκτικός και συμπαθητικός. Θα πρέπει ανάμεσα στον ασθενή και τον γιατρό να αναπτυχθεί μια σχέση εμπιστοσύνης και συνεργασίας και σε αυτό μπορεί να συμβάλει η κατάλληλη επικοινωνία μεταξύ τους. Ο γιατρός θα πρέπει να θεραπεύει τον ασθενή και ως άνθρωπο και όχι μόνο ως ασθενή. Οι γιατροί πρέπει να είναι προσεκτικοί, φιλικοί, ολοκληρωμένοι, καλοί ακροατές, ενώ θα πρέπει να έχουν την προθυμία να βοηθήσουν. Ωστόσο, όσον αφορά τη σχέση ιατρού-ασθενούς, οι γιατροί τόνισαν τη σημασία της υπεύθυνης συμπεριφοράς των ασθενών πιο συχνά από τους ίδιους τους ασθενείς. Η εμπλοκή των ασθενών στις αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία τους είναι ένας από τους αξιοσημείωτους καθοριστικούς παράγοντες της ποιότητας της υγείας και της πρωτοβάθμιας περίθαλψης κατά τη γνώμη των επαγγελματιών της υγείας. Η έννοια της ποιότητας της υγείας έχει διαφορετική σημασία ανάμεσα στα εμπλεκόμενα πρόσωπα, τους ασθενείς και στους επαγγελματίες υγείας. Για τους ασθενείς, ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σημαίνει την άμεση πρόσβαση στις υπηρεσίες που επιθυμούν, οι οποίες είναι οι κατάλληλες. Για τους επαγγελματίες της υγείας, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σχετίζεται με την κατάλληλη εκπαίδευση και τις κατάλληλες γνώσεις, που πρέπει να κατέχουν για να παρέχουν στους ασθενείς τις υπηρεσίες που χρειάζονται. Από την πλευρά της διοίκησης, βέβαια, ποιότητα σημαίνει την αποτελεσματική παροχή φροντίδας, αλλά με κάποιο οικονομικό όφελος (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Μετά την αναφορά στις βασικές πτυχές που διέπουν την ποιότητα της Π.Φ.Υ. στις χώρες της Ε.Ε., όπου διεξήχθη η προαναφερθείσα έρευνα και με βάση αυτές τις πτυχές, θεωρείται εποικοδομητικό να παρουσιαστεί και η κριτική σκέψη σχετικά με την ποιότητα της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα. Τα στοιχεία αντλήθηκαν από την μελέτη που εκπονήθηκε από την Ομάδα Εργασίας για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, που συγκροτήθηκε από το Υπουργείο Υγείας το 2015 με αντικείμενο «την υποβολή πρότασης για τη ριζική αναμόρφωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και την ανάδειξή της ως τον κεντρικό πυλώνα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα» (Αντωνιάδου και συν., 2015,).

Στην ίδια μελέτη και στο κεφάλαιο 1.2 σ.12 με τίτλο: «Η ποιότητα των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα» αναφέρεται ότι: «Σειρά ευρωπαϊκών μελετών που αξιολογούν τα βασικά χαρακτηριστικά της προσβασιμότητας, της συνέχειας στη φροντίδα, το συντονισμό των υπηρεσιών και το ολοκληρωμένο φάσμα τους, έχει καταγράψει την ποιότητα των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στη χώρα μας σε μια από τις χαμηλότερες θέσεις. Η παροχή των υπηρεσιών αναπτύχθηκε σπασμωδικά, δίχως την κατάλληλη μελέτη και στρατηγική προετοιμασία, με αποτέλεσμα να συγχέεται η ουσιαστική Π.Φ.Υ., που παρέχεται από τον οικογενειακό γιατρό (γενικό γιατρό, παθολόγο, παιδίατρο) και την Ομάδα Υγείας, με την λεγόμενη Περιπατητική Φροντίδα, τις υπηρεσίες υγείας δηλαδή από γιατρούς άλλων ειδικοτήτων». Από το κείμενο αυτό συνάγεται το συμπέρασμα πως παρ' όλες τις προσπάθειες που έγιναν τις τελευταίες δεκαετίες, μετά τη διακήρυξη της Alma-Ata το 1978, για τη συγκρότηση και οργάνωση της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα, το εγχείρημα αυτό

παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα, τα οποία χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης. (Αντωνιάδου και συν., 2015,).

### 1.7 Η Χρηματοδότηση της Π.Φ.Υ.

Αναμφισβήτητα, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και κατά συνέπεια και εκείνων της Π.Φ.Υ. βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με τις οργανωτικές δομές, τη χρηματοδοτική κάλυψη και την ορθή διαχείριση των πόρων, που τίθενται προς χρήση από τους καταναλωτές. Έγινε αναφορά στην εισαγωγή για τον διαχωρισμό των συστημάτων υγείας με βάση τον τρόπο χρηματοδότησης των προσφερόμενων υπηρεσιών. Οι βασικοί τύποι διαχείρισης των συστημάτων υγείας, με σχεδόν καθολική κάλυψη, είναι δύο. Πρόκειται για το σύστημα τύπου Beveridge, το οποίο φέρει το όνομα του Βρετανού ακαδημαϊκού William Beveridge θεμελιωτή του Εθνικού Συστήματος Υγείας (National Health Service) γνωστό και ως N.H.S. του Ηνωμένου Βασιλείου. Το σύστημα αυτό εφαρμόζεται επίσης, στις Σκανδιναβικές χώρες (Σουηδία) και με παραλλαγές στον Καναδά και σε άλλες χώρες του κόσμου. Το βασικό γνώρισμα αυτού του τύπου συστήματος είναι πως η κάλυψη των χρηματοδοτικών αναγκών βασίζεται στα φορολογικά έσοδα. Ο άλλος τύπος συστήματος καθολικής κάλυψης των χρηματοδοτικών αναγκών των συστημάτων υγείας είναι εκείνος του τύπου Bismark, από το όνομα του Γερμανού καγκελάρου Otto von Bismark. Οι χώρες στις οποίες επικράτησε είναι η Γερμανία, η Γαλλία, η Ολλανδία κ.ά. Η διαφορά με το προηγούμενο σύστημα είναι πως η χρηματοδότηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στηρίζεται στις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων. Τέλος, υπάρχει και ο τρίτος δρόμος κάλυψης των χρηματοδοτικών αναγκών των υπηρεσιών υγείας, εκείνος της ιδιωτικής ασφάλισης με χαρακτηριστικό το παράδειγμα των Η.Π.Α. (Rice, 2006).

Η χρηματοδότηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται από την Π.Φ.Υ. στις χώρες της Ε.Ε. διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες. Στην πρώτη κατηγορία, στην αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση, όπου ο ασθενής επιλέγει τον γιατρό ελεύθερα και αμείβεται είτε απευθείας από τον ασθενή και αυτός εισπράττει πίσω ολόκληρο ή μέρος του ποσού από τον ασφαλιστικό του φορέα, είτε έμμεσα με πληρωμή του γιατρού απευθείας από το ασφαλιστικό ταμείο. Η δεύτερη κατηγορία είναι η αμοιβή κατά πάγιο μισθό, όπου οι γιατροί αμείβονται για τις υπηρεσίες που προσφέρουν στους ασθενείς τους σύμφωνα με έναν μηνιαίο πάγιο μισθό. Στην τρίτη κατηγορία, την κατά κεφαλήν αμοιβή, ο γιατρός αποζημιώνεται με ένα προκαθορισμένο ποσό, το οποίο είναι ανάλογο των ασθενών προς τους οποίους έχει δεσμευθεί ότι θα παρέχει υπηρεσίες (Πολύζος και συν., 2013).

Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, σε όλο τον κόσμο, διέπεται από τρεις βασικές αρχές (Σίσκου, 2010). Την αρχή της μακρο-οικονομικής αποδοτικότητας, κατά την οποία το εθνικό εισόδημα που διατίθεται πρέπει να ικανοποιεί τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού μόνο. Την αρχή της μικρο-οικονομικής αποδοτικότητας κατά την οποία οι πόροι που διατίθενται στα προγράμματα υγείας πρέπει να οδηγούν σε συγκεκριμένα αποτελέσματα με το μικρότερο δυνατό κόστος. Τέλος, την αρχή της ισότητας στη χρηματοδότηση, με βάση την οποία οι οικονομικές ευθύνες αφορούν ισότιμα όλα τα μέλη μιας κοινωνίας, σύμφωνα με την εισοδηματική ικανότητα του καθενός. Στον ελληνικό χώρο το σύστημα υγείας συντίθεται από το Ε.Σ.Υ. με τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας, το ασφαλιστικό σύστημα με καταβολή των ασφαλιστών από τους εργοδότες και τους εργαζομένους και το ιδιωτικό ασφαλιστικό σύστημα, με περιορισμένη εφαρμογή, καθώς και ένα ιδιωτικό σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας από ιδιώτες γιατρούς, διαγνωστικά κέντρα και ιδιωτικές κλινικές (Πολύζος και συν., 2013). Οι βασικές πηγές χρηματοδότησης του συστήματος υγείας και κατ' επέκταση της Π.Φ.Υ. είναι η άμεση φορολογία, η έμμεση φορολογία, η κοινωνική ασφάλιση, η ιδιωτική ασφάλιση και οι πληρωμές από τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας (Rice, 2006). Ως εκ τούτου, δεδομένου του τρόπου χρηματοδότησης των δαπανών για την υγεία στη χώρα μας, το Ε.Σ.Υ. ανήκει στα



αποκαλούμενα μικτά συστήματα, με βασικό σκοπό την ισότιμη κάλυψη και χρηματοδότηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού (Χλέτσος, 2011).

Τα τελευταία χρόνια, όμως, παρατηρείται μια τάση υποχρηματοδότησης της Π.Φ.Υ. από τον κρατικό προϋπολογισμό, ως συνέχεια της μείωσης της κατά κεφαλήν δαπάνης ανά κάτοικο στην Ελλάδα λόγω της οικονομικής κρίσης. Η ανάγκη που δημιουργείται για την κάλυψη των δαπανών για την Π.Φ.Υ. οδήγησε στην αναπλήρωσή τους από ιδιωτικές δαπάνες και κυρίως από ίδιες πληρωμές. Η χρηματοδότηση της Π.Φ.Υ. γίνεται σύμφωνα με όσα ορίζονται από τους κανονισμούς παροχών του ΕΟΠΥΥ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας) και τα δεδομένα του Ε.Σ.Υ. Ο ΕΟΠΥΥ χρηματοδοτείται από τις ασφαλιστικές εισφορές των ταμείων που είναι ενταγμένα στον οργανισμό, από την ετήσια επιχορήγηση από τον κρατικό προϋπολογισμό και έσοδα από διάφορους κοινωνικούς φορείς (Πολύζος και συν., 2013).

Πρέπει να επισημάνουμε βέβαια πως η χρηματοδότηση των Κέντρων Υγείας και των αγροτικών ιατειρών, η πληρωμή του νοσοκομειακού προσωπικού, οι επιδοτήσεις των δημόσιων νοσοκομείων και των ασφαλιστικών ταμείων πραγματοποιείται από τον προϋπολογισμό του κράτους (Κυριόπουλος, Οικονόμου & Σουλιώτης, 2003). Οι πάροχοι υπηρεσιών Π.Φ.Υ. που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ αποζημιώνονται αποκλειστικά σχεδόν κατά πράξη σύμφωνα με το Κρατικό Τιμολόγιο Ιατρικών Πράξεων. Ο τρόπος αυτός αποζημίωσης δεν ισχύει για τους εργαζομένους των μονάδων του ΕΟΠΥΥ (πρώην ΙΚΑ), των ΚΥ, των ΠΙ και των ΤΕΙ των Δημόσιων Νοσοκομείων, οι οποίοι αποζημιώνονται με σταθερό μισθό (Πολύζος και συν., 2013).

Η απορρύθμιση της ελληνικής οικονομίας και των εργασιακών σχέσεων εξαιτίας της οικονομικής κρίσης των τελευταίων ετών οδήγησαν στον σταδιακό περιορισμό του κράτους πρόνοιας προς τους πολίτες (Μεχίλι και συν., 2012) και κατέστησαν αναγκαία τη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος για τη λήψη φροντίδας υγείας. Η συμμετοχή αφορούσε πράξεις προληπτικής ιατρικής, εργαστηριακές εξετάσεις, αναλώσιμο υγειονομικό υλικό, κοστολογημένες ιατρικές πράξεις, φυσικοθεραπείες, λογοθεραπείες, ψυχοθεραπείες, πρόσθετη περίθαλψη και θεραπευτικά μέσα, νοσηλεία σε Δημόσιο ή Ιδιωτικό Νοσοκομείο του εξωτερικού, φαρμακευτική περίθαλψη. Επιπλέον, των παραπάνω συμμετοχών, οι ασθενείς συμμετείχαν με τη μορφή εξέταστρου ύψους πέντε (05) ευρώ ανά επίσκεψη σε Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία και Κέντρα Υγείας. Από τη συμμετοχή αυτή εξαιρούνταν οι ασθενείς των παρακάτω περιπτώσεων: Όταν ο ασθενής είχε πληρώσει τα πέντε (05) ευρώ και κατόπιν παραπέμφθηκε σε γιατρό άλλης ειδικότητας εντός της ίδιας ημέρας. Σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού. Στους κατόχους βιβλιαρίων πρόνοιας ή πιστοποιητικών κοινωνικής προστασίας. Στους χρόνιους πάσχοντες (καρκινοπαθείς, νεφροπαθείς, διαβητικοί κλπ.), και τέλος, στους πολιτικούς πρόσφυγες και στους αλλοδαπούς που αιτούνταν άσυλο (Πολύζος και συν., 2013).

Βέβαια, με την υπ' αριθμ. Α3 (γ) /ΓΠ/οικ.23754 απόφαση που δημοσιεύθηκε στο (ΦΕΚ 490/τ. Β' /1-4-2015) καταργήθηκε η υποχρέωση καταβολής αμοιβής εξέταστρου πέντε (05) ευρώ στις δημόσιες δομές του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) για όλους του πολίτες που διαμένουν στην Ελληνική επικράτεια. Η σύσταση του ΕΟΠΥΥ, υπό τη μορφή δημόσιου μονοπωλίου στην αγορά υπηρεσιών υγείας, με σκοπό τον έλεγχο του κόστους και τη συγκράτηση των δαπανών, δεν επέφερε το αναμενόμενο αποτέλεσμα, σύμφωνα με μελέτες που είδαν το φως της δημοσιότητας. Αυτό που προτάθηκε ως βασική προϋπόθεση για την καλύτερη συγκρότηση των υπηρεσιών υγείας και πρώτιστα της Π.Φ.Υ., ήταν η λειτουργική ενοποίηση των μονάδων που παρέχουν υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Κέντρα Υγείας, Πολυϊατρεία και Συμβεβλημένοι γιατροί) και η μετατροπή τους σε δίκτυα συνεχούς και ολοκληρωμένης φροντίδας (Σκρουμπέλος και συν., 2012).

Πρέπει να επισημάνουμε εδώ τη σημαντικότητα της παρεμβολής των φορέων της τοπικής αυτοδιοίκησης (σχέδιο Καλλικράτης) και του Κράτους Πρόνοιας στην πραγμάτωση του παραπάνω εγχειρήματος, έχοντας ως αποτέλεσμα την παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών Π.Φ.Υ. ισότιμα για όλους τους πολίτες. Αυτό σημαίνει, πως δεν θα μειωθεί η ευθύνη για τα

ασθενέστερα κοινωνικά στρώματα που αδυνατούν να συμβάλουν για τις παρεχόμενες υπηρεσίες Π.Φ.Υ. που απολαμβάνουν. Βέβαια, για την εξασφάλιση των χρηματοδοτικών αναγκών των υπηρεσιών υγείας προϋποτίθεται μεταρρύθμιση, που θα συμβάλλει στην προσφορά ποιοτικών και με μικρότερο οικονομικό κόστος υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και Π.Φ.Υ. (Μεχίλι και συν., 2012). Τα κριτήρια της μεταρρύθμισης αυτής σύμφωνα με τη μελέτη της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, (2013), πρέπει να εξασφαλίζουν αποτελεσματικές ιατρικές υπηρεσίες για όλους χωρίς καμιά οικονομική, κοινωνική ή άλλη διάκριση. Μέσα στο πλαίσιο αυτό διαγράφονται και οι βασικοί άξονες για την αναδιοργάνωση της Π.Φ.Υ., που θα συμβάλλουν στη βελτίωση των χρηματοδοτικών αναγκών της. Οι άξονες αυτοί είναι: «η έμφαση που πρέπει να δοθεί στην αποκατάσταση της καλής κλινικής πρακτικής, η επαναφορά στις αρχές της Διακήρυξης της Alma-Ata, η ελεύθερη επιλογή γιατρού και δικτύου αναφοράς από τον πολίτη για να αναδειχθούν οι προτιμήσεις των καταναλωτών, οδηγώντας στην άμιλλα και στον ανταγωνισμό τους προμηθευτές, η καθιέρωση κλειστών προϋπολογισμών ανά γεωγραφική ενότητα και πληθυσμό. Ακόμα, η αποζημίωση των προμηθευτών συνδυάζοντας τον μισθό ή την αποζημίωση κατά κεφαλή ασφαλισμένου ή αποζημίωση κατά πράξη και περίπτωση, με συνέπεια τα χρήματα να ακολουθούν τους ασθενείς. Η εισαγωγή συνθηκών ελεγχόμενου ανταγωνισμού, η διασφάλιση και ο έλεγχος της ποιότητας της φροντίδας υγείας» (ΕΣΔΥ, 2013).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ευρώπη

### Εισαγωγή

Η γνώση συστημάτων υγείας άλλων χωρών, εκτός της Ελλάδας, ως προς τη δομή, την οργάνωση, τη λειτουργία και τη χρηματοδότηση, κρίνεται αναγκαία και μας επιτρέπει να συγκρίνουμε και να εξάγουμε χρήσιμα συμπεράσματα για τον τρόπο που είναι οργανωμένο και πόσο αποτελεσματικό είναι γενικά το ελληνικό σύστημα υγείας, αλλά και ειδικότερα η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο παραθέτουμε ορισμένα βασικά στοιχεία για το σύστημα υγείας άλλων χωρών και τον τρόπο με τον οποίο παρέχουν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, γιατί ανεξάρτητα από τις οργανωτικές, λειτουργικές και χρηματοδοτικές ιδιαιτερότητες των διαφόρων συστημάτων και των γενικότερων αρχών που το διέπουν το υποσύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας σε όλες τις χώρες έχει σαν βασικούς στόχους την πρόληψη της αρρώστιας και την προαγωγή της υγείας. Έτσι, αναλύονται δύο συστήματα υγείας, που κυρίως χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό και αντλούν τα βασικά τους χαρακτηριστικά από το μοντέλο Beveridge (Μεγάλη Βρετανία, Φιλανδία), δύο συστήματα υγείας που χρηματοδοτούνται κυρίως από τις εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών, μέσω των ασφαλιστικών ταμείων υγείας και βασίζονται στο μοντέλο Bismarck (Γερμανία, Ολλανδία).

### 2.1 Η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στο Βρετανικό σύστημα υγείας

Το Βρετανικό σύστημα υγείας αποτελεί χαρακτηριστική περίπτωση ενός Δημόσιου - Εθνικού Συστήματος Υγείας (National Health Service - NHS), γνωστό και ως μοντέλο Beveridge. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας ιδρύθηκε το 1948 και η ίδρυσή του εκείνη την περίοδο αποτελούσε σημαντικό σταθμό στη οργάνωση του χώρου της υγείας. Ήταν το πρώτο ολοκληρωμένο εθνικό σύστημα υγείας που παρείχε καθολική και δωρεάν κάλυψη, χωρίς να χρηματοδοτείται από την κοινωνική ασφάλιση, αλλά απευθείας από τον κρατικό προϋπολογισμό (Θεοδώρου Μ. et. al., 2001). Ήταν για πολλές δεκαετίες, και σε κάποιο βαθμό παραμένει και σήμερα, ένα μοντέλο - υπόδειγμα για αρκετά υγειονομικά συστήματα και ενέπνευσε αρκετές μεταρρυθμιστικές προσπάθειες σε διάφορες χώρες, έστω και αν τα τελευταία χρόνια έχει απωλέσει μέρος από την παλιά του αίγλη. (Πολύζος Ν., 2013).

#### Χώρα και πληθυσμός

### Δημογραφικοί παράγοντες

	Μ. Βρετανία	ΕΕ
Μέγεθος Πληθυσμού(χιλιάδες)	65.129	509.277
Ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65 ετών (%)	17,7	18,9
Ποσοστό γονιμότητας <sup>1</sup>	1,8	1,6

1.Αριθμός γυναικών που γεννήθηκαν, ανά γυναίκα 15-49 ετών

### Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

	Μ. Βρετανία	ΕΕ
Κατά κεφαλήν ΑΕΠ (EUR PPP <sup>2</sup> )	31.200	28.900
Σχετικό ποσοστό φτώχειας <sup>3</sup> (%)	9,7	10,8
Ποσοστό ανεργίας (%)	5,3	9,4

2.Η ισοτιμία αγοραστικής δύναμης (PPP) ορίζεται ως το ποσοστό μετατροπής νομισμάτων που ισοδυναμεί με την αγοραστική δύναμη των διαφόρων νομισμάτων εξαλείφοντας της διαφορές στα επίπεδα τιμών μεταξύ των χωρών.

3. Ποσοστό ατόμων που ζουν με λιγότερο από το 50% του μέσου ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος.

Το Ηνωμένο Βασίλειο αποτελείται από τέσσερα αποκεντρωμένα συστήματα υγείας (Αγγλία, Σκωτία, Ουαλία και Βόρεια Ιρλανδία). Μια επικεντρωμένη πολιτική επικεντρώνεται στην επίτευξη μεγαλύτερης ολοκλήρωσης και φροντίδας βάσει τόπου, η οποία θα ενθαρρύνει τους οργανισμούς να συνεργαστούν με κοινούς πόρους για την αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών. Η συνολική έκταση της είναι 244.820 χλμ. (Αγγλία 130.373, Σκωτία 78. 775, Ουαλία 20.767, Βόρεια Ιρλανδία 14.120). Ο συνολικός πληθυσμός στα μέσα του 2009 εκτιμήθηκε ως 61,79 εκατομμύρια (84% Αγγλία, 8% Σκωτία, 5% Ουαλία, 3% Βόρεια Ιρλανδία). Από το συνολικό πληθυσμό, το 17,5% ήταν ηλικίας 0-14 ετών και 16,2% 65 ετών και άνω. Το 2009, η αύξηση του πληθυσμού ήταν 0,64%. Η πυκνότητα πληθυσμού του Ηνωμένου Βασιλείου είναι 244 ανά χλμ. (Αγγλία 380, Σκωτία 65, Ουαλία 141, Βόρεια Ιρλανδία 125). Στην απογραφή του 2001, το 92,1% περιέγραψε την εθνικότητά τους ως λευκή, 4,0% ως ασιατική ή ασιατική βρετανική, 2,0% ως μαύρη ή μαύρη βρετανική και 1,2% ως μικτή φυλή. (Kringos et al., 2019)

### Η μεταρρύθμιση της δεκαετίας του '90

Το NHS λειτούργησε αδιαλείπτως για μισό αιώνα με πολύ καλά αποτελέσματα και με συγκριτικά χαμηλή χρηματοδότηση, εμφάνισε όμως σημάδια κόπωσης, με μεγάλες λίστες αναμονής, απουσία ανταγωνιστικού περιβάλλοντος, σύγχρονων μηχανισμών και εργαλείων αποτελεσματικής διοίκησης, ενεργητικών κινήτρων και ελλιπή χρηματοδότηση που δημιουργούσε επιπλέον δυσκολίες και προβλήματα. Το 1991 ξεκινάει η μεταρρύθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας έχοντας επηρεαστεί σημαντικά από τη συνολική πολιτική στροφή της Μ. Βρετανίας προς τον φιλελευθερισμό, αφού εκείνη την περίοδο κυβερνούσε το συντηρητικό κόμμα με πρωθυπουργό τη Margaret Thatcher. Επιχειρήθηκε η εισαγωγή στοιχείων αγοράς και ανταγωνισμού στο σύστημα υγείας, με σκοπό να βελτιωθεί η αποδοτικότητα των πόρων που απορροφούσε. Η βάση της μεταρρύθμισης ήταν ο διαχωρισμός των αγοραστών υπηρεσιών υγείας από τους

προμηθευτές υπηρεσιών υγείας. Οι προμηθευτές του συστήματος υγείας είναι τα νοσοκομεία και οι γενικοί – οικογενειακοί ιατροί. Μεταξύ των προμηθευτών και των αγοραστών συνάπτονται συμβόλαια με βάση την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και τις τιμές. Τα νοσοκομεία έχουν μεταβληθεί σε αυτόνομους και αυτοδιοικούμενους οργανισμούς και λειτουργούν με βάση τους κανόνες της αγοράς, δηλαδή προσλαμβάνουν το προσωπικό που επιθυμούν, καθορίζουν τους μισθούς, τιμολογούν τις υπηρεσίες τους και ανταγωνίζεται το ένα το άλλο. Η δεύτερη σημαντική αλλαγή που έφερε η μεταρρύθμιση του 1991 ήταν η εκχώρηση προϋπολογισμών στους γενικούς – οικογενειακούς γιατρούς (GP fundholders) για την αγορά φαρμάκων, ειδικών ιατρικών και νοσοκομειακών υπηρεσιών, για λογαριασμό των ασθενών και κατά συνέπεια μεταφέρθηκε το κέντρο βάρους των αποφάσεων από τους νοσοκομειακούς στους οικογενειακούς γιατρούς. Έπειτα, το 1997 ξεκίνησε ένα άλλο κύμα μεταρρυθμίσεων που άλλαξε και πάλι τη δομή του βρετανικού συστήματος υγείας. Στις σημαντικότερες αλλαγές περιλαμβάνεται η αντικατάσταση των Υγειονομικών Περιφερειών με τις Διευθύνσεις Υγείας (Strategic Health Authorities – SHAs), με αρμοδιότητες τη διασφάλιση της ποιότητας και απόδοσης των υπηρεσιών υγείας στην περιοχή ευθύνης της κάθε μιας από αυτές. Επίσης, σε τοπικό επίπεδο αντικαταστάθηκαν και οι Υγειονομικές Επαρχίες με τα Primary Care Trusts (PCTs). Τα Primary Care Trusts συντονίζουν και διασφαλίζουν την παροχή φροντίδας υγείας συμβαλλόμενα με παρόχους και ο αριθμός τους σε κάθε περιοχή εξαρτάται από το μέγεθος και την πυκνότητα του πληθυσμού, την προϋπάρχουσα διοικητική διαίρεση, κ.λπ. Τα PCTs επιβλέπονται από τις SHAs και λογοδοτούν κατευθείαν στον Υπουργό Υγείας. Το Υπουργείο Υγείας κατανέμει το 80% του προϋπολογισμού υγείας κατευθείαν στα PCTs, τα οποία στη συνέχεια αγοράζουν υπηρεσίες υγείας μέσω συμβολαίων από τους διάφορους προμηθευτές στο πλαίσιο του NHS, αλλά και από άλλους προμηθευτές του ιδιωτικού και εθελοντικού τομέα (Boyle Sean, 2011).

### **Ανάπτυξη και οικονομία**

Το Ηνωμένο Βασίλειο είναι μια συνταγματική μοναρχία, στην οποία ένας κληρονόμος μονάρχης είναι αρχηγός του κράτους και ο πρωθυπουργός είναι επικεφαλής της κυβέρνησης. Νομοθετικές εξουσίες ασκούνται και από τα δύο κοινοβούλια, την εκλεγμένη Βουλή των Κοινοτήτων και τη διορισμένη Βουλή των Λόρδων. Ορισμένες εκτελεστικές και νομοθετικές εξουσίες έχουν ανατεθεί στο Κοινοβούλιο της Σκωτίας, της Ουαλίας και της Βόρειας Ιρλανδίας, συμπεριλαμβανομένων των αρμοδιοτήτων για την υγεία και την υγεία Εθνική Υπηρεσία Υγείας (NHS).

Το Ηνωμένο Βασίλειο είναι η 6η μεγαλύτερη οικονομία στο κόσμο, και η 3<sup>η</sup> μεγαλύτερη στην Ευρώπη, με ΑΕΠ(Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν) ύψους 2183,6 δισ. δολαρίων ΗΠΑ. Κατατάσσεται η 22<sup>η</sup> στον κόσμο για την κατά κεφαλήν ΑΕΠ (35.334 δολάρια ΗΠΑ). Ο Δείκτης ανθρώπινης ανάπτυξης του Ηνωμένου Βασιλείου (που συνδυάζει προσδόκιμο ζωής, εκπαίδευση και το ΑΕΠ) είναι 0.930 (Κατατάσσεται στη 4η θέση στην Ευρώπη, δεδομένα έτους 2001) και ο συντελεστής GINI (μέτρηση της στατιστικής διασποράς) είναι 34% (το 2008, σε σύγκριση με 27% το 1983). Το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 25-64 ετών που φθάνουν στην ανώτερη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαίδευση είναι 37% και 32% (2007). (Kringos et al., 2019)

Οι συνολικές δαπάνες υγείας για την Μεγάλη Βρετανία για το 2015 ανέρχονται στο 9,9% ως ποσοστό επί του ΑΕΠ (OECD, United Kingdom, 2017). Η χρηματοδότηση του συστήματος προέρχεται πρωτίστως από τη γενική φορολογία (περίπου στο 80%), και δευτερευόντως από τις εθνικές ασφαλιστικές εισφορές κατά 15% και τις ιδιωτικές πληρωμές κατά 5%. Το NHS διοικείται και χρηματοδοτείται από το Υπουργείο Υγείας, το οποίο θέτει τις πολιτικές υγείας, τις κατευθύνσεις και τις προτεραιότητες που πρέπει να εφαρμοστούν. Υπάρχουν επίσης και οι 10 Υγειονομικές Περιφέρειες (Regional Health Authorities – RHAs), που αποτελούν «προέκταση» του Υπουργείου Υγείας στην περιφέρεια και είναι υπεύθυνες για το σχεδιασμό και την κατανομή των πόρων στις Υγειονομικές

Επαρχίες (District Health Authorities – DHAs), οι οποίες αποτελούν την τρίτη στη σειρά οργανωτική βαθμίδα του συστήματος. Οι Υγειονομικές Επαρχίες ανέρχονται σε 151, εξυπηρετούν κατά μέσο όρο 350.000 άτομα η καθεμία και είναι υπεύθυνες για όλο το φάσμα των παρεχόμενων φροντίδων στο γεωγραφικό τομέα ευθύνης τους (Θεοδώρου Μ. et. al., 2001).

Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται κυρίως από τους οικογενειακούς ιατρούς (General Practitioners – GPs), συνήθως αυτοαπασχολούμενους στα δικά τους ιατρεία ή απασχολούμενους σε άλλες δομές ΠΦΥ, και από τα νοσοκομεία τα οποία είναι στελεχωμένα από γιατρούς ειδικοτήτων και αμείβονται με μισθό. Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα υγείας είναι περιορισμένος και λειτουργεί συμπληρωματικά προς το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Προσφέρει τη δυνατότητα επιλογής γιατρού, άνεση και πολυτέλεια και αποφυγή ουρών αναμονής. Η συνεργασία NHS και ιδιωτικού τομέα μπορεί να επιτευχθεί ακόμα και για την ίδια περίπτωση παροχής φροντίδας. Οι αμοιβές στον ιδιωτικό τομέα ακολουθούν τον κανόνα της αμοιβής κατά πράξη. (OECD, United Kingdom, 2017).

### **Το προσδόκιμο ζωής**

Το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί και το χάσμα μεταξύ ανδρών και γυναικών συρρικνώνεται. Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στο Ηνωμένο Βασίλειο αυξήθηκε κατά 3 έτη μεταξύ 2000 και 2015 σε 81 έτη (Σχήμα 1) - 78 έτη το 2000 (77,2 για άντρες και 81,5 για γυναίκες (2005-2007) και είναι υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ. Το συνολικό ποσοστό γονιμότητας είναι 1,96 παιδιά ανά γυναίκα. Το χάσμα στο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση μεταξύ ανδρών και γυναικών είναι σχετικά μικρό (79,2 και 82,8 έτη) και έκλεισε 1,2 έτη από το 2000. Το προσδόκιμο ζωής μετά την ηλικία των 65 ετών, για τις γυναίκες των 65 ετών ήταν 20,8 έτη και για τους άνδρες 18,6 έτη το 2015 (από 19,0 έως 15,8 έτη το 2000). Ωστόσο, η μακροχρόνια πτώση των ποσοστών θνησιμότητας σε ηλικίες άνω των 85 ετών έχει σταματήσει για λόγους που δεν έχουν ακόμη καθοριστεί πλήρως (Looptra et al., 2016). Στην ηλικία των 65 ετών, οι άνθρωποι μπορούν να περιμένουν να ζήσουν μόνο μια δεκαετία από τα υπόλοιπα έτη χωρίς αναπηρία: γυναίκες (50) και άνδρες (55). Στην Αγγλία και Ουαλία, το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας είναι 4,8 ανά 1000 γεννήσεις (2008). Οι κύριες αιτίες θανάτου είναι η κυκλοφοριακή νόσος (34% Συνολικά, στεφανιαία νόσος 15,9%, εγκεφαλικό επεισόδιο 9,3%), καρκίνος (27,8% συνολικά, καρκίνος του πνεύμονα 6,0%, καρκίνος του εντέρου 2,8%) και αναπνευστική νόσος (13,7%) (2007). Την τελευταία δεκαετία μειώθηκαν τα ποσοστά θνησιμότητας, ιδίως οι θάνατοι από κυκλοφορικές ασθένειες. Το βάρος της νόσου μπορεί να εκτιμηθεί από πιθανά χρόνια απώλειας ζωής (PYLL) (Years of potential life lost), τα οποία βαρύνουν τους θανάτους από την πρόωρη ζωή τους, με προσδόκιμο ζωής 75 ετών. Οι κύριες πέντε αιτίες και το ποσοστό PYLL για το οποίο λαμβάνουν υπόψη είναι: ισχαιμική καρδιακή νόσο (12%), καρκίνος του πνεύμονα (6%), εσκεμμένη αυτοκαταστροφή (4%), τροχαία ατυχήματα (4%) και καρκίνος του μαστού (4%) . (Kringos et al., 2019) Οι ανισότητες στην αυτοπεριοριζόμενη υγεία εξακολουθούν να υφίστανται από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και από τον κίνδυνο συμπεριφοράς που συνδέεται με την εκπαίδευση και το εισόδημα. Ο καρκίνος και η καρδιαγγειακή νόσο είναι οι κύριες αιτίες θανάτου ωστόσο κατά τα τελευταία χρόνια σημειώθηκε μεγάλη αύξηση των (καταγεγραμμένων) θανάτων από Αλτσχάιμερ και άλλες μορφές άνοιας. (OECD, United Kingdom, 2017).

### **Σύστημα υγείας**

Το NHS (National Health Service) - Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας, παρέχει δημόσια χρηματοδοτούμενη υγειονομική περίθαλψη στον πληθυσμό του Ηνωμένου Βασιλείου. Βασίζεται στις αρχές της κοινωνικής αλληλεγγύης, της καθολικής και δωρεάν κάλυψης όλου του πληθυσμού και της έντονης κρατικής δράσης και παρέμβασης. Παρέχει

υπηρεσίες υγείας στο σύνολο του πληθυσμού της χώρας, δηλαδή σε περίπου 65.129.000 άτομα, ανεξάρτητα από την επαγγελματική τους κατάσταση και το ύψος του εισοδήματος τους. Λειτουργεί ανεξάρτητα σε καθεμία από τις τέσσερις χώρες του Ηνωμένου Βασιλείου και είναι υπεύθυνη στις αποκεντρωμένες διοικήσεις στη Σκωτία, την Ουαλία και τη Βόρεια Ιρλανδία και στην κυβέρνηση του Ηνωμένου Βασιλείου στην Αγγλία. Κάθε χώρα του Ηνωμένου Βασιλείου έχει δικό της συμβουλευτικό, προγραμματιστικό και εποπτικό πλαίσιο για το σύστημα υγείας και τις δικές της υπηρεσίες δημόσιας υγείας για την αντιμετώπιση της προστασίας της υγείας και των ανισοτήτων. (OECD, United Kingdom, 2017). Οι δαπάνες για την υγεία που εκφράζονται ως ποσοστό του ΑΕΠ έχουν ιστορικά μειωθεί από τον μέσο όρο της ΕΕ, αλλά την τελευταία δεκαετία έχουν αυξηθεί σε σχέση με άλλες χώρες, φθάνοντας το 9,0% το 2008, έναντι 8,8% σε όλες τις χώρες της ΕΕ. Ο δημόσιος τομέας αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης για την υγεία. Το 83% των δαπανών για την υγεία χρηματοδοτήθηκε από δημόσιες πηγές το 2008, σε σύγκριση με το μέσο όρο της ΕΕ κατά 77%. (Kringos et al., 2019). Το κατά κεφαλήν ποσό το 2015 υπερβαίνει το μέσο όρο της ΕΕ, αν και το μερίδιο του ΑΕΠ που δαπανάται για την υγεία (9,9%) ταιριάζει με το μέσο όρο. Οι δημόσιες πηγές παρέχουν το 80% των συνολικών δαπανών για την υγεία, που ισοδυναμεί με το 18,4% των συνολικών κυβερνητικών δαπανών. Οι πληρωμές εκτός τσέπης ως μέρος της κατανάλωσης των νοικοκυριών κατέχουν την τρίτη χαμηλότερη θέση στην ΕΕ. (OECD, 2017). Σε σύγκριση με άλλες χώρες της ΕΕ, το Ηνωμένο Βασίλειο έχει υψηλότερο ποσοστό ιατρών που είναι GPs (General practitioners), λιγότερα νοσοκομειακά κρεβάτια ανά κεφαλή, λιγότερες εισαγωγές και μικρότερης διάρκειας διαμονές. (Kringos et al., 2019). Η NHS στην Αγγλία αντιμετωπίζει ένα σημαντικό δημοσιονομικό κενό στο μέλλον, ενώ η κυβέρνηση λαμβάνει διορθωτικά μέτρα. Μέτρα για την επίτευξη εξοικονόμησης απόδοσης περιλαμβάνουν την παροχή πιο ολοκληρωμένης υπηρεσίας εκτός νοσοκομείου και βελτίωση του συντονισμού των υπηρεσιών. υπηρεσίες εκτός νοσοκομείου και βελτίωση του συντονισμού των υπηρεσιών. (OECD, United Kingdom, 2017).

Συνολικά, η υποτιθέμενη θνησιμότητα στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι καλύτερη από τον μέσο όρο της ΕΕ και επισημαίνει τις θετικές επιπτώσεις του συστήματος υγείας στην υγεία του πληθυσμού. Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρική περίθαλψη είναι χαμηλές. Η κάλυψη είναι εξαιρετικά δίκαιη, με πολύ στενές διαφορές πρόσβασης στην περίθαλψη μεταξύ ομάδων υψηλού και χαμηλού εισοδήματος. (OECD, United Kingdom, 2017).

### **Πρωτοβάθμια περίθαλψη**

Την τελευταία δεκαετία έχουν γίνει προσπάθειες για την αύξηση της ποιότητας της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και τη μείωση των ανισοτήτων μέσω της καθιέρωσης το έτος 2004, ενός καθεστώτος αμοιβής για απόδοση στο Ηνωμένο Βασίλειο που συνδέεται με ποιοτικούς στόχους και έμφαση στην αύξηση της περίθαλψης σε άτομα με χαμηλό επίπεδο υγείας, (Department of Health, 2003). Μεταξύ του 2005 και του 2009, και τα τέσσερα έθνη έχουν δημοσιεύσει έγγραφα πολιτικής που προωθούν τη φροντίδα και την εξασφάλιση της ποιότητας των ασθενών. Στην Αγγλία, δόθηκε έμφαση στην ανάπτυξη μιας ανταγωνιστικής αγοράς πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ενώ στις αποκεντρωμένες διοικήσεις δόθηκε περισσότερη έμφαση στη συνεργασία και την ολοκλήρωση των υπηρεσιών (Department of Health, 2008; Department of Health, Social Services and Public Safety, 2005; Scottish Government, 2009; Welsh Assembly Government, 2005). Από την αποκέντρωση το 1999, οι δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας και οι στρατηγικές προτεραιότητες διαφέρουν. Στην Αγγλία, οι προϋπολογισμοί κατανομούνται σε οργανώσεις (Primary Care Trusts) σύμφωνα με τον πληθυσμό, σταθμισμένα κατά ηλικία και κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά. Υπάρχουν 151 Primary Care Trusts, με μέσο πληθυσμό 342.000 (Primary Care Trust Network, 2010). Αυτές οι οργανώσεις είναι υπεύθυνες για το 80% περίπου του προϋπολογισμού του NHS και την παροχή

πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, καθώς και για υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Παρόλο που κάποιες υπηρεσίες, όπως η κοινοτική νοσηλευτική, παραδίδονται απευθείας από τις οργανώσεις της φροντίδας πρωτοβάθμιας περίθαλψης, υπάρχει η τάση να καταστούν οι υπηρεσίες αυτές χωριστές. Υπάρχει επίσης αυξημένη έμφαση στην ανάθεση υπηρεσιών από ιδιωτικούς και προμηθευτές τρίτου τομέα. Στη Σκωτία και την Ουαλία, οι υγειονομικοί φορείς (n = 14 και 22 αντίστοιχα) είναι αρμόδιοι για την κατανομή των πόρων και την παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Στη Βόρεια Ιρλανδία, η παροχή υγειονομικής και κοινωνικής μέριμνας είναι ολοκληρωμένη. Οι επιθεωρητές ποιότητας λειτουργούν και στα τέσσερα έθνη. Στην Αγγλία, η Επιτροπή Ποιότητας των Φροντίδων είναι υπεύθυνη για την υγεία και την κοινωνική φροντίδα (Care Quality Commission, 2009). Το ισοδύναμο όργανο στη Βόρεια Ιρλανδία είναι η Διεύθυνση Ασφάλειας, Ποιότητας και Προτύπων. Η NHS Quality Improvement Scotland περιλαμβάνει πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα, όπως και Healthcare Inspectorate Wales. Οι τακτικές έρευνες ασθενών διεξάγονται ανεξάρτητα σε ολόκληρο το Ηνωμένο Βασίλειο. Η ποιότητα της φροντίδας προωθείται επίσης μέσω της διάδοσης των κατευθυντήριων γραμμών με βάση τα αποδεικτικά στοιχεία από το National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE), το οποίο έχει επίσης την ευθύνη να εκτιμήσει εάν τα νέα φάρμακα και τεχνολογίες θα πρέπει να διατίθενται μέσω του NHS (NICE, 2003). Η NICE λειτουργεί στην Αγγλία, την Ουαλία και τη Βόρεια Ιρλανδία. το ισοδύναμο όργανο στη Σκωτία είναι το Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN). Στην Αγγλία, τα δικαιώματα των ασθενών, όπως για παράδειγμα η πρόσβαση σε ιατρικά αρχεία, έχουν πρόσφατα ενσωματωθεί στο Σύνταγμα του NHS (Τμήμα Υγείας, 2009).

#### **Οικονομικές συνθήκες πρωτοβάθμιας περίθαλψης**

Δεν υπάρχουν δημοσιευμένα στοιχεία σχετικά με την πρωτοβάθμια περίθαλψη δαπανών, είτε σε απόλυτες τιμές είτε σε ποσοστό των δαπανών για την υγεία. Υπάρχουν επίσης προβλήματα με τον ορισμό, όπως ορισμένες υπηρεσίες, όπως η μαιευτική, η πρωτοβάθμια και η δευτεροβάθμια φροντίδα. Χρησιμοποιώντας τα δεδομένα για το 2007, περίπου το 20% των συνολικών δαπανών για την υγεία δαπανήθηκαν για υπηρεσίες που παρέχονται από γενικούς ιατρούς και φαρμακοποιούς. Αυτό αντιστοιχεί σε ένα εκτιμώμενο 4,0% των δαπανών υγείας για την πρόληψη και τη δημόσια υγεία (Health England, 2009). Το NHS παρέχει δημόσια χρηματοδοτούμενη υγειονομική περίθαλψη για όλα τα άτομα του πληθυσμού του Ηνωμένου Βασιλείου. Δεν υπάρχουν συμπληρωματικές πληρωμές για βασικές υπηρεσίες γενικής πρακτικής εκτός από τις χρεώσεις συνταγογράφησης και αυτές έχουν καταργηθεί ή σύντομα θα καταργηθούν σε όλες τις χώρες εκτός από την Αγγλία. Η τρέχουσα χρέωση είναι £ 7,20 ανά τεμάχιο, παρόλο που το 90% των συνταγών δεν επιβαρύνουν, καθώς τα παιδιά, τα άτομα άνω των 60 ετών και άλλες ομάδες εξαιρούνται. Οι συνδρομές ισχύουν επίσης για τα οδοντιατρικά και υπηρεσίες οπτομετρίας (Eversley, 2001). Παραδοσιακά, οι ιατροί GP έχουν ανεξάρτητη αυτοαπασχόληση εργοδότες, που εργάζονται μόνοι τους ή σε συνεργασίες. Εντούτοις, σημειώθηκε αύξηση των μισθωτών γενικών ιατρών στη χώρα τελευταία δεκαετία, και αυτή η ομάδα, οι περισσότεροι από τους οποίους απασχολούνται από ανεξάρτητους εργολάβους, περιλαμβάνει σήμερα περίπου το 20% το εργατικό δυναμικό γενικής πρακτικής (NHS Information Centre, 2007). Οι αυτοαπασχολούμενοι ιατροί GP καταβάλλουν ένα συνδυασμό κεφαλαίων και αμοιβών για υπηρεσία, συμπεριλαμβανομένων των πληρωμών ποιότητας που εισήχθησαν το 2004 και αντιπροσωπεύουν περίπου το 20% του εισοδήματος. Το Πλαίσιο Ποιότητας και Αποτελεσμάτων αναθέτει γενικές πρακτικές με σημεία επίτευξης για: τη διαχείριση μερικών από τις συνηθέστερες χρόνιες ασθένειες, π.χ. άσθμα, διαβήτη. πόσο καλά



οργανώνεται η πρακτική. πώς οι ασθενείς βλέπουν την εμπειρία τους στη χειρουργική επέμβαση. και το ποσό των πρόσθετων υπηρεσιών που προσφέρονται, όπως η υγειονομική περίθαλψη των παιδιών και οι υπηρεσίες μητρότητας (NHS Confederation and the BMA, 2004). Οι μέσες αποδοχές των GPs είναι παρόμοιες με εκείνες των νοσοκομειακών συμβούλων, αν και οι τελευταίοι μπορούν να ενισχυθούν με βραβεία κλινικής αριστείας και πληρωμές από ιδιωτικές πρακτικές. Τα έσοδα από μισθωτούς γιατρούς είναι περίπου 25% χαμηλότερα από τα κέρδη των αυτοαπασχολούμενων GPs (NHS Information Centre for Health and Social Care, 2010). Οι μισθοί άλλων επαγγελματιών του NHS είναι συνήθως χαμηλότεροι ή πολύ χαμηλότεροι από τους μισθούς των GPs. (OECD, United Kingdom, 2017).

### **Ανάπτυξη εργατικού δυναμικού πρωτοβάθμιας περίθαλψης**

Η βασική ομάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας περιλαμβάνει GPs, οι οποίοι μπορεί να είναι εταίροι ή μισθωτοί και άμεσα απασχολούμενοι νοσηλευτές και διευθυντικό / διοικητικό προσωπικό. Άλλοι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας, όπως οι νοσοκόμοι της κοινότητας, οι μαίες και οι θεραπευτές συνήθως απασχολούνται από άλλους Οργανισμών του NHS και συνδέονται είτε με την πρακτικής ή γεωγραφικά καθορισμένου πληθυσμού. Με λίγες εξαιρέσεις, όπως η ουρογεννητική ιατρική, η πρόσβαση σε Οι ιατρικοί ειδικοί του NHS διατίθενται μόνο μέσω παραπομπής από τον GP. Αυτό ισχύει επίσης γενικά για την πρόσβαση σε ιδιωτική ειδικευμένη φροντίδα. Στην Αγγλία (το 2008), το 22% των GP's ήταν ηλικίας 55 ετών και άνω, και το 26% ηλικίας κάτω των 40 ετών. Έτσι, το μεγαλύτερο ποσοστό των GP's είναι ηλικίας μεταξύ 40 και 55 ετών (NHS Information Centre, 2009). Ο μέσος όρος των ωρών εργασίας που πραγματοποιήθηκαν εβδομαδιαίως από έναν συνεργάτη γενικής άσκησης συνολικής διάρκειας είναι 44,4 άτομα, περίπου το 68% των οποίων δαπανάται σε άμεση περίθαλψη ασθενών (NHS Information Centre, 2007). Οι ευθύνες των γενικών ιατρών περιγράφονται λεπτομερώς στη σύμβαση GP, η οποία αναθεωρήθηκε σημαντικά το 2004, συμπεριλαμβανομένης της άρσης της ευθύνης για τη φροντίδα εκτός ωρών. Όλες οι ιατρικές σχολές του Ηνωμένου Βασιλείου έχουν ακαδημαϊκά τμήματα γενικής πρακτικής, τα οποία συνεισφέρουν κατά μέσο όρο το 9% του προπτυχιακού προγράμματος σπουδών. Περίπου το ένα τέταρτο των πτυχιούχων ιατρικής επιλέγουν να εκπαιδευθούν για γενική πρακτική. Η κατάρτιση είναι υποχρεωτική από το 1995 και αποτελείται από ένα τριετές πρόγραμμα, από το οποίο τουλάχιστον ένα έτος πρέπει να δαπανηθεί στη γενική πρακτική, ακολουθούμενη από μια συνοπτική εκτίμηση. Η εξέταση αυτή οργανώνεται από το Royal College of General Practitioners, το οποίο έχει επίσης την ευθύνη για την επαγγελματική ανάπτυξη, την εκπαίδευση και τις επιστημονικές δραστηριότητες και δημοσιεύει το British Journal of General Practice. Οι περισσότεροι παθολόγοι συνεχίζουν να ανανεώνουν τη συμμετοχή τους στο κολέγιο, αν και αυτό είναι εθελοντικό (RCGP, 2008). Οι νοσηλευτές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης εκπαιδεύονται είτε ως περιφερειακοί νοσηλευτές, οι οποίοι απαιτούν μαθήματα σπουδών ενός έτους μετά από τριετή βασική εκπαίδευση νοσηλευτών ή ως νοσηλευτές της πρακτικής, η κατάρτιση των οποίων είναι πιο ευέλικτη. Η επαγγελματική οργάνωση για νοσηλευτές είναι το Βασιλικό Κολέγιο Νοσηλευτικής, το οποίο περιλαμβάνει την Ένωση Νοσηλευτών Πρακτικής. Οι αλλαγές στην προσφορά του εργατικού δυναμικού πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Αγγλία φαίνονται στο σχήμα A31.2, με την παροχή όλων των γιατρών για σύγκριση. Αυτό δείχνει σημαντική αύξηση του νοσηλευτικού προσωπικού της κοινότητας και του συνόλου των γιατρών, ενώ η προσφορά των γενικών ιατρών, των νοσηλευτών πρακτικής και των συναφών με την κοινότητα επαγγελματιών υγείας είναι σχετικά σταθερή. Ο σχεδιασμός του εργατικού δυναμικού του NHS αναδιοργανώθηκε αρκετές

φορές από τότε που δημοσιεύθηκε το 2002 ένα πλαίσιο σχεδιασμού εργατικού δυναμικού πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Imison, Buchan & Xavier, 2009).

### **Πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης**

Υπάρχουν 72 ιατροί γενιάς ανά 100.000 κατοίκους, αν και αυτό διαφέρει εντός και μεταξύ των εθνών. Στην Αγγλία, η παροχή κυμαίνεται από 83,5 έως 40,6 ανά 100 000 κατοίκους, με συνεπή αντίστροφη σχέση μεταξύ ανάγκης και προσφοράς. Το μέσο μέγεθος του καταλόγου στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι 1745, το υψηλότερο στην Αγγλία και το χαμηλότερο στη Σκωτία (Αγγλία 1802, Ουαλία 1695, Βόρεια Ιρλανδία 1664, Σκωτία 1380, δεδομένα 2003, ασθενείς ανά απεριόριστο κύριο κεφάλαιο) (RCGP, 2004). Οι κάτοικοι του Ηνωμένου Βασιλείου έχουν δικαίωμα εγγραφής εφόσον διαμένουν σταθεροί στην περιοχή τους. Οι ιατροί GP έχουν συμβληθεί για να παρέχουν υπηρεσίες μεταξύ των ωρών 08:00 και 18:30, και ένας αυξανόμενος αριθμός υπηρεσιών προσφοράς πέρα από αυτές τις ώρες. Υπάρχουν επίσης στόχοι για την προσβασιμότητα, εξασφαλίζοντας ότι οι ασθενείς μπορούν να δουν έναν GP εντός 48 ωρών και έναν επαγγελματία πρωτοβάθμιας φροντίδας εντός 24 ωρών, αν και αυτές βρίσκονται υπό εξέταση. Τα αποτελέσματα από την έρευνα 2008/2009 για την πρόσβαση των ασθενών έδειξαν ότι 81% ικανοποίησαν τις ώρες λειτουργίας τους (Department of Health, 2010). Οι περισσότεροι παθολόγοι χρησιμοποιούν συστήματα ραντεβού, συνήθως σε διαστήματα 10 λεπτών, και προσφέρουν επισκέψεις στο σπίτι (οι οποίες μειώνονται σε αριθμό) και τηλεφωνικές διαβουλεύσεις (οι οποίες αυξάνονται) (Hippisley Cox, Fenty & Hears, 2007). Ένας αυξανόμενος αριθμός πρακτικών λειτουργούν ιστότοπους (web sites) και προσφέρουν ηλεκτρονικές κρατήσεις, αν και λίγοι διενεργούν διαβουλεύσεις μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (email). Οι νοσηλευτές πρακτικής άσκησης μπορούν να προσφέρουν ειδικές κλινικές συνεδρίες για ορισμένες ομάδες, όπως αυτές με διαβήτη ή ΧΑΠ. Μετά από παραπομπή από γενικό ιατρό, δεν υπάρχει χρέωση για να επισκεφτούν έναν ειδικό γιατρό υπό το πλαίσιο του NHS. (OECD, United Kingdom, 2017).

### **Συνέχεια των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης**

Στις γενικές πρακτικές υπάρχει κατάλογος των εγγεγραμμένων ασθενών. Μια πρόσφατη έρευνα στην Αγγλία διαπίστωσε ότι το 62% προτιμούσε να δει έναν συγκεκριμένο γιατρό, και το 55% πάντα ή σχεδόν πάντα το επιτυγχάνει αυτό και ότι το 20% το επιτυγχάνουν τις περισσότερες φορές (Department of Health, 2010). Τα εργαστηριακά αποτελέσματα συνήθως μεταδίδονται ηλεκτρονικά, και οι περισσότερες παραπομπές γίνονται μέσω ενός διαδικτυακού συστήματος “choose and book”. Ωστόσο, η επιστροφή αλληλογραφίας από το νοσοκομείο γίνεται συνήθως ταχυδρομικά και η οποία μπορεί να καθυστερήσει. Τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών είναι υψηλά. Η έρευνα ασθενών τα έτη 2008/2009 ανέφερε ότι το 88% των ατόμων που ήθελαν ραντεβού με έναν συγκεκριμένο γιατρό κατάφεραν να το αποκτήσουν. Τα επίπεδα ικανοποίησης από άλλες υπηρεσίες γενικών γιατρών είναι γενικά υψηλά. (OECD, United Kingdom, 2017).

### **Συντονισμός των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης**

Με ορισμένες εξαιρέσεις, όπως η ουρογεννητική ιατρική, η πρόσβαση σε ειδικούς γιατρούς απαιτεί παραπομπή από τον GP. Οι περισσότεροι παθολόγοι εργάζονται σε ομάδες από δύο ή περισσότερους γιατρούς και μοιράζονται εγκαταστάσεις με νοσηλευτές, βοηθούς υγειονομικής περίθαλψης και διοικητικό προσωπικό, με τους οποίους υπάρχουν τακτικές συναντήσεις πρόσωπο με πρόσωπο. Άλλα μέλη του προσωπικού της πρωτοβάθμιας φροντίδας του NHS, όπως οι περιφερειακοί και εξειδικευμένοι νοσηλευτές,

οι σύμβουλοι και οι σύμβουλοι ναρκωτικών, οινοπνεύματος και καπνίσματος μπορούν να πραγματοποιούν πρακτικές σε χώρους γενικής άσκησης. Οι ασθενείς συνήθως έχουν άμεση πρόσβαση στην εξάσκηση αλλά χρειάζονται παραπομπή σε φυσιοθεραπευτές, επαγγελματίες θεραπευτές και ειδικευμένους νοσηλευτές ή συμβούλους. Τα τελευταία χρόνια έχει υπάρξει αυξημένο μείγμα δεξιοτήτων στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, ειδικά κλινικές χρόνιων νοσημάτων υπό την καθοδήγηση νοσηλευτών. Μεταξύ του 1995 και του 2006, το ποσοστό των διαβουλεύσεων που διεξήχθησαν από νοσηλευτές αυξήθηκε από 21% σε 34% (NHS Information Centre, 2007). Η επικοινωνία μεταξύ γενικών ιατρών και ειδικών είναι συνήθως με επιστολή. Οι συμβουλευτικές κλινικές εξειδίκευσης είναι σπάνιες, ιδιαίτερα στις αστικές περιοχές, όπως και οι τηλεφωνικές συνομιλίες μεταξύ ειδικών και GPs (Bond et al., 2000). Τα δεδομένα που προέρχονται από τη γενικούς γιατρούς, ιδίως η επικράτηση της χρόνιας ασθένειας και ο έλεγχός της, χρησιμοποιούνται από τις οργανώσεις πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και τη δημόσια υγεία για το σχεδιασμό υπηρεσιών.

### **Πληρότητα υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης**

Οι παθολόγοι έχουν πρόσβαση σε βασικό εξοπλισμό για να διεξάγουν πλήρη φυσική εξέταση (π.χ. ωτοσκόπιο, οφθαλμοσκόπιο, κολπικό κάτοπτρο, peak flow meter) και διαγνωστικές δοκιμές (π.χ. ανάλυση ούρων και εκτίμηση σακχάρου αίματος). Οι χώροι περιλαμβάνουν συνήθως περισσότερους εξειδικευμένους διαγνωστικούς εξοπλισμούς, όπως ηλεκτροκαρδιογραφήματα και σπιρόμετρα, και σε ορισμένες περιπτώσεις 24ωρο ΗΚΓ και μόνιτορ μέτρησης και παρακολούθησης αρτηριακής πίεσης και υπερήχους. Οι εξετάσεις αίματος και άλλα δείγματα λαμβάνονται συνήθως στην εξέταση και αποστέλλονται σε ένα τοπικό εργαστήριο για ανάλυση. Ο γενικός πρακτικός (GP) είναι συνήθως το πρώτο σημείο επαφής για σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα σε ενήλικες και παιδιά, όπου ο ασθενής μπορεί να συμβουλευτεί τον GP ή μια νοσηλεύτρια. Τα τελευταία χρόνια αυξήθηκε η παροχή εναλλακτικών πηγών παροχής συμβουλών, όπως το NHS Direct (τηλεφωνικό και ηλεκτρονικό) και τα κέντρα walk-in. Επιπλέον, η συμβολή των κοινοτικών φαρμακοποιών έχει προωθηθεί για τη διαχείριση των ελαφρών ασθενειών. Η γενικός γιατρός είναι επίσης ο κύριος διαχειριστής των χρόνιων ασθενειών, και πάλι με αυξημένη χρήση νοσηλευτών. Οι περισσότερες περιπτώσεις διαβήτη τύπου II, υπέρτασης, άσθματος, ΧΑΠ, άγχους και κατάθλιψης αντιμετωπίζονται εξ ολοκλήρου εντός της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, με ειδική παραπομπή μόνο εάν η διαχείριση είναι προβληματική. Για πιο ασυνήθιστες και σύνθετες καταστάσεις, όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα και η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου, η φροντίδα κατανέμεται μεταξύ ειδικού και πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Παρομοίως, η τελική φροντίδα και η διαχείριση της σοβαρής άνοιας συνήθως μοιράζονται μεταξύ του GP και ειδικών συναδέλφων. Ο βαθμός στον οποίο οι τεχνικές διαδικασίες όπως οι μικρές χειρουργικές επεμβάσεις, η ενέσεις στις αρθρώσεις και τα ράμματα ποικίλουν μεταξύ των γενικών γιατρών, σύμφωνα με τις δεξιότητες τους από την εγγύτητα στα νοσοκομεία και τα τμήματα έκτακτης ανάγκης. Έχουν αναπτυχθεί οικονομικά κίνητρα για την ενθάρρυνση των γενικών γιατρών για την ανάληψη τέτοιων "ενισχυμένων υπηρεσιών". Η πρωτοβάθμια φροντίδα είναι ο βασικός πάροχος πρωτογενούς πρόληψης (εμβολιασμός στην παιδική ηλικία και αντιγριπικός εμβολιασμός) και τη δευτερογενή πρόληψη (συμπεριλαμβανομένης της ανίχνευσης του καρδιαγγειακού κινδύνου και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας). Ορισμένα προγράμματα διάγνωσης, για παράδειγμα καρκίνου του μαστού και του εντέρου, και το ανεύρυσμα της αορτής δεν οργανώνονται από τον γενικό γιατρό, αλλά μπορούν να παραδοθούν από τον γενικό γιατρό. Οι γενικοί γιατροί και οι νοσηλευτές παρέχουν συμβουλές αντισύλληψης και συμβάλλουν στην παρακολούθηση της υγείας των παιδιών,

σε συνεργασία με τους επισκέπτες της υγείας. Προγεννητική φροντίδα συνήθως ηγείται από τις μαίες. Άλλες πτυχές της προαγωγής της υγείας, όπως η προώθηση της άσκησης και οι συμβουλές σχετικά με το κάπνισμα και το αλκοόλ, συχνά ξεκινούν μέσα στην πρωτοβάθμια φροντίδα. (OECD, United Kingdom, 2017).

### **Ποιότητα πρωτοβάθμιας φροντίδας**

Η συνταγογράφηση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη έχει αυξηθεί σταθερά τη τελευταία δεκαετία. Στην Αγγλία, ο αριθμός των συνταγογραφήσεων αυξήθηκε κατά 67,2% μεταξύ του 1999 και του 2009, αυξάνοντας το κόστος κατά 61,4%. Πιθανοί λόγοι περιλαμβάνουν τη δημογραφική αλλαγή, η διαθεσιμότητα πιο αποτελεσματικών φαρμάκων και - κίνητρα για τη βελτίωση της διαχείρισης των χρόνιων ασθενειών στο Πλαίσιο ποιότητας και αποτελεσμάτων. Οι ομάδες φαρμάκων που παρουσίαζαν τις μεγαλύτερες αυξήσεις ήταν εκείνες για υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια και διαβήτη (NHS Information Centre for Health and Social Care, 2010). Ο καθορισμός πρότυπων κινήτρων για τη βελτίωση της ποιότητας και της οικονομικής αποτελεσματικότητας της συνταγογράφησης είναι ευρέως διαδεδομένη. Οι μη προγραμματισμένες εισαγωγές αντιπροσώπευαν το 36,7% των νοσοκομειακών εισαγωγών στην Αγγλία το 2005/2006 και συνεχίζουν να αυξάνονται από τότε. Ένας πρόσφατος έλεγχος των εισαγωγών έκτακτης ανάγκης στην Αγγλία διαπίστωσε ότι το 5,9% των εισαγωγών έκτακτης ανάγκης θεωρήθηκε περιττό και οι περισσότεροι από αυτούς τους ασθενείς θα μπορούσαν να έχουν φροντιστεί στην κοινότητα (NCEPOD, 2007). Τα δεδομένα εισδοχής για ευαίσθητες συνθήκες περιπατητικής φροντίδας παρουσιάζονται στο σχήμα A31.6. Οι περισσότερες κύριες χρόνιες παθήσεις περιλαμβάνονται στο Πλαίσιο Ποιότητας και Αποτελεσμάτων. Αυτό παρέχει πρακτικές με οικονομικά κίνητρα για την πραγματοποίηση συνήθων ελέγχων για τις συγκεκριμένες συνθήκες και την επίτευξη στόχων, για παράδειγμα στον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης και των επιπέδων χοληστερόλης. Δεδομένα πρακτικής από το Πλαίσιο Ποιότητας και Αποτελεσμάτων είναι διαθέσιμες στο κοινό και δημοσιεύονται στο Διαδίκτυο. Γενικά, επιδεικνύουν βελτίωση στην διαχείριση χρόνιων ασθενειών μεταξύ του 2005 και του 2009. Για παράδειγμα ασθενείς στην Αγγλία με διαβήτη τα έτη 2008/2009, το 82,6% είχε επίπεδο χοληστερόλης 5 mmol ή λιγότερο, 79,9% αυξημένη πίεση αίματος 145/85 ή λιγότερο, και 66,3% HbA1C 7,5 ή λιγότερο (Information Centre for Health and Social Care, 2010). Τα δεδομένα για την πρωταρχική πρόληψη δείχνουν ότι τα ποσοστά εμβολιασμού των παιδιών είναι 95% για τη διφθερίτιδα, την πολιομυελίτιδα και τον τέτανο, αλλά το 85% για την παρωτίτιδα ιλαρά και ερυθρά (2005/2006). Τα ποσοστά ανοσοποίησης για τον ιό της γρίπης για άτομα άνω των 65 κυμαίνονται από 68% στην Ουαλία έως 81% στη Βόρεια Ιρλανδία (2005/2006). Η κάλυψη των κυτταρολογικών προγραμμάτων του τραχήλου της μήτρας είναι 78,6% και η εξέταση του μαστού 77,7%.(OECD, United Kingdom, 2017).

### **Αποτελεσματικότητα πρωτοβάθμιας περίθαλψης**

Η μεταβαλλόμενη μορφή εργασίας στους γενικούς γιατρούς φαίνεται από τις έρευνες εργασίας του Ηνωμένου Βασιλείου που πραγματοποιήθηκαν το 2006/2007 και το 1992/1993 (Κέντρο Πληροφοριών του NHS, 2007) και από γνωματεύσεις που προέρχονται από την ανίχνευση ανώνυμων ηλεκτρονικών αρχείων από πρακτικές στην Αγγλία μεταξύ 1995 και 2006 (Hippisley Cox, Fenty & Hears, 2007). Αυτά δείχνουν αύξηση του ποσοστού ιατρικής εξέτασης ανά ασθενή, από 3,9 το 1995 σε 5,3 το 2006, κυρίως λόγω αυξημένων επαφών με νοσηλευτές πρακτικής, οι οποίες αυξήθηκαν από 21% σε 34% σε όλες τις επισκέψεις. Ο αριθμός των επισκέψεων σε γενικό ιατρό ήταν σχετικά σταθερός και αυξήθηκε από 3,0 το 1995 σε 3,3 το 2006. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου οι

επισκέψεις στο σπίτι μειώθηκαν (στο 5,1% από τους γενικούς γιατρούς), οι τηλεφωνικές επισκέψεις αυξήθηκαν (στο 15,4%) και η μέση διάρκεια μιας επίσκεψης σε γενικό γιατρό αυξήθηκε (σε 11,7 λεπτά). Το 2006/2007, ένας μέσος γενικός γιατρός με πλήρη απασχόληση εργάστηκε 44,4 ώρες την εβδομάδα, με ελάχιστη αλλαγή από το 1992, με εξαίρεση τις ώρες εκτός εργασίας. (OECD, United Kingdom, 2017).

### **Προσβασιμότητα**

#### *Η επιλογή των ασθενών στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα*

Οι ασθενείς είναι ελεύθεροι να επιλέξουν το GP της επιλογής τους, παρόλο που μερικοί ασθενείς αναφέρουν δυσκολίες στην εγγραφή τους. Είναι γενικά σε θέση να επιλέξουν οποιοδήποτε νοσοκομείο του NHS υπό την προϋπόθεση ότι ο GP του είναι πρόθυμος να τους παραπέμψει. Η Αγγλία προσέφερε (περιορισμένη) επιλογή, ιδιαίτερα γύρω από τις εκλογές, μια προτεραιότητα (2012), αλλά άλλες διοικητικές αρχές αποπειρώνται επίσης να τη διευκολύνουν και οι πληροφορίες για τους ασθενείς είναι άμεσα προσβάσιμες μέσω του διαδικτύου μέσω της επιλογής NHS, της SHOW Scotland, της NHS Direct Wales και της NI Direct . Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες λόγω της απόστασης δεν φαίνονται να αποτελούν πρόβλημα, αλλά οι ανεκπλήρωτες ανάγκες λόγω του χρόνου αναμονής παραμένουν μια πρόκληση σε ολόκληρο το Ηνωμένο Βασίλειο, αν και είναι παρόμοιες μεταξύ των ομάδων εισοδήματος. Οι χρόνοι αναμονής αυξήθηκαν μεταξύ του 2012 και του 2015 παρά τις πολύ σημαντικές προσπάθειες στον τομέα αυτό. Το αγγλικό NHS, για παράδειγμα, έθεσε σε ισχύ (που τέθηκε σε ισχύ στις αρχές του 2013) ένα μακρόχρονο πρότυπο χρόνου αναμονής, το οποίο δεσμεύεται να θεραπεύει 92πλ. Όλων των ασθενών για ελεγχόμενη χειρουργική επέμβαση εντός 18 εβδομάδων από την παραπομπή GP. Οι επιδόσεις βελτιώθηκαν αρχικά, αλλά από τα μέσα του 2013 το ποσοστό των ασθενών που αναμένεται αυξήθηκε (με κάποιες διακυμάνσεις), με τις χειρότερες επιδόσεις να παρατηρούνται τον Δεκέμβριο του 2016, όταν οι 10ψ ασθενείς περιμένουν περισσότερο από 18 εβδομάδες (Thomson, 2017). Οι χρόνοι αναμονής του τμήματος έκτακτης ανάγκης αυξάνονται επίσης και από τον Οκτώβριο έως τον Δεκέμβριο του 2016 το ποσοστό των ατόμων που περιμένουν περισσότερο από τον στόχο 4 ωρών έφτασε στο υψηλότερο επίπεδό του σε μια δεκαετία (King's Fund, 2017).

Παρά τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι υπάρχοντες στόχοι, θεωρούνται πολύτιμο εργαλείο για την ενίσχυση της πρόσβασης. Η Σκωτία έχει 18 εβδομάδες παραπομπή στο πρότυπο θεραπείας και εργάζεται προς την κατεύθυνση ενός χρόνου αναμονής 12 εβδομάδων για περιπτώσεις εσωτερικών και ημερήσιων περιστατικών. Έχει επίσης τυπικό χρόνο αναμονής 6 εβδομάδων για οκτώ διαγνωστικές εξετάσεις (από το 2009). Η Αγγλία, η Ουαλία και η Σκωτία έχουν θέσει όλους τους στόχους αναμονής για θεραπεία του καρκίνου, διευκρινίζοντας ότι η θεραπεία θα πρέπει να αρχίσει 62 ημέρες μετά από μια επείγουσα παραπομπή στον GP και 31 ημέρες μετά τη διάγνωση. Η Αγγλία έχει επίσης στόχους για έρευνες ακτινολογίας και επιτρέπει σε ασθενείς που δεν έλαβαν ραντεβού για σάρωση εντός 13 εβδομάδων να πάνε σε άλλον πάροχο (συμπεριλαμβανομένου του ιδιωτικού τομέα). Πρόσθετοι στόχοι αναμονής εισήχθησαν πρόσφατα για την ψυχική υγεία στην Αγγλία και την Ουαλία, αντανακλώντας την αυξανόμενη προτεραιότητα που συνδέεται με αυτόν τον τομέα. (OECD, United Kingdom, 2017).

### **Πρόσθετες υπηρεσίες**

Το Ηνωμένο Βασίλειο παρέχει πρόσθετα οφέλη στο πλαίσιο του NHS, συμπεριλαμβανομένων: νοσηλευτικής περιοχής, μαιευτικής, επίσκεψης για την υγεία, οικογενειακού προγραμματισμού και φυσιοθεραπευτικών υπηρεσιών, από τις οποίες κανείς δεν χρεώνεται. Υπάρχει δωρεάν μεταφορά στο νοσοκομείο με βάση την ιατρική ανάγκη μόνο για άτομα με χαμηλό εισόδημα με παραπομπή. Οι ασθενείς πληρώνουν για τις οδοντιατρικές υπηρεσίες του NHS στην Αγγλία και την Ουαλία με σταθερές χρεώσεις που ορίζονται κεντρικά. Δεν υπάρχει χρέωση για παιδιά κάτω των 18 ετών, έγκυες

γυναίκες, νέες μητέρες ή άτομα που λαμβάνουν εισοδηματική υποστήριξη. Στη Σκωτία και τη Βόρεια Ιρλανδία, οι ασθενείς πληρώνουν μέχρι και 80% του κόστους θεραπείας. Η οπτική φροντίδα δεν καλύπτεται εν γένει, αν και υπάρχουν κουπόνια για γυαλιά ή φακούς για ορισμένες ομάδες στην Αγγλία, την Ουαλία και τη Βόρεια Ιρλανδία. Οι χρεώσεις για συνταγογραφούμενα φάρμακα για εξωτερικούς ασθενείς ισχύουν στην Αγγλία με απαλλαγές για άτομα με χαμηλό εισόδημα, ηλικιωμένους, παιδιά, έγκυες γυναίκες, νέες μητέρες και μερικά άτομα με αναπηρία / χρόνιες ασθένειες. Τα πιστοποιητικά προπληρωμής δημιουργούν ένα ανώτατο όριο που προστατεύει τους ανθρώπους που απαιτούν πολλαπλές συνταγές.\* Εννέα από τις δέκα συνταγές διανεμήθηκαν δωρεάν το 2012 (αν και σε καμία περίπτωση δεν απαλλάχθηκε το 90 από τον πληθυσμό). (OECD, United Kingdom, 2017).

\*Τα πιστοποιητικά προπληρωμής κοστίζουν 29,10 λίρες στερλίνες ανά 3 μήνες ή 104 λίρες στερλίνες ετησίως, ενώ ένα μόνο συνταγογραφούμενο φάρμακο είναι 8,40 λίρες στερλίνες από τον Απρίλιο του 2017.

### **Ευθύνη - έλεγχος**

Ο έλεγχος του κόστους, η αντιμετώπιση των διακυμάνσεων και η πρόληψη των ασθενειών θεωρούνται βασικά για την εξοικονόμηση πόρων. Η σχέση κόστους / αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας μπορεί να υποδηλώνεται, αν και μάλλον αδίστακτα, μέσω της συσχέτισης των επιτρεπόμενων ποσοστών θνησιμότητας με τα συνολικά επίπεδα δαπανών ανά κάτοικο, αλλά με την προϋπόθεση ότι οι συμπεριφορές στην υγεία καθώς και οι παράγοντες του συστήματος υγείας επηρεάζουν το επίπεδο της επιδεικτικής θνησιμότητας. Σε αυτό το μέτρο το Ηνωμένο Βασίλειο κάνει αρκετά καλά όσον αφορά την αποτελεσματική χρήση των πόρων, αλλά υπάρχει μια ομάδα χωρών που έχουν περίπου τα ίδια αποτελέσματα για λιγότερες δαπάνες. Η NHS England προτίθεται να διατηρήσει την ποιότητα των υπηρεσιών και έχει τρεις βασικές προσεγγίσεις για εξοικονόμηση της αποτελεσματικότητας. Ο πρώτος είναι ο έλεγχος του κόστους με τον περιορισμό των αυξήσεων των αμοιβών για το προσωπικό του NHS (με ανώτατο όριο 1π / έτος για το 2017-20) και μέσω του εθελοντικού συστήματος ρύθμισης των τιμών για τα φαρμακευτικά προϊόντα. Ωστόσο, η παρατεταμένη συγκράτηση των αμοιβών θα αφήσει το προσωπικό του NHS φτωχότερο χρόνο μετά την προσαρμογή για τον πληθωρισμό και είναι πιθανό να επιδεινώσει τα προβλήματα πρόσληψης και διατήρησης. Δεύτερον, καταβάλλονται προσπάθειες για την αντιμετώπιση των μεταβολών στη θεραπεία και το κόστος, με την ενθάρρυνση της συγκριτικής αξιολόγησης και των βέλτιστων πρακτικών (Briggs, 2012 · Carter, 2016). Η τρίτη προσέγγιση αφορά την ενθάρρυνση της καταλληλότερης χρήσης των υπηρεσιών (διαχείριση των ατόμων στην κοινότητα) και την αντιμετώπιση της ανόδου της υγείας του πληθυσμού (με τη βελτίωση της συμπεριφοράς για την υγεία). Η σημασία της αντιμετώπισης της ανθεκτικότητας ενισχύθηκε από την επιτροπή επιλογής της Βουλής των Λόρδων (2017), η οποία αναγνώρισε την έλλειψη μακροπρόθεσμης στρατηγικής για το εργατικό δυναμικό ως τη μεγαλύτερη απειλή για τη σταθερότητα του NHS και ζήτησε περισσότερη χρηματοδότηση. Ζήτησε επίσης άμεση δράση για την κοινωνική φροντίδα ενηλίκων, τον μετασχηματισμό των ριζοσπαστικών υπηρεσιών, τις λύσεις μακροπρόθεσμης χρηματοδότησης και τη δημιουργία μιας νέας ανεξάρτητης υπηρεσίας για την υγεία και την περίθαλψη. (OECD, United Kingdom, 2017).

*Η μετατόπιση της περίθαλψης στην κοινότητα στοχεύει να είναι πιο οικονομικά αποδοτική και να βελτιώνει την εμπειρία των ασθενών.*

Οι δείκτες υποδηλώνουν ότι η νοσοκομειακή περίθαλψη στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι αποτελεσματική (με χαμηλό αριθμό νοσοκομειακών κλινών, χαμηλό μέσο όρο διαμονής και υψηλή περιεκτικότητα σε κρεβάτι). Αυτά μπορούν επίσης να θεωρηθούν ως δείκτες για τη φιλοδοξία να μετατοπιστεί η φροντίδα στην κοινότητα. Ωστόσο, οι περικοπές στην κοινωνική και μακροχρόνια περίθαλψη έχουν οδηγήσει σε παρεμπόδιση του κρεβατιού με καθυστερημένες μεταφορές και, κατά τα φαινόμενα, μεγαλύτερες περιόδους αναμονής στα τμήματα έκτακτης ανάγκης. Ωστόσο, οι μεταβολές στη χρηματοδότηση σε ολόκληρο το

Ηνωμένο Βασίλειο ευνόησαν την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα με την πεποίθηση ότι η θεραπεία των ασθενών εκτός νοσοκομείου και πριν από την επιδείνωση των συνθηκών θα είναι οικονομικά αποδοτική και αποτελεσματικότερη. Το Ηνωμένο Βασίλειο δαπανά το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών για την περίθαλψη εξωτερικών ασθενών (29,8) που παρακολουθείται στενά από νοσηλεία (28,7) και πλησιάζει τους μέσους όρους της ΕΕ (29,8% και 29,5, αντίστοιχα, το 2015). Έχει Επίσης, το 2015 οι περισσότερες από τις μισές από όλες τις αμυγδαλεκτομές ήταν ημερήσιες περιπτώσεις, πλησιάζοντας το διπλάσιο του μέσου όρου της ΕΕ κατά 29 μγ και σε έντονη αντίθεση με το 2000, όταν μόνο 8 μγ αντιμετωπίστηκαν ως εξωτερικοί ασθενείς. (OECD, United Kingdom, 2017).

*Η γενική συνταγογράφηση και η αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας χρησιμοποιούνται για την αύξηση της αποτελεσματικότητας.* Το Ηνωμένο Βασίλειο έχει επίσης σημειώσει σημαντική πρόοδο όσον αφορά τη συνταγογράφηση γενικών φαρμάκων, λόγω, τουλάχιστον εν μέρει, των κατευθυντήριων γραμμών για τους παθολόγους. Τα φάρμακα γενικής χρήσης αποτελούν σήμερα 78 μονάδες όγκου και 39 χιλιόγραμμα της αξίας των (επιστραφέντων) φαρμάκων, ποσοστό πολύ υψηλότερο από ό, τι στις περισσότερες άλλες χώρες της ΕΕ. Το Εθνικό Ινστιτούτο για την Υγεία και την Υγεία, η υπηρεσία αξιολόγησης της τεχνολογίας της υγείας, εισήγαγε πρόσθετα εμπόδια για την επιστροφή δαπανών, εξετάζοντας την οικονομική προσιτότητα των νέων θεραπειών πέραν της σχέσης κόστους / αποτελεσματικότητας (μέσω ενός "κατωφλίου δημοσιονομικού αντίκτυπου"). Έχουν αναληφθεί επίσης μέτρα για τη μείωση του κύκλου εργασιών του προσωπικού, της απουσίας ασθενείας και της χρήσης προσωπικού από το γραφείο. Μια αναφορά του 2017 από το Ταμείο Κοινοπολιτείας χαρακτήρισε το υγειονομικό σύστημα του Ηνωμένου Βασιλείου ως την πιο αποτελεσματική από τις 11 χώρες υψηλού εισοδήματος, αναφέροντας χαμηλές κατά κεφαλήν δαπάνες και ως ποσοστό του ΑΕΠ και συγκριτικά χαμηλά επίπεδα γραφειοκρατίας. Εντούτοις, πρέπει να σημειωθεί ότι στην ίδια έκθεση το Ηνωμένο Βασίλειο παρουσίασε το δεύτερο από τα χειρότερα στον σύνθετο δείκτη των αποτελεσμάτων της υγείας. (Schneider κ.ά., 2017)

*Οι ελλείψεις εργατικού δυναμικού παραμένουν - με την πρόβλεψη περαιτέρω προκλήσεων* Εκπαίδευση για την Υγεία Η Αγγλία είναι υπεύθυνη (ως μέρος μιας εντολής που έχει θέσει το Υπουργείο Υγείας) για το σχεδιασμό του εργατικού δυναμικού, την ανάθεση της εκπαίδευσης και την παροχή εκπαίδευσης από το 2013. Το NHS εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις διεθνείς προσλήψεις υγειονομικών υπαλλήλων με ιατρό και νοσηλευτές νοσηλευτών από χώρες της ΕΕ (Dayan, 2016), ενώ το ένα τρίτο των νέων νοσοκόμων και μαίας είναι το 2015-16 από την ΕΕ (NHS Pay Review, 2017). Παρά το γεγονός ότι σημειώθηκε αύξηση του συνολικού αριθμού των γιατρών κατά την περίοδο 2010-16 και ο αριθμός των συμβούλων ειδικότερα αυξήθηκε κατά περισσότερο από 20, εξακολουθεί να υπάρχει έλλειψη παροχών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και νοσηλευτών, σε συνδυασμό με ανησυχίες σχετικά με τη μελλοντική στελέχωση, Το Βασίλειο εγκαταλείπει την ΕΕ. (OECD, United Kingdom, 2017).

#### *Επάρκεια γιατρών – νοσηλευτών*

Το NHS είναι ο μεγαλύτερος εργοδότης στο Ηνωμένο Βασίλειο. Ο NHS Employers είναι ένας οργανισμός που διαπραγματεύεται τις αμοιβές και τους όρους για τους υπαλλήλους του NHS σε ολόκληρο το Ηνωμένο Βασίλειο, με ορισμένες παραλλαγές ανά χώρα. Ιστορικά, το Ηνωμένο Βασίλειο έχει απασχολήσει υγειονομικούς εργαζόμενους από τις χώρες της Κοινοπολιτείας και την ΕΕ και την Κίνα κατά καιρούς υπήρξαν εντατικές διεθνείς προσλήψεις. Οι τελευταίες δεκαετίες έχουν αυξηθεί σταθερά, παρόλο που ο αριθμός των ιατρών ανά 1000 πληθυσμούς (2.8) ήταν ο τρίτος χαμηλότερος στην ΕΕ το 2015 (με μέσο όρο της ΕΕ 3,6 ανά 1.000) (Διάγραμμα 8). Υπήρξε απότομη πτώση των αριθμών

νοσηλευτικής ανά 1 000 κατοίκους μετά τη χρηματοπιστωτική κρίση, με επίπεδα χαμηλότερα από τον μέσο όρο της ΕΕ από το 2013 και μετά (7,9 έναντι 8,4 το 2015). Υπάρχουν αρκετοί λόγοι για αυτό, συμπεριλαμβανομένης της εισαγωγής γλωσσικών δοκιμών για να πληρούν τις προϋποθέσεις εγγραφής. Υπάρχουν επίσης αβεβαιότητες σχετικά με το μέλλον μετά την έξοδο του Ηνωμένου Βασιλείου από την ΕΕ.

\*Σημείωση: Στην Πορτογαλία και στην Ελλάδα, τα δεδομένα αναφέρονται σε όλους τους γιατρούς που έχουν άδεια άσκησης επαγγέλματος, με αποτέλεσμα μεγάλη υπερεκτίμηση του αριθμού των γιατρών που ασκούν το επάγγελμα (π.χ. περίπου 30 στην Πορτογαλία). Στην Αυστρία και στην Ελλάδα, ο αριθμός των νοσοκόμων υποτιμάται καθώς περιλαμβάνει μόνο τους νοσηλευτές.

*Η αναδιαμόρφωση του τρόπου με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα αποτελεί το κεντρικό σημείο της βιωσιμότητας*

Όλες οι αποκεντρωμένες διοικήσεις επιδιώκουν να αντιμετωπίσουν παρόμοιες ανησυχίες και να δώσουν προτεραιότητα στην πρόληψη, την έγκαιρη παρέμβαση, την αποφυγή περιττών εισαγωγών νοσοκομείων και τις πρωτοβουλίες που θα επιτρέψουν στους ανθρώπους να παραμείνουν καλά στο σπίτι τους. Από το 2015, η Αγγλία έχει ενθάρρυνε μια σειρά πρωτοβουλιών σχετικά με νέα μοντέλα φροντίδας με μια σειρά οργανώσεων και εταιρικών σχέσεων με πλοηγούς πιλότους (γνωστούς ως «πρωτοποριακές» τοποθεσίες) και με τη διεκπεραίωση νέων μορφών οργάνωσης και συμβάσεων για τη βελτίωση του συντονισμού και την παροχή καλύτερων ολοκληρωμένων υπηρεσιών και μεγαλύτερης φροντίδας εκτός του νοσοκομείου. Αναμένεται ότι αυτές θα βελτιώσουν την ποιότητα και θα συμβάλουν στην εξοικονόμηση της αποτελεσματικότητας που απαιτείται για την κάλυψη του αναμενόμενου κενού χρηματοδότησης. Επιπρόσθετα, μετά την επανεξέταση του Carter (Carter, 2016), καταβάλλονται προσπάθειες για τον εντοπισμό αδικαιολόγητων διακυμάνσεων στο κόστος λειτουργίας, την απουσία ασθενείας, τα ποσοστά μόλυνσης και τις τιμές που καταβάλλονται για προμήθειες και υπηρεσίες και για να επιτραπεί σε όλα τα νοσοκομεία του NHS να μετρήσουν τις επιδόσεις τους έναντι άλλων καταπιστευμάτων «μοντέλο νοσοκομείου». Ελπίζουμε ότι αυτό θα οδηγήσει στη βέλτιστη κατανομή των πόρων και θα αυξήσει την ποιότητα της περίθαλψης και της οικονομικής διαχείρισης σε εκείνη των καλύτερων επιδόσεων. Τέλος, υπάρχουν δεσμεύσεις πολιτικής για την ενίσχυση της ανθεκτικότητας, καθιστώντας το NHS και τις τοπικές αρχές να συνεργαστούν για τη βελτίωση της κοινωνικής φροντίδας και την απελευθέρωση των νοσοκομειακών κλινών. αντιμετωπίζοντας τον κατακερματισμένο χαρακτήρα των έξω-νοσοκομειακών υπηρεσιών και κάνοντας (αυτό που αναγγέλλεται ως) το μεγαλύτερο εθνικό βήμα προς την ολοκληρωμένη φροντίδα οποιασδήποτε σημαντικής δυτικής χώρας. (OECD, United Kingdom, 2017).



## 2.2 Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στο Φινλανδικό σύστημα υγείας

### Δημογραφικοί παράγοντες

	Μ. Βρετανία	ΕΕ
Μέγεθος Πληθυσμού(χιλιάδες)	5.480	509.277
Ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65 ετών (%)	19,9	18,9
Ποσοστό γονιμότητας <sup>1</sup>	1,6	1,6

1.Αριθμός γυναικών που γεννήθηκαν, ανά γυναίκα 15-49 ετών

### Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

	Μ. Βρετανία	ΕΕ
Κατά κεφαλήν ΑΕΠ (EUR PPP <sup>2</sup> )	31.600	28.900
Σχετικό ποσοστό φτώχειας <sup>3</sup> (%)	5,3	10,8
Ποσοστό ανεργίας (%)	9,4	9,4

2.Η ισοτιμία αγοραστικής δύναμης (PPP) ορίζεται ως το ποσοστό μετατροπής νομισμάτων που ισοδυναμεί με την αγοραστική δύναμη των διαφόρων νομισμάτων εξαλείφοντας της διαφορές στα επίπεδα τιμών μεταξύ των χωρών.

*3. Ποσοστό ατόμων που ζουν με λιγότερο από το 50% του μέσου ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος.*

Το σύστημα υγείας της Φινλανδίας είναι πολύπλοκο και αποκεντρωμένο, η υγειονομική περίθαλψη είναι κυρίως οργανωμένη σε τοπικό επίπεδο και φροντίζει να παραδίδονται σε δημοτικές, επαγγελματικές ή ιδιωτικές εγκαταστάσεις. Πάνω από 300 οι δήμοι (τοπικές αρχές) είναι υπεύθυνοι για την παροχή των βασικών υπηρεσιών, όπως η εκπαίδευση, η υγεία και η κοινωνική μέριμνα τους κατοίκους τους. Οι Δήμοι χρηματοδοτούν και οργανώνουν (συχνά από κοινού) την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης και τη δημιουργία 20 νοσοκομειακών περιφερειών χρηματοδότηση και παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης Σε εθνικό επίπεδο, το Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων και Υγείας είναι υπεύθυνη για την ανάπτυξη και εφαρμογή μεταρρυθμίσεων και πολιτικών στον τομέα της υγείας και βασίζεται σε μεγάλο βαθμό σε ένα δίκτυο εμπειρογνομόνων και συμβουλευτικών οργάνων στο έργο του. Η χρηματοδότηση για την υγειονομική περίθαλψη προέρχεται από δήμους με το δικαίωμα φορολογίας και η νόμιμη Εθνική Ασφάλιση Υγείας (NHI) το οποίο διευθύνεται από το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων και είναι υπόλογος στο Κοινοβούλιο. Το NHI είναι υπεύθυνο για τη χρηματοδότηση εξωτερικών ασθενών τα φάρμακα, τα έξοδα ταξιδιού που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη και την ασθένεια και επιδόματα μητρότητας. Επιπλέον, επιδοτεί αποτελεσματικά επαγγελματική υγειονομική περίθαλψη, όπως στη Φινλανδία είναι υποχρεωμένοι οι εργοδότες να οργανώνουν και να παρέχουν υπηρεσίες υγείας για τους υπαλλήλους τους και Το NHI καλύπτει περίπου το ήμισυ των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη των εργοδοτών. Επιπλέον, το NHI επιστρέφει μέρος των υπηρεσιών που παρέχονται στο τον ιδιωτικό τομέα, κυρίως την περιπατητική περίθαλψη. Αυτό κάπως η μοναδική δομή του συστήματος υγείας ήταν και τα δύο αναγνωρισμένο για να είναι σε θέση να προσαρμοστεί στις ανάγκες ενός διασκορπισμένου πληθυσμό και επικρίνεται για τη συμβολή στις ανισότητες. Μια μεγάλη μεταρρύθμιση βρίσκεται υπό συζήτηση, με στόχο την καθιέρωση περισσότερων κεντρικό νοικοκυριό σύστημα υγείας και κοινωνικής μέριμνας με χρηματοδότηση μεμονωμένου πληρωτή. (Couffinhal et al., 2016).

*Το σύστημα υγείας διαθέτει πολλές πηγές χρηματοδότησης και εκτεταμένα τέλη χρήσης.*

Το 2015, η Φινλανδία δαπάνησε 9,4% του ΑΕΠ της για την υγεία (αύξηση από 8,0% το 2005), ελαφρώς κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ κατά 9,9%. Κατά κεφαλήν, οι δαπάνες για την υγεία στη Φινλανδία ανήλθαν σε 2 981 ευρώ ανά άτομο το 2015 (προσαρμοσμένες στις διαφορές στην αγοραστική δύναμη), επίπεδο ελαφρώς υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ αλλά χαμηλότερο από ό, τι στη Δανία και τη Σουηδία. Η ιδιωτική χρηματοδότηση των δαπανών για την υγεία είναι υψηλότερη από ό, τι σε άλλες χώρες της Σκανδιναβίας και της Δυτικής Ευρώπης (26% των συνολικών δαπανών) και αποτελείται κατά ένα μεγάλο μέρος από εξωφρενικές πληρωμές, με την ιδιωτική ασφάλιση υγείας να διαδραματίζει πολύ μικρότερο ρόλο. Περίπου το 74% των δαπανών για την υγεία χρηματοδοτείται από το δημόσιο: περίπου τα τρία πέμπτα προέρχονται από φόρους, ενώ το NHI καλύπτει τα υπόλοιπα. Οι Δήμοι διαθέτουν ουσιαστικές αρμοδιότητες για την αύξηση των φόρων, την κατανομή των κεφαλαίων και την επιβολή τελών χρήσης (μέχρι το εθνικό ανώτατο όριο) και επιδοτούνται από το κράτος. Ο προϋπολογισμός της NHI αποτελείται κυρίως από υποχρεωτικές εισφορές απασχόλησης, καθώς και περίπου το 30% των κρατικών μεταβιβάσεων. (OECD, Finland, 2017).

*Η κάλυψη του πληθυσμού είναι ευρεία οι συνδρομές για υπηρεσίες είναι εκτεταμένες.*

Το NHI καλύπτει όλους τους μόνιμους κατοίκους της χώρας, ενώ οι δημοτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης είναι προσιτές στους κατοίκους του αντίστοιχους δήμους. Ορισμένες ομάδες πληθυσμού (μεταναστών, τουριστών, προσωρινών επισκεπτών από τρίτες χώρες) δεν καλύπτονται, αλλά έχουν δικαίωμα σε βασικές υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης.

## **Πρωτοβάθμια περίθαλψη**

### **Χώρα και πληθυσμός**

Η Φινλανδία είναι σκανδιναβική χώρα που συνορεύει με τη Σουηδία, τη Νορβηγία και τη Ρωσία. Η έκτασή της είναι 338 424 km<sup>2</sup> και είναι η πιο αραιοκατοικημένη χώρα της ΕΕ, με μέση πυκνότητα 16 κατοίκων / km<sup>2</sup>. Η Φινλανδία έχει 5.4 εκατομμύρια κατοίκους σε όλους τους 336 δήμους της, με ένα ετήσιο ρυθμό ανάπτυξης 0,5%. Από το συνολικό πληθυσμό το 52,5% είναι γυναίκες και 47,5% άνδρες. Το 2009, το 16,7% του πληθυσμού ήταν ηλικίας 0-14 ετών, το 66,4% ήταν ηλικίας 15-64 ετών και το 16,9% ήταν ηλικίας 65 ετών και άνω (OECD, Finland, 2017).

### **Ανάπτυξη και οικονομία**

Η Φινλανδία είναι μια δημοκρατία. Έχει προεδρικές περιόδους για έξι χρόνια και το Κοινοβούλιο κάθεται σε περιόδους τεσσάρων ετών. Η Φινλανδία είναι από τα ταχύτερα αναπτυσσόμενα έθνη στην Ευρώπη οικονομικά τα τελευταία 10 χρόνια. Ωστόσο, η οικονομική ύφεση από το 2008 έχει μειώσει τις τρέχουσες προσδοκίες σε πολύ χαμηλά επίπεδα για τα επόμενα χρόνια. Το ΑΕΠ ήταν 37 181 ευρώ ανά κάτοικο το 2008 (WHO Regional Office for Europe, 2010). Το ποσοστό ανεργίας ήταν 9,5% τον Ιανουάριο του 2010. Από τον πληθυσμό που εργάζονται, το 59% έχει ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Η Φινλανδία κατέλαβε την 16η θέση στον Δείκτη Ανθρώπινης Ανάπτυξης το 2010 με 0,871 (UNDP, 2009).

### **Η υγεία του πληθυσμού**

Το συνολικό προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση το 2008 ήταν 76,5 έτη για τους άνδρες και 83,8 έτη για τις γυναίκες (OECD, 2010). Το υγιές προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση ήταν 51,7 έτη για τους άνδρες και 52,4 έτη για τις γυναίκες το 2005 (Eurostat, 2010). Περίπου 60 000 μωρά γεννιούνται κάθε χρόνο, με βρεφικό ποσοστό θνησιμότητας 2,6 ανά 1000 γεννήσεις το 2008 (ΟΟΣΑ, 2010). Οι πέντε μεγαλύτερες αιτίες θανάτου μεταξύ αυτών που εργάζονται είναι αιτίες που σχετίζονται με το αλκοόλ, στεφανιαία νόσο, ατυχήματα, αυτοκτονίες και πνευμονικά αίτια. Οι πέντε μεγαλύτερες αιτίες θανάτου σε άτομα άνω των 65 ετών είναι οι στεφανιαίες καρδιακές παθήσεις, η άνοια, τα εγκεφαλικά επεισόδια, οι πνευμονικές αιτίες. Συνολικά, οι πέντε μεγαλύτερες αιτίες της επιβάρυνσης από ασθένειες είναι οι κοινές ασθένειες, οι ψυχικές ασθένειες, ο διαβήτης, οι στεφανιαίες νόσοι και η υπέρταση (Statistics Finland, 2009).

### **Χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας**

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτείται από φόρους και οργανώνεται από τους δήμους. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη λειτουργεί σε κέντρα υγείας, τα οποία σήμερα διαχειρίζονται κυρίως σε μονάδες που καλύπτουν πληθυσμό τουλάχιστον 20.000 κατοίκων. Μέρος της πρωτοβάθμιας φροντίδας προσφέρεται επίσης σε μονάδες επαγγελματικής υγείας. Εξειδικευμένη φροντίδα παρέχεται σε νοσοκομειακές περιφέρειες, εκ των οποίων 21 συνολικά. Τριτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη προσφέρονται στα πέντε πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Είκοσι δύο τοις εκατό των γιατρών εργάζονται σε κέντρα υγείας, 47% στα νοσοκομεία, 2% σε άλλα δημόσια ιατρικά κέντρα, 6% στην επαγγελματική υγεία και 11% ιδιωτική πρακτική (2007) (Finnish Medical Association, 2010). Το 2008 η Φινλανδία δαπάνησε το 8,4% του ΑΕΠ για την υγειονομική

περίθαλψη. Παρόλο που αυτό βρίσκεται κοντά στο μέσο επίπεδο της ΕΕ, οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη είναι υψηλότερες από τον μέσο όρο της ΕΕ. Ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών μειώθηκε ραγδαία κατά την τελευταία δεκαετία, όπως και ο μέσος όρος διαμονής στα νοσοκομεία και, σε μικρότερο βαθμό, ο αριθμός των οξείας εισαγωγής στο νοσοκομείο. Σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ, η Φινλανδία έχει σχετικά υψηλή προσφορά ιατρών και νοσοκόμων, αλλά λιγότερους γιατρούς συνολικά. Υπήρχαν 2,7 γιατροί στη Φινλανδία, όταν ο ευρωπαϊκός μέσος όρος ήταν 3,0 ανά 1000 κατοίκους το 2008. Ο αριθμός των επαφών εξωτερικών ασθενών ανά άτομο είναι αξιοσημείωτα χαμηλός. (OECD, Finland, 2017).

### **Δομή του συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης**

Αρκετά κυβερνητικά προγράμματα έχουν αναμορφώσει την υγειονομική περίθαλψη τα τελευταία χρόνια. Για παράδειγμα, τα κέντρα υγείας της πρωτοβάθμιας περίθαλψης έχουν αναμορφωθεί για να δημιουργήσουν μεγαλύτερες μονάδες. Η ένταση των αλλαγών έχει οδηγήσει σε έλλειψη GPs σε πολλές περιοχές της χώρας. Για το λόγο αυτό το Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων και Υγείας ξεκίνησε προγράμματα για την υποστήριξη της ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Ένα νέο σχέδιο δράσης, "Ένα αποτελεσματικό κέντρο υγείας", "(An Effective Health Centre)" εγκαινιάστηκε τον Σεπτέμβριο του 2008 για τα έτη 2009-2010. Το επίκεντρο ήταν κυρίως η βελτίωση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης για χρόνιες ασθένειες (Ministry of Social Affairs and Health, 2010). Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα κέντρα υγείας και τις μονάδες επαγγελματικής υγείας. Ένα κέντρο υγείας αποτελείται από διαφορετικές ομάδες ιατρικών επαγγελματιών (π.χ. GPs, νοσηλεύτες κατ'οίκον νοσηλείας, φυσιοθεραπευτές και λογοθεραπευτές) που εργάζονται στην ίδια διοικητική μονάδα. Έχει προβλεφθεί από το νόμο ότι οι δήμοι πρέπει να οργανώνουν την πρόσβαση στα κέντρα υγείας κατά τη διάρκεια των ωρών εργασίας. Η ανάγκη ιατρικής βοήθειας πρέπει να αξιολογείται εντός τριών ημερών και η φροντίδα να παρέχεται εντός εύλογου χρονικού διαστήματος, εντός τριών μηνών το αργότερο. Επί του παρόντος, οι διαφορές στις υπηρεσίες είναι τεράστιες εξαιτίας των ελλείψεων του ανθρώπινου δυναμικού γενικών γιατρών σε ορισμένες περιοχές της χώρας. Η συνεργασία της πρωτοβάθμιας φροντίδας με άλλα επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης (συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής και ψυχικής υγείας) προβλέπεται από το νόμο. Ο εθνικός σχεδιασμός των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης δεν διαθέτει ξεχωριστή μονάδα στο Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων και Υγείας, αλλά υπάρχει μια κοινή μονάδα σχεδιασμού για όλες τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Η κυβέρνηση μπορεί να ρυθμίσει τις υπηρεσίες μέσω νόμων. Από τις αρχές της δεκαετίας του 2000 υπήρξε αρκετή κρατική χρηματοδότηση για την ανάπτυξη. Το Υπουργείο προχωρά προς την επίτευξη των στόχων του χρησιμοποιώντας συγκεκριμένα χρήματα για το έργο. Ωστόσο, οι δήμοι είναι υπεύθυνοι για την οργάνωση της υγειονομικής περίθαλψης και η κυβέρνηση έχει περιορισμένες δυνατότητες να επηρεάσει τις υπηρεσίες. Οι δήμοι ποικίλλουν σε μέγεθος από λίγες μόνο εκατοντάδες έως πάνω από μισό εκατομμύριο όσον αφορά τον πληθυσμό, οπότε η εξουσία τους να καλύψουν τα προβλήματα της μεταβολής της ζήτησης, διαφέρουν πολύ. Η κυβέρνηση υποχρέωσε τους μικρούς δήμους να οργανώσουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας σε διοικητικές μονάδες που καλύπτουν πληθυσμό τουλάχιστον 20.000 κατοίκων. Οι γιατροί μπορούν να εργαστούν στην πρωτοβάθμια περίθαλψη αν είναι ειδικευμένοι και έχουν ολοκληρώσει επαγγελματική κατάρτιση. Ωστόσο, το Υπουργείο επιτρέπει εξαιρέσεις σε αυτό λόγω της έλλειψης των ιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Επιπλέον, δεν υπάρχει ειδική υποδομή για τη διαχείριση της ποιότητας στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Ο Duodecim, ο επιστημονικός σύνδεσμος των

ιατρών, είναι υπεύθυνος για την ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών, αλλά δεν υπάρχουν κατευθυντήριες οδηγίες για την πρωτοβάθμια φροντίδα. Το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Welfare (THL) οργανώνει την υποστήριξη για την ορθολογική χρήση των φαρμάκων στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Ωστόσο, τα κέντρα υγείας οργανώνουν εθελοντικά συστηματική ποιοτική ανάπτυξη στα φινλανδικά δίκτυα ποιότητας. Αυτή η εθελοντική κίνηση καλύπτει περισσότερο από το ήμισυ του φινλανδικού πληθυσμού. Ο νόμος περί ασθενών ρυθμίζει τα δικαιώματα των ασθενών στην υγειονομική περίθαλψη. Οι ασθενείς μπορούν να δουν τα ιατρικά τους αρχεία, να επηρεάσουν τις αποφάσεις για τη θεραπεία και να αρνηθούν τη θεραπεία. Οι καταγγελίες ασθενών αντιμετωπίζονται κυρίως στο σημείο της περίθαλψης, αλλά οι περιπτώσεις μπορούν να μεταφερθούν σε υψηλότερα επίπεδα.

### **Οικονομικές συνθήκες**

Δεν υπάρχουν διαθέσιμα επίσημα στατιστικά στοιχεία για τις συνολικές δαπάνες πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Σύμφωνα με τον OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) 29,5% των συνολικών δαπανών για την υγεία δαπανώνται για εξωτερική περίθαλψη (συμπεριλαμβανομένης της νοσοκομειακής εξωτερικής περίθαλψης) και 5,4% για την πρόληψη και τη δημόσια υγεία (το 2008). Κάθε πολίτης καλύπτεται για υγειονομική περίθαλψη. Οι συνδρομές στην πρωτοβάθμια φροντίδα είναι ελάχιστες. Οι ασθενείς έχουν συνδρομή έως και € 50 ανά έτος για επισκέψεις γενικής άσκησης. Το κόστος για τα φάρμακα που συνταγογραφούνται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη καλύπτεται για το 0-60%, ανάλογα με τη διάγνωση και τον τύπο του φαρμάκου, αλλά για το μεγαλύτερο μέρος καλύπτονται τα φάρμακα για σοβαρές χρόνιες παθήσεις. Υπάρχει επίσης ένα μέγιστο ετήσιο ποσό € 675,39 για εξωφρενικές ιατρικές πληρωμές. Συνολικά, το 24% περίπου των συνολικών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη καταβάλλεται από τους ασθενείς. Μια έρευνα που έγινε από το 2007 στο γενικό πληθυσμό έδειξε ότι το 17% των ερωτηθέντων αξιολόγησαν τη φροντίδα γενικής περίθαλψης ως ελάχιστα ή καθόλου οικονομική (European Commission, 2007). Οι περισσότεροι παθολόγοι απασχολούνται από τους δήμους και τους μισθούς. Η ακριβής μέθοδος αμοιβής μπορεί να ποικίλει ανά δήμο. Η αμοιβή μπορεί να βασίζεται σε ένα συνδυασμό υπηρεσιών που παρέχονται και το μέγεθος του πληθυσμού ή το μηνιαίο μισθό. Ο μισθός σπάνια σχετίζεται με δείκτες απόδοσης. Οι ιατροί που εργάζονται σε κέντρα επαγγελματικής υγείας πληρώνονται από την εθνική ασφάλιση υγείας (50%) και από τους εργοδότες (50%). Εκτός αυτού, υπάρχουν και ιδιωτικοί ιατροί (συμπεριλαμβανομένων ειδικών σε γενική πρακτική και σε άλλους τομείς) που παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, για τις οποίες οι ασθενείς πληρώνουν από την τσέπη τους και λαμβάνουν αμοιβή από την εθνική ασφαλιστική εταιρεία για περίπου το 30% των δαπανών. Το μέσο ετήσιο εισόδημα των μισθωτών γενικών ιατρών (GP) είναι € 64.254 (το 2007) (OECD, Finland, 2017).

Τα εισοδήματα των ειδικών (όπως οι γυναικολόγοι, οι οφθαλμολόγοι και οι καρδιολόγοι) είναι γενικά πολύ υψηλότερα. Οι γενικοί ιατροί τείνουν να έχουν ένα παρόμοιο επίπεδο εισοδήματος με τους ειδικούς που δεν έχουν υπερωρίες ή δεν εργάζονται σε ιδιωτικό ιατρείο πέρα από το κανονικό νοσοκομειακό τους έργο (όπως οι παιδίατροι, οι παθολόγοι και οι νευρολόγοι). Οι νοσοκόμες έχουν χαμηλότερο επίπεδο εισοδήματος σε σύγκριση με τους ιατρούς.

### **Ανάπτυξη του εργατικού δυναμικού**

Κατά κανόνα, όταν οι ασθενείς επισκέπτονται ένα κέντρο υγείας, βλέπουν για πρώτη φορά έναν GP, αλλά πολλά κέντρα υγείας κινούνται σε ένα μοντέλο όπου οι επισκέπτες επισκέπτονται και εκτιμώνται για πρώτη φορά από νοσηλευτές και, σύμφωνα με τα πρωτόκολλα ή τις ανάγκες των ασθενών, συμβουλευονται GPs. Ο κύριος λόγος για την

εξέλιξη αυτή της υποκατάστασης εργασιών είναι ο φόρτος εργασίας των GPs και οι ελλείψεις GPs. Οι ελλείψεις οφείλονται εν μέρει στο γεγονός ότι οι νέοι γιατροί θέλουν να μειώσουν τον αριθμό των ωρών εργασίας και εν μέρει το αποτέλεσμα την αναδιοργάνωση των υπερωριών (εκτός ωρών εργασίας) σε ειδικευμένη περίθαλψη, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα την αυξανόμενη ανάγκη να προσληφθούν νέοι γιατροί. Το εργατικό δυναμικό του κέντρου υγείας περιλαμβάνει αρκετές ειδικότητες γιατρών, οδοντιάτρους, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές, ψυχολόγους και λογοθεραπευτές. Οι ασθενείς μπορούν να απευθύνονται απευθείας σε παραϊατρικό προσωπικό. Ωστόσο, ισχύει ότι οι νοσοκόμες και 'οίκον νοσηλείας, οι φυσιοθεραπευτές, οι επαγγελματίες και οι λογοθεραπευτές ως επί το πλείστον εργάζονται με παραπομπή από τον γενικό ιατρό. Προς το παρόν, η μέση ηλικία των GP'S είναι 45 έτη. Σε πολλά κέντρα υγείας, η διοίκηση (σε συνεργασία με τον δήμο) είναι υπεύθυνη για την πρόσληψη επαρκούς αριθμού ιατρών και νοσοκόμων. Αυτό οδήγησε στην αναδιοργάνωση της εργασίας σε πολλά μέρη. Η μεταπτυχιακή εκπαίδευση για τους γενικούς γιατρούς ξεκίνησε το 1961 και έγινε ειδικότητα το 1970. Πρόκειται για εξαετές πρόγραμμα σπουδών και 2806 πτυχιούχοι ολοκλήρωσαν την κατάρτιση μέχρι το τέλος του 2010. Ωστόσο, μόνο οι μισοί από τους εκπαιδευμένους γιατρούς τελικά εργάζονται σε κέντρα υγείας (άλλοι συχνά απασχολούνται στην επαγγελματική υγειονομική περίθαλψη, την αποκατάσταση ή σε διοικητική εργασία) και σε πολλά μέρη αναγκάζονται να προσλαμβάνουν νέους γιατρούς που δεν έχουν ολοκληρώσει ακόμη τις βασικές σπουδές τους (Finnish Medical Association, 2010). Η μεγάλη πλειοψηφία όλων των ιατρών είναι μέλη του Ιατρικού Συλλόγου (περίπου 95%). Περίπου τα δύο τρίτα των ιατρών που εργάζονται σε κέντρα υγείας είναι μέλη του συλλόγου γενικής πρακτικής και περίπου το ένα τρίτο είναι μέλη του επιστημονικού σώματος των γενικών ιατρών. (OECD, Finland, 2017).

### **Πρόσβαση**

Η έλλειψη GPs σε εθνικό επίπεδο κυμάνθηκε από 5% έως 10% τα τελευταία χρόνια. Οι τοπικές διαφορές μπορεί να είναι μεγάλες, κυμαινόμενες από 46 έως 65 GPs ανά 100 000 κατοίκους. Η αστική-αγροτική διαφορά είναι μόνο ένας από τους λόγους. (Finnish Medical Association, 2010). Η έρευνα του Eurobarometer από το 2007 έδειξε ότι σχεδόν όλοι οι ερωτηθέντες (92%) βρίσκουν εύκολο να φθάσουν και πρόσβαση σε GPs (European Commission, 2007). Οι ώρες λειτουργίας των κέντρων υγείας είναι κανονικά από τις 8 π.μ. έως τις 3 ή τις 4 μ.μ. και δεν καθορίζονται από το νόμο. Ωστόσο, τα κέντρα υγείας στις πόλεις είναι συνήθως ανοιχτά μέχρι τις 8 μ.μ. Χρησιμοποιούν σχεδόν πάντα ένα σύστημα ραντεβού για την πλειοψηφία των επαφών των ασθενών, προσφέρουν ειδικές κλινικές συνεδρίες και τηλεφωνικές συμβουλές και διαθέτουν έναν συμβουλευτικό διαδικτυακό τόπο. Ωστόσο, τα κέντρα υγείας σπάνια παρέχουν συμβουλές μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (Dobrev et al., 2008).

Οι γιατροί λειτουργούν κατά μέσο όρο 39,7 ώρες την εβδομάδα. Μια μέση επίσκεψη διαρκεί 20 λεπτά. Οι επισκέψεις σπιτιών σπάνια γίνονται από τους γενικούς γιατρούς. Μετά τις κανονικές ώρες εργασίας, οι ασθενείς μπορούν να επισκεφθούν μονάδες που είναι όλο και πιο οργανωμένες σε συνδυασμό με τα νοσοκομεία. Συχνά ένας από τους θεράποντες ιατρούς ενός κέντρου υγείας παρέχει υπηρεσίες από τις 4 μ.μ. έως τις 10 μ.μ. στο κέντρο υγείας. Ορισμένες από αυτές τις υπηρεσίες παρέχονται επίσης από εξωτερικούς συνεργάτες (και παρέχονται από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό). Ακολουθεί επίσης ταξινόμηση για να αξιολογήσουν την ανάγκη για οξεία περίθαλψη και οι ασθενείς παραπέμπονται στους γενικούς ιατρούς τους την επόμενη ημέρα. (OECD, Finland, 2017).

### **Συνέχεια των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης**

Οι ασθενείς υπάγονται σε κέντρο υγείας στην περιοχή τους, αλλά είναι συχνά ελεύθεροι να εγγραφούν σε οποιοδήποτε άλλο γενικό γιατρό σε άλλη περιοχή. Μια νέα αναδυόμενη αλλαγή είναι ότι επιτρέπεται στους ασθενείς να επιλέξουν οποιαδήποτε από τις μονάδες κέντρων υγείας που επιθυμούν (Ministry of Social Affairs and Health, 2011). Οι υπηρεσίες επαγγελματιών υγείας, οι οποίες καλύπτουν συχνά και την πρωτοβάθμια περίθαλψη, προσφέρονται στη μεγάλη πλειοψηφία του ενεργού πληθυσμού στην κοινότητα στην οποία εργάζονται. Περισσότεροι από τους μισούς πληθυσμούς έχουν προσωπικό GP. Το άλλο μισό δεν συναντά πάντα τον ίδιο GP κατά την επίσκεψή τους. Λόγω των ελλείψεων στο ανθρώπινο δυναμικό, πολλά κέντρα υγείας δεν χρησιμοποιούν σύστημα καταλόγου και οι ασθενείς μπορούν να έχουν πρόσβαση σε οποιονδήποτε από τους ιατρούς του κέντρου υγείας. Ο μέσος πληθυσμός ανά GP είναι 1900. Ωστόσο, αυτό μπορεί να διαφέρει πολύ σε ολόκληρη τη χώρα. Η ικανοποίηση των ασθενών από τους GP αφήνει περιθώρια βελτίωσης. Για να εξασφαλιστεί η συνέχεια της περίθαλψης, όλοι οι οικογενειακοί ιατροί οφείλουν να τηρούν κατά νόμο αρχεία για όλες τις επαφές ασθενών. Όλα τα κέντρα υγείας έχουν μηχανογραφικά συστήματα. Οι παθολόγοι χρησιμοποιούν τον υπολογιστή τους για διάφορους σκοπούς, όπως η κράτηση ραντεβού με τους ασθενείς, η οικονομική διαχείριση, η συνταγογράφηση φαρμάκων, η τήρηση ιατρικών αρχείων ασθενών, η αναζήτηση πληροφοριών εμπειρογνομόνων στο Διαδίκτυο και η ενημέρωση των ειδικών για τους ασθενείς (Dobrev et al., 2008). Τα κλινικά τους αρχεία είναι σε θέση να παράγουν καταλόγους ασθενών με βάση την διάγνωση, αλλά σπάνια από τον κίνδυνο για την υγεία. Οι γιατροί γενικής χρήσης χρησιμοποιούν συνήθως μια επιστολή παραπομπής όταν παραπέμπουν έναν ασθενή σε έναν ειδικό γιατρό. Οι ειδικοί μπορούν να επικοινωνούν με τους γενικούς γιατρούς και μετά την θεραπεία. Κατά μέσο όρο, είναι σύνηθες για τους ειδικούς να κοινοποιούν τις απαραίτητες πληροφορίες σε έναν GP σχετικά με τους ασθενείς τους. (OECD, Finland, 2017).

### **Συντονισμός**

Οι ασθενείς χρειάζονται μια παραπομπή για να συμβουλευτούν εξειδικευμένη φροντίδα από έναν ειδικό γιατρό, εκτός από τις οξείες περιπτώσεις. Το 2008, υπήρχαν κατά μέσον όρο 1,6 επισκέψεις ανά κάτοικο για έναν GP ανά έτος, 3,2 επισκέψεις σε άλλο προσωπικό σε κέντρα υγείας και 1,4 επισκέψεις σε ειδικούς γιατρούς. Οι ιατροί GP παρέχουν επίσης παραπομπές στο κέντρο υγείας σε νοσηλευτές, επαγγελματίες θεραπευτές και φυσιοθεραπευτές. Οι ασθενείς μπορούν επίσης να επισκέπτονται όλο και περισσότερο αυτές τις επαγγελματικές ομάδες άμεσα. Οι ασθενείς μπορούν να επισκέπτονται ειδικούς γιατρούς απευθείας σε ιδιωτικά ιατρεία αν το κόστος της επίσκεψης καταβάλλεται ιδιωτικά. Σε αυτά τα ιδιωτικά κέντρα προσφέρονται πολλές ειδικότητες, καθώς και υπηρεσίες γενικής ιατρικής. Στα κέντρα υγείας υπάρχουν σπάνια ειδικοί γιατροί. Οι γιατροί γενικής ιατρικής συχνά έχουν συναντήσεις πρόσωπο με πρόσωπο με άλλους θεράποντες ιατρούς και νοσηλευτές και περιστασιακά με νοσηλευτές κατ'οίκον φροντίδας, φυσιοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και κοινοτικούς εργαζομένους ψυχικής υγείας. Σπάνια συνεργάζονται με μαιές. Οι νοσοκόμες είναι συχνά το σημείο πρώτης επαφής στα κέντρα υγείας και συνήθως παρέχουν υγειονομική εκπαίδευση υπό την καθοδήγηση νοσηλευτή. Συγκεκριμένες κλινικές, όπως ως νοσοκομειακές κλινικές για διαβήτη που καθοδηγούνται από νοσηλευτές, σπάνια εκτελούνται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Αν και είναι ασυνήθιστο για τους ιατρούς ειδικούς να επισκέπτονται ένα κέντρο υγείας για να παρέχουν εξειδικευμένη περίθαλψη, ή κοινή περίθαλψη με τον GP, αυτό αναπτύσσεται αργά. Το υπουργείο υγείας δίνει έμφαση σ' αυτό το είδος ανάπτυξης. Οι ειδικοί γιατροί παρέχουν κλινικά μαθήματα για τους γενικούς γιατρούς. Οι GPs σπάνια ρωτούν (τηλεφωνικώς) τις συμβουλές των ειδικευμένων ιατρών, λόγω έλλειψης χρόνου. Οι πληροφορίες για τη δημόσια υγεία δεν συλλέγονται συχνά από τα αρχεία ασθενών. Ορισμένα κέντρα υγείας το εκτελούν αυτό, αλλά είναι ελάχιστα. (OECD, Finland, 2017).

**Συνολικότητα**

Τα κέντρα υγείας στη Φινλανδία είναι γενικά καλά εξοπλισμένα. Οι άνθρωποι επισκέπτονται συχνά το κέντρο υγείας πρώτα με τα ιατρικά τους προβλήματα. Στις αγροτικές περιοχές, αυτός είναι ο κανόνας, αλλά στις πόλεις όπου υπάρχουν πολλές ιδιωτικές υπηρεσίες, υπάρχει άμεση επαφή με ειδικούς. Εκείνοι που έχουν καλή λειτουργική επαγγελματική υγειονομική περίθαλψη μπορούν να επικοινωνήσουν πρώτα με αυτές τις υπηρεσίες. Ως αποτέλεσμα, για τα περισσότερα προβλήματα υγείας, οι ασθενείς θα επισκέπτονται συνήθως ή περιστασιακά GP για πρώτη επαφή. Πολλές γυναίκες έχουν άμεση επαφή με ιδιωτικούς γυναικολόγους. Μόνο οξείες περιπτώσεις με οφθαλμολογικά προβλήματα έρχονται σε επαφή με τους γενικούς ιατρούς. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι άνθρωποι έχουν άμεση επαφή με έναν ιδιωτικό οφθαλμίατρο. Ορισμένες οικογένειες έχουν ιδιωτική ασφάλιση για τα παιδιά τους και μπορούν να επικοινωνήσουν απευθείας με τους ιδιωτικούς παιδίατρος. Οι περισσότερες χρόνιες παθήσεις φροντίζονται από τους GPs. Εξαιρέσεις αποτελούν ορισμένες προϋποθέσεις που χρειάζονται νέα και ακριβά φάρμακα, όπως η οξεία ρευματοειδής αρθρίτιδα και η σκλήρυνση κατά πλάκας. Μικρές ιατρικές τεχνικές διαδικασίες εκτελούνται από τους περισσότερους γενικούς ιατρούς. Πολλές προληπτικές εξετάσεις, όπως TEST PAP και οι εμβολιασμοί, εκτελούνται από νοσηλευτές σε κέντρα υγείας. Οι γενικοί ιατροί έχουν ειδικά καθήκοντά στην παιδική και μητρική φροντίδα, σύμφωνα με τα πρωτόκολλα, που καθιστούν την πρόληψη μια συνεχή αλυσίδα υπηρεσιών που παρέχονται από γενικούς γιατρούς και νοσηλευτές. Οι γενικοί ιατροί δραστηριοποιούνται συνήθως στην προαγωγή της υγείας ως μέρος της πρακτικής τους. Εκτιμάται ότι το ένα τρίτο του χρόνου εργασίας τους χρησιμοποιείται για δραστηριότητες πρόληψης και προαγωγής της υγείας. (OECD, Finland, 2017).

**Ποιότητα υπηρεσιών**

Κατά μέσο όρο, οι ιατροί GP γράφουν 1,2 συνταγές ανά ασθενή στον κατάλογο ανά έτος (Real, 2010). Αυτός ο αριθμός αυξάνεται σιγά-σιγά. Η χρήση αντιβιοτικών ή υπνωτικών χαπιών είναι σε μεσαίο επίπεδο σε σύγκριση με άλλες σκανδιναβικές χώρες. Οι καθορισμένες ημερήσιες δόσεις αντιβιοτικών στην περιπατητική περίθαλψη είναι 23,1 ανά 1000 κατοίκους ημερησίως (National Agency for Medicines and Social Insurance Institution, 2009).

Όσον αφορά την ποιότητα της διαχείρισης χρόνιων ασθενειών, τα αποτελέσματα δείχνουν περιθώρια βελτίωσης. Για τον ενήλικα διαβητικό πληθυσμό το 2009:

- Το 30% είχε επίπεδο χοληστερόλης πάνω από 5 mmol /l (Conmedic, 2009)
- Το 52% των ασθενών με υψηλή αρτηριακή πίεση είχε πίεση άνω των 140/90 mmHg (Conmedic, 2009)
- Το 41% των ασθενών με διαβήτη τύπου 2 είχαν HbA1C πάνω από 6,9% (Cebolla & Bjornberg, 2008).
- Το 65% είχε επιθεωρήσεις οφθαλμολογικών οφθαλμών σύμφωνα με τις συστάσεις των τελευταίων 36 μηνών (Conmedic, 2009).

Επιπλέον, εκτιμάται ότι το 65% των ατόμων με συριγμό τους τελευταίους 12 μήνες ή διαγνώστηκαν με άσθμα είχε επανεκτίμηση στην πρωτοβάθμια φροντίδα κατά το τελευταίο έτος. Το Σχήμα A8.6 δείχνει τον αριθμό νοσοκομειακών εισαγωγών για μια σειρά ασθενειών με ευαίσθητη διάγνωση πρωτοβάθμιας περίθαλψης, για να δώσει μια εικόνα για την ποιότητα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Οι εισαγωγές στο νοσοκομείο είναι χαμηλές για ασθενείς με αφυδάτωση, διάτρητο έλκος και φλεγμονώδη νόσο της



πυέλου. Ωστόσο, υπάρχουν σχετικά υψηλά ποσοστά εισαγωγής για ασθενείς με νεφρική λοίμωξη, ENT λοίμωξη και άσθμα. (OECD, Finland, 2017).

### **Αποτελεσματικότητα**

Οι ιατροί GP δεν πραγματοποιούν συνήθως κατ'οίκον επισκέψεις, η μόνη εξαίρεση είναι οι ασθενείς που παραμένουν στο σπίτι που λόγω ενός σχεδίου θεραπείας. Οι περισσότερες επισκέψεις στο σπίτι εκτελούνται από νοσηλευτές και αφορούν την φροντίδα των ηλικιωμένων και τις οικογένειες με τα νεογέννητα μωρά. Όλο και περισσότερες αιτήσεις ασθενών φροντίζονται τηλεφωνικά. Η διάρκεια της διάγνωσης πολλών ασθενών με περισσότερα από ένα συμπτώματα καθίσταται όλο και μεγαλύτερη πολλές φορές, με σκοπό να εξαγουν σχέδιο θεραπείας για την αντιμετώπιση όλων των ασθενειών κατά την ίδια επίσκεψη. Το 2010, ο μέσος χρόνος επίσκεψης ήταν 20 λεπτά. Ο μέσος αριθμός συνταγών ανά γιατρό (συνολικά) ήταν 442 και ανά GP ήταν 535 συνταγές το 2009. Το μέσο κόστος των φαρμάκων ήταν 46 043 ευρώ ανά γιατρό το 2009. Το κόστος είχε μειωθεί κατά 4,3% σε σχέση με το προηγούμενο έτος. *THL (National Institute of Health and Welfare) personal communication; Kaypa hoito, 2010.*

### **Επιδόσεις του συστήματος υγείας**

*Ο αριθμός των γιατρών και των νοσηλευτών αυξήθηκε από το 2000.*

Ο αριθμός των γιατρών, των νοσοκόμων και άλλων εργαζομένων στον τομέα της υγείας έχει αυξηθεί από το 2000, τόσο σε απόλυτους αριθμούς όσο και σε κατά κεφαλήν βάση. Ο λόγος των νοσηλευτών προς τον πληθυσμό είναι ο δεύτερος υψηλότερος στην ΕΕ μετά τη Δανία και σημαντικά υψηλότερος από τον μέσο όρο της ΕΕ (14,6 νοσηλευτές ανά 1 000 πληθυσμούς το 2014, το τελευταίο έτος για το οποίο υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, σε σύγκριση με το μέσο όρο της ΕΕ των 8,4), ενώ ο λόγος των γιατρών είναι χαμηλότερος από τον μέσο όρο της ΕΕ (3,2 έναντι 3,6 ανά 1 000 κατοίκους το 2014). Οι ρόλοι ορισμένων νοσοκόμων έχουν επεκταθεί σε μεγάλο βαθμό με νέες λειτουργίες όπως διαχείριση ασθενών, διαβουλεύσεις και συνταγογράφηση, παρόλο που ο πραγματικός αριθμός των νοσοκόμων που ασκούν αυτούς τους διευρυμένους ρόλους εξακολουθεί να παραμένει σχετικά χαμηλός. (OECD, Finland, 2017).

*Οι μη μισθωτοί αντιμετωπίζουν μεγάλους χρόνους αναμονής και υπάρχει γενική έλλειψη συντονισμού μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας.*

Η πρωτοβάθμια φροντίδα προσφέρει πολλαπλές υπηρεσίες (συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης και της περίθαλψης για εξωτερικούς ασθενείς, την οδοντιατρική περίθαλψη, τη μητρότητα και την υγεία των παιδιών) σε κέντρα υγείας και μονάδες επαγγελματικής υγείας. Τα κέντρα υγείας έχουν συχνά μονάδες νοσηλείας για γενικούς ιατρούς (GP), κυρίως για ασθενείς με χρόνια και μακροχρόνια περίθαλψη. Η δευτεροβάθμια φροντίδα (συμπεριλαμβανομένης της εξειδικευμένης περίθαλψης εξωτερικών ασθενών, νοσηλείας και ημερήσιας χειρουργικής) παρέχεται κυρίως από νοσοκομεία που διοργανώνονται σε νοσοκομειακές περιφέρειες που ανήκουν σε δήμους. Η τριτοβάθμια φροντίδα παρέχεται σε πέντε πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Οι ασθενείς χρειάζονται παραπομπή για πρόσβαση σε εξειδικευμένη περίθαλψη, εκτός από περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης. Η Φινλανδία διαθέτει λίγα ιδιωτικά νοσοκομεία, αλλά οι ιδιωτικοί πάροχοι εξειδικευμένης εξωτερικής περίθαλψης είναι πολύ πιο συνηθισμένοι. Η φροντίδα έκτακτης ανάγκης παρέχεται 24 ώρες την ημέρα / 7 ημέρες την εβδομάδα από κέντρα υγείας και νοσοκομεία, ενώ πραγματοποιούνται αλλαγές για να συγκεντρωθεί ένα ευρύ πεδίο επείγουσας περίθαλψης σε 12 μεγάλα νοσοκομεία. Τα αναγνωρισμένα προβλήματα στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνουν τους μεγάλους χρόνους αναμονής, ιδίως για τον μη απασχολούμενο πληθυσμό που δεν έχει πρόσβαση στην επαγγελματική υγεία, την έλλειψη συντονισμού μεταξύ των εγκαταστάσεων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας

περίθαλψης και τη διαφοροποίηση των προτύπων και της ποιότητας των υπηρεσιών. (OECD, Finland, 2017).

*Η θνησιμότητα είναι κάτω από το μέσο όρο της ΕΕ*

Η μειωμένη θνησιμότητα στη Φινλανδία ξεκίνησε από το 2000 και είναι τώρα χαμηλότερη στις γυναίκες από ό, τι στις περισσότερες χώρες της ΕΕ και λίγο κάτω από το μέσο όρο της ΕΕ για τους άνδρες (Διάγραμμα 8). Το υψηλότερο ποσοστό επιδεκτικής θνησιμότητας μεταξύ των ανδρών οφείλεται κυρίως σε υψηλά ποσοστά θνησιμότητας από ισχαιμικές καρδιακές παθήσεις, οι οποίες θεωρούνται επιδεκτικές στην υγειονομική περίθαλψη, αν και αυτό μπορεί επίσης να μειωθεί μέσω αποτελεσματικών πολιτικών πρόληψης. (OECD, Finland, 2017).

#### **Αποτελεσματική φροντίδα του καρκίνου**

Η φροντίδα του καρκίνου στη Φινλανδία είναι γενικά καλή. Λόγω της έγκαιρης διάγνωσης και των αποτελεσματικών θεραπειών, οι άνθρωποι στη Φινλανδία που διαγνώστηκαν με διάφορους τύπους καρκίνου, όπως ο καρκίνος του μαστού, του τραχήλου της μήτρας, του κόλου και του ορθού, έχουν υψηλότερα ποσοστά επιβίωσης από ό, τι στις περισσότερες χώρες της ΕΕ: (OECD, Finland, 2017) είναι από τα χαμηλότερα στην ΕΕ. Η Φινλανδία καθόρισε εθνικά προγράμματα ανίχνευσης καρκίνου νωρίτερα από τις περισσότερες χώρες της ΕΕ - το 1968 για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και το 1987 για καρκίνο του μαστού. Τα ποσοστά διαλογής για την ομάδα-στόχο των γυναικών για αυτούς τους καρκίνους ήταν σχετικά υψηλά εδώ και πολλά χρόνια. Η Φινλανδία προσφέρει επίσης τη δοκιμασία για τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων για την έγκαιρη αναγνώριση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Ενώ ο σχεδιασμός και η παράδοση θεραπειών για καρκίνο για σπάνιες και κάποιες από τις πιο σοβαρές μορφές καρκίνου συγκεντρώνονται στη Φινλανδία, η θεραπεία των περισσότερων καρκίνων πραγματοποιείται κοντά στο σπίτι του ασθενούς. Η Φινλανδία έχει επίσης επικεντρωθεί στην προώθηση της εξειδίκευσης των επαγγελματιών υγείας στην περίθαλψη κατά του καρκίνου μέσω συστημάτων αδειοδότησης και πιστοποίησης (OECD, Finland, 2013). Το 2016, το Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων και Υγείας ανακοίνωσε τη δημιουργία ενός νέου Εθνικού Κέντρου Καρκίνου, υπεύθυνου για τον συντονισμό της θεραπείας και της έρευνας, την εξασφάλιση ίσης πρόσβασης στην περίθαλψη για τον καρκίνο και την προώθηση της ποιότητας της περίθαλψης και της οικονομικής αποδοτικότητας των θεραπειών, μέχρι τα τέλη του 2018. (OECD, Finland, 2017).

#### **Αποτελεσματικές πολιτικές πρόληψης στη μείωση του καπνίσματος**

Τα ποσοστά καπνίσματος έχουν μειωθεί σημαντικά στη Φινλανδία τα τελευταία 15 χρόνια και είναι μεταξύ των χαμηλότερων στην ΕΕ. Η Φινλανδία εξακολουθεί να εφαρμόζει μια σειρά πολιτικών και προγραμμάτων για τον έλεγχο του καπνίσματος, συμπεριλαμβανομένων των προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος, εκστρατείες ευαισθητοποίησης του κοινού μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης όπως προειδοποιήσεις για την υγεία αναγραφόμενες στα πακέτα τσιγάρων και υψηλή φορολογία των προϊόντων καπνού (WHO, 2015). Τα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ και οι θάνατοι στη Φινλανδία είναι πολύ υψηλότερα από ό, τι στις περισσότερες άλλες σκανδιναβικές χώρες και χώρες της ΕΕ. Ο νόμος περί οινοπνεύματος του 1994 περιελάμβανε ορισμένους κανονισμούς για τη μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ, όπως οι περιορισμοί στη διαφήμιση, η χορήγηση μονοπωλίου σε μια κρατική επιχείρηση (Alko) για τις λιανικές πωλήσεις οινοπνεύματος τα προϊόντα που υπερβαίνουν ένα ορισμένο όριο αλκοόλ και ο περιορισμός των ωραρίων λειτουργίας τόσο για τις λιανικές πωλήσεις όσο και για τις πωλήσεις αλκοόλ σε μπαρ και εστιατόρια. Τα μέτρα αυτά συνέβαλαν στη μείωση της συνολικής κατανάλωσης οινοπνεύματος μεταξύ των εφήβων και των ενηλίκων τα τελευταία χρόνια. Ωστόσο, το 2016, η κυβέρνηση πρότεινε τη μεταρρύθμιση του νόμου

περί οινοπνεύματος με σκοπό την απελευθέρωση των πωλήσεων οινοπνευματωδών ποτών, των διαφημίσεων οινοπνευματωδών ποτών, την αύξηση των λιανικών πωλήσεων μεγαλύτερης κατηγορίας αλκοολούχων ποτών σε περισσότερα καταστήματα και εγκαταστάσεις και την επέκταση στις ώρες λειτουργίας τόσο για τις λιανικές πωλήσεις όσο και για τις πωλήσεις αλκοόλ σε μπαρ και εστιατόρια. Αυτή η προτεινόμενη απελευθέρωση της πολιτικής ελέγχου των οινοπνευματωδών ποτών εγείρει σοβαρές ανησυχίες ότι αυτό θα μπορούσε να αντιστρέψει την πρόσφατη πρόοδο στη μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ στη Φινλανδία\*. Επιπλέον, η χρήση παράνομων ναρκωτικών (π.χ. κάνναβη, έκσταση και αμφεταμίνες) είναι γενικά υψηλότερη στη Φινλανδία από ό, τι στις περισσότερες χώρες της ΕΕ. Ωστόσο, η αντιμετώπιση της χρήσης παράνομων ναρκωτικών δεν φαίνεται να αποτελεί βασική εστίαση στις πρόσφατες συζητήσεις για τη δημόσια υγεία. (OECD, Finland, 2017).

*\*. Το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Πρόνοιας εκτιμά ότι η αρχική πρόταση εάν εφαρμογή της θα αυξήσει τη χρήση αλκοόλ κατά 5-6% και τον ετήσιο αριθμό των αλκοολούχων ποτών τους θανάτους που σχετίζονται με το αλκοόλ κατά 150.*

### **Προγράμματα μείωσης αυτοκτονιών**

Ο επιπολασμός της κατάθλιψης και άλλων ψυχικών ασθενειών στη Φινλανδία εξακολουθεί να είναι αρκετά υψηλός και τα ποσοστά αυτοκτονίας είναι υψηλά. Από τη δεκαετία του 1980, η Φινλανδία έχει εφαρμόσει εθνικά προγράμματα πρόληψης κατά της αυτοκτονίας, που περιλαμβάνουν διατομεακή συνεργασία και ένα φάσμα ενδιαφερομένων, που έχουν αποδείξει αποτελεσματικά σταδιακά μείωση των ποσοστών αυτοκτονίας. Εφαρμόστηκαν στοχοθετημένα προγράμματα για ομάδες ιδιαίτερα εκτεθειμένες σε κίνδυνο, όπως νεαροί άνδρες ηλικίας 15 έως 29 ετών, μέσω μιας επονομαζόμενης «Time Out! Back to Track» που υλοποιήθηκε σε περισσότερους από 100 δήμους και έχει παρουσιάσει θετικά αποτελέσματα (Patana, 2014).

### **Προσβασιμότητα**

*Το φινλανδικό σύστημα υγείας καλύπτει σχεδόν όλο τον πληθυσμό, με υψηλές αποζημιώσεις.*

Όλοι οι μόνιμοι κάτοικοι δικαιούνται ασφαλιστική κάλυψη υγείας, αν και η κάλυψη είναι καλύτερη για όσους έχουν πρόσβαση στην ιδιωτική ασφάλιση. Ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών υγείας και αγαθών καλύπτεται από το δημόσιο, αλλά με τέλη χρήσης που εφαρμόζονται στις περισσότερες υπηρεσίες και αγαθά, κυρίως για τα φαρμακευτικά φάρμακα και την οδοντιατρική περίθαλψη. Το 2015, οι πληρωμές εκτός τσέπης αντιστοιχούσαν στο 20% των σημερινών δαπανών για τη δημόσια υγεία στη Φινλανδία, ποσοστό μεγαλύτερο από ό, τι στις περισσότερες χώρες της ΕΕ. Αυτές οι πληρωμές εκτός τσέπης ανήλθαν κατά μέσο όρο σε 718 ευρώ ανά κάτοικο, από 417 ευρώ το 2000. Περισσότερο από το ένα τρίτο αυτών των πληρωμών εκτός τσέπης χρησιμοποιούνται για την αγορά φαρμάκων ενώ ένα άλλο πέμπτο πηγαίνει για την αγορά υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης. (OECD, Finland, 2017).

*Οι ανεκπλήρωτες ιατρικές ανάγκες είναι σχετικά υψηλές στη Φινλανδία, κυρίως λόγω των χρόνων αναμονής*

Το ποσοστό των ατόμων στη Φινλανδία που αναφέρουν ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρική περίθαλψη είναι υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ. Το 2015, πάνω από το 4% του φινλανδικού πληθυσμού ανέφερε ανεπιτυχείς ανάγκες ιατρικής περίθαλψης είτε για οικονομικούς λόγους, γεωγραφικούς φραγμούς ή χρόνους αναμονής, σε σύγκριση με λίγο περισσότερο από 3% κατά μέσο όρο σε ολόκληρη την ΕΕ. Ο κυριότερος λόγος ήταν οι χρόνοι αναμονής. Το ποσοστό των ατόμων με χαμηλό εισόδημα που αναφέρουν ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρική περίθαλψη ήταν δύο φορές μεγαλύτερο από αυτό των ανθρώπων με υψηλό εισόδημα. Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες για οδοντιατρική περίθαλψη είναι ακόμα μεγαλύτερες. Σύμφωνα με EU-SILC, περισσότερα από 5% του φινλανδικού

πληθυσμού ανέφεραν κάποια ανεκπλήρωτες ανάγκες για οδοντιατρική εξέταση το 2015 (σε σύγκριση με 4,5% για τον μέσο όρο της ΕΕ), με τις περισσότερες από αυτές τις μη ικανοποιημένες ανάγκες να σχετίζονται επίσης σε μεγάλους χρόνους αναμονής. (OECD, Finland, 2017).

*Η άνιση κατανομή των πόρων της υγειονομικής περίθαλψης στη Φινλανδία ενισχύει τις ανισότητες πρόσβασης στην περίθαλψη.*

Η πυκνότητα των ιατρών είναι πολύ μεγαλύτερη στο Ελσίνκι και σε άλλες μεγάλες πόλεις λόγω της συγκέντρωσης νοσοκομείων και ειδικευμένων μονάδων φροντίδας σε αστικές περιοχές με σχετικά λιγότερους αριθμούς να εργάζονται σε απομακρυσμένες και αραιοκατοικημένες περιοχές. Αυτή η ανομοιογενής κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού συμβάλλει σε μεγάλους χρόνους αναμονής για τους ανθρώπους που ζουν σε αυτές τις απομακρυσμένες περιοχές. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας, που καλύπτει κυρίως άτομα από υψηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες, ενισχύουν επίσης τις ανισότητες της πρόσβασης στην περίθαλψη καθώς διευκολύνουν την ταχύτερη πρόσβαση μέσω ευρύτερης επιλογής παρόχου, ενώ άτομα από χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες και ηλικιωμένα άτομα έχουν λιγότερες επιλογές παρόχων και μεγαλύτερο χρόνο αναμονής για πρόσβαση στις υπηρεσίες. Η προτεινόμενη περιφερειοποίηση της υγειονομικής και κοινωνικής φροντίδας μπορεί να συμβάλει στην επίτευξη μιας πιο ισορροπημένης κατανομής των πόρων μεταξύ των περιφερειών και στη μείωση του χρόνου αναμονής. Μία σημαντική πρόκληση που πρέπει να αντιμετωπιστεί είναι η τρέχουσα έλλειψη συντονισμού μεταξύ των νοσοκομειακών περιφερειών και των δημοτικών αρχών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την αργή ανάπτυξη των πόρων πρωτοβάθμιας περίθαλψης από τη δεκαετία του 1990. (OECD, Finland, 2017).

*Η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας και του συντονισμού της φροντίδας εξακολουθεί να αποτελεί πρόκληση*

Μια σημαντική πρόκληση στη Φινλανδία είναι να ενισχυθεί η πρόσβαση και η αποτελεσματικότητα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και να προωθηθεί μεγαλύτερος συντονισμός μεταξύ των φορέων πρωτοβάθμιας περίθαλψης και των νοσοκομείων. Λόγω ελλείψεων και μεγάλων περιόδων αναμονής σε ορισμένους δήμους, οι πάροχοι πρωτοβάθμιας περίθαλψης δεν λειτουργούν πάντα ως gatekeepers και οι ασθενείς αναζητούν μερικές φορές μια εξειδικευμένη και επείγουσα φροντίδα άμεσα, ακόμη και αν οι επισκέψεις αυτές συχνά είναι περιττές. Επιπλέον, αν και έχουν καταβληθεί διάφορες προσπάθειες για την προώθηση πιο ολοκληρωμένης περίθαλψης και έχουν προκύψει κάποια καινοτόμα τοπικά μοντέλα, ο συντονισμός της περίθαλψης παραμένει προβληματικός, ιδίως μεταξύ ιδιωτικών και δημόσιων παρόχων. Αυτό συνδέεται εν μέρει με το γεγονός ότι η ευθύνη ανατίθεται χωριστά σε φορείς παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης, εξειδικευμένης περίθαλψης και μακροχρόνιας περίθαλψης, ενώ οι μηχανισμοί χρηματοδότησης με πολλαπλές πηγές δεν ενσωματώνουν επαρκή κίνητρα για την ενίσχυση του συντονισμού της περίθαλψης μεταξύ των παρόχων. Προκειμένου να προωθηθεί μεγαλύτερος συντονισμός της περίθαλψης, η Φινλανδία επένδυσε σημαντικά στην ηλεκτρονική υγεία. Εισήγαγε ένα πανευρωπαϊκό εναρμονισμένο ηλεκτρονικό αρχείο ασθενών, the national Patient Data Repository. Αυτό το σύστημα πληροφοριών περιλαμβάνει όλους τους δημόσιους και ιδιωτικούς παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Περιλαμβάνει επίσης υποχρεωτική ηλεκτρονική συνταγή και δικτυακή πύλη για την υγεία που επιτρέπει στους πολίτες να αναθεωρούν τις δικές τους πληροφορίες. Αυτά τα ηλεκτρονικά αρχεία ασθενών καλύπτουν όλο τον πληθυσμό από τον Σεπτέμβριο του 2016. (OECD, Finland, 2017).

### **Προτεινόμενες μεταρρυθμίσεις**

Όπως αναφέρθηκε ήδη, συζητούνται σημαντικές μεταρρυθμίσεις αναδιοργάνωση του συστήματος υγείας και κοινωνικής πρόνοιας στη Φινλανδία, με τη συμμετοχή βαθιές αλλαγές στη δομή διακυβέρνησης και την παροχή περισσότερες επιλογές για τους ασθενείς να επιλέξουν μεταξύ δημόσιων ή ιδιωτικών. Η μεταρρύθμιση της περιφερειακής διακυβέρνησης είναι ιδιαίτερα φιλόδοξες και διακριτικές κατευθύνσεις να συνειδητοποιήσουν τα αναμενόμενα οφέλη όσον αφορά τη μείωση των ανισοτήτων και βελτιωμένο συντονισμό και πρόσβαση. Πολλοί ενδιαφερόμενοι έχουν εξέφρασε αμφιβολίες ότι η κυβέρνηση μπορεί να επιτύχει το φιλόδοξο της δήλωσε τους στόχους της αύξησης της πρόσβασης στην περίθαλψη για το σύνολο τον πληθυσμό, την αποτελεσματικότητα και τον έλεγχο του κόστους. Μια άλλη πρόκληση είναι να ενισχυθούν οι μηχανισμοί διασφάλισης της ποιότητας, για παράδειγμα μέσω της δημόσιας παρακολούθησης και της αναφοράς των διαφορών στο την ποιότητα της φροντίδας μεταξύ περιφερειών και παρόχων, και γενικά μέσω ενός συστηματικότερη χρήση αυτών των στατιστικών για την προώθηση της υψηλής ποιότητας περίθαλψης. (OECD, Finland, 2017).

## 2.3 Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στο Γερμανικό σύστημα υγείας

### Δημογραφικοί παράγοντες

	Γερμανία	ΕΕ
Μέγεθος Πληθυσμού(χιλιάδες)	81.687	509.277
Ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65 ετών (%)	21,0	18,9
Ποσοστό γονιμότητας <sup>1</sup>	1,5	1,6

1.Αριθμός γυναικών που γεννήθηκαν, ανά γυναίκα 15-49 ετών

## Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

	Γερμανία	ΕΕ
Κατά κεφαλήν ΑΕΠ (EUR PPP <sup>2</sup> )	35.800	28.900
Σχετικό ποσοστό φτώχειας <sup>3</sup> (%)	10,2	10,8
Ποσοστό ανεργίας (%)	4,6	9,4

2. Η ισοτιμία αγοραστικής δύναμης (PPP) ορίζεται ως το ποσοστό μετατροπής νομισμάτων που ισοδυναμεί με την αγοραστική δύναμη των διαφόρων νομισμάτων εξαλείφοντας της διαφορές στα επίπεδα τιμών μεταξύ των χωρών.

3. Ποσοστό ατόμων που ζουν με λιγότερο από το 50% του μέσου ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος.

Το Γερμανικό σύστημα υγείας θεωρείται το αντιπροσωπευτικότερο παράδειγμα του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, γνωστό και ως μοντέλο Bismarck, το οποίο αντιπαραβάλλεται και τοποθετείται στον αντίποδα του μοντέλου Beveridge, όπως αναπτύξαμε παραπάνω με τον γνησιότερο εκπρόσωπο του το Βρετανικό NHS. Το Γερμανικό σύστημα υγείας είναι το παλαιότερο σύστημα στην Ευρώπη και η Γερμανία θεωρείται η πρώτη χώρα που εισήγαγε σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στην Ευρώπη. Ξεκίνησε το 1883 επί καγκελαρίας Bismarck όταν έγινε υποχρεωτική η ασφάλιση υγείας για κάποιες ομάδες εργαζομένων. Το σύστημα υγείας της Γερμανίας βασίζεται στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης, αλλά και της ανταποδοτικότητας. Για τη χρηματοδότηση και τη λειτουργία του συστήματος τον κυρίαρχο ρόλο τον έχει η κοινωνική ασφάλιση και τα ταμεία υγείας, ενώ συνυπάρχουν αρμονικά και αποτελεσματικά ο κρατικός έλεγχος, η χρηματοδότηση από εργοδότες και εργαζόμενους και η επαγγελματική αυτονομία των ιατρών. Μέσα από μια πορεία 130 χρόνων το Γερμανικό ασφαλιστικό σύστημα αναπτύχθηκε, διευρύνθηκε, μεταλλάχθηκε, αναμορφώθηκε και μεταρρυθμίστηκε πολλές φορές, και σήμερα θεωρείται ως ένα από τα πλέον ολοκληρωμένα συστήματα υγείας. Είναι προφανές ότι παράγοντες, όπως η εκβιομηχάνιση, η ραγδαία οικονομική ανάπτυξη, οι οικονομικές κρίσεις, η ανεργία, οι πόλεμοι, τα οργανωμένα και συχνά αντικρουόμενα σύνολα και συμφέροντα και πολλά άλλα έπαιξαν ρόλο και επηρέασαν θετικά ή αρνητικά την πορεία ανάπτυξής του, καθορίζοντας τα επιμέρους χαρακτηριστικά του (Πολύζος Ν., 2013). Η ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική για κάθε άτομο που ζει νόμιμα στη Γερμανία. Η ασφάλιση μπορεί να γίνει είτε στα δημόσια ταμεία υγείας, είτε στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, είτε σε κάποιο συνδυασμό των δύο. Η δημόσια ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική για άτομα που το ακαθάριστο ετήσιο εισόδημά τους είναι κάτω των 50.850 ευρώ, οι οποίοι υπολογίζεται ότι είναι γύρω στο 75% του πληθυσμού. Αντίθετα, οι εργαζόμενοι με εισόδημα μεγαλύτερο των 50.850 ευρώ μπορούν να επιλέξουν και να ασφαλιστούν είτε στο δημόσιο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, είτε σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Σήμερα το δημόσιο σύστημα υγείας καλύπτει περίπου το 90% του συνολικού πληθυσμού, ενώ ένα 10% επιλέγει να ασφαλιστεί σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, κυρίως δημόσιοι υπάλληλοι και ελεύθεροι επαγγελματίες που εξαιρούνται από την κοινωνική ασφάλιση, αλλά και εργαζόμενοι με πολύ υψηλά εισοδήματα (Πολύζος Ν., 2013). Οι συνολικές δαπάνες υγείας για τη Γερμανία για το 2011 ανέρχονται στο 11,3% ως ποσοστό επί του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος, με το μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ να βρίσκεται στο 9,3% (OECD, 2013). Η χρηματοδότηση του συστήματος προέρχεται κατά το μεγαλύτερο ποσοστό από την κοινωνική ασφάλιση, δηλαδή από τις ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων και εργοδοτών (περίπου στο 70%). Κατά ένα πολύ μικρότερο ποσοστό η χρηματοδότηση προέρχεται από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση (στο 8%) και τις ιδιωτικές δαπάνες μέσω της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας

(στο 12%). Όπως προαναφέρθηκε, υπάρχει και ένα τμήμα του πληθυσμού το οποίο επιλέγει την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, ωστόσο οι δαπάνες δεν ξεπερνούν το 10% των συνολικών δαπανών. Η δομή και η οργάνωση του συστήματος υγείας βασίζεται στην ομόσπονδη δομή της χώρας και της κυβέρνησης. Υπάρχει σε κεντρικό - εθνικό επίπεδο η ομοσπονδιακή κυβέρνηση και σε περιφερειακό επίπεδο οι τοπικές κυβερνήσεις, οι περιφερειακές και οι τοπικές αρχές. Συνεπώς, σε εθνικό επίπεδο υπάρχει το ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας, το οποίο έχει την κύρια ευθύνη για τη στρατηγική και τις πολιτικές υγείας που ακολουθεί η χώρα και αποφασίζει λαμβάνοντας υπόψη τα κοινωνικά, πολιτικά και οικονομικά δεδομένα της χώρας. Σε περιφερειακό επίπεδο, οι 16 κυβερνήσεις των ομόσπονδων κρατιδίων αντιπροσωπεύονται μέσω των τοπικών υπουργείων υγείας, με αρμοδιότητες σε θέματα δημόσιας υγείας, προαγωγής της υγείας, κρατικών νοσοκομείων, επαγγελματιών υγείας, φαρμακείων και φαρμακευτικών προϊόντων. Σε όλα σχεδόν τα κρατίδια υπάρχουν και λειτουργούν Ινστιτούτα και φορείς που στηρίζουν επιστημονικά τις επιμέρους πολιτικές υγείας. Τους πυλώνες όμως του συστήματος υγείας στη Γερμανία αποτελούν από τη μεριά της ασφάλισης και της αποζημίωσης των προμηθευτών υγείας τα ασφαλιστικά ταμεία και από την άλλη πλευρά, αυτής της προσφοράς, οι περιφερειακές ενώσεις των γιατρών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. (Busse R., Riesberg A., 2004).

### **Η Δομή του Συστήματος Υγείας**

Τα Ασφαλιστικά Ταμεία αποτελούν αυτόνομους μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς που ασφαλίζουν άτομα που ασκούν το ίδιο επάγγελμα, εργάζονται σε μεγάλες επιχειρήσεις ή ζουν σε μία συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή και αντλούν τους πόρους τους μέσα από τις εισφορές των μελών τους. Στα πρώτα χρόνια λειτουργίας του συστήματος υπήρχαν περισσότερα από 20.000 ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία στη συνέχεια περιορίστηκαν σημαντικά. Στις αρχές του 2004 λειτουργούσαν 292 ταμεία υγείας με 79 εκατ. ασφαλισμένους και 49 ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες, ενώ το 2011 τα δημόσια ταμεία μειώθηκαν σε 136 κυρίως λόγω συγχωνεύσεων. Τα ταμεία διοικούνται από διοικητικά συμβούλια, στα οποία εκπροσωπούνται εργαζόμενοι και εργοδότες, και εκεί τίθενται οι κανονισμοί λειτουργίας τους, εγκρίνεται ο προϋπολογισμός και καθορίζεται το ύψος των εισφορών. Οι εισφορές προς τα ασφαλιστικά ταμεία είναι υποχρεωτικές και το ύψος αυτών διαφέρει από ταμείο σε ταμείο, ή από περιοχή σε περιοχή. Η συνολική εισφορά πληρώνεται 50% από τους εργοδότες και 50% από τους εργαζόμενους. Το μέσο ύψος των εισφορών επί των ακαθάριστων αποδοχών των εργαζομένων έφθανε περίπου στο 15% το 2003. Τα τελευταία χρόνια υπήρχαν σημαντικές τροποποιήσεις στο γερμανικό σύστημα υγείας. Μία από αυτές είναι η μεταρρύθμιση του 2009, στην οποία δημιουργήθηκε σε ομοσπονδιακό επίπεδο το Κεντρικό Ταμείο Υγείας, με στόχο την εισαγωγή στο περιβάλλον ασφάλισης και παροχής υπηρεσιών υγείας περισσότερου ανταγωνισμού και μεγαλύτερης ελευθερίας επιλογής από την πλευρά των ασφαλισμένων. Στις αρμοδιότητες του περιλαμβάνεται η συγκέντρωση όλων των εισφορών από τα ταμεία και στη συνέχεια η κατανομή τους πίσω στα ταμεία, λαμβάνοντας υπόψη εκτός από τον αριθμό των ασφαλισμένων ανά ταμείο και τα δημογραφικά και νοσολογικά τους στοιχεία. Από την άλλη πλευρά, οι περιφερειακές ενώσεις των γιατρών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης αποτελούνται από τους όλους τους γιατρούς της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης μιας περιφέρειας και σήμερα υπάρχουν 17 ενώσεις. Οι ενώσεις αυτές βρίσκονται σε συνεχή διαπραγμάτευση σε περιφερειακό επίπεδο με τα ταμεία υγείας για σημαντικά θέματα, όπως είναι οι μηχανισμοί αποζημίωσης και το πακέτο των παρεχόμενων υπηρεσιών, μέσα από συμβόλαια που υπογράφουν μεταξύ τους. Όλες οι ενώσεις των γιατρών των επιμέρους κρατιδίων συγκροτούν σε εθνικό επίπεδο την Ομοσπονδιακή Ένωση Ιατρών. Ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του Γερμανικού συστήματος υγείας είναι ότι υπάρχει σαφής διαχωρισμός μεταξύ ενδονοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Αυτό οφείλεται στο ότι τα τελευταία 200 χρόνια η έρευνα και η υπερεξειδίκευση από τις

Ιατρικές Σχόλες, γίνεται αποκλειστικά στα νοσοκομεία, αφήνοντας τους γιατρούς της εξωνοσοκομειακής φροντίδας έξω από αυτά, γι' αυτό και υπάρχει ακόμη και σήμερα σαφής αντιπαλότητα, που φτάνει τα όρια της έχθρας μεταξύ νοσοκομειακών γιατρών και γιατρών (γενικών και ειδικοτήτων) της εξωνοσοκομειακής φροντίδας (Πολύζος Ν., 2013). Στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, οι γενικοί γιατροί δε λειτουργούν με κάποιο αυστηρό και «σφικτό» gatekeeping σύστημα, όπως ισχύει στο Βρετανικό σύστημα υγείας. Περίπου το 50% των γιατρών της εξωνοσοκομειακής φροντίδας είναι γενικοί – οικογενειακοί γιατροί, οι οποίοι συνάπτουν συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία της περιφέρειάς τους, με την προϋπόθεση ότι έχουν τουλάχιστον 3ετή ειδική εκπαίδευση. Οι γενικοί γιατροί, αλλά και αυτοί της ειδικότητας, προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στα ιδιωτικά τους ιατρεία, μόνοι τους ή ως ομάδα γιατρών (group practice). Οι πολίτες επιλέγουν ελεύθερα τον γενικό - οικογενειακό τους γιατρό και δεν μπορούν να τον αλλάξουν (αφού υποβάλουν την κάρτα υγείας τους) πριν περάσει η οικονομική περίοδος που διανύεται. Η παραπομπή σε ειδικούς γίνεται από τον οικογενειακό γιατρό, ενώ υπάρχει και το δικαίωμα της αυτοπαραπομπής του ασθενή στο νοσοκομείο ή σε άλλον ειδικό γιατρό. Ο οικογενειακός γιατρός που εφημερεύει στην περιοχή, είναι διαθέσιμος και για τα επείγοντα περιστατικά. Οι ασθενείς κατά τις αργίες συνήθως χρησιμοποιούν τα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων που εφημερεύουν. Οι γενικοί - οικογενειακοί γιατροί, όπως και οι γιατροί γενικά της εξωνοσοκομειακής φροντίδας, αμείβονται κατά πράξη και περίπτωση από τα ασφαλιστικά ταμεία. Αν και οι αμοιβές είναι κατά πράξη (και έτσι προκαλείται μεγαλύτερη ζήτηση), οι ιατρικές ενώσεις που τις διαπραγματεύονται κάθε χρόνο έχουν περιορισμούς από τα ασφαλιστικά ταμεία να λειτουργήσουν μέσα στα πλαίσια δεδομένου προϋπολογισμού για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, έτσι ώστε να διασφαλίζεται ο έλεγχος του κόστους. Αυτή η ιδέα της «ιδιωτικοποίησης» του κόστους της φροντίδας και της μεταφοράς της ευθύνης του κόστους στις πλάτες των ίδιων των προμηθευτών συντελέστηκε σταδιακά από το 1996 έως τις αλλαγές του 2004 και 2007. Η αποζημίωση των γιατρών στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη γίνεται μέσα από μια σύνθετη διαδικασία δύο βημάτων. Πρώτα τα ασφαλιστικά ταμεία πληρώνουν συνολικά τις ενώσεις των γιατρών της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και αυτά στη συνέχεια καλούνται να αποζημιώσουν τους γιατρούς που είναι συνδεδεμένοι με τα ασφαλιστικά ταμεία. Η συνολική αμοιβή συμφωνείται ύστερα από διαπραγμάτευση και βασίζεται συνήθως σε ένα ποσό κατά κεφαλή ασφαλισμένου, με το οποίο καλύπτονται όλες οι υπηρεσίες που προσφέρονται από τους «συνδεδεμένους» γιατρούς όλων των ειδικοτήτων. Αυτό το κατά κεφαλή ποσό διαφέρει από ταμείο σε ταμείο και από κρατίδιο σε κρατίδιο. Οι ενώσεις των γιατρών στη συνέχεια αναλαμβάνουν τις αποζημιώσεις των μελών τους με βάση μια Ενιαία Κλίμακα Αξιών (uniform value scale). Για τον υπολογισμό της πληρωμής, τα ταμεία πρέπει πρώτα να συναθροίσουν όλα τα στοιχεία που έχουν συνολικά και ανά γιατρό, που θα αποτελέσουν τη βάση των υπολογισμών (Πολύζος Ν., 2013).

### **Το πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης**

#### **Χώρα και πληθυσμός**

Η Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας, μαζί με την πρωτεύουσα της Βερολίνο, αποτελείται από 16 κράτη, εκ των οποίων το καθένα είναι πρωτογενές διοικητικό τμήμα. Αυτά με τη σειρά τους είναι δομημένα σε δήμους, το μικρότερο διοικητικό τμήμα. Η Γερμανία έχει συνολική έκταση 357 111,91 τετραγωνικά χιλιόμετρα και συνορεύει στα βόρεια με τη Βόρεια Θάλασσα και τη Βαλτική Θάλασσα, στα νότια στις Άλπεις. Με πληθυσμό 81,75 εκατομμυρίων κατοίκων έχει τον μεγαλύτερο πληθυσμό στην Ευρώπη, με πληθυσμιακή πυκνότητα περίπου. 229 κάτοικοι ανά km<sup>2</sup>. Όπως και σε πολλά βιομηχανικά κράτη, η Γερμανία έχει να αντιμετωπίσει τη δημογραφική αλλαγή, με μια φθίνουσα και



συγχρόνως γηράσκουσα κοινωνία και ένα ποσοστό γονιμότητας 1,4 παιδιών ανά γυναίκα - ένα από τα χαμηλότερα στην Ευρώπη. (OECD, Germany, 2017).

### **Το προσδόκιμο ζωής**

Η κατάσταση υγείας του γερμανικού πληθυσμού έχει βελτιωθεί από το 2000, αλλά οι παράγοντες συμπεριφοράς κινδύνου παραμένουν προβληματικοί. Το σύστημα υγείας προσφέρει ένα γενναιόδωρο καλάθι παροχών, υψηλά επίπεδα παροχής υπηρεσιών και καλή πρόσβαση στη φροντίδα. Τα αυτοδιοικούμενα όργανα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο τη διαμόρφωση του συστήματος υγείας - και μερικές φορές περιπλέκουν τις διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις που απαιτούνται για την αντιμετώπιση των ελλείψεων στην ποιότητα και την αποτελεσματικότητα. (OECD, Finland, 2017).

Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση ήταν 80,7 έτη το 2015 και ελαφρώς υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ του 80,6, αλλά αυξήθηκε με βραδύτερο ρυθμό από ό, τι στις περισσότερες χώρες της ΕΕ και είναι δύο χρόνια κάτω από εκείνη της Ισπανίας και της Ιταλίας. Θνησιμότητα λόγω καρδιαγγειακών παθήσεων - ακόμα ηγετική αιτία θανάτου - έχει μειωθεί σημαντικά από το 2000, ενώ η θνησιμότητα από καρκίνο έχει αυξηθεί. Η Γερμανία έχει τον παλαιότερο ασφαλιστικό σύστημα στον κόσμο. Ήταν η πρώτη χώρα στον κόσμο που δημιούργησε ένα Παγκόσμιο Σύστημα Ασφάλισης Υγείας (SHI) σε εθνικό επίπεδο το 1883. Ακόμη σήμερα, αυτή η κληρονομιά εξηγεί τα δύο χαρακτηριστικά του συστήματος: ένα σύστημα πολλαπλών πληρωτών με μεγάλη εξάρτηση από την αυτοδιοίκηση τις δομές για τη ρύθμιση και την ασυνήθιστη συνύπαρξη του SHI και της ιδιωτικής ασφάλισης ασθενείας υποκατάστασης (PHI) για χρηματοδότηση. (OECD, Germany, 2017).

### **Ανάπτυξη και οικονομία**

Η Γερμανία ανήκει στις χώρες με κοινωνική οικονομία της αγοράς. Με ένα Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν- GDP (Gross domestic product) συνολικού ύψους 3.667 δισ. Δολαρίων (ονομαστικά) το 2008 και με κατά κεφαλήν GDP 40 875 δολαρίων ΗΠΑ, η Γερμανία είχε τη μεγαλύτερη εθνική οικονομία στην Ευρώπη και την τέταρτη μεγαλύτερη χώρα στον κόσμο. Η Γερμανία κατέλαβε την 10η θέση στον δείκτη ανθρώπινης ανάπτυξης με 0,885 (UNDP, 2009). Το ποσοστό ανεργίας ήταν 6,8%, κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ (9,6%) το 2010 (Eurostat, 2010). Όσον αφορά την εκπαίδευση, το 60% του πληθυσμού έχει ολοκληρώσει το ανώτερο δευτεροβάθμιο επίπεδο εκπαίδευσης (το 2007) (OECD, Germany, 2010).

### **Υγεία του πληθυσμού**

Η ηλικιακή δομή στη Γερμανία είναι: 0-14 ετών: 13,8%, 15-64 ετών: 66,2%, 65 ετών και άνω: 19,9% (2007), με συνολική αναλογία ανδρών προς γυναίκες 0,96 / 1. Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση το 2007 ήταν 82,7 έτη για τις γυναίκες και 77,4 έτη για τους άνδρες. Η παιδική θνησιμότητα είναι από τις χαμηλότερες στην Ευρώπη με 3,9 θανάτους ανά 1.000 γεννήσεις το 2007 (OECD, Germany, 2010). Ασθένειες όπως η στεφανιαία νόσος, ο σακχαρώδης διαβήτης και ο καρκίνος αποτελούν σημαντικές αιτίες θνησιμότητας στη Γερμανία. (OECD, Germany, 2017).

### **Χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας**

Περίπου το 90% του γερμανικού πληθυσμού είναι ασφαλισμένο μέσω περίπου 190 νόμιμων ασφαλιστικών εταιρειών υγείας. Επί του παρόντος, τα ποσοστά συμμετοχής είναι ίσα για όλα τα μέλη που πληρώνουν όλες τις ασφαλιστικές εταιρείες υγείας, στο 15,5%

των εσόδων προ φόρων. Ο εργοδότης και ο εργαζόμενος καταβάλλουν το ήμισυ του ποσού. Τα μέλη των οικογενειών χωρίς δικά τους εισοδήματα είναι ασφαλισμένοι δωρεάν, εφόσον η ασφάλιση υγείας βασίζεται στην αρχή της αλληλεγγύης. Περίπου το 10% του πληθυσμού είναι ασφαλισμένο από ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Το ποσοστό συμμετοχής τους υπολογίζεται από τις ασφαλιστικές εταιρείες σύμφωνα με την ηλικιακή ομάδα, το φύλο και τους πιθανούς παράγοντες κινδύνου του ασφαλισμένου. Δεδομένου ότι δεν υπάρχουν νομικά όρια, τα ποσοστά συμμετοχής αυξάνονται εκθετικά με την ηλικία. Όπως δείχνει ο Πίνακας Α10.1, η συνολική κατανάλωση υγείας (νοσοκομειακά κρεβάτια, διάρκεια διαμονής σε νοσοκομεία, οξεία εισαγωγή στο νοσοκομείο, εξωτερικές επαφές) είναι υψηλή στη Γερμανία σε σύγκριση με τους μέσους όρους της ΕΕ. Το 2008, 10,5% του GDP δαπανήθηκαν για την υγειονομική περίθαλψη. Οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία είναι επίσης υψηλότερες από τον μέσο όρο της ΕΕ. Παρόλο που η συνολική προσφορά ιατρών και νοσοκόμων είναι σχετικά υψηλή, το ποσοστό των γενικών γιατρών (18,4%) από όλους τους γιατρούς είναι χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (WHO Regional Office for Europe, 2010).

### **Δομή του συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης**

Στη Γερμανία, η πρωτοβάθμια φροντίδα περιλαμβάνει όλους τους γιατρούς που θεραπεύουν ασθενείς σε εξωτερικούς ασθενείς χωρίς σαφή διαχωρισμό της ειδικότητας του γιατρού ή της ειδικότητάς τους. Η πρόσβαση δεν εξαρτάται από το πρόβλημα ή την ασθένεια του ασθενούς. Έτσι, για παράδειγμα, ένας διαβητικός μπορεί να αντιμετωπιστεί και από τους γενικούς γιατρούς/ιατρούς όπως και από τους ειδικούς (διαβητολόγους) για τη συγκεκριμένη ασθένεια. Κάθε ασθενής έχει ελεύθερη επιλογή γιατρού. Ως εκ τούτου, ο διαχωρισμός (νοσοκομειακή περίθαλψη έναντι εξωτερικών ασθενών, ειδικοί έναντι των γενικών επιστημόνων) στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης κατευθύνεται μέσω του γερμανικού συστήματος επιστροφής δαπανών, το οποίο δημιουργεί οικονομικά κίνητρα για την αντιμετώπιση ορισμένων υγειονομικών συνθηκών ορισμένων επαγγελματιών. Το δεύτερο κίνητρο για τον διαχωρισμό του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης έγκειται στη φύση της κατάστασης του ασθενούς. Κλινικά προβλήματα που είναι σύνθετα αναφέρονται συνήθως στον σχετικό ειδικό. Οι περιπτώσεις που απαιτούν θεραπεία που ξεπερνά τη συνήθη φροντίδα μεταφέρονται ως επί το πλείστον άμεσα στο αντίστοιχο πεδίο. Οι ιατροί που φροντίζουν τους νόμιμους ασφαλισμένους ασθενείς είναι οργανωμένοι σε περιφερειακές ενώσεις των νόμιμων ασφαλιστικών ιατρών. Πρέπει να παρέχουν όλες τις προσωπικές υπηρεσίες οξείας υγειονομικής περίθαλψης (Sicherstellungsauftrag). Αυτό περιλαμβάνει την υποχρέωση κάλυψης των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού, τη διασφάλιση παροχής κρατικών υπηρεσιών σε όλες τις ιατρικές ειδικότητες και την εξασφάλιση ενός συνολικού, προοπτικά διαπραγματευμένου προϋπολογισμού από τα ταμεία ασθενείας τα οποία οι ενώσεις κατανέμουν μεταξύ των μελών τους. Είναι υποχρεωμένοι να εξασφαλίζουν την παροχή περιπατητικής φροντίδας κατά τις ώρες εργασίας αλλά και υπηρεσίες εκτός ωρών εργασίας. Σε εθνικό επίπεδο, δεν έχουν εκδοθεί έγγραφα πολιτικής από την κυβέρνηση ή από σημαντικά ενδιαφερόμενα μέρη που αντικατοπτρίζουν ένα σαφές όραμα για την τρέχουσα και μελλοντική πρωτοβάθμια περίθαλψη. Αυτή η έλλειψη κεντρικής εστίασης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη αντικατοπτρίζεται επίσης στην απουσία μονάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας στο Υπουργείο Υγείας και στο πλαίσιο της κρατικής επιθεώρησης για την υγειονομική περίθαλψη και στην έλλειψη ειδικού προϋπολογισμού για πρωτοβάθμια περίθαλψη που μπορεί να διακριθεί από άλλες. (Federal Ministry of Health, 2010). Οι ευθύνες για την πρωτοβάθμια φροντίδα έχουν αποκεντρωθεί σε περιφερειακό επίπεδο. Οι περιφερειακές

ενώσεις των νόμιμων ιατρών ασφάλισης υγείας (Kassenärztliche Vereinigung) είναι υπεύθυνες για την εκπόνηση ενός «χωροταξικού σχεδίου» στο οποίο καθορίζεται ο αριθμός και η περιφερειακή κατανομή των αυτοαπασχολούμενων ιατρών. Το Περιφερειακό Διαρθρωτικό Σχέδιο για την Υγεία, η ανάπτυξη και η εφαρμογή του οποίου είναι υποχρεωτικό από το 1977 (αναθεωρημένο το 1993), περιλαμβάνει τον σχεδιασμό της πρωτοβάθμιας φροντίδας σε κάθε ομοσπονδιακό κράτος (Kassenärztliche Vereinigung Baden Württemberg, 2009). Ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό στη ρύθμιση των ιατρικών υπηρεσιών του γερμανικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης είναι ο σημαντικός ρόλος, παράλληλα με εκείνον του νομοθέτη, που διαδραματίζουν τα αυτοδιοικούμενα όργανα που παρέχουν υπηρεσίες αλλά και των ταμείων ασφάλισης υγείας. Ο νομοθέτης δημιουργεί το νομικό πλαίσιο. τα ιατρικά αυτοδιοικούμενα όργανα που συγκροτούνται από τις εθνικές ενώσεις ιατρών και οδοντιάτρων, τη γερμανική ομοσπονδία νοσοκομείων και τις ομοσπονδιακές ενώσεις ασφαλιστικών ταμείων υγείας, διατυπώνουν και εφαρμόζουν λεπτομερώς τις υπηρεσίες που θα παρασχεθούν και υπό ποιες προϋποθέσεις. Από το 2004, οι εθνικές ομάδες που εκπροσωπούν ασθενείς έχουν το δικαίωμα υποβολής αιτήσεων και συμμετοχής στις διαβουλεύσεις της Ομοσπονδιακής Μικτής Επιτροπής (G-BA). Το κυρίαρχο όργανο λήψης αποφάσεων της αυτοδιοίκησης είναι η G-BA. Η G-BA έχει θεσμοθετηθεί ως νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου. Έχει ευρείες ρυθμιστικές αρμοδιότητες που καθορίζονται στον Πέμπτο Τόμο του Βιβλίου Κοινωνικού Κώδικα που διέπει τη νόμιμη ασφάλιση υγείας (Federal Ministry of Health, 2011). Ένας σημαντικός τομέας ευθύνης της G-BA είναι την αξιολόγηση νέων μεθόδων ιατρικής διάγνωσης και θεραπείας. Στον τομέα της περιπατητικής (εξωτερικής) φροντίδας ειδικότερα, η G-BA αντιπροσωπεύει το «μάτι της βελόνας» μέσω του οποίου μια νέα μέθοδος πρέπει να κερδίσει μια θετική αξιολόγηση από την G-BA από την άποψη της ωφέλειας και της αποτελεσματικότητας πριν να μπορέσει να επιστραφεί από τα τακτικά ασφαλιστικά ταμεία υγείας. Η G-BA εκδίδει τις οδηγίες που είναι απαραίτητες για τη διασφάλιση παροχής ιατρικών υπηρεσιών. Στόχος τους είναι να εξασφαλίσουν ότι οι ιατρικές υπηρεσίες για όσους έχουν νόμιμη ασφάλιση υγείας στη Γερμανία είναι επαρκείς, κατάλληλες και αποτελεσματικές. Η G-BA εκδίδει οδηγίες, για παράδειγμα, σε τομείς όπως ο έλεγχος, η οδοντιατρική θεραπεία, η ψυχοθεραπεία και η αποκατάσταση. Η G-BA έχει κεντρική ευθύνη στον τομέα παροχής ιατρικών υπηρεσιών για όσους έχουν νόμιμη ασφάλιση υγείας. Αυτό δεν αφορά το ζήτημα της χορήγησης αδειών για φαρμακευτικά προϊόντα στη γερμανική αγορά, το οποίο είναι έργο του Federal Institute for Drugs and Medical Devices (BfArM). Η G-BA ρυθμίζει τους αποκλεισμούς των αμοιβών και τους περιορισμούς στην παροχή φαρμάκων μέσω οδηγιών που βασίζονται στην απαίτηση απόδοσης. Επιπλέον, οι κανονιστικές αρμοδιότητες της G-BA περιλαμβάνουν συστάσεις σχετικά με τις απαιτήσεις όσον αφορά το περιεχόμενο των προγραμμάτων διαχείρισης ασθενειών. Στόχος αυτών των προγραμμάτων είναι η βελτίωση της θεραπείας για την οικοδόμηση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε μια μεταβαλλόμενη Ευρώπη - Case studies 92 και η ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης για τους χρόνιους ασθενείς. Τα διαγνωστικά και θεραπευτικά μέτρα βασίζονται σε εθνικές και διεθνώς αναγνωρισμένες (βασισμένες σε στοιχεία) κατευθυντήριες γραμμές και η μεταφορά στην πράξη υποστηρίζεται από κατάλληλα μέτρα διασφάλισης της ποιότητας. Για παράδειγμα, το Γερμανικό Κολλέγιο Γενικών Ιατρών και Οικογενειακών Ιατρών (DEGAM) εκδίδει κλινικές κατευθυντήριες γραμμές βασισμένες σε αποδεικτικά στοιχεία για ειδική χρήση από γενικούς ιατρούς. Στον τομέα αυτό, η G-BA εκδίδει οδηγίες που διέπουν τη διασφάλιση ποιότητας στους περιπατητικούς, νοσηλευτικούς και διατομεακούς τομείς. Όλες οι οδηγίες που εκδόθηκαν από την G-BA υποβάλλονται προς έγκριση στο Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας (BMG)

(DEGAM, 2011 · G-BA, 2011 · Schwartz, 2000). Τα δικαιώματα των ασθενών, όπως τα δικαιώματα με συναινετική συναίνεση, η πρόσβαση σε ιατρικά αρχεία, η εμπιστευτική χρήση ιατρικών αρχείων και η διαθεσιμότητα διαδικασιών για την επεξεργασία των καταγγελιών ασθενών στις εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ρυθμίζονται από το νόμο (NASHIP, 2011).

### **Οικονομικές συνθήκες πρωτοβάθμιας περίθαλψης**

Δεν υπάρχουν διαθέσιμα επίσημα στατιστικά στοιχεία για τις συνολικές δαπάνες πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Είναι γνωστό ότι το 2008, 15,3% των συνολικών δαπανών υγείας δαπανήθηκαν για εξωτερική περίθαλψη και το 4,0% δαπανήθηκε για την πρόληψη και τη δημόσια υγεία (Federal Statistical Office, 2010). Περίπου το 90% του γερμανικού πληθυσμού είναι ασφαλισμένο με νόμιμη ασφάλιση υγείας και περίπου 10% με ιδιωτική ασφάλιση υγείας (ΟΟΣΑ, 2009). Η γερμανική κυβέρνηση εισήγαγε μια συνεισφορά ύψους 10 ευρώ ανά ημερολογιακό τρίμηνο που θα καταβάλλεται από άτομα που καλύπτονται από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας κατά την πρώτη επαφή τους με ιατρείο ή οδοντίατρο. Αυτά τα χρήματα θα πάνε στη νόμιμη ασφάλιση υγείας. Οι επακόλουθες επισκέψεις στον ίδιο ιατρό κατά τη διάρκεια του ίδιου τριμήνου δεν απαιτούν προπληρωμή. Ομοίως, επισκέψεις σε άλλους γιατρούς κατά τη διάρκεια του ίδιου τριμήνου δεν απαιτούν προπληρωμή εάν ο ασθενής παρουσιάσει παραπομπή από τον πρώτο γιατρό. Ωστόσο, οι ασθενείς που επισκέπτονται άλλο γιατρό κατά τη διάρκεια του ίδιου τριμήνου, χωρίς παραπομπή από τον πρώτο γιατρό, πρέπει να καταβάλλουν συμπληρωματική συνδρομή 10 ευρώ. Έτσι, εάν ένας ασθενής παρουσιάζει πάντα παραπομπή από τον πρώτο γιατρό, το συνολικό ποσό θα είναι € 10 ανά τρίμηνο. Εξαιρέσεις από τον παρόντα κανονισμό είναι αποκλειστικά προληπτικές επισκέψεις (έλεγχος της υγείας, έλεγχος του καρκίνου, εμβολιασμός) (Schreyögg & Grabka, 2010). Όσοι διαθέτουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας και μερικά άτομα που υπάγονται σε κυβερνητικά προγράμματα απαλλάσσονται επίσης από τον κανονισμό περί προπληρωμής. Επίσης αποκλείονται τα παιδιά και οι έφηβοι ηλικίας έως 18 ετών που καλύπτονται από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας. Προκειμένου να μειωθεί η οικονομική επιβάρυνση των διαφόρων πληρωμών, τα άτομα που καλύπτονται από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας και έχουν δαπανήσει πάνω από το 2% του ακαθάριστου εγχώριου εισοδήματός τους ετησίως για συνεισφορές οποιουδήποτε είδους (π.χ. για φαρμακευτικά προϊόντα) από το τέλος γιατρού. Αυτό ισχύει και για τα νόμιμα μέλη της ασφάλισης ασθενείας που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις, αφού έχουν δαπανήσει ετησίως πάνω από το 1% του ακαθάριστου εισοδήματός τους σε συνεισφορές οποιουδήποτε είδους (ο λεγόμενος κανόνας 1%) (Schreyögg & Grabka, 2010). Μια έρευνα του Eurobarometer έδειξε ότι το 10% του πληθυσμού αξιολόγησε τη φροντίδα της γενικού γιατρού ως ελάχιστα ή καθόλου οικονομική το 2007 (European Commission, 2007). Σχεδόν όλοι οι γενικοί ιατροί (περίπου το 87%) είναι αυτοαπασχολούμενοι με σύμβαση σε μια ασφαλιστική εταιρεία υγείας, που λαμβάνει ένα συνδυασμό κεφαλαίου και αμοιβής για υπηρεσία πληρωμής. Μόνο περίπου το 13% είναι μισθωτοί που απασχολούνται, λαμβάνουν ένα σταθερό μισθό (NASHIP, 2010). Η δομή αποζημίωσης στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι πολύ ετερογενής. Ενώ οι οδοντίατροι ή οι καρδιολόγοι, για παράδειγμα, κερδίζουν υψηλούς μισθούς, άλλες επαγγελματικές ομάδες κερδίζουν πολύ λιγότερα. Όπως δείχνει το σχήμα A10.1, το εισόδημα ενός μέσου GP (€ 84 300 εκτός των εξόδων πρακτικής άσκησης το 2006) είναι σχετικά χαμηλό σε σύγκριση με τους ειδικούς γιατρούς. Για τους αυτοαπασχολούμενους GP, όχι μόνο ο αριθμός των ασθενών είναι σημαντικός για το εισόδημά τους, αλλά και ο χρόνος των επισκέψεών τους. Δεδομένου ότι οι ιατροί του

ιατρείου λαμβάνουν την αποζημίωση ανά ασθενή και ανά τρίμηνο "all-inclusive", εάν ο ασθενής έρχεται στο ιατρείο για δεύτερη ή άλλη φορά κατά τη διάρκεια του τριμήνου, ο GP δεν λαμβάνει περαιτέρω αποζημίωση (Vetter, 2009).

### **Ανάπτυξη εργατικού δυναμικού πρωτοβάθμιας περίθαλψης**

Ως αποτέλεσμα της ξεχωριστής δημογραφίας στη Γερμανία, ο φόρτος εργασίας αυξάνεται και συγχρόνως ο αριθμός των χρόνιων ασθενών, που απαιτούν αύξηση του αριθμού των γενικών ιατρών. Έτσι υπάρχει μια αυξανόμενη έλλειψη GPs. Οι λόγοι για την έλλειψη αυτή είναι πολυάριθμοι αλλά, συνοπτικά, μπορεί κανείς να επικεντρωθεί στην έλλειψη ζήτησης αυτού του επαγγέλματος για έναν σημαντικό λόγο. Αυτό οδηγεί στο γεγονός ότι πολύ λίγες από την νεότερη ιατρική γενιά θέλουν να γίνουν GPs. Λιγότερο από το 10% όλων των πτυχιούχων ιατρικής επιλέγουν να εγγραφούν ετησίως στην επαγγελματική κατάρτιση στην οικογενειακή ιατρική (2009) (NASHIP, 2010). Αυτή η έλλειψη GPs επιδεινώνεται από τη δημογραφική εικόνα του εργατικού δυναμικού των χειρουργών. Το 2008, το 2% των GP ήταν νεότεροι από 35 ετών, το 54,8% ήταν μεταξύ 35 και 49 ετών, το 31,7% μεταξύ 50 και 59 ετών και το 11% 60 ετών και άνω (NASHIP, 2010). Ως εκ τούτου, οι περισσότεροι από τους τρέχοντες χειρουργούς δεν θα κάνουν πρακτικοί ως γενικοί ιατροί για τα επόμενα 15 χρόνια. Η σημερινή πρακτική της πρόσληψης GP από άλλες χώρες έχει μέχρι στιγμής μέτρια επιτυχία. Οι λόγοι είναι τα γλωσσικά προβλήματα και τα χαμηλά οικονομικά κίνητρα ή οι ελκυστικοί όροι απασχόλησης των μεμονωμένων ιατρών. Ταυτόχρονα, άλλα έθνη με παρόμοια προβλήματα ανταγωνίζονται τη Γερμανία στην ίδια αγορά. Το Σχήμα A10.2 δείχνει τη γενική πτωτική τάση στην προσφορά των GP και την σχετικά σταθερή προσφορά άλλων επαγγελματιών πρωτοβάθμιας φροντίδας σε μια πενταετή περίοδο (Eurostat, 2010). Εάν η νεότερη γενιά δεν προχωρήσει, αυτή η εξέλιξη θα οδηγήσει σε χάσμα παρόχων που δεν μπορεί να καλυφθεί επαρκώς από άλλους τομείς της ιατρικής. Υπάρχει επίσης έλλειψη ειδικών που παρατηρείται σε κάποιο βαθμό στη Γερμανία. Για να εργαστεί ως GP, απαιτείται επαγγελματική κατάρτιση διάρκειας τουλάχιστον πέντε ετών. Αυτό αποτελείται από δύο έτη εκπαίδευσης σε ένα εσωτερικό νοσοκομείο, και 18 μήνες κατάρτισης από αυτοαπασχολούμενο GP ή σε ομαδική πρακτική σε πολυιατρεία. Οι υπόλοιποι 18 μήνες μπορούν να δαπανηθούν στην κατάρτιση με έναν γενικό ιατρό ή σε ένα νοσοκομείο. Για να εργαστεί κάποιος ως παιδίατρος ή γυναικολόγος, απαιτείται επαγγελματική κατάρτιση τουλάχιστον πέντε ετών. Για όλους τους γιατρούς περιπατητικής φροντίδας υπάρχει ένα υποχρεωτικό σύστημα συνεχούς ιατρικής εκπαίδευσης (250 credits ανά πενταετία) (German Medical Association, 2008). Περίπου 32.000 γενικοί ιατροί είναι μέλη της Ομοσπονδίας Γενικών Ιατρών (Hausärzterverband) και 3300 θεράποντες ιατροί ανήκουν στο Γερμανικό Κολέγιο Γενικών Ιατρών και Οικογενειακών Ιατρών - German College of General Practitioners and Family Physicians (DEGAM). Υπάρχουν τρία περιοδικά πρωτοβάθμιας περίθαλψης που δημοσιεύονται στη Γερμανία: Zeitschrift für Allgemeinmedizin (12 εκδόσεις ετησίως, 3085 συνδρομές), Der Hausarzt (20 εκδόσεις ετησίως, 54 500 συνδρομές) και Der Allgemeinarzt (20 εκδόσεις ετησίως, 50.092 συνδρομές).

### **Πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης**

Η άμεση πρόσβαση είναι δυνατή σε όλους τους γιατρούς και τους μη ειδικούς χωρίς παραπομπή. Ωστόσο, η νόμιμη ασφάλιση ασθενείας μπορεί να αρνηθεί να επιστρέψει το κόστος (εν μέρει) άμεσης επίσκεψης χωρίς παραπομπή από γενικό ιατρό (βλ. Κεφάλαιο 2.2). Υπάρχουν μεγάλες περιφερειακές διαφορές στην κατανομή των GP, που κυμαίνονται

από 73,2 GP ανά 100 000 κατοίκους στο ομοσπονδιακό κράτος Baden-Wurttemberg έως 60,8 GP ανά 100 000 κατοίκους στη Σαξονία. Εκτός αυτού, υπάρχει μεγάλη αστική και αγροτική διαφορά στην προσφορά υπέρ των αστικών περιοχών. Για παράδειγμα, στη Χαϊδελβέργη οι GPs ανέρχονται σε 166% του εθνικού μέσου όρου, ενώ ένα παράδειγμα της υπαίθρου, όπως το Δήμο Saalkreis, έχει μόλις το 67% του μέσου όρου (Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes, 2009). Οι μελέτες πρόγνωσης της Worforce έδειξαν ότι υπάρχουν ελλείψεις σε ορισμένες περιοχές της Γερμανίας (Korpetsch, 2010). Ωστόσο, μια έρευνα του Eurobarometer έδειξε ότι το 94% του πληθυσμού βρήκε εύκολο να προσεγγίσει και να αποκτήσει πρόσβαση σε GPs (2007) (European Commission, 2007). Οι γενικοί γιατροί δεν δεσμεύονται νομικά σε έναν ελάχιστο αριθμό ωρών λειτουργίας (Bundesministeriums der Justiz & GmbH, 1957). Χρησιμοποιούν μόνο περιστασιακά ένα σύστημα ραντεβού (βλ. Σχήμα A10.3). Ειδικές υπηρεσίες για άτομα με ειδικά προβλήματα, όπως ο διαβήτης, δεν παρέχονται από Γερμανούς γενικούς ιατρούς (λιγότερο από 10%). Οι γενικοί γιατροί προσφέρουν συχνά τηλεφωνικές διαβουλεύσεις, αλλά σπανίως προσφέρουν διαβουλεύσεις μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Οι γιατροί λειτουργούν κατά μέσο όρο 51 ώρες την εβδομάδα (το 2006) (Koch, Gehrmann & Sawicki, 2007). Το 2002, πραγματοποίησαν κατά μέσο όρο 25 επισκέψεις κατ'οίκον ανά εβδομάδα (Snijder et al., 2007). Εκτός των ωρών λειτουργίας των γενικών ιατρείων, οι ασθενείς μπορούν να λάβουν φροντίδα με την επίσκεψη στην υπηρεσία έκτακτης ανάγκης της ιατρικής επιτροπής ή να επισκεφθούν ένα τμήμα έκτακτης ανάγκης του νοσοκομείου.

#### ***Εξέλιξη των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας***

Οι ιατροί GP δεν διαθέτουν σύστημα λίστας ασθενών. Ωστόσο, εκτιμάται ότι κάθε GP είναι υπεύθυνος για περίπου 2000 κατοίκους. Οι ασθενείς έχουν ελεύθερη επιλογή γιατρού και μπορούν να αλλάξουν το GP τους οποιαδήποτε στιγμή. Παρόλα αυτά, η σχέση ιατρού-ασθενούς φαίνεται να είναι σταθερή, το 95% των νόμιμων ασφαλισμένων ασθενών το 2008 ανέφεραν την επίσκεψή τους στη συνήθη υπηρεσία παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας για τα κοινά προβλήματα υγείας τους (NASHIP, 2008). Η ίδια έρευνα έδειξε ότι σχεδόν όλοι οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι από υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας. Ο επικρατούμενος αριθμός ασθενών ήταν ακόμη ικανοποιημένος από τη διάρκεια μιας διαβούλευσης ενός γενικού ιατρού, η οποία είναι κατά μέσο όρο μόνο 7-8 λεπτά (Deveugele et al., 2002).

Μέχρι στιγμής, σχεδόν όλοι οι γενικοί ιατροί στη Γερμανία χρησιμοποιούν έναν υπολογιστή, αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις μόνο για την τήρηση ιατρικών αρχείων, την οικονομική διαχείριση και τη συνταγογράφηση φαρμάκων. Οι υπολογιστές δεν χρησιμοποιούνται καθόλου ως σύστημα υποστήριξης για επικοινωνία με ασθενείς, για επικοινωνία με άλλους επαγγελματικούς κλάδους ή για έρευνα (Dobren et al., 2008). Οι GP χρησιμοποιούν πάντα επιστολές παραπομπής για να παραπέμπουν έναν ασθενή σε έναν ειδικό γιατρό. Μετά από ένα πλάνο θεραπείας με τους ειδικούς ιατρούς ή με φροντίδας εκτός ωρών εργασίας, οι πάροχοι περίθαλψης συνήθως επικοινωνούν πίσω στον GP σχετικά για τη φροντίδα που παρέχεται.

#### ***Συντονισμός των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης***

Δεν υπάρχει σύστημα ελέγχου νόσων στη Γερμανία. Όλα τα ιατρικά επαγγέλματα μπορούν να είναι προσβάσιμα από ασθενείς με λίγες εξαιρέσεις. Η άμεση πρόσβαση σε μια νοσοκόμα φροντίδας κατ'οίκον, φυσιοθεραπευτή, επαγγελματία θεραπευτή ή λογοθεραπευτή είναι δυνατή μόνο αν το κόστος της επίσκεψης καταβάλλεται από την τσέπη του ασθενή. Στη Γερμανία, ο γενικός ιατρός εξακολουθεί να είναι ο μόνος που ασκεί την πρακτική του (μονοεπίπεδη πρακτική), αν και υπήρξε έντονη τάση για πρακτικές με

διεπιστημονική συνεργασία τα τελευταία πέντε χρόνια. Στο σχήμα A10.5 παρουσιάζεται η κατανομή των μορφών πρακτικής. Ο κύριος λόγος αυτής της τάσης είναι, πρωτίστως, ένα οικονομικό κίνητρο που επιτυγχάνεται με τη μείωση του οικονομικού κινδύνου της ομαδικής εργασίας. Άλλοι λόγοι είναι δευτερεύοντες. Άλλες δομές πρακτικής, όπως οι εγκαταστάσεις ή τα ιατρικά κέντρα στα οποία οι νοσηλευτές συντονίζουν τη φροντίδα, δεν φαίνεται να υπάρχουν στη Γερμανία. Η επικοινωνία με άλλους GP πραγματοποιείται περιστασιακά, αλλά σπάνια με ειδικούς. Η επαφή μεταξύ νοσοκομειακών εγκαταστάσεων και GPs συμβαίνει μόνο σύμφωνα με τη απαίτηση. Η επικοινωνία μεταξύ γενικών ιατρών και νοσοκομείων είναι προβληματική. Οι επιστολές απόρριψης νοσοκομείων σπάνια αποστέλλονται και η λεκτική επικοινωνία μεταξύ των ιατρών και των παθολόγων είναι σπάνια. Σπανίως υπάρχει κάποια συστηματική ενσωμάτωση άλλων επαγγελματικών κλάδων από τους παθολόγους στη φροντίδα των ασθενών τους. (OECD, Germany, 2017).

### **Συνολικότητα των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης**

Κανονικά, οι γενικοί γιατροί έχουν μόνο εξοπλισμό που επιτρέπει τη βασική διάγνωση. Για παράδειγμα, ασθενείς με οφθαλμολογικά προβλήματα ή ασθενείς με γυναικολογικά προβλήματα επισκέπτονται τακτικά τον αντίστοιχο ειδικό. Συνεπώς, ο κατάλογος του διαθέσιμου εξοπλισμού των γενικών ιατρών είναι περιορισμένος. Δεδομένου του συστήματος, οποιοσδήποτε ιατρός ειδικός μπορεί να παρέχει επίσης αυτές τις υπηρεσίες. Εκτιμάται ότι κατά μέσο όρο το 75-80% των συνολικών επαφών με ασθενείς αντιμετωπίζονται αποκλειστικά από ιατρούς χωρίς να παραπέμπουν σε άλλους παρόχους. Για πολλές χρόνιες ασθένειες ο GP διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στην παροχή υπηρεσιών υγείας, με εξαίρεση τη ρευματοειδή αρθρίτιδα. Οι ειδικοί καλούνται μόνο εάν υπάρχει σοβαρή ασθένεια ή επιπλοκές. (OECD, Germany, 2017).

### **Ποιότητα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης**

Η ποιότητα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι πολύ μεταβλητή και εξαρτάται από οικονομικά κίνητρα. Η ποιότητα έχει σαφώς βελτιωθεί με την εισαγωγή προγραμμάτων διαχείρισης της νόσου (DMP) στη φροντίδα ασθενών με χρόνιες ασθένειες, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης. Πράγματι, χρειάζεται περαιτέρω βελτιστοποίηση. Τα ακόλουθα τρία παραδείγματα δείχνουν την ποιότητα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στη Γερμανία. Σύμφωνα με τα στοιχεία του EUPHIX το 2005 (RIVM, 2009), τα οποία συλλέχθηκαν πριν από την εποχή της DMP, το 56% των ατόμων με διαβήτη είχε υψηλές τιμές χοληστερόλης, το 25% είχε υψηλή αρτηριακή πίεση, το 54% είχε υψηλό HbA1C, το 44% και μόνο το 32% περίπου του πληθυσμού με διαβήτη είχε επισκεφθεί τον οφθαλμίατρο για τη οφθαλμοσκόπηση κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών. Η εικόνα είναι διαφορετική όσον αφορά τους εμβολιασμούς σε βρέφη, όπου τα ποσοστά είναι υψηλά. Με εξαίρεση τον εμβολιασμό κατά της ηπατίτιδας B, οι άλλοι κοινοί εμβολιασμοί έχουν ελάχιστη κάλυψη 90%. Οι εμβολιασμοί για παιδιά πραγματοποιούνται κυρίως από παιδίατρος και μόνο σε μικρό βαθμό από τους χειρουργούς. Ένα τρίτο παράδειγμα προέρχεται από τον γυναικολογικό προσυμπτωματικό έλεγχο και από τη μαστογραφία (οργανωμένα από γυναικολόγους). Περίπου το 54% των γυναικών ηλικίας μεταξύ 52 και 69 ετών υποβλήθηκε σε μαστογραφία κατά την τελευταία τριετία, περίπου στο ίδιο ποσοστό με εκείνο των γυναικών μεταξύ 21 και 64 ετών που έκαναν τεστ Παπανικολάου τα τελευταία τρία χρόνια (55,9%) (Kooperationsgemeinschaft Mammographie, 2010 · Linos & Riza, 2000 · Schopper & De Wolf, 2007 · Von Karsa et al., 2007). Τέλος, υπάρχουν σχετικά υψηλά ποσοστά εισαγωγής στο νοσοκομείο για άτομα με αφυδάτωση, νεφρική λοίμωξη και λοίμωξη ΩΡΛ (το 2008). Αυτές είναι όλες οι ευαίσθητες συνθήκες πρωτοβάθμιας φροντίδας και δίνουν

μια ένδειξη της ποιότητας των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας (Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes, 2009).

#### **Επιδόσεις του συστήματος υγείας - αποτελεσματικότητα**

Με 18 επαφές ανά ασθενή ετησίως, οι Γερμανοί είναι επισκέπτες υψηλής συχνότητας στους θεράποντες ιατρούς τους (Grobe, Dörning & Schwartz, 2010). Ο μέσος χρόνος διαβουλεύσεων είναι 7,6 λεπτά. Κατά μέσο όρο, ένας GP βλέπει 242 ασθενείς την εβδομάδα, για τους οποίους χρειάζεται περίπου το 70% των ωρών εργασίας του για να παρέχει άμεση φροντίδα. Οι 25 επισκέψεις κατ'εβδομάδα κατά μέσο όρο περιλαμβάνονται στο σύνολο. Είναι γνωστό ότι, κατά μέσο όρο, το 12% των ασθενών των GP χρειάζονται τουλάχιστον μία κατ'οίκον επίσκεψη ετησίως. Πρόκειται κυρίως για γυναίκες και ηλικιωμένους (Deveugele et al., 2002).

*Η αναξιοποίητη θνησιμότητα στη Γερμανία είναι χαμηλότερη από τον μέσο όρο της ΕΕ αλλά υψηλότερη από ό,τι στις ηγετικές χώρες.*

Το γερμανικό σύστημα υγείας συμβάλλει αποτελεσματικά στην αποφυγή θανάτων από αιτίες υγείας (π.χ. θανάτους από καρκίνο του μαστού και ισχαιμική καρδιοπάθεια)\*. ότι η υποτιθέμενη θνησιμότητα είναι ελαφρώς χαμηλότερη από το μέσο όρο της ΕΕ τόσο για άνδρες όσο και για γυναίκες. Παρ'όλα αυτά, περίπου 87.000 θάνατοι ή το 10% όλων των θανάτων στη Γερμανία το 2014 (από 12% το 2009) εξακολουθούσαν να θεωρούνται ότι μπορούν να αποφευχθούν μέσω υψηλότερης ποιότητας και έγκαιρης φροντίδας. Σε σύγκριση, στη Γαλλία, όπου λιγότερο από το 8% των θανάτων θεωρείται ότι υπόκεινται στην υγειονομική περίθαλψη, η επιδεκτική θνησιμότητα είναι πάνω από 30% χαμηλότερη από τη Γερμανία. (OECD, Germany, 2017).

\* Επιτρέψιμη θνησιμότητα ορίζεται ως πρόωρος θάνατος που θα μπορούσε να αποφευχθεί μέσω έγκαιρης και αποτελεσματικής υγειονομικής περίθαλψης.

#### **Αποτελεσματικότητα της φροντίδας του καρκίνου**

Σύμφωνα με τα στοιχεία του προγράμματος CONCORD, η Γερμανία είναι μεταξύ των δέκα πρώτων χωρών με τα υψηλότερα ποσοστά επιβίωσης του καρκίνου του μαστού, του τραχήλου της μήτρας και του παχέος εντέρου. Τα ποσοστά αυτά παρέμειναν σχετικά σταθερά με την πάροδο του χρόνου ή έχουν ελαφρώς βελτιωθεί από το 2000. Τα ποσοστά διαλογής είναι υψηλά. Με βάση δεδομένα που έχουν αναφερθεί από τον ίδιο σύμφωνα με την έρευνα EHIS το 2014, το 80,4% των γυναικών ηλικίας 20-69 ανέφεραν ότι έχουν υποβληθεί σε εξετάσεις για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων ετών, ενώ για το καρκίνο του μαστού το 73,5% των γυναικών ηλικίας 50-69 ανέφερε ότι εξετάστηκε τα τελευταία δύο χρόνια. (OECD, Germany, 2017).

#### **Θνησιμότητα**

Η πρόωρη θνησιμότητα, όπως η θνησιμότητα που σχετίζεται με το αλκοόλ, τον καπνό ή τα τροχαία ατυχήματα, έχει μειωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια στη Γερμανία - σύμφωνα με την τάση στις περισσότερες χώρες της ΕΕ. Η θνησιμότητα από τροχαία ατυχήματα ανέρχεται σε 4,6 ανά 100 000 κατοίκους και κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ (5,8), αλλά σημαντικά υψηλότερα από τα ποσοστά στο Ηνωμένο Βασίλειο (2,8). Η θνησιμότητα από την οδική κυκλοφορία είναι κατά ένα μεγάλο μέρος ένα πρόβλημα που κυριαρχείται από άντρες, με τρεις φορές περισσότερους άνδρες να πεθαίνουν στις γερμανικές οδούς (7.3) ως γυναίκες (2.1). Η θνησιμότητα που σχετίζεται με το οινόπνευμα είναι υψηλότερη από τον μέσο όρο της ΕΕ (19,4 στη Γερμανία έναντι 15,7 κατά μέσο όρο). Άλλες χώρες της ΕΕ, όπως η Ιταλία, έχουν σημαντικά χαμηλότερη θνησιμότητα που συνδέεται με το αλκοόλ. (OECD, Germany, 2017).

#### **Μέτρα πρόληψης και η προαγωγής υγείας**



Έχει υπάρξει σημαντική δραστηριότητα σε πολιτικό επίπεδο για τη βελτίωση της πρόληψης και της προαγωγής της υγείας στη Γερμανία. Ο πρόσφατος νόμος για την ενίσχυση της πρόωξης και πρόληψης της υγείας ρυθμίζει την πολιτική εμβολιασμού και επεκτείνει τους ελέγχους υγείας. Ασφαλιστικά ταμεία και τα ταμεία μακροχρόνιας περίθαλψης επενδύουν σημαντικούς πόρους για την προαγωγή της υγείας στις εγκαταστάσεις μέριμνας, στα σχολεία, στο εργασιακό περιβάλλον και στις εγκαταστάσεις μακροχρόνιας περίθαλψης. Το εθνικό σχέδιο δράσης «ΕΝΤΥΠΟ - γερμανική εθνική πρωτοβουλία για την προαγωγή της υγιεινής διατροφής και της σωματικής άσκησης» αποσκοπεί στην επίτευξη διαρκούς βελτίωσης των διατροφικών συνηθειών και των συνήθων άσκησης στη Γερμανία έως το 2020 για όλο τον πληθυσμό με επίκεντρο τα παιδιά και τους εφήβους. Επιπλέον, το Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας καθόρισε μια προτεραιότητα χρηματοδότησης για την προώθηση της έρευνας στον τομέα της παιδικής παχυσαρκίας. (OECD, Germany, 2017).

*Οι ανεπάρκειες στην πρωτοβάθμια περίθαλψη εξακολουθούν να υφίστανται παρά την υψηλή πρόσληψη προγραμμάτων διαχείρισης ασθενειών*

Τα προγράμματα διαχείρισης ασθενειών εισήχθησαν σταδιακά από το 2002 για την αντιμετώπιση των εισοδημάτων που μπορούν να αποφευχθούν την εισαγωγή στο νοσοκομείο. Μέχρι το τέλος του 2015, ο αριθμός των συμμετεχόντων σε προγράμματα διαχείρισης ασθενειών είχε αυξηθεί σε 6,6 εκατομμύρια ασφαλισμένους, αλλά τα ποσοστά εισαγωγής των ασθενών στα νοσοκομεία που αποφεύγονται ήταν σταθερά με την πάροδο του χρόνου. Πιθανές εξηγήσεις για αυτό περιλαμβάνουν την ανεπαρκή αναγνώριση και την έλλειψη εγγραφής από τους πληθυσμούς που κινδυνεύουν περισσότερο (Rathman et al., 2013), και την πλεονάζουσα κλινική στα νοσοκομεία (Burgdorf και Sundmacher, 2014). Επιπλέον, η πρόσφατη εισαγωγή ενός σχεδίου φαρμάκων για ασθενείς που λαμβάνουν τρία ή περισσότερα φάρμακα στοχεύει σε βελτιωμένο συντονισμό και συνταγογράφηση. Ωστόσο, το σχέδιο αυτό εξακολουθεί να βασίζεται σε χαρτιά και να κρατείται μόνο από ασθενείς, μολονότι θα σωθεί στις ηλεκτρονικές κάρτες υγείας των ασθενών από το 2018 και μετά. (OECD, Germany, 2017).

### **Δείκτες ποιότητας**

Τα ποσοστά θνησιμότητας των ασθενών είναι σχετικά χαμηλά για εγκεφαλικό επεισόδιο, αλλά είναι υψηλά για ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Σε πολλές μικρές νοσοκομειακές μονάδες που συχνά δεν διαθέτουν τον απαιτούμενο ανθρώπινο δυναμικό (24ωρη διαθεσιμότητα μιας σειράς ειδικών) και τεχνικό εξοπλισμό (σαρωτές υπολογιστικής τομογραφίας, μονάδες εντατικής θεραπείας) για την παροχή υψηλής ποιότητας περίθαλψης, εξακολουθούν να παρέχονται συχνά υπηρεσίες νοσηλείας σε νοσοκομεία. και η ποιότητα της φροντίδας έχει ληφθεί σχετικά λίγη προσοχή κατά τη διάρκεια του νοσοκομειακού προγραμματισμού. (OECD, Germany, 2017).

### **Μεταρρυθμίσεις**

Πολλές μεταρρυθμίσεις έχουν στοχεύσει στην ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης και στη διαφάνεια της ποιότητας της περίθαλψης

Ένα νέο Ινστιτούτο Διασφάλισης της Ποιότητας και Διαφάνειας στην Υγεία (IQTiG) ιδρύθηκε τον Ιανουάριο του 2015 για να καταστήσει την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης πιο διαφανή για τους ασθενείς. Η διασφάλιση της ποιότητας στη Γερμανία έχει παραδοσιακά χωριστεί μεταξύ του πρωτοβάθμιου τομέα υγείας και του νοσοκομειακού τομέα. Οι δημόσιες αναφορές για την ποιότητα των νοσοκομείων υπήρξαν εδώ και πολλά χρόνια, αλλά οι πληροφορίες σχετικά με την ποιότητα της περιπατητικής περίθαλψης παραμένουν σε μεγάλο βαθμό μη διαθέσιμες. Το IQTiG είναι επιφορτισμένο με την εναρμόνιση των υφιστάμενων ξεχωριστών προγραμμάτων διασφάλισης ποιότητας στην περιπατητική και νοσοκομειακή περίθαλψη. Επιπλέον, το IQTiG θα αναπτύξει δείκτες

ποιότητας που θα υποστηρίξουν τον ποιοτικό σχεδιασμό των δυνατοτήτων των νοσοκομείων και άλλους δείκτες για μια προγραμματισμένη εισαγωγή της αμοιβής για απόδοση στα νοσοκομεία. (OECD, Germany, 2017).

### **ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Η κάλυψη του πληθυσμού είναι σχεδόν καθολική, αλλά ορισμένες ομάδες εξακολουθούν να πέφτουν μεταξύ των ρωγμών του συστήματος. Το γερμανικό σύστημα υγείας εξασφαλίζει σχεδόν πλήρη κάλυψη (99,9% του πληθυσμού) μέσω μιας σειράς μηχανισμών αλλά εκτιμάται ότι περίπου το 0,1% του πληθυσμού (79 000 άτομα) δεν ήταν ασφαλισμένοι το 2015 είτε λόγω διοικητικών εμποδίων είτε επειδή αντιμετωπίζουν προβλήματα με την καταβολή ασφαλιστρών PHI ή συνεισφορών SHI (π.χ. αυτοαπασχολούμενων χαμηλού εισοδήματος). Υπάρχει ιδιαίτερο πρόβλημα για τους μετανάστες οι οποίοι (θεωρητικά) έχουν δικαίωμα στην υγειονομική περίθαλψη αλλά δεν έχουν πρόσβαση στην περίθαλψη λόγω γλωσσικών εμποδίων ή επειδή φοβούνται νομικές συνέπειες. Σημαντικό εμπόδιο για τους ανασφάλιστους που είναι πρόθυμοι να ασφαλιστούν είναι ότι πρέπει να καταβάλλουν εκ των υστέρων ασφαλιστικές εισφορές ή ασφάλιστρα (συν επιτόκια) επίσης για την περίοδο κατά την οποία ήταν (ακόμα) ανασφάλιστοι. Σε μια προσπάθεια αντιμετώπισης αυτού του προβλήματος, ο νόμος του 2013 για την άρση των κοινωνικών αναγκών σε περίπτωση ασφάλισης υγείας ακύρωσε τα χρέη αυτά για όσους ασφαλίστηκαν μεταξύ Αυγούστου και Δεκεμβρίου 2013 - περίπου 33 000 άτομα - και μειωθήκαν τα επιτόκια σε καθυστερημένες πληρωμές. (OECD, Germany, 2017).

*Οι αναφερόμενες ανεκπλήρωτες ανάγκες είναι πολύ χαμηλές στη Γερμανία.*

Μόνο το 0,5% του πληθυσμού έχει χάσει τη φροντίδα που χρειάζεται (Σχήμα 10) - ποσοστό που είναι από τα χαμηλότερα στην Ευρώπη. Όπως και στις περισσότερες χώρες της ΕΕ, η ανεκτέλεστη ανάγκη είναι υψηλότερη για τις ομάδες χαμηλότερου εισοδήματος από ό, τι για τις ομάδες υψηλότερου εισοδήματος. Στη Γερμανία, το 1% του χαμηλότερου εισοδήματος πεμπτημόριου ανέφερε μια μη ικανοποιημένη ιατρική ανάγκη το 2015, ενώ ο αριθμός αυτός ήταν 0,1% στο υψηλότερο εισόδημα πεμπτημόριο. Ωστόσο, η διαφορά μεταξύ των ομάδων εισοδήματος είναι μικρότερη στη Γερμανία από ό, τι στις περισσότερες άλλες χώρες. Είναι ενδιαφέρον ότι μια πρόσφατη εθνική μελέτη δείχνει ότι η αναφερόμενη μη ικανοποιημένη ανάγκη στη Γερμανία σχετίζεται με τις αντιληπτές διακρίσεις (π.χ. λόγω μακρύτερων χρόνων αναμονής ή χωρίς PHI) και όχι με οικονομικά εμπόδια (Röttger et al., 2016).

*Οι μετανάστες έχουν πρόσβαση μόνο σε ένα περιορισμένο σύνολο παροχών*

Υπάρχουν ορισμένες ομάδες πληθυσμού στη Γερμανία που έχουν πρόσβαση μόνο σε ένα περιορισμένο σύνολο παροχών. Αυτό περιλαμβάνει ιδίως τους αιτούντες άσυλο, τους πρόσφυγες και τους παράνομους μετανάστες κατά τους πρώτους 15 μήνες της παραμονής τους στη Γερμανία. Κατά τη διάρκεια αυτής της χρονικής περιόδου, έχουν νόμιμο δικαίωμα να φροντίζουν μόνο σε περιπτώσεις οξείας ή οδυνηρής κατάστασης και κάθε φροντίδα που σχετίζεται με την εγκυμοσύνη, τους υγιείς ελέγχους των παιδιών και τους εμβολιασμούς. Ωστόσο, στην πράξη, υπάρχει σημαντική περιφερειακή διαφοροποίηση όσον αφορά την πρόσβαση των μεταναστών στην υγειονομική περίθαλψη, καθώς κάθε κράτος μπορεί να καταρτίσει τους δικούς του κανονισμούς - και μερικοί παρέχουν πρόσβαση στη δέσμη των κανονικών παροχών. (OECD, Germany, 2017).

### **Δαπάνες**

Οι σημαντικότερες κατηγορίες δαπανών εκτός της τσέπης στη Γερμανία σχετίζονται με τα ιατρικά προϊόντα (37% των δαπανών εκτός τσέπης το 2015), κυρίως για μη συνταγογραφούμενα φάρμακα και «άλλα ιατρικά μη διαρκή είδη», π.χ. τα γυαλιά και ακουστικά βαρηκοΐας, η μακροχρόνια περίθαλψη (33% των δαπανών εκτός τσέπης) και η οδοντιατρική περίθαλψη (15% των δαπανών εκτός λειτουργίας). Οι δαπάνες για λεγόμενες

μεμονωμένες υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από γιατρούς σε πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από το SHI, επειδή το θεραπευτικό τους όφελος δεν έχει (ακόμη) αποδειχθεί. Από τα τέλη της δεκαετίας του 1990, οι υπηρεσίες αυτές έχουν επεκταθεί σημαντικά. (OECD, Germany, 2017).

### **Μεταρρυθμίσεις**

Πολλές μεταρρυθμίσεις έχουν ως στόχο τη βελτίωση της διαθεσιμότητας στις αγροτικές περιοχές. Τα εθνικά στοιχεία δείχνουν ότι ορισμένες αγροτικές περιοχές, ιδίως στα ανατολικά κρατίδια, έχουν σοβαρή έλλειψη ιατρών και αρκετές πρόσφατες μεταρρυθμίσεις αντιμετώπισαν πιθανά προβλήματα πρόσβασης. Για παράδειγμα, ο νόμος για την ενίσχυση της υγειονομικής περίθαλψης του 2015 επιτρέπει στους δήμους να δημιουργούν κέντρα υγείας και επιτρέπει στα νοσοκομεία σε υποβοηθούμενες περιοχές να παρέχουν περίθαλψη εξωτερικών ασθενών. Επιπλέον, οι γιατροί που εργάζονται σε αυτές τις περιοχές λαμβάνουν οικονομικά κίνητρα στο σύστημα SHI και να μειωθούν τα ποσοστά συνεισφοράς από 15,5% σε 14,9% των μισθών από τα μέσα του 2009 έως το τέλος του 2010. (OECD, Germany, 2017).

### **Η μελλοντική βιωσιμότητα της μακροχρόνιας περίθαλψης**

Τρεις πρόσφατες πράξεις ενίσχυσης της μακροχρόνιας περίθαλψης έχουν επεκτείνει σημαντικά τη δέσμη παροχών. Αυτό συνοδεύτηκε από αύξηση των επιτοκίων των ασφαλιστικών εισφορών κατά 0,5 της εκατοστιαίας μονάδας. Μέρος αυτής της αύξησης (0,1 ποσοστιαία μονάδα) χρησιμοποιείται για τη δημιουργία ενός ταμείου προληπτικής μέριμνας για τη μακροπρόθεσμη φροντίδα για τη σταθεροποίηση των μελλοντικών εισφορών μετά το 2035. Ωστόσο, η μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα της ασφάλισης μακροχρόνιας περίθαλψης εξαρτάται έντονα από τις μελλοντικές δημογραφικές εξελίξεις και τη μετανάστευση δύσκολο να προβλεφθεί. Η μέση ηλικία του γερμανικού πληθυσμού είναι η υψηλότερη στην ΕΕ και τα ποσοστά γονιμότητας παραμένουν χαμηλά, αλλά έχουν βελτιωθεί από το 2010. Η έκθεση της ΕΚ 2015 για τη γήρανση - πριν από τη μεταρρύθμιση της μακροχρόνιας περίθαλψης - δείχνει ότι οι δημόσιες δαπάνες για μακροχρόνια περίθαλψη το μερίδιο του ΑΕΠ είναι χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ στη Γερμανία, αλλά προβλέπεται ότι ορισμένα σενάρια θα υπερβούν το μέσο όρο της ΕΕ έως το 2040 (Ευρωπαϊκή Επιτροπή και Επιτροπή Οικονομικής Πολιτικής, 2015).

Οι επιμέρους υπηρεσίες παρέχονται αποτελεσματικά

Η αποδοτικότητα της παροχής υπηρεσιών (τεχνική απόδοση) είναι συγκριτικά καλή. Οι δαπάνες για νοσηλεία σε νοσοκομεία (ως ποσοστό του ΑΕΠ) είναι μόνο ελαφρώς υψηλότερες από τον μέσο όρο της ΕΕ, γεγονός που δείχνει ότι το κόστος ανά νοσηλευτική περίθαλψη είναι συγκριτικά χαμηλό. Στην πραγματικότητα, οι νοσηλεύόμενοι νοσηλεύονται με συγκριτικά χαμηλό αριθμό ατόμων, ενώ το κόστος ανά νοσηλευτική κατάσταση παρέμεινε σταθερό από το 2005 (Busse et al., 2017). Στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, κάθε επαφή γιατρού-ασθενούς SHI κοστίζει κατά μέσο όρο λιγότερο από 30 ευρώ, ένα χαμηλό ποσοστό εάν ληφθεί υπόψη ότι περίπου οι μισές από αυτές τις επαφές είναι με ειδικούς. Η Γερμανία επίσης κατάφερε να μετατοπίσει τη φαρμακευτική κατανάλωση στα γενόσημα φάρμακα (σχεδόν το 80% των συνταγογραφούμενων φαρμάκων), παρόλο που οι φαρμακευτικές τιμές παραμένουν συγκριτικά υψηλές. (OECD, Germany, 2017).

### **Αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας**

Σε ένα πιο συνολικό επίπεδο, το σύστημα υγείας φαίνεται να έχει περιθώρια βελτίωσης της αποτελεσματικότητας. Πολλές χώρες δαπανούν λιγότερα κατά κεφαλήν αλλά επιτυγχάνουν χαμηλότερα ποσοστά επιδεκτικής θνησιμότητας, αν και με την προϋπόθεση

ότι οι συμπεριφορές στην υγεία καθώς και οι παράγοντες του συστήματος υγείας επηρεάζουν το επίπεδο της επιδεκτικής θνησιμότητας. Το υψηλό επίπεδο δραστηριότητας στην ενδονοσοκομειακή περίθαλψη εγείρει αμφιβολίες για την αποτελεσματική χρήση των πόρων. Η Γερμανία ήταν λιγότερο επιτυχημένη από άλλες χώρες κατά την παροχή υπηρεσιών, π.χ. για τις αμυγδαλεκτομές, σε μια εξωτερική ή ημερήσια φροντίδα. Επιπλέον, η περιφερειακή διαφοροποίηση στην παροχή υπηρεσιών ενδονοσοκομειακής περίθαλψης υποδηλώνει υπερπροσφορά σε ορισμένους τομείς. Παραδείγματος χάριν, ο ρυθμός των αμυγδαλωματώσεων, των σκληροειδεκτομών και των προστατεκτομών ποικίλει περίπου οκτώ φορές μεταξύ των περιφερειών με τα υψηλότερα ποσοστά και εκείνων με το χαμηλότερο (Grote-Westrick et al., 2015). Υπάρχουν επίσης μεγάλες περιφερειακές αποκλίσεις στις δαπάνες περιπατητικής φροντίδας ανά κάτοικο. Από κοινού, αυτό υποδηλώνει ότι η ορθολογική χρήση των πόρων θα μπορούσε να βελτιωθεί. (OECD, Germany, 2017).

## 2.4 Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στο Ολλανδικό σύστημα υγείας

### Δημογραφικοί παράγοντες 2018

	Ολλανδία	ΕΕ
Μέγεθος Πληθυσμού	17,2 εκ.	509.277
Ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65 ετών (%)	17,8	18,9
Ποσοστό γονιμότητας <sup>1</sup>	1,7	1,6

1. Αριθμός γυναικών που γεννήθηκαν, ανά γυναίκα 15-49 ετών

### Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

	Ολλανδία	ΕΕ
Κατά κεφαλήν ΑΕΠ (EUR PPP <sup>2</sup> )	37.000	28.900
Σχετικό ποσοστό φτώχειας <sup>3</sup> (%)	5,8	10,8
Ποσοστό ανεργίας (%)	6,9	9,4

2. Η ισοτιμία αγοραστικής δύναμης (PPP) ορίζεται ως το ποσοστό μετατροπής νομισμάτων που ισοδυναμεί με την αγοραστική δύναμη των διαφόρων νομισμάτων εξαλείφοντας της διαφορές στα επίπεδα τιμών μεταξύ των χωρών.

3. Ποσοστό ατόμων που ζουν με λιγότερο από το 50% του μέσου ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος.

## Πρωτοβάθμια περίθαλψη

### Χώρα και πληθυσμός

Οι Ολλανδία είναι μικρή χώρα, αλλά οι 16,5 εκατομμύρια κάτοικοι κάνουν τη χώρα αυτή εξαιρετικά πυκνοκατοικημένη. Έχει έκταση 41 526 / km<sup>2</sup>, το 25% της οποίας βρίσκεται κάτω από τη στάθμη της θάλασσας, μαζί με το 21% του πληθυσμού της, με το 50% της γης να βρίσκεται λιγότερο από 1 m πάνω από την επιφάνεια της θάλασσας. Σχεδόν το 20% του πληθυσμού έχει ξένες ρίζες. Το ποσοστό των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών (ηλικία συνταξιοδότησης) είναι σήμερα κάτω από το μέσο όρο στην Ευρώπη, αλλά αναμένεται να αυξηθεί έντονα. Από το 2005 έως το 2030, τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω θα αυξηθούν από 14,2% σε 24,1% και τα 80 και άνω από 3,6% σε 6,8% του πληθυσμού (Eurostat, 2009).

### Ανάπτυξη και οικονομία

Οι Ολλανδία είναι κοινοβουλευτική δημοκρατική συνταγματική μοναρχία. Πρόκειται για μια πλούσια χώρα με κατά κεφαλήν ΑΕΠ σημαντικά υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ 15 (Eurostat, 2009). Η Ολλανδία κατέγραψε την 7η θέση στον Δείκτη Ανθρώπινης Ανάπτυξης με 0,890 (UNDP, 2010). Οι ηλικιωμένοι Ολλανδοί αντιμετωπίζουν μικρότερο κίνδυνο φτώχειας από ό, τι σε άλλες χώρες της Ευρώπης. Η συμμετοχή της αγοράς

εργασίας στις γυναίκες είναι υψηλή σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, με 69,6% μεταξύ 15 και 64 ετών (Eurostat, 2009), αλλά οι περισσότερες γυναίκες απασχολούνται με μερική απασχόληση.

### **Υγεία του πληθυσμού**

Το προσδόκιμο ζωής με καλή υγεία στην ηλικία των 65 ετών ήταν 10,9 έτη για τους άνδρες και 11,2 γυναίκες (2006), το οποίο είναι σημαντικά υψηλότερο από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (Eurostat, 2009). Η παιδική θνησιμότητα ήταν 3.8 θανάτους ανά 1000 γεννήσεις το 2008, η οποία είναι λίγο χαμηλότερη από τον μέσο όρο της ΕΕ των 4,4 (WHO Regional Office for Europe, 2009). Ο επιπολασμός των ασθενειών και χρόνιων ασθενειών είναι κατά μέσο όρο, με 36,6% για τις γυναίκες και 27,9% για τους άνδρες (Eurostat, 2009). Οι πέντε πρώτες αιτίες θανάτου είναι οι ισχαιμικές καρδιακές παθήσεις, εγκεφαλοπάθειες, νόσοι τραχείας, βρόγχου, καρκίνου του πνεύμονα, λοιμώξεις κατώτερου αναπνευστικού συστήματος και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (WHO, 2006).

### **Χαρακτηριστικά του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης**

Οι υπηρεσίες υγείας χρηματοδοτούνται από ένα συνδυασμό υποχρεωτικής κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης, με πρόσθετες συγχρηματοδοτήσεις για μακροχρόνια περίθαλψη. Το ποσοστό του ΑΕΠ που δαπανάται για τις δαπάνες για την υγεία (9,9%) είναι σχεδόν το μέσο όρο της ΕΕ15 (WHO Regional Office for Europe, 2009). Ο αριθμός των κλινών επείγουσας ανάγκης είναι χαμηλότερος από τον μέσο όρο της ΕΕ 15, αλλά η διάρκεια της επείγουσας νοσηλείας είναι σχετικά μεγάλη (WHO Regional Office for Europe, 2009). Αντίθετα, η προσφορά κρεβατιών σε νοσηλευτικά σπίτια και σε γηροκομεία είναι πολύ πάνω από τον μέσο όρο (WHO Regional Office for Europe, 2009). Τα άτομα με χρόνιες παθήσεις και άτομα με ειδικές ανάγκες είναι επιλέξιμα για πληρωμές σε μετρητά και φορολογικές ελαφρύνσεις εάν πληρούν ορισμένες προϋποθέσεις. Η διαθεσιμότητα ενεργών GP είναι σχετικά χαμηλή στην Ολλανδία (WHO Regional Office for Europe, 2009). Οι άνθρωποι έχουν κατά μέσο όρο 5.9 επαφές με εξωτερικούς ασθενείς ετησίως, κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ. Επί του παρόντος, η μεταφορά καθηκόντων από ιατρούς σε επαγγελματίες νοσηλευτές αποτελεί σημαντικό θέμα. Το μερίδιο του ΑΕΠ που διατίθεται για παροχές κοινωνικής προστασίας σε είδος (συμπεριλαμβανομένης της φροντίδας κατ'οίκον) είναι σχετικά υψηλό: 8,7% στην ΕΕ των 27 και 10,4% στην Ολλανδία (Eurostat, 2009). Το ίδιο ισχύει και για τις δαπάνες για κοινωνικές υπηρεσίες μακροχρόνιας περίθαλψης (που απευθύνονται σε άτομα με λειτουργικούς περιορισμούς), αν και αυτά τα στοιχεία είναι διαθέσιμα μόνο για 12 χώρες. Πολλές κοινωνικές υπηρεσίες με επίκεντρο την προώθηση της συμμετοχής των ατόμων με ειδικές ανάγκες στην κοινωνία χρηματοδοτούνται από δημοτικά ταμεία. (OECD, The Netherlands, 2017).

### **Δομή του συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης**

Η πρωτοβάθμια φροντίδα είναι η ραχοκοκαλιά του ολλανδικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Η πολιτική για την υγεία επικεντρώνεται σήμερα στη βελτίωση της οργάνωσης, της ένταξης και της διαφάνειας της ΠΦΥ. Εφαρμόζονται μέτρα πολιτικής για τη βελτίωση της οργάνωσης της οξείας περίθαλψης (για παράδειγμα με την τόνωση των κέντρων διάγνωσης και θεραπείας), την ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ των διαφόρων κλάδων που ασχολούνται με την πρωτοβάθμια φροντίδα και την ενίσχυση του συντονιστικού ρόλου των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Επίσης, στοχεύει στην αύξηση της καινοτομίας και της επιχειρηματικότητας στην ολλανδική υγειονομική περίθαλψη και στην αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για να καταστεί η υγειονομική περίθαλψη πιο διαφανής για τους ασθενείς (ActiZ Visienota Eerstelijjn, 2008, Klink, 2008). Η βέλτιστη

παροχή προληπτικής φροντίδας και προαγωγής της υγείας δίνεται επίσης ιδιαίτερη προσοχή στις συζητήσεις πολιτικής (Bakker et al., 2005, Samenwerkende Gezondheidsfondsen, 2010). Υπάρχουν πολλοί ενδιαφερόμενοι που συμβάλλουν στην ανάπτυξη πολιτικής για την πρωτοβάθμια φροντίδα. Κάποια σημαντικά είναι: ο Βασιλικός Ολλανδικός Ιατρικός Σύνδεσμος, Ολλανδικό Κολλέγιο Γενικών Ιατρών, Ολλανδικό Κολλέγιο για Ασφαλιστές Υγείας, Ομοσπονδία Οργανισμών Ασθενών και Καταναλωτών στην Ολλανδία, δημοτικά τμήματα δημόσιας υγείας, περιφερειακές δομές στήριξης, Εθνική Ένωση Οργανωμένης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (Schäfer et al., 2010). Το Υπουργείο Υγείας, Ενημερίας και Αθλητισμού καθορίζει ετησίως τον συνολικό προϋπολογισμό για την υγειονομική περίθαλψη. Στο πλαίσιο του συνολικού προϋπολογισμού του Υπουργείου, οι ιατροί GP, οι φαρμακοποιοί, οι φυσικοθεραπευτές και άλλοι επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης που εργάζονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη έχουν διατεθεί ένα συγκεκριμένο ποσό και λαμβάνουν το δικό τους προϋπολογισμό. Στους ιατρούς GP επιστρέφονται μέσω ασφαλιστικών φορέων υγείας. Το ύψος των τελών και το τέλος καταχώρησης καθορίζονται από την κυβέρνηση με ένα (μικρό) εύρος που επιτρέπει διαπραγματεύσεις (Ministerie van Volksgezondheid, 2010). Εκτός από την κατανομή των οικονομικών πόρων, η εθνική κυβέρνηση είναι υπεύθυνη για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με το περιεχόμενο της βασικής δέσμης μέτρων ασφάλισης υγείας, τον καθορισμό τιμολογίων για τις υπηρεσίες που δεν έχουν ακόμη υποβληθεί σε ελεύθερες διαπραγματεύσεις, ορίζοντας το κοινό στόχους για την υγεία, αποφασίζοντας για την ικανότητα σε ιδρύματα μακροχρόνιας περίθαλψης, διασφαλίζοντας την οικονομική προσιτότητα, την αποτελεσματικότητα, την προσβασιμότητα και την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Σε τοπικό επίπεδο, τα δημοτικά τμήματα δημόσιας υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη δημόσια υγεία. Συμμετέχουν στην πρόληψη (για παράδειγμα, συλλέγοντας τακτικές στατιστικές για την υγεία του πληθυσμού και οργανώνοντας προγράμματα πρόληψης), συμβουλευόντας τους δήμους σε θέματα πολιτικής δημόσιας υγείας και παρέχοντας αξιολόγηση των αναγκών για οξεία ψυχιατρική νοσηλεία. Από το 2007, οι δήμοι έχουν επίσης καταστεί υπεύθυνοι για την εφαρμογή του νόμου περί κοινωνικής στήριξης, αυτό περιλαμβάνει την παροχή μιας σειράς υπηρεσιών φροντίδας κατ'οίκον (Schäfer et al., 2010). Μετά την ολοκλήρωση των έξι ετών ιατρικής εκπαίδευσης, όσοι περάσουν τις εξετάσεις είναι εξειδικευμένοι στην άσκηση της ιατρικής, συμπεριλαμβανομένης της συνταγογράφησης φαρμάκων και της παροχής ιατρικών πιστοποιητικών. Ωστόσο, δεν επιτρέπεται να εργάζονται ως γενικοί ιατροί ή οποιαδήποτε άλλη ειδικότητα. Η μεταπτυχιακή εκπαίδευση στη γενική πρακτική διαρκεί τρία χρόνια και αποτελείται από ένα θεωρητικό και πρακτικό μέρος. Κάθε χρόνο, περίπου το 20% των αποφοίτων ιατρικής αποφασίζουν να κάνουν μεταπτυχιακό. Οι γιατροί γενικής ιατρικής, όπως όλοι οι γιατροί, θα πρέπει να καταχωρούνται όπως καθορίζεται στο νόμο για τα επαγγέλματα υγείας πριν αρχίσουν να ασκούν το επάγγελμα. Τα κριτήρια επαναταξινόμησης για τους γενικούς ιατρούς έχουν επεκταθεί ώστε να περιλαμβάνουν 40 ώρες εκπαίδευσης ανά έτος και, επιπλέον, τουλάχιστον 10 ώρες συμμετοχής στις δραστηριότητες αξιολόγησης. Η συμμετοχή σε πρόγραμμα επισκέψεων θα προστεθεί ως απαίτηση για νέα εγγραφή το 2011. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης υποχρεούνται από το νόμο να παρέχουν «υπεύθυνη» φροντίδα βάσει ενός συστήματος ποιότητας σύμφωνα με το νόμο περί ποιότητας των ιδρυμάτων περίθαλψης (Care Institutions Quality Act). Στον παρόντα Νόμο, η υπεύθυνη φροντίδα ορίζεται ως "φροντίδα καλής ποιότητας, η οποία είναι αποτελεσματική και προσανατολισμένη στον ασθενή και ανταποκρίνεται στην πραγματική ανάγκη του ασθενούς". Εκτός από τον παρόντα νόμο, οι γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης πρέπει να συμμορφώνονται με πολυάριθμες κατευθυντήριες

γραμμές που έχουν αναπτυχθεί από επαγγελματικές οργανώσεις όπως το Ολλανδικό Κολλέγιο Γενικών Ιατρών και η Ολλανδική Ένωση για Γενικούς Ιατρούς. Για τους γενικούς ιατρούς, αυτές οι κατευθυντήριες οδηγίες περιλαμβάνουν κριτήρια θεραπείας και κατευθυντήριες οδηγίες συνταγογράφησης για μεγάλο αριθμό ασθενειών. Για τις πρακτικές πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αυτές οι οδηγίες περιλαμβάνουν επίσης απαιτήσεις σχετικά με το που λειτουργούν οι γενικές πρακτικές (Schäfer et al., 2010). Τα δικαιώματα των ασθενών, όπως η συνειδητή συναίνεση, η πρόσβαση των ασθενών σε ιατρικούς φακέλους, η εμπιστευτική χρήση ιατρικών αρχείων και οι διαδικασίες υποβολής καταγγελιών προστατεύονται από το νόμο. Όλοι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης (τόσο τα ιδρύματα όσο και οι ιδιωτικοί επαγγελματίες) υποχρεούνται από το νόμο να οργανώνουν ένα συμβούλιο ασθενών (Client Representation Act) για την ενίσχυση της νομικής θέσης των πελατών και την εναρμόνιση της προσφοράς και της απαίτησης. Υπάρχει κλίμα τακτικής μέτρησης της εμπειρίας του ασθενούς με την υγειονομική περίθαλψη, ώστε να βελτιωθεί η ανταπόκριση του συστήματος (Schäfer et al., 2010).

### **Οικονομικές συνθήκες πρωτοβάθμιας φροντίδας**

Με βάση τα δεδομένα δαπανών όλων των κλάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας, εκτιμάται ότι το 14,7% των συνολικών δαπανών για την υγεία δαπανάται για πρωτοβάθμια περίθαλψη. Το 2003, 18,4% όλων των δαπανών υγείας δαπανήθηκαν για την πρόληψη και τη δημόσια υγεία (Schäfer et al., 2010, Witte, 2006). Ενενήντα εννέα τοις εκατό του πληθυσμού είναι ασφαλισμένο για τα έξοδα υγείας. Το σύστημα ασφάλισης υγείας αποτελείται από δύο μέρη: τη βασική κάλυψη και την εθελοντική ασφάλιση υγείας. Στο βασικό πακέτο παροχών περιλαμβάνονται: η φροντίδα που παρέχεται από τον γενικό ιατρό, τη μαία, τον φυσιοθεραπευτή (οι πρώτες 10 συνεδρίες ανά έτος εξαιρούνται και πρέπει να πληρώνονται από τον ασθενή) και ένα μέγιστο αριθμό συνεδριών φροντίδας που παρέχονται από επαγγελματίες θεραπευτές, λογοθεραπευτές, διαιτολόγους και εναλλακτικούς θεραπευτές. Ωστόσο, για όλες τις παρεχόμενες φροντίδες, εκτός από τη γενική περίθαλψη, οι ασθενείς έχουν ετήσια έκπτωση (€ 165 το 2010, συμπεριλαμβανομένων των φαρμάκων που έχουν συνταγογραφηθεί από γενικό ιατρό). Αυτό το εκπιπτόμενο ποσό δεν μπορεί να ασφαλιστεί μέσω εθελοντικής ασφάλισης υγείας. Ωστόσο, οι δαπάνες θεραπείας που δεν καλύπτονται από τη βασική κάλυψη (περισσότερο από τον μέγιστο αριθμό συνεδριών ή φροντίδα όπου απαιτείται προπληρωμή) μπορούν να επιστραφούν μέσω της προαιρετικής ασφάλισης υγείας. Το 90% των ασθενών διαθέτει πρόσθετη / συμπληρωματική εθελοντική ασφάλιση υγείας. Οι ασθενείς με χρόνιες ασθένειες λαμβάνουν επιστροφή χρημάτων αν χρησιμοποιούν φάρμακα που περιλαμβάνονται σε σταθερό κατάλογο (Schäfer et al., 2010). Το 2007, μόνο το 9% των ασθενών ανέφεραν ότι η φροντίδα γενικής πρακτικής δεν είναι προσιτή (GroI & Faber, 2007). Ογδόντα πέντε τοις εκατό των γενικών ιατρών είναι αυτοαπασχολούμενοι και το 15% είναι σε μισθωτή υπηρεσία με έναν άλλο αυτοαπασχολούμενο GP (η συμφωνία αυτή ονομάζεται Huisarts In Dienst van HuisArst). Το σύστημα αμοιβών των ιατρικών αποτελείται από διάφορα στοιχεία, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνεται το τέλος καταχώρησης ανά εγγεγραμμένο ασθενή, το τέλος διαβούλευσης για τους παθολόγους, το τέλος διαβούλευσης των νοσηλευτών πρακτικής άσκησης (εάν υπάρχουν) (Gusdorf, Smit & Voorbraak, 2009, LHV, CNV Publieke zaak & ABVAKABO FNV), καθώς και η παροχή βοήθειας για την παροχή φροντίδας εκτός ωρών (Gusdorf, Smit & Voorbraak, , 2009 · Schäfer et al., 2010). Το μέσο ετήσιο εισόδημα ενός αυτοαπασχολούμενου GP ανέρχεται σε 124 961 δολάρια ΗΠΑ (το 2006), εξαιρουμένων των εξόδων πρακτικής άσκησης (OECD, 2009). Το εισόδημα των ειδικευμένων ιατρών είναι πολύ υψηλότερο σε σύγκριση με αυτό, όπως φαίνεται στο Σχήμα A20.1. Οι διαπραγματεύσεις συμβαίνουν μεταξύ των



ασφαλιστών και των επιτροπών που εκπροσωπούν τους ιατρούς (huisartsenkringen) και των εκπροσώπων της Ολλανδικής Ομοσπονδίας των GP. Οι διαπραγματεύσεις για τα τιμολόγια (αμοιβή για υπηρεσία και κάλυψη) πραγματοποιούνται σε πολύ μικρή προκαταβολή ως εγγύηση δανείου. Τα ελάχιστα και ανώτατα τιμολόγια καθορίζονται από την κυβέρνηση. Επιπλέον, οι ασφαλιστές συνάπτουν συμφωνίες με μεμονωμένους GPs σε μικρή κλίμακα. Αυτές οι μεμονωμένες διαπραγματεύσεις αφορούν κυρίως τις δραστηριότητες "εκσυγχρονισμού και καινοτομίας". Κατά μέσο όρο, ο γενικός ιατρός έχει συμβάσεις με 14 ασφαλιστές υγείας, ανάλογα με τον αριθμό ασφαλιστών που ασφαλιζονται με τους ασθενείς τους (NIVEL, 2009).

### **Εργατικό δυναμικό πρωτοβάθμιας περίθαλψης**

Ο συνολικός αριθμός των ενεργών ΟΠ ως αναλογία προς τον συνολικό αριθμό ενεργών ειδικών είναι 0.56 το 2008 (Capaciteitsorgaan, 2008). Παρόλο που ο πυρήνας της πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρέχεται από γενικούς ιατρούς, το εργατικό δυναμικό πρωτοβάθμιας περίθαλψης περιλαμβάνει επίσης οδοντίατρους, επαγγελματίες θεραπευτές, μαιές, φυσιοθεραπευτές, νοσοκόμους κατ'οίκον φροντίδας, ειδικευμένους νοσηλευτές και νοσηλευτές πρωτοβάθμιας περίθαλψης / γενικής πρακτικής (Kroneman, Maarse & Van der Zee, 2006 · Schäfer et al., 2010). Οι μελέτες χωροταξικού σχεδιασμού εκτελούνται συχνά στις ανάγκες και στην εξέλιξη της χωρητικότητας του εργατικού δυναμικού πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Capaciteitsorgaan, 2009). Το σχήμα A20.2 δείχνει για ορισμένους επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας την εξέλιξή τους στην προσφορά για μια πενταετή χρονική περίοδο. Η απότομη αύξηση και ο μεγάλος αριθμός φυσιοθεραπευτών είναι εντυπωσιακή. Η παροχή σε GP, οδοντίατρους, μαιές και επαγγελματίες θεραπευτές φαίνεται να είναι σταθερή με την πάροδο του χρόνου (Eurostat, 2009). Το 2009, το 28% των GP ήταν ηλικίας 55 ετών και άνω, και το 36% ηλικίας κάτω των 45 ετών. Έτσι, το μεγαλύτερο ποσοστό των GP ήταν ηλικίας 45-55 ετών (NIVEL, 2009). Ο μέσος αριθμός ωρών εργασίας ανά εβδομάδα από έναν GP με πλήρη απασχόληση είναι 31,2 ώρες (Van den Ergo et al., 2006). Οι ευθύνες των γενικών ιατρών περιγράφονται λεπτομερώς σε διάφορες πράξεις, συμπεριλαμβανομένου του νόμου για την ιατρική περίθαλψη (WGBO) και του νόμου για τα επαγγέλματα υγείας (Ministerie van Volksgezondheid, 1993, 1994). Και οι οκτώ ιατρικές σχολές έχουν μεταπτυχιακές σπουδές στην οικογενειακή ιατρική, η οποία εισήχθη για πρώτη φορά το 1974 (Huisartsopleidingen Nederland, 2010). Το 2008, το 20% όλων των πτυχιούχων ιατρικής επέλεξε να εγγραφεί στην μεταπτυχιακή εκπαίδευση στην οικογενειακή ιατρική (Capaciteitsorgaan, 2008). Η οικογενειακή ιατρική είναι επίσης ένα θέμα στο προπτυχιακό ιατρικό πρόγραμμα σπουδών. Κάθε ιατρική σχολή μπορεί να διαρθρώσει το δικό της ιατρικό πρόγραμμα σπουδών. Κάθε πρόγραμμα σπουδών οργανώνεται με τέτοιο τρόπο ώστε οι μελλοντικοί ιατροί (φοιτητές ιατρικής) να γνωρίζουν όσο το δυνατόν περισσότερο τις ειδικότητες. Ένα μεταπτυχιακό πρόγραμμα στην οικογενειακή ιατρική διαρκεί τρία χρόνια, εκ των οποίων 21-30 μήνες δαπανώνται σε γενική πρακτική και 6-15 μήνες στα πρακτικά στο νοσοκομείο εντός τριών διαφορετικών ειδικοτήτων (College for Huisarts Geneeskunde, 2008, Erasmus MC, 2009, Rijksuniversiteit Groningen, 2010, Vrije Universiteit Amsterdam, 2009). Υπάρχει επίσης μια ειδική εκπαίδευση για τους νοσηλευτές της πρωτοβάθμιας φροντίδας που διατίθενται, η οποία μπορεί να διαρκέσει 1-2 χρόνια ανάλογα με το επαγγελματικό δίπλωμα. Για να γίνει κάποιος κοινοτικός νοσηλευτής υπάρχει μόνο μια γενική εκπαίδευση νοσηλευτικής (επίπεδο 4 ή 5) η οποία διαρκεί τέσσερα χρόνια (Beroepsvereniging Praktijkverpleegkundigen en Praktijkondersteuners, 2007). Η πλειοψηφία των γιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας (88%) ανέφερε το 2009 ικανοποιημένοι από την άσκηση του

ιατρικού επαγγέλματος τους (Faber, Voerman & Grol, 2009). Σχεδόν όλοι οι κλάδοι πρωτοβάθμιας φροντίδας έχουν τη δική τους εθνικό σύνδεσμο. Για παράδειγμα, περίπου το 95% όλων των γενικών ιατρών είναι μέλη της Ολλανδικής Ένωσης Γενικών Ιατρών και του Ολλανδικού Κολλεγίου Γενικών Ιατρών (LHV, 2010, NHG, 2010). Υπάρχουν αρκετά επιστημονικά περιοδικά ειδικά για τους επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

### **Πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης**

Υπάρχουν ορισμένες μικρές γεωγραφικές και αστικές / αγροτικές διαφορές στη διαθεσιμότητα των παθολόγων. Η διαφορά μεταξύ των περιφερειών (δομές περιφερειακής υποστήριξης) με την υψηλότερη και χαμηλότερη πυκνότητα των GP είναι 16,7 ΗΜ ανά 100. 000 κατοίκους. Η διαφορά μεταξύ της μέσης αστικής και αγροτικής πυκνότητας των ΟΡ είναι 3,6 ΟΠ ανά 100 000 πληθυσμούς (NIVEL, 2009). Μόνο σε ορισμένες περιοχές, υπάρχει έλλειψη GPs. Είναι περίπου 1 - 3 λεπτά με το αυτοκίνητο από οπουδήποτε στην Ολλανδία για να φτάσει κάποιος σε GP. Περίπου το 0,1% του ολλανδικού πληθυσμού πρέπει να οδηγήσει περισσότερο από 10 λεπτά με αυτοκίνητο για να φτάσει σε GP (Westert et al., 2010). Δεν υπάρχουν προβλήματα στη διαθεσιμότητα των φαρμακείων. Υπάρχουν τρία είδη φαρμακείων: δημόσια φαρμακεία, φαρμακεία νοσοκομείων και διανομή φαρμάκων από GP. Τα σχεδόν 1900 δημόσια φαρμακεία καλύπτουν περίπου το 92% του πληθυσμού. Το υπόλοιπο 8%, ειδικά στις αγροτικές περιοχές, καλύπτεται από την παροχή οικογενειακών πρακτικών. Το 2008, υπήρχαν 459 πρακτικές διανομές (Schäfer et al., 2010, Westert et al., 2010). Το 2007, το 92% των ερωτηθέντων σε μια έρευνα Ευρωβαρόμετρου δήλωσε ότι είναι ικανοποιημένο από την πρόσβαση στην πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη εν γένει (European Commission, 2007). Όλοι οι γιατροί χρησιμοποιούν ένα σύστημα ραντεβού. Οι GP είναι υποχρεωμένοι να παρέχουν πρωτοβάθμια περίθαλψη σε ασθενείς από τις 8 π.μ. έως τις 5.00 μ.μ. Δευτέρα από την Παρασκευή. Επιπλέον, οι GP είναι υποχρεωμένες να φροντίζουν τους ασθενείς τους 24 ώρες την ημέρα και 7 ημέρες την εβδομάδα και είναι υποχρεωμένοι να φροντίζουν τις ώρες μετά τη φροντίδα για να προσφέρουν δυνατότητες συνεχούς θεραπείας. Στους προηγούμενους GPs χρησιμοποιούνταν μικρής κλίμακας κυκλικές υπηρεσίες. Σήμερα, μεγάλης κλίμακας συνεταιρισμοί πρωτοβάθμιας φροντίδας χρησιμοποιούνται συνήθως για την παροχή πολύωρης φροντίδας (Schäfer et al., 2010). Κατά μέσο όρο, οι GP εκτελούν 8,75 επισκέψεις την εβδομάδα (NIVEL, 2009). Οι ιατροί γενικής ιατρικής πραγματοποιούν συνήθως τηλεφωνικές διαβουλεύσεις, προσφέρουν ειδικές συνεδρίες ή κλινικές για ορισμένες ομάδες ασθενών και διαθέτουν ιστοσελίδα, όπως φαίνεται στο σχήμα A20.3. Οι διαβουλεύσεις μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου σπάνια πραγματοποιούνται (NIVEL, 2009, Verheij, Ton & Tates, 2008).

### **Εξέλιξη των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης**

Όλοι οι κάτοικοι της Ολλανδίας είναι εγγεγραμμένοι σε γενικό γιατρό και όλοι οι κάτοικοι είναι ελεύθεροι να επιλέξουν το δικό τους GP. Στις ιατρικές πράξεις υπάρχουν περιορισμοί. Ένα παράδειγμα τέτοιου περιορισμού είναι η αμοιβαία συμφωνία μεταξύ των γενικών ιατρών στην πόλη της Ουτρέχτης. Λόγω αυτής της συμφωνίας, η επιλογή των ασθενών είναι περιορισμένη: μπορούν μόνο να εγγραφούν στους GP που έχουν εγκατασταθεί στην περιοχή όπου ζουν. Οι GP έχουν το δικαίωμα να αρνηθούν έναν ασθενή. Οι λόγοι άρνησης των ασθενών μπορεί να είναι ότι ο ασθενής ζει πολύ μακριά από το ιατρείο ή επειδή ο GP έχει πάρα πολλούς ασθενείς στη λίστα του (Schäfer et al., 2010). Έχουν θεσπιστεί κανόνες από την ολλανδική ένωση γενικών ιατρών σχετικά με το επιτρεπόμενο ελάχιστο και μέγιστο ποσοστό ασθενών (800 και 2750 αντίστοιχα) και τη

διανομή νέων GP. Οι γιατροί έχουν κατά μέσο όρο 2322 ασθενείς (το 2008) στη λίστα τους για τους οποίους είναι υπεύθυνοι (Hingstman & Kenens, 2008). Το ποσοστό των ασθενών που ανέφεραν ότι έρχονταν πάντα σε επαφή με τους GPs τους ήταν 71,1% (N = 9334 > 18 ετών). Άλλοι ασθενείς ανέφεραν επίσης επισκέψεις σε άλλους GP (Jabaaij et al., 2006). Σχεδόν τα τρία τέταρτα των ασθενών είναι ικανοποιημένοι με τη σχέση τους και την ποιότητα της σχέσης τους με τον θεράποντα ιατρό τους. Ωστόσο, μόνο το 26% που αναφέρθηκε σε μια διεθνή έρευνα είναι ικανοποιημένο με τη διάρκεια της διαβούλευσης (Grol & Faber, 2007). Η τυπική διάρκεια μιας διαβούλευσης είναι 10 λεπτά (Verheij et al., 2010b). Όλοι οι GPs διατηρούν τα κλινικά αρχεία για όλες τις επαφές ασθενών τακτικά και έχουν έναν υπολογιστή στο ιατρείο τους. Το 90% των Ολλανδών GP χρησιμοποιούν ένα σύστημα πληροφοριών (Huisarts Informatie Systeem, HIS) για να υποστηρίξουν το έργο τους όσον αφορά τη χρηματοοικονομική διαχείριση, τη συνταγογράφηση φαρμάκων, τη γνωστοποίηση συνταγών σε φαρμακοποιούς ή τη διατήρηση ηλεκτρονικών ιατρικών αρχείων χρησιμοποιώντας το σύστημα πληροφοριών ασθενών (Dobrev et al. 2008, Faber, Voerman & Grol, 2009). Οι διαβουλεύσεις ασθενών από ειδικούς βασίζονται σε σύστημα παραπομπής. Όλοι οι GP χρησιμοποιούν επιστολές παραπομπής, είτε χρησιμοποιώντας το σύστημα πληροφοριών GP (58%) είτε χρησιμοποιώντας "κανονικά" χειρόγραφα γράμματα για παραπομπές (40%) (Van den Heuvel & Kaag, 2004). Το 2009, το ηλεκτρονικό ιατρικό αρχείο εισήχθη σε μεγάλο αριθμό ιατρείων και συνεργατών εκτός ωρών εργασίας. Εάν το ηλεκτρονικό σύστημα ιατρικών αρχείων χρησιμοποιείται τόσο από τον GP, όσο και από τον συνεργάτη εκτός ωρών εργασίας, οι πληροφορίες μεταφέρονται αμέσως. Σε γενικές γραμμές, χρειάζονται δύο εβδομάδες πριν από τη λήψη πληροφοριών από έναν ειδικό μετά τη θεραπεία (Faber, Voerman & Grol, 2009).

### **Συντονισμός των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης**

Οι θεράποντες ιατροί είναι οι υπερασπιστές του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και απαιτείται παραπομπή για την επίσκεψη ιατρικών ειδικών. Οι ασθενείς έχουν άμεση πρόσβαση σε νοσηλευτές κατ'οίκον φροντίδας, φυσικοθεραπευτές, μαιευτήρες, επαγγελματίες θεραπευτές και οδοντιάτρους (Verheij et al., 2010a). Η πλειοψηφία των ιατρών (58,1%) εργάζονται σε ομαδικά ιατρεία με δύο ή περισσότερους γενικούς ιατρούς. Τα εναπομένοντα ιατρεία είναι μεμονωμένα. (NIVEL, 2009). Η ομαδική εργασία στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, για παράδειγμα μέσω προσωπικών συναντήσεων μεταξύ γενικών ιατρών και άλλων ειδικοτήτων πρωτοβάθμιας φροντίδας, είναι κοινή εργασία, ιδιαίτερα για τους χειρουργούς που εργάζονται σε κέντρα υγείας με διάφορες ειδικότητες στο ίδιο ιατρείο. Η αναλογία του υποστηρικτικού προσωπικού πλήρους απασχόλησης (FTE) / FTE GP είναι 1,4. Τα ιατρεία είναι συνήθως στελεχωμένα από έναν βοηθό ιατρού και / ή νοσηλευτές (Faber, Voerman & Grol, 2009). Είναι πολύ συνηθισμένο οι νοσηλευτές πρωτοβάθμιας φροντίδας να εργάζονται σε κλινικές με διαβήτη, ή να παρέχουν εκπαίδευση ως υπεύθυνες (Nielen & Schellevis, 2008, Van den Berg et al., 2004). Υπάρχει επίσης συχνή συνεργασία μεταξύ των GP και των ειδικών γιατρών. Για παράδειγμα, οι ειδικοί ιατροί παρέχουν συνήθως κλινικά μαθήματα για τους χειρουργούς. Είναι επίσης σύνηθες οι γενικοί γιατροί να ζητούν (τηλεφωνικά) συμβουλές από τους ειδικούς ιατρούς. Υπάρχει ένα ευρύ σύστημα παρακολούθησης της δημόσιας υγείας στην Ολλανδία. Για παράδειγμα, 92 γενικά ιατρεία (σε εθνικό επίπεδο) αποτελούν το ολλανδικό δίκτυο πληροφοριών των γενικών ιατρών. Τα δεδομένα από περισσότερους από 350.000 ασθενείς υποβάλλονται αυτόματα σε επεξεργασία μέσω αυτού του δικτύου για να παρακολουθούνται, για παράδειγμα, ο επιπολασμός των ασθενειών, η συμπεριφορά των ιατρών και των ασθενών και η παροχή της περίθαλψης (Verheij et al., 2010a). Υπάρχει

επίσης μια υπηρεσία παρακολούθησης προσφοράς και ζήτησης (VAAM) στην οποία συλλέγονται τακτικά δεδομένα για τον προσδιορισμό της ζήτησης για υγειονομική περίθαλψη σε σχέση με συγκεκριμένες ασθένειες, συγκεκριμένες δημογραφικές μεταβλητές και παροχή υγειονομικής περίθαλψης για συγκεκριμένες ασθένειες και από διάφορους παρόχους. Με αυτές τις πληροφορίες, οι βασικές πληροφορίες σχετικά με την πλευρά της ζήτησης και της προσφοράς της υγειονομικής περίθαλψης καθίστανται εμφανείς για τους φορείς χάραξης πολιτικής (NIVEL, 2010).

### **Συνολικότητα των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας**

96% των συνολικών ασθενών αντιμετωπίζονται αποκλειστικά από τους GP χωρίς την παραπομπή σε άλλους παρόχους (Verheij et al., 2010a). Πρόκειται για μια καλή ένδειξη του συνολικού πεδίου των υπηρεσιών που παρέχονται από τους GPs, αλλά και από άλλους επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας. Όσον αφορά τον τύπο των προβλημάτων υγείας πρώτης επαφής των ασθενών, οι γιατροί συχνά βλέπουν γυναίκες ηλικίας 18 ετών που ζητούν αντισύλληψη από το στόμα ή νεαρές γυναίκες που ζητούν επιβεβαίωση της εγκυμοσύνης, παιδιά με σοβαρό βήχα ή άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Οι GP συχνά παρέχουν θεραπεία και παρακολούθηση καταστάσεων όπως ο απλός διαβήτης τύπου II, η ήπια κατάθλιψη, ο καρκίνος (που χρειάζονται παρηγορητική φροντίδα) και η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Οι ιατροί GP συμμετέχουν επίσης σε διάφορες δραστηριότητες προληπτικής φροντίδας, όπως το Εθνικό Πρόγραμμα Ανοσοποίησης, οι εξετάσεις σε σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ο έλεγχος για τον ιό HIV / AIDS. Οι GP ασχολούνται περισσότερο με την οικογενειακή φροντίδα / αντισυλληπτική φροντίδα, ενώ οι μαιές ασχολούνται πρωτίστως με την προγεννητική φροντίδα, ενώ η καθημερινή παιδιατρική παρακολούθηση πραγματοποιείται από τα κέντρα βρεφών. Οι GP συνήθως συμμετέχουν επίσης σε δραστηριότητες προώθησης της υγείας, όπως η παροχή συμβουλών σε περίπτωση προβληματικής κατανάλωσης αλκοόλ, διακοπής του καπνίσματος ή κακής σωματικής δραστηριότητας (Verheij et al., 2010a).

### **Ποιότητα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης**

Το 2008, οι γενικοί ιατροί παρείχαν 6.7 συνταγές ανά άτομο ετησίως (Verheij et al., 2010a). Η χρήση αντιμικροβιακών για συστηματική χρήση στην περίθαλψη ασθενών το 2007 ήταν 12,8 DDD / 1000 κάτοικοι ημερησίως (Cars, Molstad & Melander, 2001, ESAC, 2009). Όσον αφορά τη διαχείριση της ποιότητας των χρόνιων ασθενειών, υπάρχει περιθώριο βελτίωσης.

#### Διαβητικός πληθυσμός ηλικίας > 25 ετών:

- 45% με χοληστερόλη  $5 > \text{mmol} / \text{l}$
- 42% με αρτηριακή πίεση άνω των 140/90 mm Hg μετρούμενη στους τελευταίους 12 μήνες
- 48% με HbA1C  $> 7,0\%$
- 38% με υπέρβαρα και παχυσαρκία και ΔΜΣ που μετρήθηκαν τους τελευταίους 12 μήνες
- 85% με επιθεωρήσεις οφθαλμών κατά τους τελευταίους 12 μήνες

#### Άτομα με ΧΑΠ:

- Το 33,9% είχε μέτρηση των πνευμονικών λειτουργιών τους τελευταίους 12 μήνες
- 77,0% είχαν επίσκεψη παρακολούθησης στην πρωτοβάθμια φροντίδα τους τελευταίους 12 μήνες (Dutch Institute for Healthcare Improvement, 2008; RIVM, 2009; Verheij et al., 2010a).

Ο αριθμός εισαγωγών νοσοκομείων για ευαίσθητες νόσους πρωτοβάθμιας περίθαλψης αποτελεί ένδειξη της ποιότητας της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Το σχήμα A20.6 παρουσιάζει ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά εισαγωγής στο νοσοκομείο το 2008 για λοιμώξεις

αναπνευστικού, αλλά και σχετικά υψηλά ποσοστά για ασθενείς με αφυδάτωση και άσθμα (Prismant, 2008).

Το 2007, το 74% του πληθυσμού υψηλού κινδύνου (άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω και άτομα με υψηλότερη ένδειξη κινδύνου) επέλεξε να κάνει εμβολιασμό κατά της γρίπης (Preventie van influenza samengevat (Bovendeur, 2008). Τα εμβόλια συνδυασμού χρησιμοποιούνται για παιδιά. Ο εμβολιασμός για την παρωτίτιδα, ιλαρά, ερυθρά, διφθερίτιδα, κοκκύτη, τέτανο και της πολιομυελίτιδας ξεκινούν με μια σειρά εμβολιασμών μετά την γέννηση ενός παιδιού μέχρι την ηλικία των 10 ετών. Επιπροσθέτως, τα κορίτσια ηλικίας 12 ετών λαμβάνουν τον εμβολιασμό με τον HPV. Τα παιδιά θα λάβουν τον εμβολιασμό κατά της ηπατίτιδας Β μόνο εάν ένας (ή και οι δύο) γονείς τους ή το περιβάλλον τους διατρέχουν υψηλό κίνδυνο ηπατίτιδας Β. Ετησίως, περίπου 36 000 παιδιά λαμβάνουν εμβολιασμό κατά της ηπατίτιδας Β λόγω αυτού του υψηλότερου κινδύνου (Zwakhsals & Van Lier, 2009a, 2009b, 2009c). Περίπου 1.1 εκατομμύρια γυναίκες ετησίως λαμβάνουν πρόσκληση για έλεγχο προσυμπτωματικού καρκίνου του μαστού και 850.000 γυναίκες συμμετέχουν στον έλεγχο. Μόνο γυναίκες ηλικίας 50-75 ετών καλούνται να συμμετάσχουν στην εξέταση (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2008 · Schopper & De Wolf, 2007 · Von Karsa et al., 2007). Κάθε χρόνο 850 000 γυναίκες (ηλικίας 30-60 ετών) προσκαλούνται για τεστ Παπανικολάου, εκ των οποίων το 66% συμμετέχει στην εξέταση (το 2003). Τα τεστ Παπανικολάου λαμβάνονται από τους γιατρούς και τους βοηθούς τους (Isken, 2009, Linos & Riza, 2000).

### **Αποτελεσματικότητα**

Από όλες τις επαφές ασθενών - γενικής ιατρικής το 2008, το 5,8% ήταν επισκέψεις στο σπίτι και το 19,8% ήταν τηλεφωνικές διαβουλεύσεις (Verheij et al., 2010a). Μια μέση διαβούλευση έχει διάρκεια 10 λεπτών (Van den Berg et al., 2010b). Κατά μέσο όρο, οι Ολλανδοί πολίτες επισκέπτονται το GP τους 3.4 φορές το χρόνο. Ένας GP έχει κατά μέσο όρο 123 διαβουλεύσεις την εβδομάδα. Το ποσοστό των ωρών εργασίας που δαπανάται για την άμεση φροντίδα των ασθενών είναι 69% (Faber, Voerman & Grol, 2009; Verheij et al., 2010a). Υπήρχαν κατά μέσο όρο 188 νέες παραπομπές από GPs σε ιατρούς ειδικούς ανά 1000 καταχωρημένους ασθενείς το 2008 (Verheij et al., 2010a).

### **Εργατικό δυναμικό**

Οι αριθμοί εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας φαίνονται επαρκείς, αλλά εμφανίζονται αρκετές ελλείψεις νοσηλευτών. Δεν υπάρχει ένδειξη οξείας έλλειψης επαγγελματιών στον τομέα της υγείας, η οποία να αντικατοπτρίζει επαρκή εισοδήματα και καλές συνθήκες εργασίας και ίσως το γεγονός ότι ο κεντρικός σχεδιασμός παραμένει σε ισχύ. Η πυκνότητα του ιατρού αυξάνεται και πλησιάζει πλέον στον μέσο όρο της ΕΕ, ενώ η πυκνότητα των νοσηλευτών ήταν πολύ υψηλότερη από τον μέσο όρο της ΕΕ το 2015. Ωστόσο, η εκπαιδευτική ικανότητα πρέπει να διπλασιαστεί για να αποφευχθεί η εμφάνιση ελλείψεων στο μέλλον (Van der Velden και Batenburg, 2016).

Οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας εργάζονται όλο και περισσότερο σε μεγαλύτερες οργανωτικές ρυθμίσεις (όπως τα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας) και σε πολυεπιστημονικές ομάδες. Οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί εργάζονται όλο και περισσότερο σε συνεργασία με τους γενικούς ιατρούς. Η μετατόπιση εργασιών έχει οδηγήσει σε νέα επαγγέλματα, όπως οι νοσηλευτές (που μπορούν επίσης να συνταγογραφούν φάρμακα) και οι βοηθοί των γιατρών. Επιπλέον, από το 2002 έχει επικεντρωθεί η μετατόπιση της περίθαλψης από τη δευτεροβάθμια φροντίδα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, κυρίως για χρόνιες ασθένειες και για απλές θεραπείες χαμηλού κινδύνου, όπως μικρές χειρουργικές επεμβάσεις. Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας είναι κατά κύριο λόγο αρμοδιότητα των δήμων και περιλαμβάνουν υπηρεσίες όπως η προαγωγή της

υγείας, ο έλεγχος και ο εμβολιασμός και η υγειονομική περίθαλψη των νέων. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη φαίνεται ισχυρή σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, όπως αντανακλάται και στον χαμηλό αριθμό των νοσοκομειακών απορρίψεων. Η μέση διάρκεια παραμονής στα νοσοκομεία, φαίνεται εκ πρώτης όψεως πολύ κάτω από το μέσο όρο της ΕΕ το 2015, αλλά ο αριθμός της Ολλανδίας είναι υπό εκτίμηση δεδομένου ότι αναφέρεται μόνο σε οξεία περίθαλψη. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη επικεντρώνεται στην ολοκληρωμένη φροντίδα για χρόνιες παθήσεις και φροντίδα για άτομα με πολλαπλές νοσηρότητες και τη μετατόπιση της περίθαλψης σε χαμηλότερα επίπεδα. Η φροντίδα της ψυχικής υγείας βρίσκεται στη διαδικασία της αποϊδρυματοποίησης, μια απάντηση σε στοιχεία που υποδηλώνουν ότι στην Ολλανδία έχουν περίπου διπλάσια αναλογία από την ΕΕ σε αριθμό ψυχιατρικές κλινικές. Οι ιατροί GP έχουν ευθύνη πρώτης γραμμής για την περίθαλψη ψυχικής υγείας και περίπου το 80% των πρακτικών GP απασχολούν μια εξειδικευμένη νοσοκόμα για βοήθ. (OECD, The Netherlands, 2015).

### **Αξιολόγηση του συστήματος υγείας**

Η χαμηλή υποκείμενη θνησιμότητα δείχνει θετικές επιπτώσεις του συστήματος υγείας. Το ολλανδικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης έχει συμβάλει σημαντικά στην υγεία του ολλανδικού πληθυσμού, όπως αντανακλάται στα χαμηλά επίπεδα επιδεκτικής θνησιμότητας μεταξύ ανδρών και γυναικών, τα οποία είναι από τα καλύτερα στην Ευρώπη (ιδιαίτερα για τους άνδρες). Εξετάζοντας τις τάσεις με την πάροδο του χρόνου, η Ολλανδία σημείωσε σταθερή μείωση της επιδεκτικής θνησιμότητας κάτω από την ηλικία των 75 ετών, περίπου στο 30% μεταξύ 2000 και 2013. Αυτό δείχνει σταθερές βελτιώσεις στην πρόσβαση και την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης συνολικά. Για τα άτομα που έχουν διαγνωσθεί με καρκίνο για τα οποία υπάρχουν προγράμματα ελέγχου - ο καρκίνος του μαστού, του τραχήλου της μήτρας και του παχέος εντέρου - η σχετική επιβίωση πενταετίας παρέμεινε σταθερή ή αυξήθηκε ήπια κατά την περίοδο 2000-11. Σε μια διεθνή σύγκριση, τα ολλανδικά ποσοστά επιβίωσης για αυτές τις μορφές καρκίνου βρίσκονται στο μεσαίο εύρος ανάμεσα σε άλλες χώρες. (OECD, The Netherlands, 2015).

### **Πρόληψη**

Οι θάνατοι από αιτίες που μπορούν να προληφθούν συνιστούν μια μικτή εικόνα για την αποτελεσματικότητα των πολιτικών πρόληψης. Η προληπτική θνησιμότητα, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του πνεύμονα, των θανάτων που σχετίζονται με το οινόπνευμα και των τραυματισμών από τις μεταφορές, δείχνει ένα πιο διαφορετικό πρότυπο. Υπάρχουν μειώσεις των ποσοστών θνησιμότητας αλλά και επίμονη θνησιμότητα από αιτίες που θα μπορούσαν να αποφευχθούν. Ταυτόχρονα, η θνησιμότητα που μπορεί να αποδοθεί στην κατάχρηση οινόπνευματος παρέμεινε σταθερή την τελευταία δεκαετία σε επίπεδα που, (περισσότερο στους άνδρες), παρέμειναν πολύ κάτω από το μέσο όρο της ΕΕ. Αντίθετα, παρατηρήθηκε μικρή αύξηση στις γυναίκες τα τελευταία χρόνια, αν και τα επίπεδα παραμένουν χαμηλότερα σε σύγκριση με τους άνδρες και πλησιάζουν τον μέσο όρο της ΕΕ. (OECD, The Netherlands, 2017).

### **Νέες πολιτικές**

Οι νέες πολιτικές για τους ευρύτερους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας μπορεί να χρειαστούν χρόνο για να τεθούν σε ισχύ. Διάφορες πολιτικές στοχεύουν στην αντιμετώπιση των συμπεριφορικών και κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων της υγείας. Για παράδειγμα, έχουν εφαρμοστεί πολιτικές για την αντιμετώπιση του καπνίσματος και της χρήσης οινόπνευματος, συμπεριλαμβανομένης της απαγόρευσης του καπνίσματος στα γραφεία (2004), των pub και των εστιατορίων (2008) και των μέτρων για τη μείωση της κατανάλωσης οινόπνευματος από εφήβους (2013). Ιδιαίτερη προτεραιότητα δόθηκε στη μείωση του καπνίσματος και της χρήσης αλκοόλ στα παιδιά, επειδή παρατηρήθηκε πολύ

μεγαλύτερη αύξηση των παραγόντων κινδύνου από ό, τι στους συνομηλικούς τους σε άλλες χώρες της ΕΕ. Επιπλέον, το 2011, ένα έγγραφο εθνικής πολιτικής ('Health Nearby') αναγνώρισε υψηλό δείκτη μάζας σώματος, διαβήτη, κατάθλιψη, κάπνισμα και επιβλαβή κατανάλωση οινοπνεύματος ως τις κύριες προκλήσεις και διερεύνησε πολιτικές για την προώθηση περισσότερων ασκήσεων και αθλημάτων για την αντιμετώπισή τους. Η πρόοδος μπορεί να χρειάζεται χρόνο, αλλά η Ολλανδία αντιμετωπίζει τα βασικά ζητήματα σε πολλούς από τους βασικούς τομείς. (OECD, The Netherlands, 2017).

*Ο χαμηλός αριθμός νοσηλειών δείχνει αποτελεσματική πρωτοβάθμια φροντίδα*

Στην Ολλανδία έχουν χαμηλό αριθμό νοσηλευόμενων, γεγονός που υποδηλώνει ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα και η δευτεροβάθμια φροντίδα εξωτερικών ασθενών συμβάλλουν στην πρόληψη της εμφάνισης σοβαρών συμπτωμάτων, καθώς και στη σχετικά χαμηλή θνησιμότητα που μπορεί να αποφευχθεί. Ο αριθμός των εισοδημάτων που μπορούν να αποφευχθούν στο νοσοκομείο για άσθμα, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, ΧΑΠ και οξεία επιπλοκή του διαβήτη είναι χαμηλότερα από ό, τι στις περισσότερες χώρες της ΕΕ. Οι προσπάθειες βελτίωσης (συντονισμού) στη φροντίδα της μητέρας είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση του ποσοστού προγεννητικής και νεογνικής θνησιμότητας από το 2000. Επιπλέον, οι λόγοι θνησιμότητας περιπτώσεων 30 ημερών μετά από εισαγωγές νοσοκομείων για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και εγκεφαλικό επεισόδιο είναι γενικά καλύτεροι από άλλες χώρες. (OECD, The Netherlands, 2017).

*Η ασφάλεια και η ποιότητα του ολλανδικού συστήματος υγείας βελτιώθηκε με πρωτοβουλίες πολιτικής*

Η ασφάλεια έχει γίνει μια μεγαλύτερη πολιτική προτεραιότητα τα τελευταία χρόνια. Μία μελέτη έδειξε ότι, σε σύγκριση με το 2008, τα δυνητικά ανεπιθύμητα συμβάντα μειώθηκαν κατά 45% και πιθανόν να αποφευχθούν σε νοσοκομειακούς θανάτους κατά 53% ως αποτέλεσμα της εφαρμογής ενός εθνικού προγράμματος βελτίωσης της ασφάλειας σε όλα τα ολλανδικά νοσοκομεία (Langelaan et al., 2013). Επί του παρόντος, οι καταναλωτές δεν κάνουν ενημερωμένες επιλογές σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών περίθαλψης ή ασφάλισης τους. Επομένως, μια βασική πολιτική προτεραιότητα όσον αφορά τη βελτίωση της ποιότητας είναι η ανάπτυξη αξιόπιστων δεικτών ποιότητας, οι οποίοι είναι άμεσα διαθέσιμοι και κατανοητοί για τους πολίτες, και μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο δράσης για τους παράγοντες της υγείας. Υπάρχουν πολλά παραδείγματα σχεδίων που επιδιώκουν να ενισχύσουν τη διαφάνεια. Για παράδειγμα, το Ινστιτούτο Ποιότητας Υγείας (2014) αποσκοπεί στην προώθηση της ανάπτυξης και της εφαρμογής προτύπων ποιότητας να ενθαρρύνουν την κατάλληλη χρήση της περίθαλψης και να βελτιώσει την πρόσβαση σε αξιόπιστες πληροφορίες για τους ασθενείς. Επιπλέον, οι ασφαλιστές, ως αγοραστές φροντίδας, αναμένεται να συμβάλλουν στην περίθαλψη με βάση την ποιότητα, αν και η διαδικασία δεν έχει ακόμη πραγματοποιήσει πραγματικές αυξήσεις, εν μέρει λόγω έλλειψης συμφωνημένων δεικτών ποιότητας. Τέλος, η Ολλανδία έχει πρωτοπορήσει στην αξιολόγηση των επιδόσεων του συστήματος υγείας στο σύνολό της να παράγει τακτικές εθνικές εκθέσεις (Van den Berg et al., 2014) που βοήθησαν στον εντοπισμό τομέων και μοχλών βελτίωσης.

### **ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ**

Ο ολλανδικός πληθυσμός αναφέρει πολύ χαμηλά επίπεδα ανεκπλήρωτης ανάγκης για ιατρική περίθαλψη, με ελάχιστες διακυμάνσεις μεταξύ του εισοδήματος σε σύγκριση με άλλες χώρες της ΕΕ (βλ. Σχήμα 10). Η αγορά ασφάλισης υγείας είναι υποχρεωτική για όλους τους κατοίκους της Ολλανδίας. Το 2016, περίπου 22.500 άτομα ήταν ανασφάλιστοι και υπήρχαν 277.000 αθετούντες, δηλαδή άτομα με καθυστέρηση πληρωμής τουλάχιστον έξι μηνών (Statistics Netherlands, 2017). Ο αριθμός των ανασφάλιστων ατόμων μειώθηκε από το 2011 όταν, μετά από χρόνια σταδιακής ανάπτυξης, η κυβέρνηση άρχισε να εντοπίζει τους ανασφάλιστους και να τους εγγράφει αυτόματα.

Κάτοικοι Ολλανδίας αναφέρουν το τρίτο χαμηλότερο επίπεδο της ανεκπλήρωτης ανάγκης για ιατρική περίθαλψη στην ΕΕ.

### **Γεωγραφική πρόσβαση**

Μια μεγάλη πλειοψηφία μπορεί να φτάσει σε ένα ιατρείο του GP μέσα σε 7 λεπτά και στα νοσοκομεία μέσα σε 25 λεπτά.

Το ολλανδικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από καλή γεωγραφική διαθεσιμότητα υπηρεσιών. Ορισμένα κέντρα έκτακτης ανάγκης με 122 GPs καλύπτουν εκτός ωρών εργασίας, εντός (κατά μέσο όρο) 6,2 χιλιομέτρων σε όλους τους πολίτες. Σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, υπάρχουν 89 νοσοκομεία που προσφέρουν 24ωρη υπηρεσία έκτακτης ανάγκης, στα οποία μπορεί να φτάσουν περισσότερο από το 99% του πληθυσμού μέσα σε 45 λεπτά. Ένα ελικόπτερο είναι διαθέσιμο για καταστάσεις έκτακτης ανάγκης για όσους ζουν στα νησιά του Βορρά. Σχεδόν κανένας ολλανδός δεν αναφέρει ανεκπλήρωτες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης λόγω της απόστασης. (OECD, The Netherlands, 2017).

### **ΜΕΤΡΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ**

Από το 2012, ο έλεγχος του κόστους εστιάστηκε στα εξής:

- τη μετατόπιση του κόστους από δημόσιες προς ιδιωτικές πηγές (π.χ. με την αύξηση της υποχρεωτικής έκπτωσης)
- Μετατόπιση του κόστους μεταξύ των διαφόρων θεσμικών πηγών σε συνδυασμό με σημαντικές περικοπές των προϋπολογισμών (κυρίως η τρέχουσα μεταρρύθμιση της μακροχρόνιας περίθαλψης).
- υποκατάσταση μεταξύ των διαφόρων τύπων φροντίδας: θεσμική φροντίδα με φροντίδα κατ'οίκον και δευτεροβάθμια περίθαλψη με πρωτοβάθμια περίθαλψη (όπως εμφανίζεται στην ψυχική και μακροχρόνια περίθαλψη)
- Αύξηση εστίασης στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας (π.χ. υποβολή προσφορών για γενόσημα φάρμακα) και στην εξάλειψη της απάτης. και
- χρήση ευρέων τομεακών συμφωνιών (με τους ασφαλιστές και τους παρόχους) για την καταπολέμηση του κόστους.

Αυτές οι προσπάθειες από κοινού οδήγησαν στην επιβράδυνση της αύξησης των δαπανών για την υγεία τα τελευταία χρόνια, αν και εξακολουθεί να είναι μεταξύ των υψηλότερων στην Ευρώπη. (OECD, The Netherlands, 2017).

### **Αποτελεσματικότητα**

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας του ολλανδικού συστήματος, με περιθώρια βελτίωσης. Μια βασική ιδέα αποκτάται από τη συσχέτιση της υποτιθέμενης θνησιμότητας με τις δαπάνες για την υγεία για παράδειγμα (βλ. Σχήμα 15), η οποία αποκαλύπτει ότι πολλές χώρες επιτυγχάνουν παρόμοια ή χαμηλότερη υποτιθέμενη θνησιμότητα έναντι χαμηλότερου κόστους ανά κάτοικο. Ωστόσο, η θέση της Ολλανδίας επηρεάζεται από τον συγκριτικά μεγάλο τομέα μακροχρόνιας περίθαλψης, αυξάνοντας τις κατά κεφαλήν δαπάνες. Ένας άλλος δείκτης αποτελεσματικότητας είναι η αποφυγή της νοσηλείας σε νοσοκομείο, παρόλο που η Ολλανδία παρουσιάζει σταθερά κάτω από το μέσο όρο της ΕΕ τους διαθέσιμους δείκτες, ωστόσο οι βελτιώσεις είναι εφικτές, όπως δείχνουν άλλες χώρες. Επιπλέον, οι σημαντικές διακυμάνσεις του ALOS για μια ενιαία διάγνωση μεταξύ νοσοκομείων υποδεικνύουν ότι υπάρχει περιθώριο βελτίωσης της αποτελεσματικότητας (Van de Vijzel, Heijink και Schipper, 2015). Η διεύθυνση γενικής ιατρικής είναι συγκριτικά υψηλή (72% έναντι 48% για τις 19 χώρες με διαθέσιμα δεδομένα), ενώ οι ολλανδικές φαρμακευτικές πολιτικές (και συγκεκριμένα η πολιτική τιμολόγησης και οι προτιμώμενες πολιτικές φαρμάκων) έχουν ήδη επιφέρει αξιοσημείωτες βελτιώσεις στην αποτελεσματικότητα (CVZ, 2013).



**Μακροχρόνια φροντίδα**

Η μακροχρόνια φροντίδα αποτελεί βασική κινητήρια δύναμη των δαπανών. Δεν υπάρχει καμία δαπάνη σε κανένα συγκεκριμένο τομέα σε σύγκριση με άλλες χώρες, αλλά ο τομέας της ολλανδικής μακροχρόνιας περίθαλψης είναι ο μεγαλύτερος στην ΕΕ. (OECD, The Netherlands, 2017).

Η μεταρρύθμιση της μακροχρόνιας περίθαλψης για το 2015 επεδίωξε να διατηρήσει την ανάπτυξη, αλλά προέκυψε συζήτηση σχετικά με το κατά πόσο θα υπάρξει επαρκής χρηματοδότηση για την κάλυψη των σημερινών αναγκών και των υψηλών προσδοκιών του πληθυσμού. Οι νέες ευθύνες διακυβέρνησης της μακροχρόνιας περίθαλψης, ιδίως εκείνες των δήμων και των ασφαλιστικών φορέων υγείας, διατρέχουν τον κίνδυνο να ενθαρρύνουν τους διάφορους παράγοντες να προωθήσουν τη φροντίδα μεταξύ τους, υπονομεύοντας την αποτελεσματικότητα. (OECD, The Netherlands, 2017).

**Αποτελεσματικότητα διακυβέρνησης**

Σε γενικές γραμμές, η διακυβέρνηση του ολλανδικού συστήματος υγείας χαρακτηρίζεται από επαρκή ικανότητα πολιτικής, από διάφορες υπηρεσίες ελέγχου και από συμβουλευτικά όργανα. Αυτή η ικανότητα έχει ιδιαίτερη σημασία για την ανθεκτικότητα, όπως αποδείχθηκε την τελευταία δεκαετία, όπου οι σύνθετες μεταρρυθμίσεις του 2006 και του 2015 οδήγησαν (και εξακολουθούν να οδηγούν) σε αρκετά βραχυπρόθεσμα και μεσοπρόθεσμα προβλήματα. Παρόλο που αυτό απαιτούσε όλους τους εμπλεκόμενους φορείς, έγιναν αρκετές αλλαγές και λήφθηκαν μέτρα και, εξ ολοκλήρου, η κατάσταση ήταν καλή και χωρίς να μετατραπεί ποτέ σε παρατεταμένο χάος. Ωστόσο, η ισχυρή διακυβέρνηση δεν οδηγεί αυτομάτως σε καλές αποφάσεις πολιτικής και, σε πολλά επίπεδα, η κριτική επιτροπή εξακολουθεί να διαπιστώνει εάν οι μεγάλες μεταρρυθμίσεις - και οι επακόλουθες μικρότερες μεταρρυθμίσεις και μέτρα - θα επιτύχουν τελικά αυτό που είχε προβλεφθεί. Επιπλέον, η ηλεκτρονική υγεία και η διακυβέρνηση δεδομένων, που απαιτούνται για τη βελτίωση της ένταξης και την εισαγωγή τεχνολογιών εξοικονόμησης εργασίας, είναι ένας χώρος όπου η Ολλανδία υστερεί. Μετά από απόπειρες εισαγωγής εθνικού ηλεκτρονικού αρχείου ασθενών απέτυχε κυρίως για λόγους προστασίας της ιδιωτικής ζωής, τα δεδομένα πλέον μοιράζονται κυρίως σε εθελοντική βάση, αλλά μόνο σε περιφερειακό επίπεδο. Μια πρόσφατη τομεακή συμφωνία (2017) μεταξύ παρόχων, ασθενών, ασφαλιστών και Υπουργείου Υγείας θεωρεί την ανταλλαγή πληροφοριών ως βασικό ακρογωνιαίο λίθο για την περαιτέρω υιοθέτηση της τεχνολογίας της ηλεκτρονικής υγείας και έχουν γίνει ορισμένες συμφωνίες για την περαιτέρω προώθηση αυτής. (OECD, The Netherlands, 2017).

Ο ρόλος της κυβέρνησης άλλαξε το 2006 από τον άμεσο έλεγχο των όγκων και των τιμών στον καθορισμό κανόνων και την επίβλεψη της εύρυθμης λειτουργίας των αγορών. Η κυβέρνηση διατήρησε την ευθύνη για τρεις μακροχρόνιους στόχους του συστήματος: την ποιότητα της περίθαλψης, την προσβασιμότητα στην περίθαλψη και την οικονομική προσιτότητα. Παρόλο που υπάρχει ευρεία συναίνεση ως προς αυτά, ο καλύτερος τρόπος επίτευξής τους έχει γίνει κατανοητός με διάφορους τρόπους. Επί του παρόντος, υπάρχει εξάρτηση από τους μηχανισμούς της αγοράς, αλλά πολλά πολιτικά κόμματα τρέχουν σε μια πλατφόρμα μείωσης των μηχανισμών της αγοράς στην υγειονομική περίθαλψη και οι μελλοντικές κατευθύνσεις μπορεί να αλλάξουν. Επιπλέον, η τριβή φαίνεται να αυξάνεται μεταξύ του ανταγωνισμού ως κινητήριας δύναμης του συστήματος υγείας και των μεταρρυθμίσεων που απαιτούν συνεργασία και ολοκλήρωση μεταξύ των φορέων. Βεβαίως, οι προσδοκίες για νοσοκομειακή εξειδίκευση, η αντικατάσταση της πρωτοβάθμιας για τη δευτεροβάθμια περίθαλψη και την ένταξη στην περίθαλψη απαιτούν αμοιβαία εμπιστοσύνη και αρμονική συνεργασία, που δεν μπορούν να μείνουν εύκολα με μηχανισμούς της αγοράς. (OECD, The Netherlands, 2017).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα

### 3.1 Εισαγωγή

#### Δημογραφικοί παράγοντες

	Ελλάδα	ΕΕ
Μέγεθος Πληθυσμού(χιλιάδες)	10.821	509.277
Ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65 ετών (%)	20,9	18,9
Ποσοστό γονιμότητας <sup>1</sup>	1,3	1,6

1.Αριθμός γυναικών που γεννήθηκαν, ανά γυναίκα 15-49 ετών

#### Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

	Ελλάδα	ΕΕ
Κατά κεφαλήν ΑΕΠ (EUR PPP <sup>2</sup> )	19.700	28.900
Σχετικό ποσοστό φτώχειας <sup>3</sup> (%)	15,0	10,8
Ποσοστό ανεργίας (%)	24,9	9,4

2.Η ισοτιμία αγοραστικής δύναμης (PPP) ορίζεται ως το ποσοστό μετατροπής νομισμάτων που ισοδυναμεί με την αγοραστική δύναμη των διαφόρων νομισμάτων εξαλείφοντας της διαφορές στα επίπεδα τιμών μεταξύ των χωρών.

3. Ποσοστό ατόμων που ζουν με λιγότερο από το 50% του μέσου ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος.

#### Χώρα και πληθυσμός

Η Ελλάδα είναι μια νότια ευρωπαϊκή χώρα που καλύπτει 131 957 χλμ. ορεινού εσωτερικού με παράκτιες πεδιάδες που συνορεύουν με τις θάλασσες του Αιγαίου, του Ιονίου και της Μεσογείου. Τα πολλαπλά νησιά του Αιγαίου και των Ιονίων θαλασσών καταλαμβάνουν το ένα πέμπτο της επικράτειάς του. Έχει συνολικό πληθυσμό 10.821 εκατομμυρίων (UNDP, 2015).

#### Η υγειονομική κατάσταση του ελληνικού πληθυσμού

Η υγειονομική κατάσταση του ελληνικού πληθυσμού έχει βελτιωθεί γενικά με την πάροδο του χρόνου, αλλά παραμένουν βασικές προκλήσεις για την υγεία, όπως η θνησιμότητα από τον καρκίνο και ο αντίκτυπος των καρδιακών παθήσεων. Οι τάσεις στους παράγοντες κινδύνου, ιδιαίτερα τα υψηλά ποσοστά καπνίσματος στους ενήλικες και η παχυσαρκία στα παιδιά, υπογραμμίζουν τη σημασία της θέσπισης εθνικών προγραμμάτων για τον έλεγχο του καρκίνου, την επιβολή της απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους και

την προώθηση αλλαγών στον τρόπο ζωής που προσανατολίζονται προς τη διατροφή και την άσκηση. Η επάρκεια της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας αποτελεί αιτία ανησυχίας λόγω των πιέσεων που ασκούνται στις δημόσιες δαπάνες, της πτώσης των εσόδων του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης υγείας και του ήδη υψηλού ποσοστού των ιδιωτικών δαπανών. (State of Health in the EU: Companion Report, 2017).

### **Το σύστημα υγείας**

Το σύστημα υγείας λειτουργεί υπό σημαντικούς φορολογικούς περιορισμούς, αν και χάρη στα συστήματα clawback, οι δαπάνες μπορούν de facto να υπερβούν τον προϋπολογισμό για να καλύψουν τις ανάγκες των ασθενών. Αυτό το εργαλείο είναι ζωτικής σημασίας για να διασφαλιστεί ότι το δημόσιο σύστημα μπορεί να συνεχίσει να παρέχει υπηρεσίες, ιδίως καθώς τα ποσοστά χρήσης αυξάνονται και η ικανότητα των νοικοκυριών να αγοράζουν ιδιωτική φροντίδα έχει μειωθεί από την έναρξη της οικονομικής κρίσης. (State of Health in the EU: Companion Report, 2017).

### **Οι πληρωμές εκτός τσέπης**

Οι πληρωμές εκτός τσέπης είναι παραδοσιακά πολύ υψηλές στην Ελλάδα και έχουν αυξηθεί πρόσφατα, γεγονός που αυξάνει την οικονομική επιβάρυνση των ασθενών, συχνά λόγω των καταναλωτικών προτύπων που οφείλονται στη ζήτηση που προκαλείται από την προσφορά, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε ανισότητες στην πρόσβαση στην περίθαλψη. Η αντιμετώπιση των εκτεταμένων ανεπίσημων πληρωμών, η φοροδιαφυγή μέσω της παροχής ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας χωρίς παραλαβή, καθώς και άλλων μορφών αποβλήτων και της διαφθοράς στον τομέα της υγείας (π.χ. στις δημόσιες συμβάσεις) αποτελεί συνεχή πρόκληση. (State of Health in the EU: Companion Report, 2017)

*Οι δαπάνες εκτός τσέπης ενδέχεται να απειλούν την οικονομική προσιτότητα της περίθαλψης*

Η Ελλάδα έχει μεταξύ των υψηλότερων επιπέδων ιδιωτικών δαπανών για την υγεία στην ΕΕ. Οι συνεισφορές εισπράττονται σε διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις (ιδιωτικά), στα εξωτερικά ιατρεία και για επισκέψεις σε ιδιωτικούς παρόχους που συνάπτονται από το ΕΟΡΥΥ. Ωστόσο, ισχύουν διάφορες εξαιρέσεις για ορισμένες συνθήκες και ευάλωτες ομάδες, όπως αυτές με χαμηλό εισόδημα ή που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, για να διασφαλιστεί η προστασία της πρόσβασης. Επιπλέον, το 2015 ανακλήθηκε για τις επισκέψεις στα νοσοκομεία η τιμή (5 ευρώ) μετά από ανησυχίες σχετικά με τον αντίκτυπό της στην πρόσβαση. Στην πραγματικότητα, οι άμεσες πληρωμές, και όχι οι συνεισφορές, αποτελούν το μεγαλύτερο μερίδιο των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία. Υπάρχουν πολλοί λόγοι για αυτό, συμπεριλαμβανομένων των λιστών αναμονής για ορισμένες υπηρεσίες, η μεγάλη διαφορά μεταξύ των επίσημων ποσοστών αποζημίωσης και των πραγματικών τελών που καταβάλλονται σε συμβεβλημένους παρόχους (επιπλέον χρέωση), τα μηνιαία όρια σχετικά με τον αριθμό των διαβουλεύσεων γιατρών που ενδέχεται να αναγκάσουν τους ασθενείς να αναζητήσουν πρωτοβάθμια περίθαλψη σε ιδιωτικές εγκαταστάσεις, κατακερματισμένες δημόσιες υπηρεσίες, ιστορική υπερπροσφορά από ιδιωτικούς ιατρούς (που τροφοδοτείται από την έλλειψη φύλαξης), επισκέψεις ασθενών στις «απογευματινές κλινικές» στα (δημόσια) τμήματα εξωτερικών ασθενών, για τα οποία πληρώνουν αμοιβή εκτός προϋπολογισμού και, τέλος, η ευρεία χρήση ανεπίσημων πληρωμών. (OECD, Greece, 2017)

### **Πρόσβαση**

Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη παρουσιάζει ορισμένες προκλήσεις όσον αφορά τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών και την οικονομική προσιτότητά τους, με αποτέλεσμα υψηλά ποσοστά αναφοράς μη ικανοποιούμενης ανάγκης ιατρικής περίθαλψης, ιδίως μεταξύ ομάδων με χαμηλό εισόδημα (OECD, Greece, 2017).

*Οι γεωγραφικές ανισότητες αποτελούν πρόκληση για την προσβασιμότητα*

Η Ελλάδα αντιμετωπίζει μεγάλες γεωγραφικές ανισότητες στη διανομή ιατρών. Η πυκνότητα των ιατρών το 2014 κυμαινόταν από 2,9 ανά 1000 πληθυσμούς στη Δυτική Μακεδονία και την Κεντρική Ελλάδα σε 8,6 ανά 1 000 στην Αττική (ELSTAT, 2016). Παρόλο που έχουν προσφερθεί κάποια (οικονομικά) κίνητρα για τους γιατρούς που ασκούν σε αγροτικές περιοχές της Ελλάδας, αυτά δεν ήταν αρκετά για να προσλάβουν και να διατηρήσουν προσωπικό σε αυτές τις περιοχές. Ένα καινοτόμο έργο που συγχρηματοδοτείται από την ΕΕ, το Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής, αξιοποιεί την ικανότητα της τηλεϊατρικής να προσεγγίζει ασθενείς που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές (OECD, Greece, 2017).

### **Προβλήματα υγειονομικού συστήματος και μεταρρυθμίσεις**

Η Ελλάδα αντιμετωπίζει σημαντικά προβλήματα στον σχεδιασμό και στην ορθολογική κατανομή των πόρων της υγειονομικής περίθαλψης, γεγονός που έχει επιπτώσεις στην αποτελεσματικότητα και την πρόσβαση. Υπάρχει μεγάλη ανισορροπία στη διανομή φυσικών πόρων, μεταξύ των οποίων και το ιατρικό προσωπικό, μεταξύ αστικών κέντρων και αγροτικών περιοχών, καθώς και μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Όλοι αυτοί οι παράγοντες συμβάλλουν σε πολύ υψηλά αναφερόμενα επίπεδα *ανεκπλήρωτης ανάγκης για ιατρική περίθαλψη*, το δεύτερο υψηλότερο μεταξύ των κρατών μελών. (State of Health in the EU: Companion Report, 2017). Οι τρέχουσες μεταρρυθμίσεις, όπως αυτή της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αναμένεται να αντιμετωπίσουν άμεσα αυτά τα ζητήματα. Παρά το δύσκολο οικονομικό πλαίσιο, σημαντικές μεταρρυθμίσεις αντιμετώπισαν τις δομές του συστήματος υγείας, το κόστος και την αποτελεσματικότητα, αντιμετωπίζοντας πολλές μακροχρόνιες αδυναμίες. (State of Health in the EU: Companion Report, 2017). Οι επιτυχίες περιλαμβάνουν τη δημιουργία ενός μόνο αγοραστή, την τυποποίηση του καλαθιού παροχών για επιστρεφόμενες υπηρεσίες και σημαντικές μειώσεις των φαρμακευτικών δαπανών. Καταβάλλονται περαιτέρω προσπάθειες, με ιδιαίτερο περιθώριο για αύξηση της χρήσης γενόσημων φαρμάκων, βελτίωση της διαχείρισης νοσοκομείων και ευρύτερη εφαρμογή κλινικών κατευθυντήριων γραμμών. Ένα άλλο σημαντικό επίτευγμα ήταν η επίλυση του προβλήματος του χάσματος κάλυψης της ασφάλισης υγείας που επηρέασε περίπου 2,5 εκατομμύρια ανθρώπους ή το ένα τέταρτο του πληθυσμού λόγω της έλλειψης καθολικής κάλυψης. Αυτό σημείωσε αρκετές απόπειρες από το 2011, κατά τις οποίες η πρόσβαση στις υπηρεσίες περιορίστηκε σοβαρά για τους άνεργους και άλλες ευάλωτες ομάδες χωρίς κάλυψη. (State of Health in the EU: Companion Report, 2017). Ωστόσο, η νέα νομοθεσία το 2016 έχει πλέον διορθώσει αυτά τα κενά και πέτυχε καθολική κάλυψη ολοκληρώνοντας τη διαδικασία που άρχισε το 2014, στο πλαίσιο του προγράμματος οικονομικής προσαρμογής. Ένα σημαντικό στοιχείο για την επίτευξη των στόχων της αποτελεσματικότητας, της προσβασιμότητας και της ανθεκτικότητας είναι η δημιουργία ενός αποτελεσματικού δικτύου πρώτων υπηρεσιών πρώτης επαφής για την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Επί του παρόντος, μόνο μια μικρή μειοψηφία των γιατρών είναι γενικοί γιατροί και δεν υπάρχουν παραπομπές για τη ρύθμιση περαιτέρω φροντίδας των ασθενών σε υψηλότερα επίπεδα περίθαλψης ούτε επαρκή προαγωγή της υγείας και πρόληψης των ασθενειών. Παρ' όλα αυτά, έχει ξεκινήσει η εκπόνηση του νέου Σχεδίου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (TOMY) που ξεκίνησε το 2017, για εφαρμογή κατά τα επόμενα τρία χρόνια. (State of Health in the EU: Companion Report, 2017)

*Οι πόροι και το προσωπικό υγείας είναι άνισα κατανομημένα στη χώρα*

Οι υλικοί πόροι στην Ελλάδα κατανέμονται μεταξύ των δημόσιων νοσοκομείων και κέντρων υγείας και των ιδιωτικών νοσοκομείων, κλινικών και διαγνωστικών κέντρων. Πάνω από τα μισά από τα 283 νοσοκομεία της χώρας (που διαθέτουν το 35 του συνολικού δυναμικού των κλινών) είναι ιδιωτικά νοσοκομεία κερδοσκοπικού χαρακτήρα, ενώ υπάρχουν και πάνω από 3 500 ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα. Οι υγειονομικές

εγκαταστάσεις, το προσωπικό και ο ιατρικός εξοπλισμός είναι άνισα κατανομημένα στη χώρα, με μεγαλύτερη συγκέντρωση στις αστικές περιοχές και ελλιπή εξυπηρέτηση των αγροτικών περιοχών, γεγονός που συμβάλλει σε υψηλό επίπεδο μη ικανοποιούμενων αναγκών για ιατρική περίθαλψη. (OECD, Greece, 2017). Η συντριπτική πλειονότητα των γιατρών είναι ειδικοί γιατροί και μόνο μια μικρή μειονότητα (6) είναι γενικοί ή οικογενειακοί γιατροί. Σε αντίθεση με τον αριθμό των γιατρών, η αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού προς τον πληθυσμό είναι μακράν η χαμηλότερη στην ΕΕ (3,2 έναντι 8,4 ανά 1 000). (OECD, Greece, 2017)

### **Οικονομικές συνθήκες του υγειονομικού συστήματος**

Η οικονομική κρίση προκάλεσε αλλαγές ευρείας κλίμακας. Το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα μεικτό σύστημα, που συνδυάζει την κοινωνική ασφάλιση υγείας (ΚΑΥ) και το κεντρικά χρηματοδοτούμενο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Από το 2010 έχουν ξεκινήσει σημαντικές διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις και μεταρρυθμίσεις με γνώμονα την αποδοτικότητα, πολλές από τις οποίες εντάσσονται στο πλαίσιο του προγράμματος οικονομικής προσαρμογής (ΠΟΠ) της χώρας. Σημαντική μεταρρύθμιση αποτέλεσε η δημιουργία το 2011 του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), μέσω της συγχώνευσης των κλάδων υγείας των κύριων (βάσει επαγγέλματος) ταμείων κοινωνικής ασφάλισης, ο οποίος πλέον λειτουργεί ως ο κύριος αγοραστής υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, τα σχέδια για μεταβίβαση περισσότερων αρμοδιοτήτων στις περιφερειακές υγειονομικές αρχές είχαν μικρότερο αντίκτυπο και ο τομέας της υγείας εξακολουθεί να χαρακτηρίζεται από μεγάλο βαθμό συγκέντρωσης. (OECD, Greece, 2017)

Η βαθιά και διαρκής οικονομική κρίση εξακολουθεί να επιδρά στο σύστημα υγείας. Η Ελλάδα δαπάνησε 8,4 του ΑΕΠ στην υγεία το 2015, αλλά, στο πλαίσιο του δραστικά συρρικνωμένου ΑΕΠ, οι δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν στην πραγματικότητα. Η κατά κεφαλή δαπάνη μειώθηκε από 2 287 EUR το 2009 σε 1 650 EUR το 2015 (προσαρμοσμένη ανάλογα με τις διαφορές στην αγοραστική δύναμη), μείωση ύψους 28%, η οποία κατατάσσει την Ελλάδα αρκετά χαμηλά σε σχέση με τον μέσο όρο στην ΕΕ. Παρότι παραδοσιακά η δημόσια δαπάνη για την υγεία στην Ελλάδα ποτέ δεν υπερέβη τον μέσο όρο της ΕΕ, η κρίση επέφερε σημαντικό αντίκτυπο. Με στόχο την επίτευξη αποδοτικότερης χρησιμοποίησης των δημοσίων πόρων, τέθηκε ως ανώτατο όριο το 6% του ΑΕΠ προκειμένου να μειωθούν οι συνολικές δαπάνες του δημοσίου τομέα. Ωστόσο εξακολουθεί να καθορίζει τα μέτρα δημοσιονομικής βιωσιμότητας. Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία αντιστοιχούν στο 5% του ΑΕΠ σε σχέση με 7,2% που είναι ο μέσος όρος στην ΕΕ και αντιπροσωπεύουν μόλις το 59% των συνολικών δαπανών για την υγεία, το τέταρτο χαμηλότερο ποσοστό μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ. (OECD, Greece, 2017)

*Οι υψηλές άμεσες δαπάνες από τους ασθενείς είναι χαρακτηριστικό του συστήματος υγείας*

Στο παρελθόν, η κάλυψη συνδεόταν κυρίως με το καθεστώς απασχόλησης μέσω των ασφαλιστικών ταμείων υγείας (ΑΤΥ) για τους εργαζόμενους και τις οικογένειές τους. Ωστόσο, από το 2016 (Το 2014 θεσπίστηκε με νόμο η καθολική πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Σε όλους τους Έλληνες πολίτες δόθηκε το δικαίωμα πρόσβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, συμπεριλαμβανομένων των διαγνωστικών εξετάσεων. Με μεταγενέστερη νομοθεσία θεσπίστηκε δωρεάν πρόσβαση στα δημόσια νοσοκομεία και δικαίωμα σε φαρμακευτική περίθαλψη για τους ανασφάλιστους, με τους ίδιους όρους και τις ίδιες συμμετοχές στις πληρωμές που ίσχυαν για τους ασφαλισμένους. Ωστόσο, εξαιτίας διαφόρων διοικητικών εμποδίων τα μέτρα αυτά αποδυναμώθηκαν σημαντικά και το 2016 απαιτήθηκε νέα δράση). η κάλυψη έγινε καθολική, χάρη στη νομοθεσία που εξασφαλίζει πως όλοι οι Έλληνες πολίτες, συμπεριλαμβανομένων όσων έχουν χάσει την ασφαλιστική κάλυψη λόγω ανεργίας ή αδυναμίας καταβολής των εισφορών, μπορούν και πάλι να έχουν πρόσβαση στη δέσμη παροχών υγείας. Ωστόσο, η απώλεια του δικαιώματος και της κάλυψης από το 2009 έως το 2016 λόγω αύξησης της

μακροχρόνιας ανεργίας ενδεχομένως να συνέβαλε στα αυξανόμενα ποσοστά μη ικανοποιούμενων αναγκών. Οι υψηλές ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία, κυρίως με τη μορφή άμεσων πληρωμών από τους ασθενείς, ήταν ανέκαθεν σημαντικό χαρακτηριστικό του ελληνικού συστήματος υγείας και εξακολουθούν να αυξάνονται. Το 2015 οι άμεσες πληρωμές συνιστούσαν πάνω από το ένα τρίτο (35 %) των συνολικών δαπανών για την υγεία, ποσοστό υπερδιπλάσιο του μέσου όρου (15 %) στην ΕΕ και το τέταρτο υψηλότερο μεταξύ των κρατών μελών. (OECD, Greece, 2017). Ο κύριος όγκος των άμεσων πληρωμών από τους ασθενείς (90%) αφορά την αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών κι όχι τη συμμετοχή στις πληρωμές. Από τις εν λόγω ιδιωτικές δαπάνες, σχεδόν το ένα τρίτο αποτελείται από άτυπες πληρωμές που καταβάλλονται κυρίως σε χειρουργούς για να παρακαμφθούν οι λίστες αναμονής και για την εξασφάλιση της θεωρούμενης «καλύτερης φροντίδας». (OECD, Greece, 2017)

### 3.2 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως υποσύστημα του Ε.Σ.Υ.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας αποτελεί τη μεταρρυθμιστική προσπάθεια της Ελληνικής πολιτείας στις αρχές του 1980 να αντιμετωπίσει το ζήτημα της υγείας των πολιτών, που διάγουν τον βίο τους στα όρια του Ελληνικού κράτους, προς το καλύτερο. Αυτός που προετοίμασε το έδαφος για τη διαμόρφωση του Ε.Σ.Υ. ήταν ο Σπύρος Δοξιάδης, όταν το 1980 ως υπουργός υγείας κατέθεσε την πρόταση για την αναμόρφωση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα γνωστή και ως «Μέτρα Δοξιάδη». Εκείνο δε, που έχει ιδιαίτερη σημασία είναι, πως αυτός πρώτος την εποχή αυτή, εισήγαγε μια νέα αντίληψη και παρουσίασε έναν πρώτο σχεδιασμό για την Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα. Η πρότασή του αποτελούσε στην ουσία αποδοχή και προβολή της διακήρυξης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην Alma-Ata σχετικά με την προώθηση της Π.Φ.Υ., ως βασικό δομικό στοιχείο των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη και στον κόσμο όλων (Σισσούρας, 2012).

Θα μπορούσε να υποστηριχθεί πως αν και η πρόταση Δοξιάδη για την Π.Φ.Υ. εν τέλει δεν έγινε αποδεκτή, υλοποιήθηκε όμως τρία χρόνια αργότερα με τον Νόμο 1397 του 1983 διά του οποίου συστήνονται και δημιουργούνται σε κάθε νομό της επικράτειας Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.), ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων του νομού και Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι.), ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας. Βασικός άξονας της φιλοσοφίας του νόμου αυτού, όπως ορίζεται στο άρθρο 1 παρ. 1 και 2 είναι πως την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο κοινωνικό σύνολο την έχει το κράτος και όλες οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, επαγγελματική και κοινωνική του κατάσταση. Πρέπει να υπογραμμίσουμε πως το βασικό στοιχείο των προσφερόμενων υπηρεσιών του Ε.Σ.Υ. είναι η αποκεντρωτική τους διάρθρωση και από την εφαρμογή του μέχρι σήμερα επιδιώκεται, πολιτικά τουλάχιστον, η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, κυρίως, στις αγροτικές περιοχές (Θεοδώρου και συν., 2001).

Η συντελεσθείσα τομή με το Ε.Σ.Υ. στην πολιτική της υγείας άλλαξε τον υγειονομικό χάρτη της χώρας με τη δημιουργία αρχικά 184 Κ.Υ. στις μη αστικές περιοχές, από τα οποία τα 165 ήταν αμιγώς Κέντρα Υγείας και τα 19 Κέντρα Υγείας-Νοσοκομεία. Είναι γεγονός πως η πολιτική αυτή έγινε αποδεκτή από το κοινωνικό σύνολο με αποτέλεσμα την επέκτασή της, έτσι ώστε μέχρι το 2004 τα Κ.Υ. μη αστικού τύπου να ανέρχονται στα 202 (Ζηλίδης, 2005). Δυστυχώς αυτό που συνέβη στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές δεν επαναλήφθηκε στον αστικό κορμό της χώρας, με συνέπεια τη δημιουργία του πρώτου Κ.Υ. αστικού τύπου το 2004 στον Βύρωνα στην Αθήνα (Μαριόλης και συν., 2007) και του επόμενου Κ.Υ. μόλις το έτος 2009 στον Εύοσμο στη Θεσσαλονίκη. Η καθυστέρηση αυτή οφειλόταν σύμφωνα με τον Σισσούρα (2012, σ. 103) «στις δομικές και λειτουργικές δυσκολίες οργάνωσης του θεσμού, καθώς και στις πολιτικές (και συνδικαλιστικές) αντιδράσεις που προκάλούσε η προϋπόθεση του άρθρου 16 για την ενιαιοποίηση των υπηρεσιών υγείας των ασφαλιστικών ταμείων».

Το χαρακτηριστικό στοιχείο των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα, ως συνέχεια της Διακήρυξης της Alma-Ata και κατ' επέκταση των όσων συνέβαιναν και στον υπόλοιπο κόσμο, ήταν ο ανθρωποκεντρικός προσανατολισμός των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η βάση για τη δόμηση της Π.Φ.Υ. γίνεται η ίδρυση των Κ.Υ., αγροτικού και αστικού τύπου, και η αναβάθμιση της Γενικής Ιατρικής σε πρωτεύουσα ειδικότητά της. Υποστηρίζεται όμως, πως η σύσταση της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα λειτούργησε ανασταλτικά για την περαιτέρω πορεία και ολοκλήρωση του Ε.Σ.Υ. Με την πολιτική που ακολουθήθηκε δεν προήχθη ούτε και ολοκληρώθηκε η Π.Φ.Υ., αφού π.χ. το ΙΚΑ δεν εντάχθηκε στη δομές της και όπως προαναφέρθηκε τα Κ.Υ. αστικού τύπου στην ουσία δεν λειτούργησαν ποτέ, εκτός των δύο εξαιρέσεων (Βύρωνα και Ευόσμου). Κατά συνέπεια, αν και υποστηρίζεται η ύπαρξη και η λειτουργία της Π.Φ.Υ., δεν διενεργούνται όμως οι απαραίτητες ενέργειες για την προώθησή της (Φιλαλήθης, 2008).

Η λειτουργία της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα ως υποσυστήματος του Ε.Σ.Υ. αποτέλεσε από την αρχή τη βασική μεταρρυθμιστική πρόταση στον τομέα της υγείας, με σκοπό την ιατρική αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των ασθενών και την εξοικονόμηση χρηματικών πόρων (Κυριόπουλος και συν., 2000), ιδιαίτερα σε καιρούς οικονομικής ύφεσης σαν και αυτή που διανύουμε σήμερα. Άλλωστε, αυτός είναι ο στόχος των διαρθρωτικών αλλαγών στο χώρο της υγείας, και κατά βάση στην Π.Φ.Υ., που επιχειρήθηκαν στο παρελθόν και σχεδιάζονται για το μέλλον, μετά μάλιστα και τις υποχρεώσεις της χώρας μας, λόγω της επιβολής των μνημονίων των τελευταίων ετών (Πετρέλης & Δομάγερ, 2016).

Η Π.Φ.Υ. γίνεται η θεμελιακή βάση λειτουργίας ολόκληρου του Ε.Σ.Υ., με συνέπεια να αποτελέσει στην ουσία την υγειονομική έκφραση της εκάστοτε πολιτικής υγείας στη χώρα, γι' αυτό και βρέθηκε πολλές φορές σε έναν κύκλο αντιπαράθεσης σχετικά με την αποδοτικότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών της προς τους πολίτες. Πρέπει να υπογραμμίσουμε, όμως, αυτό που επισημαίνεται στη βιβλιογραφική αναφορά, ότι υπάρχει αυξημένη η ανάγκη αναδιοργάνωσης και αναβάθμισης των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ. εξαιτίας του περιορισμού του έργου της μόνο στη θεραπεία και την αποκατάσταση, υποβαθμίζοντας στην ουσία τον ρόλο της στην πρόληψη και την αγωγή υγείας (Κομματάς και συν., 2008). Άμεσα συνυφασμένη με την προηγούμενη επισήμανση είναι και η κριτική που ασκείται για τον ρόλο του Γενικού-Οικογενειακού γιατρού στο πλαίσιο λειτουργίας της Π.Φ.Υ. Ο περιορισμός του έργου του μόνο στην περίθαλψη και τη συνταγογράφηση και η απραξία στον τομέα της πρόληψης και της αγωγής των ασθενών υποβαθμίζει το ρόλο της Π.Φ.Υ. και αναιρεί έναν από τους βασικούς στόχους για τον οποίο συστήθηκε μετά τη Διακήρυξη της Alma-Ata (Λιονής, 2007). Όπως έχει ήδη αναφερθεί ο λόγος συγκρότησης της Π.Φ.Υ. υπήρξε η αντιμετώπιση των δυσκολιών που εμφανίστηκαν και στον τομέα της υγείας εξαιτίας της οικονομικής-πετρελαϊκής κρίσης τη δεκαετία του '70. Η ισότητα, η κοινωνική συμμετοχή, η προαγωγή της υγείας, η ορθολογική χρήση των πόρων, η διατομεακή δράση και συνεργασία αποτέλεσαν τους βασικούς άξονες για τη σύσταση της Π.Φ.Υ. όχι μόνο για την Ελλάδα αλλά για όλες τις χώρες του κόσμου σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. Η προοπτική της, ως υποσυστήματος του Ε.Σ.Υ., ήταν να δώσει τη δυνατότητα ισότιμης συμμετοχής του πολίτη στο πλαίσιο των δομών υγείας της χώρας μέσα από τη διαβαθμισμένη κλίμακα -πρόληψη-θεραπεία-αποκατάσταση, δεν επιτεύχθηκε, όμως, στον βαθμό που αναμενόταν σε σύγκριση με άλλες χώρες. (Βραχάτης & Παπαδόπουλος, 2012).

### **3.3 Το νομοθετικό πλαίσιο σύστασης και οργάνωσης της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα από το 1983 μέχρι σήμερα**

Οι πρώτες προσπάθειες παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης ξεκινούν από τη σύσταση του ελληνικού κράτους με τη θέσπιση του θεσμού του επαρχιακού ιατρού το 1852, ενώ στις αστικές περιοχές λειτουργούν ήδη τα πρώτα νοσοκομεία της χώρας. Εξίσου σημαντική είναι η ίδρυση της πολυκλινικής Αθηνών το 1903, η οποία παρείχε σημαντικό έργο στο χώρο της υγείας, καθώς και του γραφείου Δημόσιας Υγείας στη Θεσσαλονίκη το 1915 με το

N. 582. Το 1937 με τον AN 965 η χώρα αποκτά τα πρώτα πολυϊατρεία στις πόλεις και υγειονομικούς σταθμούς στις αγροτικές κοινότητες, ενώ με το N.3487/1955 προβλέπεται η σύσταση ενός ικανού αριθμού αγροτικών ιατρείων και υγειονομικών σταθμών και δημιουργείται ένα δίκτυο παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας στους κατοίκους της υπαίθρου. (Αλεξιάδου ΣΑ, et al, 2008). Παράλληλα, το 1836 οργανώνεται και ο τομέας της κοινωνικής ασφάλισης με τη σύσταση του πρώτου ασφαλιστικού ταμείου, του Ναυτικού Απομαχικού Ταμείου (NAT), και αρχή λειτουργίας το 1861. Το 1834 ψηφίζεται ο N. 6298 «Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων», ενώ το 1935 καθιερώνεται η υποχρεωτική ασφάλιση όλων των μισθωτών στο Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ). Την ίδια περίοδο ιδρύεται το Ταμείο Ασφάλισης Εμπόρων (ΤΑΕ) και το Ταμείο Επαγγελματιών και Βιοτεχνών (ΤΕΒΕ), ενώ το 1861 η ασφαλιστική προστασία επεκτείνεται και στον αγροτικό πληθυσμό με τον Οργανισμό Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ). (Υρακρ.gr, 2019). Η λειτουργία του ΙΚΑ άρχισε την 1.1.1937, αλλά η χορήγηση παροχών ρυθμίστηκε το 1951 με τον Αναγκαστικό Νόμο 1846/51, ο οποίος με τις διαδοχικές του τροποποιήσεις συνέθεσε και το θεσμικό πλαίσιο του φορέα. Όλα αυτά τα χρόνια ανέπτυξε δικές του μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας στις οποίες παρείχε δωρεάν περίθαλψη στους ασφαλισμένους του μέχρι πρόσφατα<sup>1</sup>, ενώ οι δικαιούχοι των ασφαλιστικών φορέων που δεν διέθεταν δικές τους υπηρεσίες υγείας καλύπτονταν μέσω συμβάσεων με ιδιωτικά σχήματα και ιατρούς. (Υρακρ.gr, 2019). Αναμφισβήτητα η πρώτη ολοκληρωμένη προσπάθεια για τη συγκρότηση ενιαίας ΠΦΥ γίνεται με το N. 1397/1983 «Περί Εθνικού Συστήματος Υγείας» με τον οποίο η χώρα αποκτά ένα οργανωμένο σύστημα υγείας, στο οποίο έχουν όλοι οι πολίτες ίση και δωρεάν πρόσβαση. Στο πλαίσιο του ΕΣΥ προβλέπονταν η δημιουργία αστικών και μη αστικών κέντρων υγείας και περιφερειακών ιατρείων, τα οποία ως αποκεντρωμένες μονάδες των οικείων νοσοκομείων θα αναλάμβαναν την παροχή της ΠΦΥ. (Ποτήρης Α, et al, 2014). Επιπρόσθετα, ο N. 1397 προέβλεπε την ένταξη των ιατρείων των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης στο Ε.Σ.Υ. και τη δημιουργία ειδικού λογαριασμού για την κάλυψη των δαπανών υγείας από τα ασφαλιστικά ταμεία. Τα αστικού τύπου κέντρα υγείας, η ένταξη των ιατρείων των ταμείων και ο κοινός ειδικός λογαριασμός δεν κατάφεραν να εφαρμοστούν. (Ποτήρης Α, et al, 2014), Ακολούθησε πλήθος μεταγενέστερων νόμων που σκοπό είχαν τη βελτίωση του ΕΣΥ και περιείχαν σημαντικές διατάξεις για την αναδιοργάνωση της ΠΦΥ, η πλειοψηφία των οποίων όμως δεν εφαρμόστηκε ποτέ<sup>2</sup>. Στην ουσία, η διαφοροποίηση των νομοθετικών ρυθμίσεων περιορίστηκε στη διοικητική οργάνωση της ΠΦΥ3, η οποία συνέχισε όλα αυτά τα χρόνια να παρέχεται κατακερματισμένη. (Γιανασμίδης Α, et al, 2012). Τα τελευταία χρόνια η χρηματοδοτική πίεση που ασκήθηκε στον υγειονομικό τομέα, σε συνδυασμό με την ανεργία και τις σημαντικές αρνητικές επιδράσεις της στην υγεία, και την αυξημένη ζήτηση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας λόγω της οικονομικής κρίσης, οδήγησε σε μία ακόμα προσπάθεια οργάνωσης του συστήματος υγείας στη χώρα μας. (Κυριόπουλος Γ, Τσιάντου Β., 2010). Το 2011 γίνεται ένα ακόμα σημαντικό μεταρρυθμιστικό βήμα με τον N.3918/2011 με τον οποίο ιδρύεται ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Στον ΕΟΠΥΥ εντάσσονται αρχικά τα τέσσερα μεγαλύτερα ασφαλιστικά ταμεία (ΙΚΑ, ΟΓΑ ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ) με τους κλάδους υγείας τους δημιουργώντας ένα ενιαίο δίκτυο παροχής υπηρεσιών. Ένα από τα αδύνατα σημεία του ΕΟΠΥΥ αφορά στο γεγονός ότι ήταν την ίδια στιγμή αφ' ενός φορέας παροχής υπηρεσιών (με τα πολυϊατρεία του ΙΚΑ) και αφ' ετέρου φορέας αγοράς αυτών των υπηρεσιών (με τους κλάδους υγείας των ασφαλιστικών ταμείων). Επίσης ενώ κάλυπτε τους ασφαλισμένους των τεσσάρων ταμείων, οι κλάδοι υγείας των οποίων εντάχθηκαν σε αυτόν άφηνε εκτός ένα, όχι αμελητέο, ποσοστό του πληθυσμού (άποροι, μετανάστες, μειονεκτικές κοινωνικές ομάδες, ανασφάλιστοι). (Γιανασμίδης Α, 2012). Ένα άλλο παράδοξο που διαμορφώθηκε μετά την ενοποίηση των ταμείων στον ΕΟΠΥΥ είναι αυτό της ύπαρξης δύο υποσυστημάτων παροχής ΠΦΥ, δημόσιου χαρακτήρα, τα οποία απευθύνονταν στο συνολικό πληθυσμό της χώρας με συχνές επικαλύψεις και σπατάλη σπάνιων πόρων (το πρώτο αποτελούμενο από τα κέντρα υγείας και το άλλο από τα πρώην



πολυϊατρεία του ΙΚΑ). (Ποτήρης Α, et al 2014). Το κενό αυτό έρχεται να καλύψει η πλέον πρόσφατη παρέμβαση στο χώρο της ΠΦΥ, η σύσταση του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) με το Ν. 4238/2014. Σύμφωνα με τον νόμο αυτόν τα Κέντρα Υγείας της χώρας, με τις αποκεντρωμένες μονάδες τους (Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Περιφερειακά και Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία) και οι Μονάδες Παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των οικείων Διοικητικών Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε) ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες τους και αποτελούν τις Δημόσιες Δομές Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Π.Ε.Δ.Υ. Ο νόμος περιλαμβάνει και την αλλαγή σκοπού του ΕΟΠΥΥ ο οποίος ως ενιαίος ασφαλιστικός φορέας είναι πλέον αγοραστής και όχι πάροχος υπηρεσιών υγείας. (Νόμος 4238/2014).

\* Τα κέντρα υγείας με τους νόμους 1397/83 και 2194/94 υπάγονται διοικητικά στα νοσοκομεία, ενώ με το νόμο 2071/92 υπάγονται στις νομαρχίες. (Γιανασμίδης Α, 2012).

#### **Προσπάθειες εγκαθίδρυσης ενός δομημένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας**

Οι υπηρεσίες του ΕΣΥ παρέχονται μέσω ενός συνδυασμού δημοσίων εγκαταστάσεων που λειτουργούν παράλληλα με μεγάλο αριθμό (διαφόρων ειδών) ιδιωτικών παρόχων συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ. Η μακράν πιο πιεστική ανάγκη του συστήματος υγείας είναι η δημιουργία αποτελεσματικού δικτύου υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, που θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού. Παραδοσιακά, η πλειονότητα των δημόσιων κέντρων υγείας, των αγροτικών και των ιδιωτικών ιατρείων δεν παρείχαν προληπτική περίθαλψη ή δεν δρούσαν ως ρυθμιστές παραπομπών (gatekeepers) και αντ' αυτού προσέφεραν ειδικές υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Ο συντονισμός μεταξύ των παρόχων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και των νοσοκομειακών γιατρών εξακολουθεί να είναι περιορισμένος. Επιπλέον, η κατανομή των δημοσίων εγκαταστάσεων και του προσωπικού σε όλη τη χώρα είναι ιδιαίτερα άνιση. Η απάντηση της κυβέρνησης είναι ένα νέο σχέδιο για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, το οποίο αποσκοπεί στον μετασχηματισμό των υπάρχουσών εγκαταστάσεων. Η πιλοτική φάση ξεκίνησε στο τέλος του 2017, ενώ η πλήρης εφαρμογή εκτείνεται σε διάρκεια τριών ετών. (OECD, Greece, 2017).

#### **Δομή του συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης**

Η πρώτη αναφορά στην πρωτοβάθμια περίθαλψη ως μέρος του ελληνικού εθνικού συστήματος υγείας έγινε το 1983 (νόμος περί υγείας αριθ. 1397). Ο νόμος αυτός ορίζει κέντρα υγείας ως αποκεντρωμένες μονάδες νοσοκομειακών νοσοκομείων. Το 2001 τέθηκε σε εφαρμογή ένας νόμος για την υγεία (Tountas, Karnaki & Pavi, 2002), με κύριο στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας μέσω της δημιουργίας περιφερειακών συστημάτων υγείας (RHS) με διορισμό επαγγελματιών διευθυντών σε όλες τις περιοχές υγείας της Ελλάδας. Ο Νόμος περί Υγείας αριθ. 53 (2004) ασχολήθηκε αποκλειστικά με την πρωτοβάθμια περίθαλψη και καθορίζει τις προσφερόμενες υπηρεσίες. Το 2008, ένα εθνικό σχέδιο δράσης για τη δημόσια υγεία δημιουργήθηκε από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Αυτή είναι η πρώτη προσπάθεια στην Ελλάδα να συμπεριλάβει την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας στην ατζέντα υγειονομικής περίθαλψης. Ο στόχος του Εθνικού Σχεδίου Δράσης είναι η προώθηση της δημόσιας υγείας και η διασφάλιση μιας εθνικής πολιτικής που θα εγγυάται την πρόληψη των ασθενειών και της ποιότητας ζωής των πολιτών τους. Το εθνικό σχέδιο δράσης για τη δημόσια υγεία 2008-2012 περιλαμβάνει τους ακόλουθους τομείς προτεραιότητας: τον καρκίνο, τον ιό HIV / AIDS, την αναπαραγωγική και σεξουαλική υγεία, τα ναρκωτικά, τις διατροφικές διαταραχές και τις διατροφικές διαταραχές, τις επιβλαβείς επιπτώσεις του αλκοόλ στην υγεία, την κατάθλιψη, οι κίνδυνοι για το περιβάλλον που απειλούν την υγεία, το κάπνισμα, τα ατυχήματα με αυτοκίνητα, τις μεταδοτικές ασθένειες, την υγεία των ταξιδιών, την

στοματική υγεία, τις σπάνιες ασθένειες, τη μικροβιακή αντοχή στα αντιβιοτικά και τις μολύνσεις σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης παρέχει στην Ελλάδα για πρώτη φορά με ένα ισχυρό εργαλείο για τη βελτίωση της υγείας των πολιτών κυρίως μέσω πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης. Η παρούσα κατάσταση της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Ελλάδα έχει αναλυθεί σε μεγάλο βαθμό. Μια πρόταση γράφτηκε από τον κ. Σουλιώτη και τον κ. Λιονή συνιστώντας ένα ολοκληρωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας με τις ακόλουθες αρχές: συνέχεια της φροντίδας (διαχείριση των προβλημάτων υγείας από τον ίδιο γιατρό), ολοκληρωμένη και συντονισμένη φροντίδα (διαχείριση των πιο κοινών ασθενειών και προβλημάτων υγείας στο τοπικό επίπεδο) και φροντίδα εστιασμένη στην οικογένεια ασθενών (κατάλληλη παραπομπή και κίνηση μέσω του συστήματος) (Souliotis & Lionis, 2004). Σε αυτό το μοντέλο, ο προσωπικός γιατρός θεωρείται κρίσιμος και αναγράφεται σαφώς ένας λεπτομερής κατάλογος των υπηρεσιών που πρέπει να παρέχει ένας προσωπικός γιατρός σε κάθε πολίτη (Souliotis & Lionis, 2004). Η εισαγωγή της κλινικής διακυβέρνησης στο επίπεδο του κέντρου υγείας ολοκληρώθηκε το 2004. Ο αναπληρωτής γενικός διευθυντής ανέθεσε στους διευθυντές των κέντρων υγείας να είναι υπόλογοι για διοικητικά ζητήματα και κλινική διακυβέρνηση (Lionis et al., 2004). Επίσης, οι διευθυντές των κέντρων υγείας διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στην υπεράσπιση των ασθενών, καθώς εκδίδουν ερωτηματολόγια για τη διερεύνηση της κλινικής αποτελεσματικότητας (Lionis et al., 2004). Έχει διεξαχθεί εκτεταμένη συστηματική ανασκόπηση της ολοκληρωμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Ελλάδα (Lionis et al., 2009) και, δυστυχώς, τα ευρήματα δεν ήταν πολύ ικανοποιητικά. Διαπιστώθηκε ότι η ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα είναι ένα ζήτημα που απαιτεί εκτεταμένες προσπάθειες στην Ελλάδα. Υπάρχουν πολλά ακαδημαϊκά ιδρύματα, όπως η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας στην Αθήνα και το Τμήμα Κοινωνικής Ιατρικής στην Κρήτη, όπου διεξάγεται εμπειρική έρευνα, αλλά μέχρι στιγμής οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής δεν λαμβάνουν σοβαρά υπόψη τα αποτελέσματα.

### 3.4 Μεταρρυθμίσεις Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Το πεδίο της ΠΦΥ στην Ελλάδα αποτελεί για χρόνια κεντρικό σημείο πολιτικών και επιστημονικών συζητήσεων που οδήγησαν σε αλληπάλληλα νομοθετήματα. Η δημιουργία ενός καθολικού, ενιαίου και αποκεντρωμένου πρωτοβάθμιου εθνικού δικτύου, όπως προβλέπονταν από τον νόμο (4238/2014), μέσα σε ένα σύστημα που οι φορείς άσκησης ΠΦΥ ήταν πολλαπλοί και ασύνδετοι μεταξύ τους, είναι ιδιαίτερα σημαντική και προς τη σωστή κατεύθυνση. Διατάξεις όπως η καθιέρωση ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου υγείας, ο οικογενειακός γιατρός ως δομή παροχής ΠΦΥ και η δημιουργία αστικών κέντρων υγείας αποτελούσαν επίσης σημαντικές ρυθμίσεις του νόμου. Στον ίδιο περιλαμβάνονται ακόμη, όλοι οι σκοποί και οι αρχές της ΠΦΥ που αφορούν στην πρόληψη, την θεραπεία και την αποκατάσταση. (Ποτήρης Α, et al 2014), (Νόμος 4238/2014). Στην πραγματικότητα όμως η φιλόδοξη προσπάθεια ανασυγκρότησης της ΠΦΥ δεν κατέληξε στο επιθυμητό αποτέλεσμα. Ενάμιση χρόνο μετά την ψήφιση του νόμου η πλειοψηφία των μεταρρυθμίσεων δεν εφαρμόστηκε με αποτέλεσμα οι μονάδες υγείας του ΠΕΔΥ να αδυνατούν να προσφέρουν ολοκληρωμένες υπηρεσίες φροντίδας. (Κυριόπουλος Γ, et al 2000), (Ποτήρης Α, et al 2014), (Γιανασμίδης Α et al 2012), (Νόμος 4238/2014.)

- Η ΠΦΥ συνέχιζε να παρέχεται κατακερματισμένη, καθώς στην αναζήτηση της φροντίδας υπήρχε η δυνατότητα επιλογής ανάμεσα α) στις μονάδες ΠΕΔΥ, β) στους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ ιδιώτες ιατρούς και γ) στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου.
- Η σημαντική έλλειψη της ειδικότητας του γενικού ιατρού, αλλά και η αποχώρηση μεγάλου αριθμού ιατρών από τις μονάδες του ΕΟΠΥΥ λόγω της αλλαγής του εργασιακού καθεστώτος σε πλήρη και αποκλειστική απασχόληση, έχει ως αποτέλεσμα οι μονάδες ΠΦΥ

να αδυνατούν να καλύψουν τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού αυξάνοντας τις ιδιωτικές δαπάνες.

- Η απουσία του θεσμού του κοινοτικού νοσηλευτή στον οποίο θα μπορούσαν να δοθούν αρμοδιότητες κατά το πρότυπο άλλων χωρών όπως η Φιλανδία και η απουσία διεπιστημονικής ομάδας, που είναι επίσης σημαντική για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ.
- Η απουσία διασύνδεσης των μονάδων ΠΦΥ με τα νοσοκομεία και η μη εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού ως θυρωρού (gatekeeping), ο οποίος κατέχει κεντρικό ρόλο στην ΠΦΥ σε πολλές χώρες. (Starfield, 2019) (Rao M, 2014)
- Η έλλειψη αστικών κέντρων υγείας με διευρυμένο ωράριο λειτουργίας εξακολουθούσε να επιβαρύνει τα νοσοκομεία με εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες και να δυσχεραίνει την πρόσβαση στην ΠΦΥ.
- Οι ελλείψεις τεχνολογικών πόρων, η μη ενσωμάτωση νέων τεχνολογιών (όπως ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας και η τηλεϊατρική) και η απουσία κατευθυντήριων οδηγιών και κλινικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων δυσχεραίνουν το έργο του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Οι ΔΥΠΕ μετά την ψήφιση του νόμου του ΠΕΔΥ αδυνατούσαν να διεκπεραιώσουν τα αιτήματα των μονάδων που είναι στο πεδίο ευθύνης τους, οι οποίες δεν έχουν ενιαίο πλαίσιο λειτουργίας προσθέτοντας πλήθος προβλημάτων στη διοίκηση και οργάνωση των υπηρεσιών αυτών.
- Η απουσία ολοκληρωμένων προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής υγείας. Τα δεδομένα αυτά σε συνδυασμό με τη συνεχή αύξηση των χρόνιων νοσημάτων, τη γήρανση του πληθυσμού και την οικονομική κρίση η οποία αυξάνει την χρήση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, επέβαλαν την ανάπτυξη ενός οργανωμένου δικτύου ΠΦΥ, που να ικανοποιεί τις ανάγκες του πληθυσμού. Είναι σαφές πλέον ότι πρέπει να αναζητηθούν οι τρόποι βελτίωσης της ανταποκρισιμότητας των υπηρεσιών της ΠΦΥ στα πλαίσια της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας στη φροντίδα για την αντιμετώπιση τόσο των δυσμενών επιπτώσεων στην δημόσια υγεία, όσο και του συνεχώς αυξανόμενου κόστους. (Κυριόπουλος Γ, et al 2000).

### ***Εξέλιξη μεταρρυθμίσεων***

Η Ελλάδα στερούσε ενός οργανωμένου συστήματος υπηρεσιών ΠΦΥ, η οποία οδηγούσε τόσο στην μη ύπαρξη οργανωμένου συστήματος πρόληψης και προαγωγής υγείας, όσο και στις αυξημένες δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία, οι οποίες όμως προσέφεραν ελλιπή κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού και κυρίως των ευάλωτων οικονομικά ομάδων. (Η Μεταρρύθμιση της ΠΦΥ, 2017). Μια σημαντική μεταρρύθμιση πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αποσκοπεί στην κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού. Η μεταρρύθμιση επέφερε την θέσπιση δύο επιπέδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Στο πρώτο επίπεδο συναντάμε τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ) και στο δεύτερο επίπεδο τα Κέντρα Υγείας και τις υπόλοιπες Μονάδες ΠΦΥ. Έτσι, κάθε ΤΟΜΥ λειτουργεί γύρω από το Κέντρο Υγείας του Τομέα ΠΦΥ στον οποίο ανήκει, και αντιστοιχεί σε ένα πληθυσμό ευθύνης, ο οποίος ανέρχεται περίπου σε 10.000-12.000 κατοίκους. (Η Μεταρρύθμιση της ΠΦΥ, 2017). Το πλέον πρόσφατο σχέδιο για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, που ξεκίνησε το 2017 (ΤΟΜΥ), στοχεύει στον εξορθολογισμό των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας πρώτης επαφής και στη δημιουργία δεύτερης βαθμίδας υποδομών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Επίσης, ενίσχυση των δραστηριοτήτων πρωτοβάθμιας πρόληψης και προαγωγής της υγείας. Οι περιφερειακές υγειονομικές αρχές συντονίζουν τις υπηρεσίες. Υπάρχει σύστημα παραπομπών (gatekeeping) και ζητείται από τους ασθενείς να εγγράφονται στην τοπική τους μονάδα ΠΦΥ. Οι μονάδες αυτές επανδρώνονται με οικογενειακούς γιατρούς και ομάδες υγείας (νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτες υγείας), με στόχο την καθιέρωση πιο ολοκληρωμένης περίθαλψης. Η επιτυχία της μεταρρύθμισης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εξαρτάται από την επάρκεια των πόρων, το επίπεδο στελέχωσης και την ικανότητα των

περιφερειακών αρχών να ενεργούν ως συντονιστές. (State of Health in the EU: Companion Report, 2017). Η μεταρρύθμιση εισάγει κάποιες καινοτομίες όπως είναι:

- δημιουργία του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας,
- ενιαίο σύστημα παραπομπών,
- λειτουργία Κεντρικών Διαγνωστικών Εργαστηρίων και Κέντρων Ειδικής Φροντίδας
- κοινωνικός έλεγχος των Μονάδων της ΠΦΥ,
- εισαγωγή ενός διαφορετικού μοντέλου αμοιβής των γιατρών που έχουν κάνει σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ,
- νέες αρμοδιότητες που σχετίζονται με την προαγωγή της Δημόσιας Υγείας, προστίθενται στα καθήκοντα των Μονάδων της ΠΦΥ
- αναβάθμιση των μαιευτικών υπηρεσιών στην ΠΦΥ.

Ο μεγαλύτερος στόχος της μεταρρύθμισης ήταν η βελτίωση των υγειονομικών δεικτών του πληθυσμού της χώρας, καθώς και η αντιμετώπιση της υψηλής επίπτωσης των χρόνιων και μη μεταδιδόμενων νοσημάτων. Η μεταρρύθμιση της ΠΦΥ ήρθε να λύσει τα μεγαλύτερα προβλήματα που αντιμετωπίζει το Δημόσιο Σύστημα Υγείας της χώρας, όπως ο κατακερματισμός της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας, η απουσία κεντρικού σχεδιασμού για την πρόληψη και την προαγωγή της δημόσιας υγείας, η συνταγογράφηση, η παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων με αποτέλεσμα την ανισότητα στην πρόσβαση των πολιτών και την επιβάρυνση της λειτουργίας τους, ο προσανατολισμός των ατόμων στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων για την αντιμετώπιση χρόνιων νοσημάτων και υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, η αύξηση των δαπανών για την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, που είναι αποτέλεσμα του φαινομένου της προκλητής ζήτησης, η ιδιωτικοποίηση και η αύξηση του φαινομένου των παράτυπων πληρωμών, ο υποβιβασμός των δημόσιων δομών υπηρεσιών υγείας μέσα από την συνεχή μείωση της δημόσιας δαπάνης για την υγεία. Η μεταρρύθμιση αφορά ολόκληρο τον πληθυσμό της χώρας. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην δυνατότητα πρόσβασης στις υγειονομικές υπηρεσίες των κοινωνικά ευπαθών ομάδων και των ατόμων που έχουν επιβαρυνθεί περισσότερο από την οικονομική κρίση που πλήττει την χώρα. (Η Μεταρρύθμιση της ΠΦΥ, 2017).

#### **3.4.1 Οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (TOMY)**

Η ΠΦΥ παρέχει τις υπηρεσίες της μέσω ενός ενιαίου και ολοκληρωμένου συστήματος. Οι υπηρεσίες παρέχονται από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (TOMY), τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Περιφερειακά Πολυδύναμα Ιατρεία, τα Περιφερειακά Ειδικά Ιατρεία και τα Τοπικά Ιατρεία. (Η Μεταρρύθμιση της ΠΦΥ, 2017). Περισσότερο από ένα χρόνο, η Ελλάδα έχει δημιουργήσει σχεδόν 127 νέες κοινοτικές μονάδες πρωτοβάθμιας υγείας, δωρεάν προσβάσιμες και γνωστές ως Τοπικές Μονάδες Υγείας ή TOMY. Οι μονάδες αποτελούν βασικά στοιχεία του πρόσφατα εφαρμοσμένου συστήματος πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης της Ελλάδας και είναι το πρώτο σημείο επαφής και ο κύριος συντονιστής της φροντίδας των ανθρώπων στην περιοχή. (Euro.who.int, 2019). Οι TOMY (Τοπικές Μονάδες Υγείας) είναι Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και επανδρώνονται από μια διεπιστημονική ομάδα υγείας που αποτελείται από μικρό αριθμό μελών. Απαρτίζεται από 12 μέλη (4 γενικούς γιατρούς ή παθολόγους, 1 παιδίατρο, 4 νοσηλευτές ή επισκέπτες υγείας, 1 κοινωνικό λειτουργό, 2 διοικητικούς υπαλλήλους). Ο κύριος σκοπός τους είναι η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών ΠΦΥ στον πληθυσμό ευθύνης τους (10.000- 12.000), όπου οι πολίτες θα μπορούν να εγγράφονται στον προσωπικό τους ιατρό και με αυτό τον τρόπο να έχουν άμεση πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες ανάλογα με τις ανάγκες τους. Στόχος των TOMY είναι η εξασφάλιση εύκολης πρόσβασης και συνέχειας στην φροντίδα, καθώς και η παροχή ασφαλούς, αποτελεσματικής, ολιστικής, και ποιοτικής φροντίδας υγείας με επίκεντρο τον άνθρωπο. Οι παρεχόμενες

υπηρεσίες επικεντρώνονται στις υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής υγείας του υγιούς πληθυσμού, την ολοκλήρωση της φροντίδας των ασθενών και ειδικά των ατόμων που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, καθώς και στην εφαρμογή προγραμμάτων που σχετίζονται με την δημόσια υγεία, την παροχή κατ' οίκον φροντίδας και την διενέργεια εμβολιασμών. Οι πολίτες έχουν την δυνατότητα της επιλογής του προσωπικού τους γιατρού εντός της οικείας TOMY. Στην συνέχεια, εγγράφονται στην αντίστοιχη λίστα και έτσι μπορούν να επισκέπτονται ελεύθερα, απεριόριστα και δωρεάν τον προσωπικό τους γιατρό, στη λίστα των οποίων είναι εγγεγραμμένοι. Ο κάθε εγγεγραμμένος πολίτης έχει το γιατρό του, στον οποίο μπορεί να απευθύνεται δωρεάν και χωρίς περιορισμούς για τα θέματα της υγείας του. Ο οικογενειακός γιατρός κατευθύνει τους πολίτες μέσα στο Σύστημα Υγείας, ενημερώνοντας τους και διευκολύνοντας την πρόσβαση τους σε εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας. Κάθε TOMY είναι υπεύθυνη για το επίπεδο υγείας του πληθυσμού ευθύνης της, και κατά συνέπεια και για τα μέλη των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων. Οι ομάδες υγείας έχουν την υποχρέωση να κατευθύνουν και να τροποποιούν τις παρεμβάσεις τους ανάλογα με τις ανάγκες των πολιτών και να εξασφαλίζουν την πρόσβαση όλων των εγγεγραμμένων μελών στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Ακόμη, μία από τις καινοτομίες που λαμβάνουν χώρα στις παρεχόμενες υπηρεσίες των TOMY είναι η εφαρμογή του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας. Ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας περιλαμβάνει ένα ενσωματωμένο σύστημα ηλεκτρονικών παραπομπών, όπου ο οικογενειακός γιατρός θα έχει την δυνατότητα να κλείνει απευθείας ραντεβού στην ανάλογη ειδικότητα χωρίς να χρειάζεται η παρέμβαση του πολίτη. Σκοπός του ανωτέρου συστήματος είναι η μείωση των εμποδίων που αντιμετωπίζουν οι πολίτες στην πρόσβαση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας. Μέσω της ορθολογικής χρήσης του συστήματος παραπομπών θα διευκολύνεται η διαδρομή του ασθενή μέσα στο σύστημα υγείας. (Η Μεταρρύθμιση της ΠΦΥ, 2017)

Συνεπώς, οι TOMY λειτουργούν ως μονάδες οικογενειακής ιατρικής με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης. Ο στόχος τους είναι η προαγωγή της υγείας τους πληθυσμού που είναι εγγεγραμμένος σε κάθε δομή και η προώθηση της υγείας σε οικογενειακό επίπεδο, στο εργασιακό περιβάλλον, στα σχολεία και γενικά σε όλες της δομές της κοινότητας. Άλλος στόχος είναι η εφαρμογή προληπτικής ιατρικής μέσω της εκτίμησης του κινδύνου για την εμφάνιση μεταδοτικών ή και μη λοιμωδών/χρόνιων νοσημάτων σε άτομα ή ομάδες αυξημένου κινδύνου αλλά και στην γενικό πληθυσμό. Ακόμη, συμβάλλουν στη συστηματική και τακτική παρακολούθηση της πορείας της υγείας του εγγεγραμμένου πληθυσμού, με σκοπό τον εντοπισμό των οξέων εμφανιζόμενων προβλημάτων υγείας και της αντιμετώπισης τους, μέσω της παραπομπής σε μεγαλύτερες και περισσότερο καταρτισμένες δομές (π.χ. νοσοκομεία). Επίσης, περιλαμβάνουν την προγραμματισμένη φροντίδα των παιδιών, ενηλίκων και ηλικιωμένων ατόμων και ειδικότερα, αναφορικά με τα ηλικιωμένα άτομα και τα άτομα με κινητικά προβλήματα που δεν μπορούν να μετακινηθούν, δίνεται η δυνατότητα της κατ' οίκον φροντίδας. Επιπρόσθετα, δίνεται η δυνατότητα για υποστήριξη και συμβουλευτική καθοδήγηση σε άτομα και τις οικογένειες τους. Οι TOMY έχουν και τον ρόλο του εντοπισμού και της αναγνώρισης των ψυχικών νοσημάτων μέσα στην κοινότητα, όπου σε συνεργασία με Μονάδες Ψυχικής Υγείας μπορούν να συμβάλουν την διαχείριση τους. Ακόμη, υπάρχει σύστημα παραπομπών για τα άτομα που υποφέρουν από εξαρτήσεις. Επίσης, συμμετέχουν στην εκπαίδευση και καθοδήγηση του πληθυσμού ευθύνης, μέσω της ενημέρωσης, για την καλύτερη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων και των καταστάσεων που είναι απειλητικές και ενέχουν μεγάλο κίνδυνο για την υγεία τους. Τέλος, συμβάλλουν στην συλλογή και αξιοποίηση στοιχείων επιδημιολογικών μελετών σύμφωνα με το Διεθνή Υγειονομικό Κανονισμό σε συνεργασία με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας (Υπουργείο Υγείας - Δικτυακός Τόπος Διαβουλεύσεων, 2019).

Από την έναρξη των καταχωρίσεων στα τέλη του 2017, περισσότερα από 300.000 άτομα έχουν εγγραφεί στο TOMY και επωφελούνται από τις υπηρεσίες τους και πάνω από 1 εκατομμύριο έχουν εγγραφεί στο υπόλοιπο δίκτυο υπηρεσιών ΠΦΥ,

συμπεριλαμβανομένων κέντρων υγείας και ιδιωτικών πρακτικών. Μια πρόσφατη έρευνα για την ικανοποίηση των ασθενών που διεξήχθη με την υποστήριξη του ΠΟΥ αποκαλύπτει ότι υπάρχει μεγάλη ικανοποίηση από τους χρήστες και η ζήτηση έχει υπερβεί τις προσδοκίες. (Euro.who.int, 2019) Στις ομάδες TOMYs, οι πολυεπιστημονικές ομάδες - γενικοί ιατροί / οικογενειακοί γιατροί, παιδίατροι, νοσηλευτές, επισκέπτες της υγείας και κοινωνικοί λειτουργοί - παρέχουν μια συνεχή ιατρική περίθαλψη, προσφέροντας πρόληψη ασθενειών, προαγωγή της υγείας, διάγνωση, θεραπεία, παρακολούθηση και περίθαλψη. Οι νέες μονάδες καθιερώνουν επίσης σταδιακά σαφείς μηχανισμούς παραπομπής. Πρόκειται για μια σημαντική αλλαγή από το κατά τα άλλα κατακερματισμένο δίκτυο διαφόρων δημόσιων και ιδιωτικών παρόχων υγείας και κυρίως ειδικών, παρέχοντας φροντίδα κατόπιν αιτήματος και με ελάχιστο συντονισμό. Το σύστημα υγείας της Ελλάδας επηρεάστηκε βαθιά από τη χρηματοπιστωτική κρίση, η οποία είχε άμεσο αντίκτυπο στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, στην ποιότητα της περίθαλψης και στην οικονομική προστασία. Η πίεση από την κρίση αποκάλυψε μακροπρόθεσμα προβλήματα σε τομείς όπως η διακυβέρνηση της υγείας και η παροχή ΠΦΥ. Απαντώντας σε αυτό, η ΠΟΥ και το Υπουργείο Υγείας της Ελλάδας ενώνουν τις προσπάθειες για την εκπόνηση μιας πρότασης συνολικής μεταρρύθμισης της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, στο πλαίσιο της αμοιβαίας δέσμευσής τους για την προώθηση της καθολικής κάλυψης υγείας. (Euro.who.int, 2019). Τα νέα TOMY είναι το αποτέλεσμα αυτής της συνεργασίας. Αυτή η μεταρρύθμιση αποσκοπεί στη μετατόπιση της εστίασης από τη θεραπεία στην πρόληψη. Πρόκειται για μια απόδειξη που βασίζεται στην τεκμηρίωση της κρίσης του συστήματος υγείας και στην κοινωνική ζήτηση για την εξάλειψη των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας. Το νεοσύστατο κοινοτικό δίκτυο ΠΦΥ στην Ελλάδα συμπληρώνει τις προσπάθειες της ελληνικής κυβέρνησης να εξασφαλίσει την πρόσβαση του ανασφάλιστου πληθυσμού στις δημόσιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό όχι μόνο υπογραμμίζει ότι η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη εξακολουθεί να είναι σχετική και απαραίτητη για την επίτευξη καθολικής υγειονομικής κάλυψης, αλλά δίνει επίσης το παράδειγμα ότι η επένδυση σε φροντίδα που βασίζεται στον άνθρωπο βοηθά τις χώρες να οικοδομήσουν βιώσιμα συστήματα υγείας. Η επιτυχημένη συνεργασία μεταξύ του ΠΟΥ και του Υπουργείου Υγείας οδήγησε στα εγκαίνια του Γραφείου της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ) της Αθήνας το 2018 για να διασφαλιστεί η συνέχιση της συνεργασίας στις προσπάθειες μεταρρύθμισης της ΠΦΥ. (Euro.who.int, 2019)

#### 3.4.2 Τα οφέλη της μεταρρύθμισης της Π.Φ.Υ.

Τα σημαντικότερα οφέλη της μεταρρύθμισης που αφορά την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι τα ακόλουθα:

- Η ΠΦΥ διευρύνει την ικανότητα του Δημόσιου Συστήματος Υγείας να καλύπτει τις ανάγκες των πολιτών και παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες υγείας που περιλαμβάνουν την καθολική κάλυψη του πληθυσμού και την ισότιμη πρόσβαση στο Σύστημα Υγείας.
- Είναι μια μεταρρύθμιση που τοποθετεί στο επίκεντρο τους πολίτες και τις ανάγκες τους, καθώς κάθε TOMY λειτουργεί με σκοπό την πρόληψη και την προαγωγή υγείας και είναι υπεύθυνη για τη βελτίωση των δεικτών υγείας του πληθυσμού ευθύνης της.
- Καταπολεμά την υπερβολική συνταγογράφηση και την πολυφαρμακία και δίνει βάρος στην ολιστική προσέγγιση του ατόμου και την αντιμετώπιση των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας του, βάζοντας στο επίκεντρο τον ασθενή και τις εξατομικευμένες του ανάγκες.
- Βασίζεται στην ανάπτυξη δημόσιων δομών ΠΦΥ, ακολουθώντας τις κατευθύνσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), ο οποίος υπογραμμίζει ότι σε περιόδους οικονομικής ύφεσης μόνο οι δημόσιες δομές μπορούν να εξασφαλίσουν την καθολική κάλυψη του πληθυσμού.

- Δίνει τη δυνατότητα στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας να παρέχει ποιοτικές και δωρεάν υπηρεσίες σε όλους τους πολίτες.
- Περιορίζει τη γραφειοκρατία μειώνοντας την επιβάρυνση και την ταλαιπωρία των πολιτών.
- Εγκαθιστά μια προσωπική σχέση μεταξύ των πολιτών και του Δημόσιου Συστήματος Υγείας, του οποίου εκπρόσωπος είναι ο οικογενειακός γιατρός, μέσω της κοινοτικής και της οικογενειακής ιατρικής που αποτελούν τους πυλώνες λειτουργίας των Τοπικών Μονάδων Υγείας.
- Προστατεύει τους πολίτες από την οικονομική επιβάρυνση για την αντιμετώπιση προβλημάτων που προκύπτουν αναφορικά με την υγεία τους.
- Ελαττώνει τις αναμονές στην πρόσβαση των πολιτών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας και διευκολύνει την άμεση πρόσβαση σε όλα τα επίπεδα του Δημόσιου Συστήματος Υγείας.
- Εισάγει τη δημόσια λογοδοσία και τον κοινωνικό έλεγχο των Μονάδων ΠΦΥ. (Η Μεταρρύθμιση της ΠΦΥ, 2017)

### **3.4.3 Παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες στις TOMY - ικανοποίηση των ασθενών**

Με βάση τα ανωτέρω αποτελέσματα παρατηρούμε ότι παρουσιάζονται υψηλά ποσοστά ικανοποίησης μεταξύ των χρηστών των υγειονομικών υπηρεσιών που παρέχονται από τις TOMY. Ωστόσο, υπάρχουν αρκετοί τομείς που χρήζουν βελτίωσης. Ένας από αυτούς είναι η ευκολία ανεύρεσης ραντεβού. Με βάση τα ανωτέρω αποτελέσματα παρατηρείται μια δυσκολία στην ανεύρεση ραντεβού τόσο ως προς τον χρόνο που το επιθυμεί ο χρήστης των υπηρεσιών, όσο και ως προς τον γιατρό από τον οποίο επιθυμεί να εξετασθεί. Εδώ, όμως, πρέπει να τονισθεί ότι κάθε πολίτης είναι εγγεγραμμένος σε συγκεκριμένο ιατρό με αποτέλεσμα στην πλειοψηφία των περιπτώσεων να εξετάζεται από τον ιατρό τον οποίο έχει επιλέξει. Ένα ακόμα ζήτημα που θίγεται είναι το κατά πόσο οι δομές είναι εφοδιασμένες με τον απαραίτητο ιατρικό εξοπλισμό για την αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών, καθώς μια μεγάλη μερίδα των συμμετεχόντων έδωσε ουδέτερη απάντηση (46% ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ). Τέλος, όσον αφορά τις ερωτήσεις της συνολικής ικανοποίησης από τις TOMY, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στα ποσοστά μεταξύ ανδρών και γυναικών. Αναφορικά με την ικανοποίηση ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα στην οποία άνηκε ο χρήστης των υπηρεσιών υγείας, τα υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης παρατηρήθηκαν στις ηλικιακές ομάδες 20-29 και 50-59, ενώ τα χαμηλότερα στην ηλικιακή ομάδα 40-49. Συμπερασματικά, οι TOMY είναι καινούριες δομές ΠΦΥ που φέρουν τον γιατρό κοντά στον τόπο διαμονής των πολιτών, παρέχοντας ευκολία στην πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες. Παρά τα διάφορα προβλήματα που παρουσιάστηκαν κατά τον πρώτο χρόνο λειτουργίας τους (π.χ. δυσκολία ανεύρεσης ραντεβού λόγω έλλειψης προσωπικού) φαίνεται ότι οι πολίτες είναι ικανοποιημένοι από την λειτουργία τους και τις υπηρεσίες που παρέχουν. (Η Μεταρρύθμιση της ΠΦΥ, 2017)

### **3.5 Ο σκοπός της Π.Φ.Υ. μέσα από τη νομοθεσία**

Σύμφωνα με το νομοθετικό πλαίσιο, που αφορά την Π.Φ.Υ. και διαμορφώθηκε σταδιακά τα τελευταία τριάντα χρόνια στην Ελλάδα, προβάλλονται οι βασικοί άξονες συγκρότησης και λειτουργίας της, δηλαδή η περίθαλψη, η θεραπεία, η αποκατάσταση, η πρόληψη, η κοινωνική φροντίδα και η προαγωγή της υγείας (Ζοπουνίδης, 2007). Στον Νόμο 2071 του

1992 (ΦΕΚ 123/τ. Α' / 15-7-1992), στο άρθρο 16 αναφέρεται πως σκοπός των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης είναι:

- Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής ευθύνης τους και όσους προσωρινά διαμένουν σε αυτήν.
- Η εφαρμογή των προγραμμάτων αγωγής υγείας και πρόληψης του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
- Η νοσηλεία και παρακολούθηση των αρρώστων, που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο στο σπίτι.
- Η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις έως τη διακομιδή των αρρώστων στο νοσοκομείο.
- Η διακομιδή αρρώστων με ασθενοφόρο αυτοκίνητο ή με οποιοδήποτε άλλο μέσο μεταφοράς, σε έκτακτες περιπτώσεις, στο κέντρο υγείας ή στο νοσοκομείο.
- Η παροχή υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας.
- Η άσκηση προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής.
- Η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα.
- Η ιατρική της εργασίας.
- Η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγείας.
- Η ενημέρωση και διαφώτιση για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού, με διαλέξεις και επιστημονικές συναντήσεις.
- Η εκπαίδευση των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού.
- Η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.
- Η παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους, αν δε λειτουργεί φαρμακείο στην περιοχή τους, καθοριζόμενης της περιοχής με απόφαση του οικείου νομάρχη.
- Η συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση καθώς και με ιατρούς ελεύθερους επαγγελματίες της περιοχής για αποδοτικότερη προσφορά υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης.

Δώδεκα χρόνια μετά ο νόμος 3235 του 2004 (ΦΕΚ 53/τ. Α' /18-2-2004), επαναπροσδιορίζει το σκοπό της Π.Φ.Υ. Στο άρθρο 1 με τίτλο: Σκοπός, έννοια και περιεχόμενο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αναφέρεται πως:

- 1.** Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στο πλαίσιο εφαρμογής του νόμου αυτού, νοείται το σύστημα παροχής σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας.
- 2.** Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με το σύστημα υγείας της χώρας, του οποίου αποτελεί αναπόσπαστο μέρος και υπηρετεί τους γενικούς και ειδικούς στόχους του.
- 3.** Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνει:
  - τις υπηρεσίες υγείας, που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα,
  - την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών και το σχεδιασμό και υλοποίηση μέτρων για την πρόληψη των νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας,
  - τον οικογενειακό προγραμματισμό,
  - τις απαραίτητες υποδομές για την εξασφάλιση και τη διαχείριση όλων των ιατρικών πληροφοριών και δεδομένων του πληθυσμού,
  - την οδοντιατρική φροντίδα, με έμφαση στην προληπτική οδοντιατρική,
  - τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας και τις υπηρεσίες αποκατάστασης,
  - την παρακολούθηση χρονίως πασχόντων, για τους οποίους δεν απαιτείται νοσηλεία σε νοσοκομείο,
  - τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.
- 4.** Το Κράτος με στόχο την κοινωνική ανάπτυξη και τη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής εξασφαλίζει σε όλους τους κατοίκους της επικράτειας την πρόσβαση σε μια επαρκή δέσμη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.



5. Το σύστημα παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποσκοπεί στην ικανοποίηση των παρακάτω αρχών:

- της ισότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλους τους κατοίκους της χώρας,
- της ισότητας στη φροντίδα, που επιτρέπει τη διαχείριση οξέων και χρόνιων προβλημάτων υγείας από τον ίδιο ιατρό ή ομάδα ιατρών στη διάρκεια του χρόνου,
- της ολοκληρωμένης φροντίδας, δηλαδή της διαχείρισης των πιο συχνών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας, καθώς και των πιο σημαντικών παραγόντων κινδύνου της υγείας, στο ιδιαίτερο περιβάλλον του ενδιαφερομένου,
- του προσανατολισμού του συστήματος στο άτομο και στην οικογένεια του, μέσω μιας συντονισμένης και ελεγχόμενης παροχής φροντίδων,
- της διαχείρισης ιατρό-ασφαλιστικών δεδομένων και πληροφοριών, με τρόπο που εξασφαλίζει την άμεση διαθεσιμότητα των πληροφοριών σε όλα τα σημεία του συστήματος υγείας, αλλά και την εμπιστευτικότητα τους,
- της διαφύλαξης του δικαιώματος της ελεύθερης επιλογής οικογενειακού και προσωπικού ιατρού στο πλαίσιο του προγραμματισμού πρόσβασης στο σύστημα υγείας.

Το 2014 με το Νόμο 4238 στο άρθρο 1 ορίζεται πως την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας, μέσω της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας την έχει το κράτος. Για την καλύτερη οργάνωση και λειτουργία της Π.Φ.Υ. συστήθηκε το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ). με έδρα τις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.ΠΕ.). Δεν πρέπει να παραλειφθεί πως κύριο μέλημα της Ελληνικής πολιτείας είναι να εξασφαλισθεί η ισότιμη συμμετοχή όλων των πολιτών στις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας και μάλιστα της Π.Φ.Υ. και να προαχθεί η κοινωνική ευημερία χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η οικονομική, κοινωνική, επαγγελματική, η ασφαλιστική κατάσταση καθώς και ο τόπος κατοικίας τους.

Όπως ορίζεται από τον Νόμο 4238/2014 (ΦΕΚ 38 τ. Α' / 17-2-2014), σκοπός της Π.Φ.Υ. είναι να:

- Αποτελεί πύλη εισόδου των πολιτών στο σύστημα υγείας.
- Παρέχει στον πολίτη ολοκληρωμένες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, προαγωγής και φροντίδας της υγείας.
- Εξασφαλίζει και συντονίζει τη συνέχεια της φροντίδας κατευθύνοντας τον πολίτη προς τα άλλα επίπεδα του συστήματος υγείας.
- Σέβεται την αυτονομία και την αξιοπρέπεια τους, στο πλαίσιο των κανόνων βιοηθικής και ιατρικής δεοντολογίας.

Επίσης, όπως αναφέρεται στον προαναφερθέντα νόμο οι υπηρεσίες τις οποίες καλείται να προσφέρει η Π.Φ.Υ. συμπεριλαμβάνουν:

- Όλες τις σχετικές υπηρεσίες υγείας για την παροχή των οποίων δεν απαιτείται εισαγωγή του πολίτη σε νοσηλευτικό ίδρυμα.
- Την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών, το σχεδιασμό και την υλοποίηση μέτρων και προγραμμάτων για την πρόληψη νοσημάτων, την καθολική εφαρμογή εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα και την προαγωγή υγείας.
- Την παροχή πρώτων βοηθειών.
- Την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας.
- Την παραπομπή, παρακολούθηση και κατά περίπτωση συνδιαχείριση περιστατικών στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα.
- Την τακτική παρακολούθηση και τη διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα.
- Τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής και κατ' οικον φροντίδας υγείας, καθώς και τις υπηρεσίες αποκατάστασης.
- Τον οικογενειακό προγραμματισμό και τις υπηρεσίες μητέρας – παιδιού.
- Την παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας.

- Τη διασύνδεση με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.
- Την πρωτοβάθμια οδοντιατρική και ορθοδοντική φροντίδα, με έμφαση στην πρόληψη.
- Την υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού.

Όπως διαπιστώνεται, η νομοθεσία της Ελληνικής πολιτείας σχετικά με την Π.Φ.Υ. αποσκοπεί στην καλύτερη και δικαιότερη συγκρότηση και οργάνωση των υπηρεσιών παροχής υγείας προς τους πολίτες, χωρίς αυτό να σημαίνει πως ο σκοπός αυτός έχει επιτευχθεί. Αυτό επικυρώνεται κατά κάποιο τρόπο και από την πολυνομία στον χώρο της υγείας και μάλιστα αυτή που σχετίζεται με την Π.Φ.Υ. Η ελλειμματική ικανοποίηση του σκοπού της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα πιστοποιείται από την ύπαρξη των αδυναμιών που υπάρχουν στον χώρο αυτό και οι οποίες αναφέρονται εκτενέστερα στη συνέχεια, αλλά και από τις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες που επιχειρήθηκαν και συνεχίζουν να επιχειρούνται στη χώρα μας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Δομές Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα

### Εισαγωγή

Η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα παρέχεται έτσι όπως ορίζεται από το θεσμικό πλαίσιο συγκρότησης και οργάνωσής της. Σύμφωνα με αυτό στο Νόμο 1397 του 1983 και στο άρθρο 14 η Π.Φ.Υ. παρέχεται από τα Κ.Υ. και τα Π.Ι. Με το Νόμο 2071 του 1992 η Π.Φ.Υ. παρέχεται από τα Κ.Υ. και τους Υγειονομικούς Σταθμούς, οι οποίοι αποτελούν μετατροπή των Περιφερειακών και των Αγροτικών Ιατρείων σύμφωνα με το άρθρο 15 του ίδιου νόμου. Επίσης, στο άρθρο 13 του ίδιου νόμου ορίζονται οι Ιδιωτικοί φορείς παροχής Π.Φ.Υ. Στο άρθρο 14 του ίδιου νόμου ορίζονται ως πάροχοι των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. οι κινητές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Με το ΠΔ 84/10-4-2001 (ΦΕΚ 70/τ. Α'/10-4-2001) ορίζονται «οι όροι, οι προϋποθέσεις, η διαδικασία, και οι προδιαγραφές για την ίδρυση και λειτουργία ιδιωτικών φορέων παροχής Π.Φ.Υ.» όπως ιδιωτικών ιατρείων, οδοντιατρείων κ.ά. Στο Νόμο 3235 του 2004 ορίζονται οι υπηρεσίες που παρέχουν Π.Φ.Υ., οι οποίες είναι: τα Κέντρα Υγείας του Ε.Σ.Υ. και τα περιφερειακά τους ιατρεία, οι μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (Ο.Κ.Α.), που μετονομάζονται σε Κέντρα Υγείας του οικείου Ο.Κ.Α, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., οι μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, καθώς και άλλοι φορείς που συνδέονται οργανωτικά ή λειτουργικά με τις υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ. Τέλος, με το Νόμο 4238 του 2014 και μετά τη σύσταση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και του ΠΕΔΥ, στο άρθρο 2 ορίζονται οι δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ΠΕΔΥ ως εξής: τα Κέντρα Υγείας και οι λουπές Μονάδες παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Δ.Υ.Πε., τα Κέντρα Υγείας της Χώρας με τις αποκεντρωμένες μονάδες τους (Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία) μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των οικείων Δ.Υ.Πε. και αποτελούν εφεξής αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες τους, οι Μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των Δ.Υ.Πε. ως αποκεντρωμένες μονάδες τους,

εξαιρουμένων των Φαρμακείων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., τα οποία παραμένουν και λειτουργούν στον Οργανισμό. Συνοψίζοντας, στην Ελλάδα σήμερα η Π.Φ.Υ. παρέχεται από ένα σύνολο φορέων που ανήκουν στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα και διαρθρώνεται στη βάση τεσσάρων κύριων δομικών αξόνων (Οικονόμου, 2012), οι οποίοι είναι:

- Οι φορείς του Ε.Σ.Υ. οι οποίοι είναι ενταγμένοι στο ΠΕΔΥ όπως τα Κέντρα Υγείας, τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία και τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία. Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία (ΤΕΙ) των νοσοκομείων και το ΕΚΑΒ.
- Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης τα οποία είναι ενταγμένα στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. μέσω των πολυιατρείων που διαθέτουν και των συμβεβλημένων ιδιωτών προμηθευτών, όπως ιατρικών, εργαστηρίων, διαγνωστικών κέντρων.
- Η τοπική αυτοδιοίκηση με τα δημοτικά ιατρεία και τις διάφορες προνοιακές υπηρεσίες.
- Οι επαγγελματίες υγείας που ανήκουν στον ιδιωτικό τομέα, που περιλαμβάνει ιδιώτες ιατρούς συμβεβλημένους και μη συμβεβλημένους με ασφαλιστικά ταμεία, εργαστήρια, διαγνωστικά κέντρα και εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών.

#### 4.1 Κέντρα Υγείας-Περιφερειακά Ιατρεία

Ο θεσμός των Κ.Υ. χρησιμοποιήθηκε αρχικά στην Αγγλία πριν από 100 περίπου χρόνια το 1920 και από τότε και στο εξής βρήκε εφαρμογή στα συστήματα υγείας αρκετών χωρών της Ευρώπης μεταξύ των οποίων και της Ελλάδας (Λιαρόπουλος, 2010). Η σύσταση των Κ.Υ. και των Π.Ι. με το Νόμο 1397 του 1983 αποτελεί τη βάση της Π.Φ.Υ. στον υγειονομικό χάρτη των τελευταίων 35 χρόνων στην Ελλάδα και αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα και βασική έκφραση του Ε.Σ.Υ. Η ίδρυση των Κ.Υ. ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες του νοσοκομείου του νομού και των Π.Ι. ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κ.Υ. καθώς και ο καθορισμός της έδρας τους γίνεται με κριτήριο την ισόρροπη εξυπηρέτηση των κατοίκων μιας περιοχής και ιδιαίτερα εκείνων των περιοχών με ιδιαίτερες χωροταξικές συνθήκες και με βάση τη συγκοινωνιακή πρόσβαση στο Κ.Υ. Με την ίδρυση των Κ.Υ. επιτυγχάνεται η περίθαλψη, η πρόληψη και η κοινωνική φροντίδα του πληθυσμού που το έχει ανάγκη. Στο άρθρο 15 του προαναφερθέντα νόμου ορίζεται ότι ο σκοπός λειτουργίας των Κ.Υ. είναι:

- Η παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας περίθαλψης, στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής τους και σε όσους προσωρινά διαμένουν σε αυτή.
- Η νοσηλεία και παρακολούθηση άρρωστων που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.
- Η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις, έως τη διακομιδή των αρρώστων στο νοσοκομείο.
- Η διακομιδή ασθενών με ασθενοφόρο ή οποιοδήποτε άλλο μέσο, στο Κέντρο Υγείας ή το νοσοκομείο.
- Η οδοντιατρική περίθαλψη.
- Η άσκηση προληπτικής ιατρικής και οδοντιατρικής και η υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού.
- Η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα.
- Η ιατρική της εργασίας.
- Η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής.
- Η ενημέρωση και διαφώτιση του πληθυσμού σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.
- Η εκπαίδευση των γιατρών και του λοιπού προσωπικού υγείας.
- Η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.
- Η παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους, αν δε λειτουργεί φαρμακείο στην περιοχή.

Εκτός από την παραπάνω νομοθεσία ορίζεται, επίσης, στο ίδιο άρθρο ότι με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕΣΥ, μπορεί να ανατίθενται στα

Κέντρα Υγείας και άλλες αρμοδιότητες. Τα Κ.Υ. έχουν επιστημονική, νοσηλευτική, λειτουργική και εκπαιδευτική σύνδεση με το νοσοκομείο στο οποίο υπάγονται διοικητικά και οργανικά. Με το Νόμο 2071 του 1992 τα Κ.Υ. και τα Π.Ι. υπάχθηκαν στις Διευθύνσεις Υγείας των Νομαρχιών για να επανέλθουν με το Νόμο 2194 του 1994 υπό τη διοίκηση των νοσοκομείων. Ο Νόμος 2889 του 2001 άλλαξε το καθεστώς που αφορούσε τα Κ.Υ. και τα Π.Ι., αφού τα μετέτρεπε σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες του αντίστοιχου ΠΕ.ΣΥ. με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Με τον Νόμο 4238 του 2014 και όπως ισχύει μέχρι σήμερα, τα Κέντρα Υγείας με τις αποκεντρωμένες μονάδες τους (Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία) μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των οικείων Δ.Υ.Πε. και αποτελούν εφεξής αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες τους. Επίσης, με την Υπουργική Απόφαση με αριθμ. Γ3α/οικ. 3579 (ΦΕΚ 93/τ. Β'/20-1-2015) ορίζεται «η επιστημονική, νοσηλευτική και εκπαιδευτική διασύνδεση όλων των δημοσίων δομών παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., που αποτελούν το Π.Ε.Δ.Υ., με τα Νοσοκομεία της Δ.Υ.Πε. στην οποία υπάγονται και τα οποία αποτελούν Νοσοκομεία Αναφοράς». Πρέπει να υπογραμμίσουμε πως σύμφωνα με τον Νόμο 1397 του 1983 τα Κ.Υ. διακρίνονται σε αστικού και ημιαστικού-αγροτικού τύπου, ενώ τα Π.Ι. των Κ.Υ. σε ιατρεία με ορισμένες και ώρες λειτουργίας και σε ιατρεία 24ωρης ετοιμότητας. Τα Κ.Υ. λειτουργούν σε τακτό ωράριο 8 ωρών για πέντε ημέρες την εβδομάδα και εφημερεύουν για τις υπόλοιπες ημέρες και ώρες. Τα Π.Ι. των Κ.Υ. λειτουργούν σε τακτό ωράριο που καθορίζεται από τον υπεύθυνο γιατρό του Κ.Υ. Τα Π.Ι. 24ωρης ετοιμότητας λειτουργούν σε τακτό ωράριο καθημερινά και εφημερεύουν τις υπόλοιπες ημέρες και ώρες. Όσον αφορά την προβλεπόμενη στελέχωση των Κ.Υ. πρέπει να αναφερθεί πως αυτή καθορίστηκε με προοπτική να αποτελέσουν αυτοδύναμες μονάδες με πολυδύναμο χαρακτήρα. Αρχικά η διοικητική διάρθρωση του προσωπικού είναι όμοια με εκείνη των νοσοκομείων. Έχουν την ιατρική υπηρεσία, τη νοσηλευτική υπηρεσία, τη διοικητική υπηρεσία και τα τμήματα των συναφών επαγγελματιών υγείας. Σύμφωνα με την διάρθρωση αυτή η προβλεπόμενη στελέχωση των Κ.Υ. (Ζηλίδης, 1995) έχει ως εξής: Ιατρική υπηρεσία:

- Γενικοί γιατροί ή παθολόγοι, ένας ανά 1800 ενήλικες.
- Παιδίατροι: ένας ανά 1200-1800 παιδιά.
- Μικροβιολόγοι: ένας σε κάθε Κ.Υ. με πληθυσμό άνω των 7500 κατοίκων.
- Ακτινολόγοι: ένας σε κάθε Κ.Υ. με πληθυσμό άνω των 20000 κατοίκων.
- Οδοντίατροι: ένας ανά 6000-6500 κατοίκους.
- Γιατροί άλλων ειδικοτήτων με περιοδικές επισκέψεις
- Νοσηλευτική Υπηρεσία
- Νοσοκόμοι: 1 ανά 2500-3000 κατοίκους και 1-2 για κάθε Π.Ι.
- Επισκέπτριες υγείας: 1 ανά 2000-3000 κατοίκους και 2-3 για κάθε Π.Ι.
- Μαίες: 1 για κάθε 5000 γυναίκες και 1 για κάθε Π.Ι.
- Τραυματιοφορείς: 3-5 για κάθε Κ.Υ. Διοικητική Υπηρεσία
- Διοικητικό τμήμα: 3-7 άτομα για κάθε Κ.Υ.
- Τεχνικό τμήμα: 1-3 άτομα για κάθε Κ.Υ.
- Τμήμα επιστασίας (θυρωροί, καθαρίστριες, οδηγοί, μάγειροι, αποθηκάριοι κλπ: 9-14 άτομα για κάθε Κ.Υ. Άλλα Τμήματα
- Κοινωνικής προστασίας: 1 κοινωνικός λειτουργός ανά 7000-10000 κατοίκους.
- Τμήμα συναφών επαγγελματιών υγείας (χειριστές ακτινολογικών εργαστηρίων, παρασκευαστές, φυσιοθεραπευτές, διαιτολόγοι, επόπτες δημόσιας υγείας): 1 από κάθε επάγγελμα, ανά 10000 κατοίκους.

#### 4.2 Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία (ΤΕΙ) και Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)

Σύμφωνα με το θεσμικό πλαίσιο όπως ορίζεται από το Νόμο 1579 του 1985 (ΦΕΚ 217/τ. Α'/23-12-1985), στο άρθρο 16 η Π.Φ.Υ. παρέχεται και από τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία

και τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των Νοσοκομείων Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ. Η διάρθρωση, μάλιστα, η οργάνωση και ο τρόπος παροχής της επείγουσας ιατρικής περίθαλψης και φροντίδας των προαναφερόμενων δομών καθορίζεται με υπουργική απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Τα Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων είναι αποτέλεσμα της μη υλοποίησης του νόμου σχετικά με την δημιουργία Κ.Υ. αστικού τύπου, αλλά και της περιορισμένης στελέχωσης των Κ.Υ. αγροτικού τύπου. Συνέπεια της προηγούμενης κατάστασης ήταν η έντονη επιβάρυνση των Εξωτερικών Ιατρείων των νοσοκομείων για την παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ., κυρίως στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη, χωρίς να εξαιρούνται και τα άλλα αστικά κέντρα. Η πραγματοποίηση της επίσκεψης των ασθενών στα Εξωτερικά Ιατρεία γίνεται κατόπιν τηλεφωνικού ραντεβού. Βασική αδυναμία των προσφερόμενων υπηρεσιών Π.Φ.Υ. από τα Εξωτερικά Ιατρεία είναι ο περιορισμός του χρόνου λειτουργίας τους μόνο τις πρωινές ώρες, μειώνοντας με αυτόν τον τρόπο τη διαθεσιμότητα για τους ασθενείς. Μια άλλη αδυναμία είναι η έλλειψη συνέχειας στη φροντίδα, λόγω της διαρκούς αλλαγής των ιατρών, αλλά και λόγω έλλειψης μηχανογράφησης των ασθενών (Μωραΐτης και συν., 1995; Θεοδώρου και συν., 2001). Η κατάσταση αυτή επικρατούσε, κυρίως, στο παρελθόν, αφού σήμερα το πρόβλημα αυτό έχει επιλυθεί λόγω της ευρείας χρήσης της μηχανογράφησης του αρχείου των ασθενών στα νοσοκομεία. Τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων ως δομές παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. παρουσιάζουν μια ιδιαιτερότητα, επειδή αντιμετωπίζουν πολλά και διαφορετικά περιστατικά ασθενών με διαφορετικές ανάγκες. Για την αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη προσφορά των υπηρεσιών απαιτείται η συνεργασία με διαφορετικές ομάδες επαγγελματιών της υγείας (Μαλλιαρού και συν., 2009). Πρέπει να επισημάνουμε, όμως, πως η ευρεία χρήση των ΤΕΠ από τους ασθενείς είναι συνέπεια της έλλειψης οργανωμένου συστήματος Π.Φ.Υ. (Λάμπρου, 2005). Σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση με αριθμό Υ4α/οικ.4472/20-1-2003 σε κάθε νοσοκομείο με δυναμικότητα 200 κλίνες και πάνω οργανώνεται και λειτουργεί αυτοτελές Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) ως διατομεακό αυτού. Το ΤΕΠ λειτουργεί όλο το 24ωρο, όταν το νοσοκομείο εφημερεύει και στο πρωινό ωράριο τις υπόλοιπες ημέρες. Το ΤΕΠ στελεχώνεται με ιατρικό προσωπικό σε θέσεις που συστήνονται για το τμήμα αυτό, αλλά και με προσωπικό που υπηρετεί σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου. Επίσης, ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού που στελεχώνει το ΤΕΠ καθορίζεται με βάση τη δυναμικότητα σε κλίνες, τις ιδιαιτερότητες του νοσοκομείου και τον μέσο αριθμό των ασθενών που προσέρχονται. Αυτό που έχει ιδιαίτερη σημασία είναι, πως το προσωπικό που στελεχώνει ένα ΤΕΠ πρέπει να έχει επιπρόσθετα προσόντα, εμπειρία και γνώση για την άμεση αντιμετώπιση των περιστατικών. Με την Υπουργική Απόφαση, όμως, με αριθμ. Υ4δ/Γ.Π.οικ. 22869/20-3-2012 αλλάζει ο τρόπος σύστασης του τμήματος αυτού. Τώρα συστήνεται ΤΕΠ σε κάθε νοσοκομείο της χώρας με δυναμικότητα πάνω από 300 κλίνες. Αλλά και στο Νοσοκομείο με την μεγαλύτερη δυναμικότητα κάθε περιφερειακής ενότητας των περιφερειών που συγκροτήθηκαν σύμφωνα με το Ν. 3852/2010 (ΦΕΚ 87/τ. Α'/07-062010), οργανώνεται και λειτουργεί αυτοτελές Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Σύμφωνα με την προαναφερθείσα υπουργική απόφαση τα Τ.Ε.Π. των νοσοκομείων λειτουργούν όλο το 24ωρο με κυλιόμενες 8ωρες βάρδιες του προσωπικού τους. Στα διασυνδεδεμένα Νοσοκομεία δίνεται η δυνατότητα με απόφαση του Διοικητή να λειτουργεί σε ένα από αυτά το ΤΕΠ και το άλλο ή τα άλλα να συνεπικουρούν σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Για την αποφυγή συνωστισμού ή ανάπτυξης επικουρικών κλινών ο ασθενής ο οποίος εξετάζεται σε ΤΕΠ ενός νοσοκομείου μπορεί να μεταφέρεται σε άλλο νοσοκομείο, το οποίο δεν είναι απαραίτητο να είναι διασυνδεδεμένο ή να ανήκει στον ίδιο υγειονομικό σχηματισμό. Στην απόφαση ορίζεται η απαραίτητη συνεργασία των Τ.Ε.Π. των Νοσοκομείων με το Ε.Κ.Α.Β. για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της διακομιδής των ασθενών. Ν. 3852/2010 (ΦΕΚ 87/τ. Α'/07-062010).

#### 4.3 Ε.Κ.Α.Β.

Με το Νόμο 1579 του 1985 στο κεφάλαιο Γ' με τίτλο: Επείγουσα Ιατρική στο άρθρο 7 παρ. 1 συστήνεται η δημιουργία του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) με έδρα την Αθήνα. Όπως ορίζεται στο άρθρο 2 «Σκοπός του ΕΚΑΒ είναι ο συντονισμός της παροχής σε έκτακτες περίπτωση άμεσης βοήθειας και επείγουσας ιατρικής φροντίδας στους πολίτες και η μεταφορά των πολιτών αυτών σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας». Για την ισόρροπη εξυπηρέτηση όλων των περιοχών της χώρας ο Οργανισμός του ΕΚΑΒ που εγκρίθηκε με το ΠΔ 376 του 1988 συνιστά τη δημιουργία 12 αυτοδύναμων παραρτημάτων που θα προσφέρουν υπηρεσίες επείγουσας προ νοσοκομειακής φροντίδας σε αντίστοιχες με τον αριθμό πόλεις και της γεωγραφικής περιοχής ευθύνης τους ανά την Ελλάδα. Πρέπει να επισημάνουμε πως η επείγουσα προ νοσοκομειακή φροντίδα συνδέει την Π.Φ.Υ. με τη μετέπειτα νοσοκομειακή περίθαλψη. Τα πληρώματα των ασθενοφόρων αποτελούνται από δύο άτομα. Για τις ειδικές περιπτώσεις όμως υπάρχουν οι ειδικές κινητές μονάδες του ΕΚΑΒ, με σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό και ειδικευμένους γιατρούς (Θεοδώρου και συν., 2001).

Ο στόχος και σκοπός του ΕΚΑΒ είναι:

- Η εφαρμογή σωστικών για την υγεία και τη ζωή μέτρων σε άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο και η μεταφορά τους με ειδική φροντίδα στον κατάλληλο υγειονομικό σχηματισμό.
- Η μεταφορά περιστατικών που δεν χαρακτηρίζονται επείγοντα, αλλά δεν μπορούν να μεταφερθούν με άλλο μέσο.
- Η εκπαίδευση σε θέματα παροχής Α' Βοηθειών και επείγουσας προ νοσοκομειακής ιατρικής, στον πληθυσμό, στα πληρώματα των ασθενοφόρων και διάφορες άλλες κοινωνικές ομάδες
- Η άμεση συμμετοχή και ο συντονισμός για την παροχή ιατρικής βοήθειας σε περιπτώσεις μαζικών καταστροφών.

Τέλος, το Ε.Κ.Α.Β. πανελλαδικά στελεχώνεται από γιατρούς, νοσηλευτές, τεχνικό και διοικητικό προσωπικό και κυρίως από διασώστες-πληρώματα ασθενοφόρων. Αυτό που έχει ιδιαίτερη σημασία είναι το γεγονός πως τόσο το ΤΕΠ των νοσοκομείων όσο και το ΕΚΑΒ συνδέονται μεταξύ τους άμεσα για την παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. σε έκτακτα περιστατικά. Αυτό προϋποθέτει την άρτια οργάνωση των δομών αυτών σε εξοπλισμό αλλά και σε έμπυχο δυναμικό καλά καταρτισμένο. Η εξειδίκευση σχετίζεται με την ύπαρξη μιας νέας ιατρικής ειδικότητας, που δεν υφίσταται, ακόμη, στην Ελληνική υγειονομική πραγματικότητα, την «επείγουσα ιατρική». Πρόκειται για μια ειδικότητα που προϋποθέτει γνώσεις και δεξιότητες απαραίτητες για την πρόληψη, τη διάγνωση και τη διαχείριση έντονων συνθηκών μιας ασθένειας ή ενός τραύματος. Βασική επιδίωξη είναι να μειωθεί η θνητότητα, η νοσηρότητα, η αναπηρία και η δυσπραγία που συνδέεται με τη νόσο ή το τραύμα. Αυτό που θεωρείται αναγκαίο είναι η στελέχωση τόσο των ΤΕΠ όσο και του ΕΚΑΒ με εξειδικευμένο προσωπικό, καθώς και η άρτια διασύνδεση μεταξύ τους, με συνέπεια την αναβάθμιση των προσφερόμενων υπηρεσιών αλλά και την εξοικονόμηση πόρων. (Αγγουριδάκης & Σμπυράκης, 2010).

#### 4.4 Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ.-Τα Ασφαλιστικά Ταμεία

Με το Νόμο 3918 του 2011 (ΦΕΚ 31/τ. Α'/02-03-2011) συνίσταται Ν.Π.Δ.Δ. με την επωνυμία Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.). Στο νέο αυτόν Οργανισμό μεταφέρθηκαν και εντάχθηκαν οι υπηρεσίες, οι αρμοδιότητες και το προσωπικό του κλάδου υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ με όλες τις μονάδες υγείας του, το κέντρο διάγνωσης ιατρικής της εργασίας του ΙΚΑ με το σύνολο του εξοπλισμού του, οι Κλάδοι Υγείας του ΟΓΑ, του ΟΑΕΕ και του ΟΠΑΔ. Με το Νόμο 4075 του 2012 (ΦΕΚ 89/τ. Α'/11-04-2012) στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. εντάχθηκαν οι υπηρεσίες και οι αρμοδιότητες ως προς την παροχή υπηρεσιών υγείας σε είδος των ασφαλιστικών ταμείων του Οίκου Ναύτου, του Κλάδου Υγείας του ΤΑΥΤΕΚΩ και του Κλάδου Ασφάλισης Προσωπικού ΔΕΗ και του ΕΤΑΑ, καθώς και οι κάθε μορφής μονάδες παροχής υγείας με το σύνολο του εξοπλισμού τους. Με το Νόμο,

επίσης, 4093 του 2012 (ΦΕΚ 222/τ. Α΄/12-11-2012) εντάχθηκε στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και το ΕΤΑΠ-ΜΜΕ. Η ενοποίηση των Ασφαλιστικών Ταμείων υπό τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. είχε σαν αποτέλεσμα τη συγκέντρωση ποικίλων μονάδων Π.Φ.Υ., οι οποίες όμως εξακολουθούν να ακολουθούν τη χωροταξική δομή του καθεστώτος που υπήρχε πριν την ενοποίηση. Αυτό έχει ως συνέπεια την επικάλυψη ή την εμφάνιση σοβαρών ελλείψεων στο σύστημα. Εκτός αυτού η συγκρότηση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. δημιούργησε ανακατατάξεις και στις δομές της Π.Φ.Υ., στο ανθρώπινο δυναμικό που τις στελεχώνει, στις υπηρεσίες που προσφέρουν, στο έργο που παράγεται, αλλά και στη συνεργασία με τους προμηθευτές υγείας. Αναμφισβήτητα, η ενοποίηση του πολυκερματισμού του συστήματος κοινωνικής ασφάλειας και αγοράς υπηρεσιών υγείας αποτελεί ένα βήμα προόδου που θα οδηγήσει στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών Π.Φ.Υ. προς όφελος του πολίτη-ασθενή. Απαιτείται, όμως, αρκετή δουλειά για την ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας, δεδομένων των αδυναμιών που παρατηρούνται στη διαδικασία εφαρμογής του εγχειρήματος. Έτσι, εξακολουθεί να υφίσταται η ατελής και αποσπασματική διασύνδεση των φορέων Π.Φ.Υ. μεταξύ τους αλλά και με τις υπόλοιπες δομές του συστήματος. Μια άλλη ανεπάρκεια παρουσιάζεται με τον κατακερματισμό της χρηματοδοτικής διαδικασίας, γεγονός που οδηγεί στην ανακολουθία της διάθεσης των πόρων κατ' αντιστοιχία με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού (Αθανασάκης και συν., 2013).

Το δομικό σύνολο του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. είναι όμοιο με εκείνο του ΙΚΑ, διατηρώντας υπό τον έλεγχό του τις δομές Π.Φ.Υ. που βρίσκονται στα αστικά κέντρα και καλύπτουν τις ανάγκες του πληθυσμού των περιοχών αυτών. Από τη μια διαχειρίζεται τους πόρους των ασφαλιστικών οργανισμών για τους ασφαλισμένους και από την άλλη εποπτεύει και λειτουργεί τις μονάδες Π.Φ.Υ. σε όλη την επικράτεια. Βασική επισήμανση είναι πως παρ' όλη τη συγκέντρωση των ασφαλιστικών ταμείων υπό τον έλεγχο του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., η κίνηση στις μονάδες υγείας που εποπτεύει παρουσιάζεται μειωμένη σε σχέση με εκείνη της προηγούμενης κατάστασης (Σουλιώτης, και συν., 2013). Αξιοσημείωτο είναι, επίσης, πως σήμερα, ενώ υπάρχουν δύο συστήματα με δημόσιο χαρακτήρα που παρέχουν υπηρεσίες Π.Φ.Υ., του Ε.Σ.Υ. και του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., παρουσιάζονται σημαντικές αντιφάσεις, αφού οι δαπάνες δεν προσφέρουν την αντίστοιχη ποιότητα, δεδομένων των σημαντικών ελλείψεων και των αρκετών επικαλύψεων ανά την επικράτεια (Αθανασάκης και συν., 2013).

#### **4.5 Η Π.Φ.Υ. στην Τοπική Αυτοδιοίκηση**

Ο ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στην Ελλάδα στον τομέα της παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., λειτουργικά και οργανωτικά, θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ελλιπής σε σύγκριση με όσα ισχύουν στον προηγμένο κόσμο και ιδιαίτερα στις Σκανδιναβικές χώρες (Μποδοσάκης-Πρόδρομος Ρ. Μερκούρης, 2007). Σε πολλούς Δήμους της χώρας παρέχονται υπηρεσίες Π.Φ.Υ. οι οποίες έχουν κυρίως προνομιακό χαρακτήρα. Οι δομές των Δήμων στους οποίους λειτουργούν οι υπηρεσίες αυτές είναι τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ), τα Κέντρα Ιατρικής Πρόληψης και Πρόνοιας που αναφέρονται σε άτομα με ειδικές ανάγκες και χρόνια νοσήματα, τα Δημοτικά Ιατρεία σε μεγάλους, κυρίως δήμους, και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι». Οι δομές αυτές είναι στελεχωμένες με ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό (Μωραϊτης και συν., 1995; Θεοδώρου και συν., 2001; Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008).

Οι υπηρεσίες τις οποίες καλούνται να προσφέρουν οι γιατροί είναι, κυρίως, η συνταγογράφηση των φαρμάκων για τους χρόνιους πάσχοντες και η οργάνωση εκδηλώσεων προκειμένου να ενημερωθούν οι πολίτες σχετικά με την αγωγή και την προαγωγή της υγείας (Μωραϊτης και συν., 1995; Θεοδώρου και συν., 2001; Αθανασάκης και συν., 2009). Όπου λειτουργούν Δημοτικά Ιατρεία, όμως, προσφέρονται υπηρεσίες Π.Φ.Υ., όπως σε περιπτώσεις που δεν απαιτείται η εισαγωγή σε κάποιο νοσοκομείο. Ακόμη, σχεδιάζονται και υλοποιούνται μέτρα που αφορούν την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας. Γίνεται εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών. Προβαίνουν σε

οικογενειακό προγραμματισμό, προληπτική οδοντιατρική φροντίδα, μετανοσοκομειακή φροντίδα. Επίσης, προσφέρουν υπηρεσίες παρακολούθησης ασθενών με χρόνιες παθήσεις, ενώ προσφέρουν και κοινωνική φροντίδα σε όσους το έχουν ανάγκη. Τέλος, έχουν δημιουργήσει τις κατάλληλες υποδομές για την απόκτηση και τη διαχείριση των δεδομένων εκείνων του πληθυσμού που σχετίζονται με θέματα υγείας (Αθανασάκης και συν., 2009). Αξίζει να αναφερθεί η συλλογική προσπάθεια δήμων ανά την Ελλάδα με σκοπό την παροχή Π.Φ.Υ. Πρόκειται για το Εθνικό Διαδημοτικό Δίκτυο Υγιών Πόλεων - Προαγωγής Υγείας (Ε.Δ.Δ.Υ.Π.Π.Υ.). Το 2014 αριθμούσε 155 Καλλικρατικούς Δήμους – Μέλη από όλες τις Περιφέρειες της χώρας. Μάλιστα, έτυχε και πιστοποίησης τον Ιούνιο του 2010, από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως ένα Εθνικής Εμβέλειας Δίκτυο Πόλεων που ακολουθεί τα κριτήρια και τη μεθοδολογία του Π.Ο.Υ. Αποκλειστικός σκοπός του Ε.Δ.Δ.Υ.Π.Π.Υ. είναι η Πρόληψη των Νοσημάτων, η Προαγωγή της Υγείας, ο Προσυμπτωματικός Έλεγχος των πληθυσμιακών ομάδων υψηλού κινδύνου και γενικότερα η προώθηση ολοκληρωμένων Πολιτικών και Δράσεων στο πεδίο της Δημόσιας Υγείας. Δραστηριοποιείται κυρίως στους τομείς της Υγειονομικής Ενημέρωσης, της Προστασίας του Περιβάλλοντος και της Προληπτικής Ιατρικής, (Ε.Δ.Δ.Υ.Π.Π.Υ., <http://www.dgy.gr/html/a1.html#>).

Πέραν όλων αυτών των δράσεων η Π.Φ.Υ. σε επίπεδο Τοπικής Αυτοδιοίκησης είναι ελλιπής και απαιτείται η αρτιότερη οργάνωση, ο καλύτερος συντονισμός και η λειτουργικότερη διασύνδεση των εμπλεκόμενων φορέων προκειμένου να είναι αποτελεσματικότερη η διαχείριση των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. για τους πολίτες. Άλλωστε οφείλει και η Ελληνική κοινωνία να ακολουθήσει τη διεθνή τάση που προβάλλει τον ρόλο των τοπικών αρχών και στον τομέα της Υγείας (Παπαμίχος και συν., 2007).

Στο ερώτημα αν θα μπορούσαν οι ΟΤΑ να αναλάβουν τη διαχείριση ακόμα και των υφιστάμενων δομών υγείας όπως τα Κ.Υ., τα Π.Ι., ή ακόμα και τα νοσοκομεία, η απάντηση είναι πως χρειάζεται αρκετή δουλειά προκειμένου να υπάρξει θετικό αποτέλεσμα από ένα τέτοιο εγχείρημα. Σίγουρα απαιτείται τεχνογνωσία και εξασφαλισμένη χρηματοδότηση. Είναι σίγουρα μια ακόμη πρόκληση εφαρμοσμένης αποκεντρωμένης διοίκησης στην Ελληνική πραγματικότητα (Φιλαλήθης, 2007).

#### 4.6 Η Π.Φ.Υ. στον Ιδιωτικό Τομέα

Σύμφωνα με το θεσμικό πλαίσιο η Π.Φ.Υ. στον Ιδιωτικό Τομέα καθιερώνεται με τον Νόμο 2071 του 1992 στο άρθρο 13 του οποίου καθορίζονται ότι οι ιδιωτικοί φορείς παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. είναι τα Ιδιωτικά Ιατρεία και οδοντιατρεία, τα Ιδιωτικά Πολυϊατρεία, τα Ιδιωτικά οδοντιατρικά κέντρα, τα Ιδιωτικά Διαγνωστικά εργαστήρια, τα Πολυδύναμα Διαγνωστικά κέντρα και τα Ιδιωτικά εργαστήρια φυσιοθεραπείας. Επίσης, με το ΠΔ 84/10-4-2001 (ΦΕΚ 70/τ. Α'/10-4-2001) καθορίζονται με σαφήνεια ποιοι είναι φορείς που προσφέρουν υπηρεσίες Π.Φ.Υ. και παρουσιάζονται με αναλυτικό τρόπο όλες οι διαδικασίες για την ίδρυση, οργάνωση, στέγαση και λειτουργία των φορέων αυτών. Στο άρθρο 1 του προαναφερθέντος ΠΔ ορίζονται ότι οι ιδιωτικοί φορείς που παρέχουν Π.Φ.Υ είναι ιδιωτικά Ιατρεία, οδοντιατρεία, ιδιωτικά πολυϊατρεία, πολυοδοντιατρεία, ιδιωτικά Διαγνωστικά εργαστήρια, ιδιωτικά εργαστήρια φυσικής Ιατρικής και αποκατάστασης. Με το ΠΔ 84 του 2001 επιχειρείται η οργάνωση του Ιδιωτικού Τομέα παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., δεδομένου τόσο το ενδιαφέροντος της πολιτείας για το Ε.Σ.Υ., που περιοριζόταν μόνο στο νοσοκομειακό τομέα και την Π.Φ.Υ. των μη αστικών περιοχών όσο και του παραμερισμού του Ιδιωτικού Τομέα ως φορέα υπηρεσιών υγείας. Με αυτό τον τρόπο ταξινομούνται οι φορείς που μπορούν να παρέχουν Π.Φ.Υ., καθορίζονται οι αναγκαίες νομοτεχνικές και επιστημονικές προϋποθέσεις προκειμένου να εκδοθούν άδειες ίδρυσης και λειτουργίας των φορέων αυτών. Προσδιορίζονται οι προδιαγραφές των κτιρίων για τη στέγαση των ιδιωτικών μονάδων. Τίθενται οι κανόνες που πρέπει να διέπουν την επιχειρηματική δράση των Ιατρικών εταιριών. Καθιερώνεται θεσμικά ο ελεγκτικός



μηχανισμός σε επίπεδο νομού τότε, περιφερειακής ενότητας τώρα, που θα ελέγχει την πιστή εφαρμογή των διατάξεων του ΠΔ (Ζηλίδης, 2005).

Η αδυναμία του δημόσιου τομέα υγείας να ακολουθήσει την εξέλιξη και τον ρυθμό προόδου της τεχνολογίας π.χ. της βιοϊατρικής τεχνολογίας, η διαρκής αύξηση των δαπανών για την υγεία και ο περιορισμός που έθεσε η κρατική διοίκηση στην ανάπτυξη των ιδιωτικών κλινικών, συνέβαλαν σημαντικά στην ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα στον χώρο της υγείας στην Ελλάδα. Ακόμη, πρέπει να προσθέσουμε την αυξημένη ζήτηση υψηλής ποιότητας υπηρεσιών Π.Φ.Υ. λόγω και της μεγάλης αναμονής των αντίστοιχων υπηρεσιών που προσφέρει ο δημόσιος τομέας, καθώς και το έκδηλο ενδιαφέρον των ιδιωτικών κεφαλαίων για επένδυση στον τομέα της υγείας. Η βασική κατεύθυνση του ιδιωτικού τομέα στον χώρο της υγείας είναι κυρίως, η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και η διαγνωστική τεχνολογία, ενώ η ενασχόληση με την Π.Φ.Υ. περιορίζεται μόνο στην ιατρική περίθαλψη, αφήνοντας στο περιθώριο κάθε έννοια πρόληψης και αναβάθμισης της ποιότητας της υγείας του κοινωνικού συνόλου (Πιερράκος, 2008; Τούντας, 2008).

Πρέπει να ληφθεί υπόψη πως η ύπαρξη μεγάλου αριθμού πτυχιούχων από τις ιατρικές σχολές τόσο της Ελλάδας όσο και του εξωτερικού, οδήγησε στην άσκηση της ιατρικής επιστήμης στα πλαίσια ιδιωτικού καθεστώτος, προσφέροντας, κυρίως, υπηρεσίες Π.Φ.Υ. Πρέπει να επισημάνουμε πως την ιδιωτική ιατρική την ασκούν γιατροί του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., που προσέφεραν τις υπηρεσίες τους στην προ Ε.Ο.Π.Υ.Υ. εποχή στα επιμέρους ασφαλιστικά ταμεία, κυρίως του Ι.Κ.Α. Επίσης, γιατροί που είναι συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και το κόστος βαρύνει τα ταμεία και γιατροί που δεν είναι συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και το κόστος βαρύνει εξ' ολοκλήρου τον ασθενή (Θεοδώρου και συν., 2001). Τέλος, υπηρεσίες Π.Φ.Υ. προσφέρονται ιδιωτικά και από τους στρατιωτικούς γιατρούς, τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, τα εξωτερικά ιατρεία των ιδιωτικών θεραπευτηρίων και άλλες μονάδες υγείας, π.χ. φυσικοθεραπευτήρια, το κόστος των οποίων καλύπτεται είτε από τα ασφαλιστικά ταμεία, είτε από τους ίδιους τους χρήστες ή και από ποσοστιαίο συνδυασμό και των δύο (Τούντας, 2008).

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία ο αριθμός των γιατρών που απασχολούνται στον ιδιωτικό τομέα, παρέχοντας Π.Φ.Υ. είναι περισσότεροι από 25000, ενώ περισσότεροι από 12000 είναι και οι οδοντίατροι. Παράλληλα τα διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια που προσφέρουν Π.Φ.Υ. είναι περισσότερα από 400. Αυτό που έχει ιδιαίτερη σημασία είναι πως ένας στους δύο Έλληνες προσφεύγουν σε ιδιώτες γιατρούς συμβεβλημένους ή μη συμβεβλημένους με τα ταμεία για την απόκτηση υπηρεσιών Π.Φ.Υ. Η κινητικότητα αυτή είναι ενδεικτική της αμφισβήτησης της ποιότητας των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του δημόσιου τομέα, καθώς επίσης και του μεγάλου χρόνου αναμονής που απαιτείται για την εξυπηρέτηση από αυτόν (Τούντας, 2008; Μπερζοβίτης, 2008).

#### **4.7 Ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού στην Π.Φ.Υ.**

Αναζητώντας τις ιστορικές καταβολές του θεσμού του οικογενειακού γιατρού αυτές ανάγονται στην Αρχαία Ελλάδα και συγκεκριμένα στην Αθήνα του 6ου π.Χ. αιώνα. Τότε εφαρμόζοταν ο θεσμός του «δημοσιεύοντα» γιατρού που προσέφερε τις υπηρεσίες του στους πολίτες ως εργαζόμενος, αμειβόμενος από την εκκλησία του Δήμου. Ο θεσμός αυτός θα επεκταθεί στις ελληνικές αποικίες και θα εφαρμοσθεί τόσο στην περίοδο της Ρωμαϊκής όσο και της Βυζαντινής αυτοκρατορίας με τη μορφή του «αρχίατρου πόλεως» ή «περιοδευτή ιατρού». Με τον ίδιο τρόπο θα συνεχίσει να υπάρχει και στους επόμενους αιώνες, αποτελώντας τον γιατρό όλης της οικογένειας. Μόνο με την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και την επικράτηση της νοσοκομειακής φροντίδας θα περιοριστεί η εξωνοσοκομειακή ή πρωτοβάθμια φροντίδα και θα υποβαθμιστεί ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού. Τον 20ο αιώνα θα επικρατήσει η εξειδίκευση έναντι της γενικής ιατρικής στις περισσότερες χώρες του αναπτυγμένου κόσμου. Ο θεσμός θα επανέλθει με τη Διακήρυξη της Alma-Ata και την προώθηση της Π.Φ.Υ. στα συστήματα υγείας των κρατών (Μωραΐτης και συν., 1995).

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση των Γενικών Οικογενειακών Γιατρών γνωστή και ως World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians-WONCA, (Allen et al., 2002, p.8) «η Γενική/Οικογενειακή Ιατρική αποτελεί έναν ακαδημαϊκό και επιστημονικό κλάδο με το δικό του διακριτό εκπαιδευτικό περιεχόμενο, έρευνα, βάση επιστημονικών δεδομένων και κλινική δραστηριότητα και αποτελεί μία κλινική ειδικότητα προσανατολισμένη προς την πρωτοβάθμια φροντίδα». Ο οικογενειακός γιατρός αποτελεί στην ουσία την πρώτη επαφή του ασθενή και της οικογένειας με τις προσφερόμενες υπηρεσίες του συστήματος υγείας. Μετά τη Διακήρυξη της Alma-Ata ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού αναβαθμίζεται σε πολλές χώρες οι οποίες ανήκουν στον Π.Ο.Υ. Οι γνώσεις του δεν είναι γενικές και περιορισμένες στην ειδικότητα της παθολογίας μόνο, αλλά έχει αποκτήσει τη Γενική Ιατρική με Γενικές και Ειδικές γνώσεις και ειδίκευση που περιλαμβάνουν την Παθολογία, την Καρδιολογία, την Παιδιατρική, τη Χειρουργική και τη Μαιευτική (Πιερράκος, 2008). Η ειδικότητα του οικογενειακού γιατρού είναι κατάλληλα διαμορφωμένη, ως περιεχόμενο γνώσης και ως συνολική εκπαιδευτική δράση, για την εξυπηρέτηση των αναγκών της Π.Φ.Υ. (Schoen et al., 2006). Σύμφωνα με τη WONCA, (Allen et al., 2002), ο οικογενειακός γιατρός είναι απαραίτητο να διαθέτει έξι βασικές ικανότητες χαρακτηριστικά όπως:

- Διαχείριση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας
- Προσωποκεντρική Φροντίδα
- Ειδικές Ικανότητες Επίλυσης Προβλημάτων
- Σφαιρική Προσέγγιση
- Προσανατολισμός προς την Κοινότητα
- Ολιστικό Πρότυπο

Ο οικογενειακός γιατρός είναι το σημείο αναφοράς της Π.Φ.Υ., αφού μέσω αυτού ο πολίτης παραπέμπεται στις υπόλοιπες δομές του συστήματος υγείας (Σουλιώτης, 2014). Εν τούτοις, όμως, η ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας και η επιστημονική υπερεξειδίκευση περιορίζει σε σημαντικό βαθμό την επιλογή του οικογενειακού γιατρού από τους ασθενείς. Περιορίζεται, δηλαδή, ο λειτουργικός και επιστημονικός του ρόλος στην εφαρμογή της Π.Φ.Υ. (Ζηλίδης, 2005). Αξίζει να αναφερθεί και η διάκριση που γίνεται ανάμεσα στον οικογενειακό γιατρό (family doctor) και τον γενικό γιατρό (General practitioner) σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση (Λιαρόπουλος, 2010). Με τον πρώτο όρο προσδιορίζεται ο τρόπος άσκησης των καθηκόντων του, ενώ με τον δεύτερο όρο δηλώνεται το περιεχόμενο της εκπαίδευσης του γιατρού. Στον Ελλαδικό χώρο ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού καθιερώνεται με τον Νόμο 1397 του 1983 στο άρθρο 17 παρ. 1 όπου αναφέρεται πως στα Κ.Υ. των αστικών περιοχών υπηρετούν οικογενειακοί γιατροί των νοσοκομείων που ανήκουν στον παθολογικό τομέα των νοσοκομείων. Για τις ηλικίες μέχρι των 14 ετών θέσεις οικογενειακών γιατρών καταλαμβάνουν οι γιατροί γενικής ιατρικής και οι παιδίατροι, ενώ για τις ηλικίες από 14 ετών και άνω οι γιατροί γενικής ιατρικής και οι παθολόγοι. Στο Νόμο 2519 του 1997 ορίζεται πως στα Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που καλύπτουν αστικές και ημιαστικές περιοχές παρέχουν υπηρεσίες οι οικογενειακοί γιατροί που έχουν ειδικότητα γενικής ιατρικής ή παθολογίας. Στο Νόμο 3235 του 2004 επαναλαμβάνεται η καθιέρωση του οικογενειακού και προσωπικού γιατρού για όλους τους πολίτες της χώρας και όχι μόνο για εκείνους των ημιαστικών ή αστικών περιοχών που όριζαν οι δύο προηγούμενοι νόμοι. Οι ειδικότητες που ασκούν τα καθήκοντα του οικογενειακού ή προσωπικού γιατρού είναι της Γενικής ιατρικής, της Παθολογίας και της Παιδιατρικής. Καθήκον του οικογενειακού ή προσωπικού γιατρού σύμφωνα με το νόμο είναι: να παρέχει υπηρεσίες Π.Φ.Υ. της ειδικότητας που έχει, να διαχειρίζεται το τμήμα του ιατρικού φακέλου που υπάρχει στο οικείο Κ.Υ. και να παραπέμπει σε άλλο γιατρό ή και σε νοσηλευτική μονάδα. Ο τελευταίος Νόμος 4238 του 2014 ορίζει περισσότερο αναλυτικά ότι σχετίζεται με τον θεσμό του οικογενειακού γιατρού, ο οποίος έρχεται να υπηρετήσει της δομές της Π.Φ.Υ. Οι υπηρεσίες που καλούνται να υπηρετήσουν οι οικογενειακοί γιατροί σύμφωνα με το νόμο αυτόν είναι: Η

αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων που εμφανίζονται περισσότερο στην κοινότητα, ο συντονισμός και η διασύνδεση με γιατρούς άλλων ειδικοτήτων και με το νοσοκομείο αναφοράς. Η καθοδήγηση των ασθενών και της οικογένειας στις δομές του συστήματος υγείας. Η εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης, ελέγχου και εμβολιασμού. Η παραπομπή των ασθενών σε γιατρούς άλλων ειδικοτήτων, σε άλλα επίπεδα περίθαλψης καθώς και σε διαγνωστικές εξετάσεις, είτε προληπτικά είτε για προσυμπτωματικό έλεγχο. Η δημιουργία και η τήρηση του ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου του πολίτη-ασθενή για τη διασφάλιση της συνέχειας και τον συντονισμό της φροντίδας και της αποτελεσματικότητας. Έχει, όμως, ιδιαίτερη σημασία να επισημάνουμε πως ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού στην Ελλάδα δεν έχει την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα που έχει σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Αυτό αποδείχθηκε από σχετική ευρωπαϊκή μελέτη για την αξιολόγηση των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ. με όρους ποιότητας, κόστους και ισότητας που πραγματοποιήθηκε από το 2011 μέχρι το 2013 ανάμεσα σε 34 χώρες της Ευρώπης (μελέτη QUALICOPC). Η διαρκής θεσμοθέτηση του οικογενειακού γιατρού με τη ψήφιση νόμων που σχετίζονται με την εφαρμογή του θεσμού αυτού στην Ελλάδα αποκαλύπτει την αδυναμία αυτή (Λιονής & Μποδοσάκης, 2015). Είναι αναγκαία η ανασυγκρότηση της Γενικής/Οικογενειακής ιατρικής και στη χώρα μας έχοντας ως πρότυπο τις χώρες που εφαρμόζεται επιτυχώς τόσο για την καλύτερη εξυπηρέτηση του πολίτη όσο και για την εξοικονόμηση πόρων (ανθρώπινων και οικονομικών) από την άσκοπη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Ο συντονιστικός ρόλος του οικογενειακού γιατρού θα συμβάλλει θετικά προς την κατεύθυνση αυτή (Αδαμακίδου και συν., 2008). Η πρόληψη, η προαγωγή της υγείας και η εκπαίδευση των ασθενών θα αποτελούν την κύρια κατεύθυνση του έργου τους και μετά θα ακολουθεί η περίθαλψη και η συνταγογράφηση φαρμάκων χρόνιων νοσημάτων στην οποία περιορίζεται στη χώρα μας (Λιονής, 2007).

#### 4.8 Η Π.Φ.Υ στην οδοντιατρική

Αδιάρρηκτο τμήμα της Π.Φ.Υ. είναι Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Φροντίδα, η οποία έχει ως βασικό σκοπό την εξασφάλιση της στοματικής υγείας για όλους τους πολίτες. Η Π.Φ.Υ. παρέχεται από τους οδοντίατρους του Ε.Σ.Υ. στα νοσοκομεία και στα Κ.Υ., από τους οδοντίατρους των Πολυιατρείων των ταμείων, κυρίως του ΙΚΑ, που μετά την ενοποίησή τους έχουν μεταφερθεί όλα στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και στο ΠΕΔΥ. Επίσης, την οδοντιατρική Π.Φ.Υ. την παρέχουν και γιατροί που είναι συμβεβλημένοι με τα ταμεία πριν με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και το ΠΕΔΥ τώρα και τέλος ιδιώτες γιατροί. Η χρηματοδότηση προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό σε όλες τις περιπτώσεις εκτός από την τελευταία που επιβαρύνει το προσωπικό εισόδημα του ασθενή (Μωραΐτης και συν., 1995; Θεοδώρου και συν., 2001; Αντωνοπούλου και συν., 2016).

Σύμφωνα με τη μελέτη Ομάδας Εργασίας (Αντωνοπούλου και συν., 2016), για την Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Φροντίδα με θέμα: «Πρόταση για την αναδιάρθρωση της Δημόσιας Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Φροντίδας» στην Ελλάδα, το σύστημα που επικρατεί στη οδοντιατρική Π.Φ.Υ. είναι όμοιο με εκείνο των χωρών της Νότιας Ευρώπης. Τα χαρακτηριστικά του συστήματος αυτού είναι η ισχυρή παρουσία του ιδιωτικού τομέα σε αντίθεση με τον δημόσιο, η συμμετοχή του οποίου είναι ισχνή ή μηδενική. Το μεγαλύτερο μέρος των εργασιών αφορά τη θεραπεία νοσημάτων του στόματος, ενώ είναι περιορισμένη η χρήση των υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας από τους ενήλικες. Αξιόλογες είναι ακόμα οι επισημάνσεις της έρευνας για την υψηλή αναλογία οδοντιάτρων ανά κάτοικο στην Ελλάδα σε σχέση με τις χώρες της υπόλοιπης Ευρώπης, καθώς και το γεγονός πως η συντριπτική πλειοψηφία των πτυχιούχων της οδοντιατρικής σχολής (90%) απασχολούνται στον ιδιωτικό τομέα. Πρέπει να αναφέρουμε πως, όταν ξεκίνησε η δημόσια παροχή Π.Φ.Υ. μέσω των Κ.Υ. στον τομέα της οδοντιατρικής, τα αποτελέσματα ήταν ικανοποιητικά στο θέμα της στοματικής υγιεινής, κυρίως για τα παιδιά, χωρίς αυτό, όμως, να αποτελέσει το έναυσμα για περισσότερη οδοντιατρική φροντίδα (Θεοδώρου και συν., 2001). Όπως επισημαίνεται, όμως, στη μελέτη της Ομάδας Εργασίας για την

Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Φροντίδα (2016), που προαναφέρθηκε, μια σειρά από παράγοντες συνέβαλαν στη βελτίωση της στοματικής υγιεινής των παιδιών. Αυτοί είναι:

- Η χρήση φθοριούχου οδοντόκρεμας.
- Η ανάπτυξη της αγωγής στοματικής υγείας.
- Η βελτίωση της οικονομικής κατάστασης για ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού.
- Η πρόσβαση σε επιπλέον προϊόντα φροντίδας της στοματικής υγείας (οδοντόβουρτσες, στοματικά διαλύματα, φθοριούχα συμπληρώματα κλπ.)
- Η αύξηση του αριθμού των οδοντιάτρων και άρα της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.
- Η εφαρμογή προληπτικών οδοντιατρικών προγραμμάτων στον παιδικό πληθυσμό.
- Η ανάδειξη της καλής στοματικής υγείας ως στοιχείο ευημερίας, ευμάρειας και θετικής αντίληψης για τη ζωή και
- Η οργάνωση ενός δικτύου δημόσιων υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας, το οποίο συνέβαλε στην κάλυψη αναγκών στην περιφέρεια της χώρας.

Παρ' όλα αυτά, όμως, η χρήση της οδοντιατρικής φροντίδας για θεραπευτικούς λόγους είναι ιδιαίτερη έντονη, σήμερα, και στον παιδικό πληθυσμό. Οι ομάδες που πλήττονται περισσότερο είναι των μεταναστών και εκείνων που έχουν χαμηλό εισόδημα, ενώ η επιλογή της χρήσης οδοντιατρικών υπηρεσιών εξαρτάται από το επίπεδο εκπαίδευσης, την κατοικία, την εργασία και την κοινωνική τάξη. Το πρόβλημα παρουσιάζεται ιδιαίτερα έντονο σήμερα, εξαιτίας της οικονομικής κρίσης και αφορά στη δυνατότητα που έχει το σύνολο του πληθυσμού να μετέχει στις υπηρεσίες οδοντιατρικής φροντίδας. Είναι γεγονός, πως όσοι επιλέξουν να χρησιμοποιήσουν τα δημόσια οδοντιατρεία (ΠΕΔΥ & Νοσοκομεία), θα βρεθούν αντιμέτωποι, εκτός από τις σοβαρές ελλείψεις και με σημαντικές καθυστερήσεις, που οφείλονται σε λειτουργικούς λόγους και σημαντικούς περιορισμούς στις παρεχόμενες υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης. Αυτό σημαίνει πως η ποιότητα των υπηρεσιών αυτών θα είναι αμφίβολη και η ικανοποίηση των ασθενών μειωμένη. Άλλωστε τις υπηρεσίες αυτές τις χρησιμοποιούν, κυρίως, όσοι δεν μπορούν, για διάφορους λόγους, να έχουν πρόσβαση στα ιδιωτικά οδοντιατρεία, γεγονός που αποκαλύπτει ακόμα περισσότερο τις ανισότητες στην οδοντιατρική φροντίδα (Αντωνοπούλου και συν., 2016).

Αυτό που είναι αναγκαίο να γίνει στον τομέα της οδοντιατρικής Π.Φ.Υ. είναι η ανασυγκρότησή της βασισμένη σε τρεις αρχές που είναι (Κωλέτση – Κουνάρη, 1996):

- Η Πρόληψη, με την κατάλληλη αγωγή για τη στοματική υγεία, η οποία θα έχει ως στόχο τη μείωση των νοσημάτων του στόματος, καθώς και τη μείωση των δαπανών για θεραπευτικούς σκοπούς.
- Η Ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας και των ατόμων, έτσι ώστε η ενημέρωση να αφορά όλον τον πληθυσμό, με συνέπεια η πρόληψη και η αντιμετώπιση των προβλημάτων της στοματικής υγιεινής να γίνεται σε συλλογικό επίπεδο.
- Η Ισότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών της οδοντιατρικής Π.Φ.Υ., με σκοπό τη μείωση ή και την εξάλειψη ακόμα των ανισοτήτων. Άλλωστε, τα προγράμματα για την πρόληψη των στοματικών νοσημάτων έχουν μικρότερο κόστος από τις υπηρεσίες θεραπείας.

## **ΜΕΡΟΣ Β΄**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Εργαλεία και μέθοδοι αξιολόγησης της Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ)**

#### **5.1 Ισχυρή Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας**

Η ισχυρή πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη αποτελεί το θεμέλιο ενός συστήματος υγείας που είναι αποτελεσματικό, αποδοτικό και ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ασθενών. Αν και δεν εκτιμάται επαρκώς, η πρωτοβάθμια φροντίδα μπορεί να χειριστεί τις περισσότερες από τις σημερινές χρόνιες παθήσεις χωρίς ειδική παραπομπή και να αποφέρει οφέλη για τα γενικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Η καλή πρωτοβάθμια φροντίδα σημαίνει λιγότερη συνολική χρήση της υγειονομικής περίθαλψης και περισσότερη εστίαση στην ποιότητα και την επίτευξη βέλτιστων αποτελεσμάτων στην υγεία. (Ec.europa.eu, 2019). Ωστόσο, η πρωτοβάθμια φροντίδα δεν μπορεί να επιτραπεί να παραμείνει σε καθεστώς status quo. Τα παλιά μοντέλα λειτουργίας μπορούν να επηρεάσουν το συνολικό σύστημα υγείας. Για να αλλάξουν οι προοπτικές, χρειάζεται μια χάραξη πολιτικής για τους επαγγελματίες να εξετάσουν εκ νέου την αξιολόγηση των επιδόσεων ως εργαλείο για τη δημιουργία ενός δυναμικού συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης και ενθάρρυνση όλων των σχετικών παραγόντων, είτε πρόκειται για ιατρούς, νοσηλευτές, μαίες, επαγγελματίες θεραπευτές, φαρμακοποιούς, φυσιοθεραπευτές,

ψυχολόγους ή κοινωνικούς λειτουργούς να καλλιεργούν, να διερευνούν και να συνεργάζονται για υψηλότερο επίπεδο υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η αξιολόγηση της απόδοσης μπορεί να ενημερώνει τις αποφάσεις σχετικά με τους σχετικούς πόρους κατανομής σε όλα τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, εξασφαλίζοντας πόρους για την υποστήριξη της επέκτασης των ρόλων και των λειτουργιών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. (Ec.europa.eu, 2019). Με την εστίαση των βασικών πτυχών των αποτελεσματικών συστημάτων πρωτοβάθμιας περίθαλψης και των βασικών λειτουργιών τους όπως η πρόσβαση, ο συντονισμός της περίθαλψης και η συνέχεια της περίθαλψης, τονίζεται ότι:

- Η αξιολόγηση της απόδοσης στην πρωτοβάθμια φροντίδα ανοίγει το δρόμο για καλύτερα αποτελέσματα υγείας και βελτιώνει το γενικό σύστημα υγείας.
- Τα συστήματα εκτίμησης επιδόσεων πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ευρώπη ποικίλλουν και αν και η μέτρηση της απόδοσης δεν είναι στα αρχικά στάδια, θα μπορούσε να προχωρήσει σημαντικά.

Οι χώρες αντιμετωπίζουν δυσκολίες να προχωρήσουν στην αξιολόγηση των επιδόσεων στην πρωτοβάθμια περίθαλψη λόγω βασικών προκλήσεων:

- η πολυπλοκότητα των πτυχών απόδοσης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης,
- η ενσωμάτωση αξιολογήσεων στις πολιτικές και τις παγίδες που συνδέονται με την κουλτούρα κάθε χώρας,

Για να διασφαλιστεί ότι η αξιολόγηση των επιδόσεων γίνεται εργαλείο αξιολόγησης συνιστάται να εξεταστεί ένας ισχυρός συνδυασμός **7 βασικών στοιχείων** κατά την αξιολόγηση της απόδοσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας (Ec.europa.eu, 2019):

### **1. Βελτίωση των πληροφοριακών συστημάτων πρωτοβάθμιας φροντίδας.**

Η διαθεσιμότητα και η ποιότητα των δεδομένων πρωτοβάθμιας περίθαλψης για την αξιολόγηση των επιδόσεων δεν πρέπει να μένει μόνο σε ένα σύνολο δεικτών που είναι διαθέσιμοι στους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής το οποίο πολλές φορές είναι ανεπαρκές ή επικεντρώνεται σε ένα υποσύνολο διαστάσεων, χωρίς να συμπεριλαμβάνονται, για παράδειγμα, μέτρα κλινικής απόδοσης, δικαιοσύνης, φόρτου εργασίας και ικανοποίησης του εργατικού δυναμικού, αποτελεσματικότητα, συνάφεια της κατάρτισης των γιατρών κ.λπ. Χωρίς να δημιουργείται υπερβολικό διοικητικό βάρος, μια καλά ισορροπημένη σειρά δεικτών θα πρέπει να επιτρέπει την τακτική εξέταση των λειτουργιών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, εστιάζοντας στην προσβασιμότητα, τη συνέχεια και την ολοκλήρωση. Η ποιότητα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι επίσης μια σημαντική διάσταση που πρέπει να μετρηθεί ως οδηγός πρόσθετων κερδών για το συνολικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. (Ec.europa.eu, 2019).

### **2. Ενσωμάτωση της αξιολόγησης της απόδοσης σε διαδικασίες πολιτικής.**

Με κάποιες εξαιρέσεις, οι αξιολογήσεις των επιδόσεων δεν ενσωματώνονται συστηματικά στις διαδικασίες πολιτικής και η χρήση τους δεν παρακολουθείται και αποδεικνύεται. Επιπλέον, φαίνεται ότι απευθύνονται κυρίως σε υπεύθυνους για τη χάραξη πολιτικής, λιγότερο για τους επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και ακόμη λιγότερο για το ευρύ κοινό και τους ασθενείς. Η ενσωμάτωση της αξιολόγησης της απόδοσης σε νομικό ή / και πολιτικό πλαίσιο θα αυξήσει τη χρήση τους από όλους τους ενδιαφερόμενους φορείς. Οι μεθοδολογίες είναι επίσης σημαντικές. Θα πρέπει να στοχεύουν στην επίτευξη πρωτοφανών αποτελεσμάτων, ευθυγραμμίζοντας όλους τους παράγοντες γύρω από τους στόχους απόδοσης και καλλιεργώντας το θάρρος να προχωρήσουν και να αποθαρρύνουν την επιστροφή στις παλιές μεθόδους και συνήθειες. (Ec.europa.eu, 2019).

**3. Η οικοδόμηση μιας "κουλτούρας αριστείας" αποτελεί επίσης ένα βήμα προς την κατεύθυνση της ολοκλήρωσης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.**

Μπορεί να ενισχύσει την ομαδική εργασία και να κάνει αυτή την ομάδα να προσφέρει μια ικανοποιητική εμπειρία επειδή θα συμβάλει στην επίτευξη συναίνεσης για τη δημιουργία οργανωτικών ικανοτήτων και ενός πλαισίου που θα εξουσιοδοτεί και θα εμπλέκει όλους τους πρωτοβάθμιους επαγγελματίες υγείας, εξοπλίζοντας τους με τη νοοτροπία και τις δεξιότητες που απαιτούνται για να εστιάσουν στη δημιουργία των επιθυμητών αποτελεσμάτων. Για να συμβεί αυτό, η αξιολόγηση των επιδόσεων πρέπει να είναι ολιστική και να εξετάζει πτυχές όπως: εκπαίδευση των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας, τόσο το περιεχόμενο όσο και τον τρόπο οργάνωσης (π.χ. εκπαίδευση σε κοινοτικό επίπεδο παρά στα νοσοκομεία), αλλαγή της αντίληψης του κοινού για την πρωτοβάθμια περίθαλψη κ.λπ. (Ec.europa.eu, 2019).

**4. Θεσμοθέτηση του συστήματος απόδοσης.**

Η ενσωμάτωση στο πλαίσιο πολιτικής αποτελεί ένα πρώτο βήμα για την επίτευξη ανάπτυξης ή βελτίωσης της αξιολόγησης της απόδοσης στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Για να αξιοποιηθεί πλήρως το δυναμικό της, χρειάζεται ένα ισχυρό πλαίσιο πόρων. Μια θεσμοθετημένη λειτουργία είναι ζωτικής σημασίας για την απόδοση ρόλων και ευθυνών, την παροχή των απαραίτητων εργαλείων και την εξασφάλιση πόρων για την ανταμοιβή και την αναγνώριση των καλών εκτελεστών και την υποστήριξη των μέσων ερμηνευτών για την μετάβαση στην κατηγορία υψηλών επιδόσεων. (Ec.europa.eu, 2019).

**5. Εξασφάλιση της ευθύνης.**

Ο πυρήνας είναι να οριστεί, είναι να διασφαλιστεί η συμμετοχή όλων των σχετικών ενδιαφερομένων, ώστε να εξασφαλιστεί ότι η ικανοποίηση από την εργασία των επαγγελματιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρακολουθείται και σε καλό επίπεδο. (Ec.europa.eu, 2019).

**6. Εξέταση της εμπειρίας και των αξιών των ασθενών.**

Κατανόηση των πτυχών της ποιότητας της πρωτοβάθμιας περίθαλψης που οι ασθενείς πραγματικά αξίζουν θα πρέπει να αναπτυχθούν. Επειδή η πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι το πρώτο σημείο επαφής, η προοπτική των ασθενών, λαμβάνοντας υπόψη την εμπειρία τους από τις υπηρεσίες και τις αξίες τους, είναι ένα από τα βασικά στοιχεία της αξιολόγησης της απόδοσης και μπορεί να βοηθήσει στον καθορισμό υψηλού επιπέδου ποιότητας, να περιορίσει τις λιγότερο επιτυχημένες πρακτικές και να επηρεάσει την κατεύθυνση της αλλαγής. Η προοπτική των ασθενών είναι επίσης σημαντική για άλλους λόγους: πιο σύνθετη ζήτηση για φροντίδα, μεγαλύτερη ζήτηση για κατ' οίκον φροντίδα, μεγαλύτερη ποικιλία ασθενών που συνδέεται επίσης με την μετανάστευση, μεταβαλλόμενους κινδύνους για την υγεία, οι οποίοι επηρεάζουν ιδιαίτερα δυναμικά την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη. (Ec.europa.eu, 2019).

**7. Όφελος από την προσαρμοστικότητα.**

Προκειμένου η αξιολόγηση των επιδόσεων να αποτελέσει κινητήρια δύναμη πίσω από την καθημερινή εργασία, θα πρέπει να προσαρμόζεται, επειδή ο στόχος είναι ακριβώς να υποστηρίζει την προσαρμοστικότητα κατά τη στιγμή της αλλαγής για την πρωτοβάθμια φροντίδα. Η πρωτοβάθμια φροντίδα δεν είναι μια στατική έννοια και εκτιμήσεις επιδόσεων για την πρωτοβάθμια φροντίδα, λόγω της ιδιαίτερης έκθεσής τους στην αλλαγή, πρέπει να παρέχουν συνεχώς νέα εργαλεία και να εξετάζουν συνεχώς το δυναμικό πλαίσιο κάθε χώρας, περιοχής, κοινότητας. (Ec.europa.eu, 2019).

**8. Υποστήριξη της προσέγγισης προσανατολισμού στο στόχο μέσω της καλύτερης χρήσης επαγγελματικών και συναφή στοιχείων.**

Η αξιολόγηση της απόδοσης πρέπει να αξιοποιηθεί περισσότερο για να επιτύχει καλύτερα αποτελέσματα πρωτοβάθμιας φροντίδας μέσω της εύρεσης ενός πιο κεντρικού ρόλου για επαγγελματικά και συναφή στοιχεία. Τα επαγγελματικά αποδεικτικά στοιχεία δεν συστηματοποιούνται, ενώ ο ρόλος της επίτευξης των καλών αποτελεσμάτων στην πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι ζωτικής σημασίας, διότι η πρωτοβάθμια φροντίδα συνήθως ασχολείται με ασθενείς διαφορετικής ηλικίας, από ποικίλες εθνότητες και κοινωνικοοικονομικές ομάδες, που παρουσιάζουν ασθένειες πρώιμης φάσης ή μη καθορισμένες ασθένειες ή με διαφορετικά επίπεδα πολυμορφίας. Η πρωτοβάθμια φροντίδα πρέπει επίσης να βασίζεται έντονα σε συναφές πληροφορίες για τη γεφύρωση του χάσματος μεταξύ αποτελεσματικότητας σε μεμονωμένες περιπτώσεις και αποτελεσματικότητας σε φροντίδα ρουτίνας. Οι αξιολογήσεις απόδοσης, οι οποίες αντικατοπτρίζουν τις ανάγκες διαφόρων ομάδων ασθενών, μπορούν να καταστήσουν την πρωτοβάθμια φροντίδα το πιο ισχυρό τμήμα της υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό μπορεί να πείσει τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής να μην επιλύσουν το status quo αλλά να δημιουργήσουν νέες δυνατότητες ανάπτυξης, ευθυγραμμίζοντας κάθε παράγοντα πρωτοβάθμιας φροντίδας να προχωρήσει προς νέους τρόπους προς όφελος των ασθενών. (Ec.europa.eu, 2019).

*Στο πλαίσιο της προσπάθειας για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, τα κράτη μέλη καθιστούν τα συστήματα υγείας πιο προσιτά σε όλους, αποτελεσματικά όσον αφορά την ποιότητα της υγείας και ανθεκτικά στις μελλοντικές προκλήσεις. (European Commission 2014).* Η Συνοπτική Έκθεση της ΕΕ το 2017 (State of Health in the EU 2017 Companion Report) υπογραμμίζει ότι η ισχυρή πρωτοβάθμια φροντίδα μπορεί να συμβάλει στην ενίσχυση της απόδοσης του συνολικού συστήματος υγείας, παρέχοντας, μεταξύ άλλων, προσιτή φροντίδα, συντονίζοντας τη φροντίδα των ασθενών ώστε να τους δοθούν οι πλέον κατάλληλες υπηρεσίες στο σωστό πλαίσιο και τη μείωση των εισαγωγών στο νοσοκομείο που μπορούν να αποφευχθούν. Η ισχυρή πρωτοβάθμια φροντίδα είναι το κλειδί της ολοκλήρωσης και της συνέχειας μεταξύ και των επιπέδων φροντίδας, κάτι που είναι απαραίτητο για τους ασθενείς, ιδιαίτερα για εκείνους με σύνθετες ανάγκες. (The State of health in the EU 2017 Companion Report). Η πρωτοβάθμια φροντίδα πρέπει να βρίσκεται στη επίκεντρο των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, η διαδικασία αλλαγής από νοσοκομειακά συστήματα σε συστήματα υγείας που βασίζονται στην κοινότητα είναι πρόκληση και απαιτεί συνεκτικές πολιτικές. (Maeseneer, 2017)

Προκειμένου να καταστεί η αξιολόγηση των επιδόσεων σχεδιασμένη προς όφελος των επαγγελματιών του τομέα της υγείας και των ασθενών υπάρχουν κύριες προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούνται σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο η αξιολόγηση της απόδοσης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη μπορεί να οικοδομήσει έναν πολιτισμό αριστείας, να διαταράξει την κουλτούρα της «συνήθους επιχειρηματικής δραστηριότητας» και να ενισχύσει τα θεμέλια για αλλαγή της πρωτοβάθμιας φροντίδας. (Ec.europa.eu, 2019).

*Η ισχυρή πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη αποτελεί θεμέλιο ενός συστήματος υγείας που λειτουργεί καλά.*

Ο καθηγητής De Maeseneer στο βιβλίο του για την Οικογενειακή Ιατρική και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα κάνει μια ισχυρή υπόθεση για πρωτοβάθμια περίθαλψη σε πολλά επίπεδα: ατομική, κοινωνική, κοινοτική, κοινωνικοοικονομική. (Maeseneer, 2017). Αν και δεν εκτιμάται αρκετά, η πρωτοβάθμια φροντίδα μπορεί να χειριστεί τις περισσότερες από τις σημερινές χρόνιες παθήσεις χωρίς ειδική παραπομπή. Η επέκταση των ρόλων και των λειτουργιών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης απαιτεί σχετικούς πόρους, αλλά η καλή πρωτοβάθμια φροντίδα σημαίνει ότι η χρήση της υγειονομικής περίθαλψης είναι συνολική. Επομένως, η αξιολόγηση της απόδοσης μπορεί να ενημερώνει τις αποφάσεις



σχετικά με την κατανομή των πόρων σε όλα τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, να τις προσαρμόζει ανάλογα με την εξέλιξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, με μεγάλη πιθανότητα τελικά να μειώσει το συνολικό κόστος της υγειονομικής περίθαλψης. (Ec.europa.eu, 2019).

*Η βελτίωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας συνδέεται με καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία και με περισσότερες ευκαιρίες για αποτελεσματικότητα της υγειονομικής περίθαλψης συνολικά. Οι αξιολογήσεις απόδοσης που εφαρμόζονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη ανοίγουν το δρόμο για καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία και βελτιώνουν τα συνολικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. (Ec.europa.eu, 2019).*

## 5.2 Μεταρρυθμίσεις της πρωτοβάθμιας περίθαλψης

Η πρωτοβάθμια φροντίδα ζει σε ένα δυναμικό περιβάλλον και προκαλείται από την ανάγκη συνεχούς προσαρμογής στις ανάγκες των ασθενών. Η αλλαγή της πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορεί να υποστηριχθεί από μια καλά λειτουργική αξιολόγηση των επιδόσεων, που περιλαμβάνει όλους τους σχετικούς επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε πολυεπιστημονικές ομάδες: οδοντίατροι, διαιτολόγοι, γενικοί ιατροί / οικογενειακοί ιατροί, νοσηλεύτες, μαίες, επαγγελματίες θεραπευτές, οπτικοί, φαρμακοποιοί, φυσιοθεραπευτές, ψυχολόγοι και τους κοινωνικούς λειτουργούς. Όσο πιο ενσωματωμένο στην οργανωτική κουλτούρα και αποστολή, τόσο καλύτερα για τα αποτελέσματα της αξιολόγησης της απόδοσης. Πράγματι, η αξιολόγηση των επιδόσεων μπορεί να μεταφέρει την πρωτοβάθμια περίθαλψη από το status quo σε υψηλότερα επίπεδα αριστείας, εστιάζοντας στις βασικές πτυχές των συστημάτων πρωτοβάθμιας φροντίδας που λειτουργούν καλά και εκπληρώνοντας τις βασικές λειτουργίες τους, όπως η πρόσβαση, ο συντονισμός της περίθαλψης και η συνέχεια της περίθαλψης. (Ec.europa.eu, 2019).

Οι μεταρρυθμίσεις της πρωτοβάθμιας περίθαλψης απαιτούν μια ολιστική προσέγγιση, λαμβάνοντας υπόψη διάφορες πτυχές, όπως για παράδειγμα ,

- την κατάρτιση των επαγγελματιών (τόσο το περιεχόμενό τους όσο και τον τρόπο με τον οποίο οργανώνονται),
- την αντίληψη του κοινού για την πρωτοβάθμια φροντίδα, η οποία περιορίζει συχνά τον ρόλο της πρωτοβάθμιας φροντίδας σε gatekeeper. (Ec.europa.eu, 2019).

Η αξιολόγηση της απόδοσης μπορεί να υποστηρίξει μια ολιστική προσέγγιση των μεταρρυθμίσεων. Η μέτρηση της απόδοσης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης δεν είναι στα αρχικά στάδια της Ευρώπης, αλλά μπορεί να προχωρήσει. Οι χώρες της ΕΕ πραγματοποιούν μια αξιολόγηση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης εν γένει ή ορισμένων σημαντικών πτυχών αυτής. Ωστόσο, μόνο λίγες χώρες εκτιμούν εκτενώς την απόδοση των υπηρεσιών που παρέχονται από όλα τα τμήματα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Τα συστήματα πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ευρώπη ποικίλουν σε ισχύ και παρόλο που η μέτρηση των επιδόσεων δεν είναι σε αρχικά στάδια, θα μπορούσε να προχωρήσει σημαντικά. Υπάρχουν τρεις κύριες προκλήσεις: η αντιμετώπιση της πολυπλοκότητας των πτυχών απόδοσης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ο τρόπος ενσωμάτωσης των αξιολογήσεων στην πολιτική και ο τρόπος βελτίωσης της κουλτούρας. (Ec.europa.eu, 2019).

## 5.3 Συστήματα αξιολόγησης της απόδοσης στην πρωτοβάθμια φροντίδα

Τα επιτυχή συστήματα αξιολόγησης της απόδοσης στην πρωτοβάθμια φροντίδα μοιράζονται τρία βασικά στοιχεία:

1. πρέπει να λάβουν υπόψη την πολυπλοκότητα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αντιμετωπίζοντας πολλά στοιχεία ως αλληλένδετα συστατικά. Όσον αφορά τον

σχεδιασμό των μοντέλων αξιολόγησης, υπάρχει πρόκληση να ευθυγραμμιστούν οι μεθοδολογίες, οι δείκτες με την οργανωτική δομή της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και οι σχέσεις μεταξύ των διαφόρων ενδιαφερομένων. Όταν πρόκειται για την εφαρμογή της αξιολόγησης των επιδόσεων, συνεπάγεται δέσμευση και ικανότητες για τη διαχείριση των διαδικασιών μέτρησης, της λογοδοσίας για τα αποτελέσματα που επιτεύχθηκαν κατά την αξιολόγηση, την αλλαγή και τον μετασχηματισμό με βάση τα επιτευχθέντα αποτελέσματα. Δεν υπάρχει κανένας καλύτερος τρόπος για να επιτευχθεί η εκτέλεση πρωτοβάθμιας φροντίδας. (Ec.europa.eu, 2019).

2. η αξιολόγηση των επιδόσεων πρέπει να ενσωματωθεί στις διαδικασίες πολιτικής. Ο εντοπισμός των καλύτερων τρόπων αντιμετώπισής τους εξακολουθεί να αποτελεί πρόκληση στις περισσότερες χώρες κατά μήκος ενός χάσματος στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο η αξιολόγηση επιδόσεων επηρεάζει την πολιτικές. (Ec.europa.eu, 2019).
3. η επιτάχυνση της απόδοσης χάρη στα συστήματα απόδοσης δεν θα είναι δυνατή χωρίς την οικοδόμηση μιας κουλτούρας αριστείας. Μια κουλτούρα αριστείας δημιουργεί στέρεες βάσεις για αλλαγή, καθώς συμβάλλει στην επίτευξη συναίνεσης για τη δημιουργία οργανωτικών ικανοτήτων και ενός πλαισίου που δίνει τη δυνατότητα εστίασης και εμπλοκής όλων των επαγγελματιών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, εξοπλίζοντας τους με τη νοοτροπία και τις δεξιότητες που απαιτούνται για να επικεντρωθούν στη δημιουργία των επιθυμητών αποτελεσμάτων. Αυτή η κουλτούρα διαταράσσει την προσέγγιση της "συνήθους επιχειρηματικής δραστηριότητας" η οποία μπορεί να οδηγήσει ακούσια σε μέτριες προσδοκίες μέσω των ξεπερασμένων τρόπων παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε αλλαγές, για παράδειγμα, μέσω μη τήρησης ηλεκτρονικών ιατρικών αρχείων, η μη συνεργασία μεταξύ τμημάτων πρωτοβάθμιας περίθαλψης, μη προσαρμογής εκπαιδευτικών μοντέλων σε αντικαταστάσεις καθηκόντων σε διάφορα επίπεδα πρωτοβάθμιας περίθαλψης και μεταξύ ειδικών και γενικών ιατρών κλπ. (Ec.europa.eu, 2019).

#### 5.4 Προτάσεις βελτίωσης αξιολόγησης συστήματος ΠΦΥ

##### ***Βελτίωση των πληροφοριακών συστημάτων πρωτοβάθμιας περίθαλψης***

Η διαθεσιμότητα δεδομένων καλής ποιότητας παραμένει μια τεράστια πρόκληση. Σε πολλές περιπτώσεις, το σύνολο δεικτών που διατίθενται στους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής είναι ανεπαρκές ή επικεντρώνεται σε ένα υποσύνολο διαστάσεων. Τα περισσότερα κράτη μέλη θεωρούν τις αξιολογήσεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης περιγραφικές πληροφορίες σχετικά με τους παρόχους, την πρόσβαση και την επικέντρωση στον ασθενή. Η κλινική απόδοση μετρείται πολύ λιγότερο και οι πτυχές όπως η ισότητα, ο φόρτος εργασίας και η ικανοποίηση του εργατικού δυναμικού, η αποτελεσματικότητα και η φθορά αναφέρονται σε πολύ μικρότερο βαθμό. Αξίζει να σημειωθεί ότι στις περισσότερες περιπτώσεις οι πληροφορίες δεν συλλέγονται μέσω δομημένων αξιολογήσεων πρωτοβάθμιας φροντίδας, αλλά μέσω ανεξάρτητων συστημάτων συλλογής. Το εύρος των δεδομένων που απαιτούνται για την εκτίμηση της απόδοσης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι αρκετά σημαντικό, διότι οι δείκτες πρέπει να

αντικατοπτρίζουν τόσο τα αποτελέσματα της περίθαλψης όσο και τις διαδικασίες περίθαλψης. (Ec.europa.eu, 2019). Η αναφορά σχετικά με την οργάνωση των υπερωριών, την οργάνωση της φροντίδας στο σπίτι ή τα δεδομένα σχετικά με την εμπειρία των ασθενών που έχουν οικογενειακό γιατρό ή δεν έχουν οικογενειακό γιατρό μπορεί να παρέχουν σημαντική ανατροφοδότηση για την καλύτερη οργάνωση των υπηρεσιών. Ορισμένες πτυχές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης ενδέχεται επίσης να απαιτούν προσωρινή μεγαλύτερη προσοχή, επειδή βρίσκονται σε μεταβατικό στάδιο στην περίπτωση, για παράδειγμα, ανάληψης νέων λειτουργιών ή μετατόπισης της φροντίδας για χρόνιες νόσους από νοσοκομεία σε πρωτοβάθμια περίθαλψη. Σε αυτήν την περίπτωση, ένα πρόσθετο σύνολο δεικτών μπορεί να συμβάλει στην επιτάχυνση της προόδου ή στην προσαρμογή της αλλαγής με βάση τα ισχυρά δεδομένα. (Ec.europa.eu, 2019).

Οι πιο κοινές προκλήσεις στα συστήματα πληροφοριών περιλαμβάνουν:

- περιορισμούς των δεδομένων που συνδέονται με παλαιότερους δείκτες που δεν καλύπτουν τις νέες πραγματικότητες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης,
- η έλλειψη στοιχείων σχετικά με σημαντικές πτυχές όπως η ένταξη της ψυχικής φροντίδας,
- η συνάφεια της κατάρτισης των γιατρών,
- ανισότητες στον τομέα της υγείας,
- η χρήση δεδομένων από την έρευνα των ασθενών, ιδίως σε περίπτωση ασθενειών χαμηλό επίπεδο γνώσεων για την υγεία,
- υποανάπτυκτα συστήματα και λύσεις ηλεκτρονικής υγείας. (Ec.europa.eu, 2019).

Χωρίς να δημιουργείται υπερβολική διοικητική επιβάρυνση, ένα καλά ισορροπημένο σύνολο δεικτών θα πρέπει να επιτρέπει την τακτική εξέταση των λειτουργιών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, εστιάζοντας στην προσβασιμότητα, τη συνέχεια και την ολοκλήρωση. Η ποιότητα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης αποτελεί επίσης σημαντική διάσταση που πρέπει να μετρηθεί ως σημαντική κινητήρια δύναμη για πρόσθετα κέρδη στο συνολικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. (Ec.europa.eu, 2019).

***Η μεθοδολογία αξιολόγησης της απόδοσης θα πρέπει να σχεδιάζεται για να μεταφέρει την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη σε υψηλότερα επίπεδα.***

Οι μεθοδολογίες πρέπει να καλλιεργούν το θάρρος να προχωρήσουν και να μην τεθούν για το status quo. Η ποιότητα των δεικτών που περιλαμβάνουν μεθόδους προσαρμογής κινδύνου και εσωτερική μεταβλητότητα αποτελεί πρόκληση για την επιλογή του βέλτιστου συνόλου μέτρων. Ωστόσο, οι μεθοδολογίες θα πρέπει να στοχεύουν στην επίτευξη πρωτοφανών αποτελεσμάτων όλων των φορέων πρωτοβάθμιας περίθαλψης και να ευθυγραμμίσουν όλους τους στόχους απόδοσης διασφαλίζοντας ότι δεν θα επιστρέψουν στις παλιές μεθόδους και συνήθειες. Είναι ζωτικής σημασίας να καταγραφεί η απόδοση των σημερινών μεθόδων και συνηθειών, όπως για παράδειγμα

- η δραστηριότητα στις επισκέψεις,
- το φάσμα των υπηρεσιών,
- ο συντονισμός μεταξύ όλων των επιπέδων και η ολοκλήρωση των υπηρεσιών,
- τη συνέχεια της περίθαλψης,
- την πρακτική των παραπομπών,
- τις συνταγές,
- την προσβασιμότητα της περίθαλψης,
- το επίπεδο ποιότητας..

Όλες αυτές οι πτυχές θα πρέπει να αξιολογούνται από την άποψη της αποδοτικότητας, της ισότητας, της αποτελεσματικότητας.

**Η συγκριτική αξιολόγηση** είναι μια πιθανή μεθοδολογία για την αντιμετώπιση των περιπλοκών σε όλα τα επίπεδα της πρωτοβάθμιας φροντίδας και της απόδοσης αναφοράς που προσδιορίζουν τα εμπόδια. Τέλος, μια καλή μεθοδολογία θα πρέπει να επιτρέπει τη μέτρηση της υγείας σε τελικά και ενδιάμεσα αποτελέσματα, τον αντίκτυπο στους τρόπους ζωής και στην ποιότητα ζωής. Επομένως, η μέτρηση της επιρροής και του αντίκτυπου της αξιολόγησης της απόδοσης πρέπει να βρίσκεται στο επίκεντρο για μεθοδολογικές εκτιμήσεις. (Ec.europa.eu, 2019).

*Οι μεθοδολογίες πρέπει να επιτύχουν τη σωστή ισορροπία μεταξύ της ποιότητας της πληροφόρησης και της πολυπλοκότητας των θεμάτων, χωρίς να χάσουν την οπτική γωνία του στόχου του μετασχηματισμού της πρωτοβάθμιας φροντίδας και της επιστροφής των επαγγελματιών από παλιές συνήθειες. (Ec.europa.eu, 2019).*

### **Προϋποθέσεις λειτουργίας συστημάτων απόδοσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας.**

Εάν ο στόχος είναι να αυξηθεί η χρήση της αξιολόγησης της απόδοσης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, υπάρχουν ορισμένες προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούνται: Ένας βασικός παράγοντας είναι η αναγνώριση της αξιολόγησης της απόδοσης μέσω του νομικού πλαισίου και / ή πολιτικής που προϋποθέτει τον προγραμματισμό των απαραίτητων πόρων για τη διεξαγωγή των διαδικασιών και την αξιολόγηση των επιπτώσεων. Η υψηλή ποιότητα της αξιολόγησης της απόδοσης αποτελεί επίσης προϋπόθεση για τη χρήση της. Τέλος, η ετοιμότητα για πιο μακροπρόθεσμα χρονοδιαγράμματα αλλαγής μπορεί να είναι ζωτικής σημασίας για να διασφαλιστεί ότι το δυναμικό αξιολόγησης των επιδόσεων αξιοποιείται πλήρως για δράσεις πολιτικής. (Ec.europa.eu, 2019).

*Οι αξιολογήσεις επιδόσεων πρωτοβάθμιας περίθαλψης θα πρέπει να ενσωματώνονται συστηματικά στις διαδικασίες πολιτικής και η χρήση τους στη χάραξη πολιτικής θα πρέπει να κλιμακωθεί και να αξιολογηθεί ο αντίκτυπός τους.*

### Θεσμός του συστήματος επιδόσεων

Τα συστήματα επιδόσεων απαιτούν μια θεσμοθετημένη λειτουργία για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων. Η έλλειψη τέτοιας λειτουργίας δυσχεραίνει την ικανότητα αξιολόγησης της προόδου και προσαρμογής των μεταρρυθμίσεων ή επιτάχυνση της αλλαγής. Η θεσμοθέτηση σημαίνει επίσης ότι η ανατροφοδότηση από το σύστημα διαμοιράζεται με διαφάνεια σε μια προσπάθεια ενημέρωσης των υπευθύνων λήψης αποφάσεων. (Ec.europa.eu, 2019).

*Θα πρέπει να αναπτυχθεί μια περιεκτική στρατηγική και αναλυτική προσέγγιση της αξιολόγησης των επιδόσεων πρωτοβάθμιας περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της αξιολόγησης και ενός ισχυρού πλαισίου πόρων. (Ec.europa.eu, 2019).*

Τα μοντέλα χρηματοδότησης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης μπορούν πράγματι να δημιουργήσουν τέτοιους μηχανισμούς και να ενθαρρύνουν την απόδοση στην προσέγγιση "από την κορυφή προς τη βάση", θα τονώσουν την ποιότητα σε όλα τα επίπεδα και τα τμήματα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και θα παράγουν περισσότερο συνεργατικό περιβάλλον χωρίς να αφήνουν κανένα λόγο για την προστασία μεμονωμένων ρόλων. Αλλά αυτό δεν μπορεί να συμβεί χωρίς τους απαραίτητους πόρους για τη βελτίωση των επιδόσεων, είτε μέσω της (Ec.europa.eu, 2019).

- κατάρτισης των επαγγελματιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, είτε μέσω
- εξοπλισμού τους με επιδεξιότητες για την εκτέλεση των καθηκόντων τους.

Η σχετική εκπαίδευση μπορεί να μεταμορφώσει τους επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας σε σχέση με τη συνέχεια της φροντίδας, την ομαδική συνεργασία. (Ec.europa.eu, 2019).

#### Ανάληψη ευθύνης

Είναι αυτονόητο ότι η λογοδοσία αποτελεί τον πυρήνα της αξιολόγησης της απόδοσης. Ενώ οι μηχανισμοί λογοδοσίας ενδέχεται να διαφέρουν σε όλα τα μοντέλα παράδοσης, ο πυρήνας πρέπει να καθορίσει με σαφήνεια τη συμμετοχή των ενδιαφερομένων. Τα μέσα που χρησιμοποιούνται για την επιβολή της υποχρέωσης λογοδοσίας, όπως οι μηχανισμοί αντιστάθμισης μέσω πολιτικής δαπανών ή συμβατικών συμφωνιών, ενδέχεται να μην επαρκούν. Ίσως χρειάζεται να προσδιοριστούν συναφείς στρατηγικές βελτίωσης. Τέλος, η λογοδοσία πρέπει να είναι ρεαλιστική και να διασφαλιστεί ότι η ικανοποίηση της εργασίας των επαγγελματιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρακολουθείται σε καλό επίπεδο. (Ec.europa.eu, 2019).

#### Οι εμπειρίες και οι αξίες των ασθενών

Δεδομένου ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα είναι το πρώτο σημείο επαφής, η προοπτική των ασθενών, λαμβάνοντας υπόψη την εμπειρία τους από τις υπηρεσίες και τις αξίες τους, αποτελεί ένα από τα βασικά στοιχεία της αξιολόγησης της απόδοσης και μπορεί να βοηθήσει στον καθορισμό υψηλού επιπέδου ποιότητας. Η προοπτική των ασθενών είναι επίσης σημαντική για άλλους λόγους: πιο σύνθετη ζήτηση περίθαλψης, μεγαλύτερη ζήτηση για κατ' οίκον φροντίδα, μεγαλύτερη ποικιλία ασθενών που συνδέεται επίσης με τις μεταναστεύσεις, μεταβαλλόμενους κινδύνους για την υγεία, οι οποίοι επηρεάζουν ιδιαίτερα δυναμικά την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη. (Ec.europa.eu, 2019). Η ανάπτυξη μέτρων σχετικά με την εμπειρία ασθενών και τα μέτρα που σχετίζονται με τα αποτελέσματα των ασθενών μέσω ειδικών ερευνών, συμπεριλαμβανομένων επίσης πτυχών όπως είναι η ασφάλεια και η ανταπόκριση, μπορεί να είναι χρήσιμες. Η εμπειρία των ασθενών στην Ευρώπη δεν χρησιμοποιείται ευρέως για τη βελτίωση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Η Επιτροπή, που συγχρηματοδότησε την Έρευνα για τους δείκτες ασθενών που υποβλήθηκαν από τον ΟΕCD (Παρίσι), θα καλύψει αυτό το σημαντικό κενό γνώσης μέσα στα επόμενα χρόνια. Εκτός Ευρώπης, ο Καναδάς παρέχει ένα παράδειγμα του πώς μπορούν να εμπλακούν οι ασθενείς. Στο πλαίσιο της έρευνας QUALICOPC, οι ασθενείς παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με την εμπειρία τους με διάφορες διαστάσεις της πρωτοβάθμιας φροντίδας, όπως οι χρόνοι αναμονής, η αξιολόγηση της επικοινωνίας τους με τους γιατρούς, αλλά και οι πτυχές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης που είναι σημαντικές για αυτούς. Το αποτέλεσμα δείχνει ότι οι ασθενείς στον Καναδά υποδεικνύουν ότι οι πιο σημαντικές πτυχές της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι:

- η συνέχεια και ο συντονισμός,
- η επικοινωνία και η περίθαλψη με επίκεντρο τον ασθενή,
- η πρόσβαση και η δραστηριοποίηση τους. (Ec.europa.eu, 2019).

#### Προσαρμοστικότητα

Η αξιολόγηση της απόδοσης πρέπει να είναι προσαρμόσιμη και να υποστηρίζει την προσαρμοστικότητα κατά τη στιγμή της αλλαγής για την πρωτοβάθμια περίθαλψη. (Ec.europa.eu, 2019).

#### Δημιουργία κουλτούρας

Για την βελτίωση της ποιότητας και της αλλαγής της κουλτούρας στην πρωτοβάθμια φροντίδα θα πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να κατανοήσουν το όραμα και τους στόχους της αξιολόγησης της απόδοσης και να την τηρήσουν. Πρέπει επίσης να γνωρίζουν τους ρόλους, τις ευθύνες και τις ενέργειές τους που αναμένονται από αυτά, διασφαλίζοντας ότι οι επιδόσεις είναι η κινητήρια δύναμη πίσω από την καθημερινή τους εργασία. Οι πολιτικές προσωπικού είναι ζωτικής σημασίας για την υποστήριξη της κουλτούρας της αριστείας. Θα πρέπει να ενθαρρύνονται οι δραστηριότητες στον τομέα του σχεδιασμού και της πρόβλεψης του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας, όσον αφορά την αντιμετώπιση κρίσιμων προβλημάτων στον τομέα του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας, όπως η προσφορά, η διανομή και ένα παραδοσιακά προσανατολισμένο μείγμα δεξιοτήτων. Ο προγραμματισμός και η πρόβλεψη του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας μπορεί να βοηθήσει τις χώρες να βρουν τον σωστό αριθμό επαγγελματιών υγείας στη σωστή θέση την κατάλληλη στιγμή. (Ec.europa.eu, 2019).

*Η οικοδόμηση μιας κουλτούρας αριστείας αποτελεί ένα βήμα για την ολοκλήρωση της αξιολόγησης των επιδόσεων, αλλά για την πρόοδο προς την κατεύθυνση της ενσωμάτωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας.* (Ec.europa.eu, 2019).

Η ενσωμάτωση της αξιολόγησης της απόδοσης στην πρωτοβάθμια φροντίδα είναι μια ευκαιρία να ενισχυθεί η ομαδική εργασία και να καταστεί η ομάδα μια ωφέλιμη εμπειρία, διότι θα μειώσει τον διοικητικό φόρτο, θα διπλασιάσει τα καθήκοντα, θα δημιουργήσει συνθήκες για να εστιάσει την ενέργεια στα καθήκοντα με γνώμονα τα αποτελέσματα και θα διευρύνει το φάσμα των καλών πρακτικών, θα εμπνεύσει την αμοιβαία μάθηση, αναφέροντας μόνο λίγα οφέλη από την ομαδοποίηση. Κατά συνέπεια, η εκτίμηση της απόδοσης πρέπει, να οδηγεί την ομαδική εργασία στην πρωτοβάθμια φροντίδα και τις δραστηριότητες οι οποίες είναι λιγότερο περιορισμένες με όρια, αλλά περισσότερο προσανατολισμένη προς τη δημιουργία αξίας για τους ασθενείς. (Ec.europa.eu, 2019).

### **5.5 Προκλήσεις στην αξιολόγηση της απόδοσης στην πρωτοβάθμια φροντίδα**

*Η μέτρηση της απόδοσης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι πιο δύσκολη από τη μέτρηση της απόδοσης του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης συνολικά.*

Συνδέεται με την πολυπλοκότητα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε σχέση με το φάσμα των φορέων, ένα συνδυασμό οργανωτικών μοντέλων. Όλα αυτά θέτουν προκλήσεις στη συλλογή δεδομένων. Οι δείκτες για την αξιολόγηση της απόδοσης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης απαιτούν περαιτέρω ανάπτυξη. Πολλοί δείκτες κατασκευάζονται χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η ειδική και θεμελιώδης συμβολή της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, για παράδειγμα, της πρόσβασης και της ποιότητας της περίθαλψης. Τα στοιχεία για το εργατικό δυναμικό τείνουν να παρουσιάζονται με τη μορφή σύνθετων δεικτών που δεν κάνουν διάκριση μεταξύ διαφόρων τμημάτων της υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, θα πρέπει να συμπεριληφθούν μέτρα για την απόδοση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης παραλλαγή στο πλαίσιο, π.χ. στοιχεία σχετικά με τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού, το σύστημα υγείας, το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας. Τέλος, είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι τα νέα πρότυπα ασθενειών με πολλαπλή νοσηρότητα και χρόνιες καταστάσεις απαιτούν βελτίωση της πληρότητας των δεδομένων, συμπεριλαμβανομένων των δεδομένων που συλλέγονται από την επαγγελματική ομάδα, γεγονός που φέρνει στη συζήτηση το ζήτημα της συνύπαρξης και επιλογής κατάλληλων συστημάτων ταξινόμησης. (Ec.europa.eu, 2019).

**Η σωστή ισορροπία των δεικτών και των στόχων** είναι ένας άλλος παράγοντας για ένα αποτελεσματικό σύστημα απόδοσης στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Τόσο υπερβολικό και ένας σπάνιος αριθμός δεικτών απόδοσης μπορεί να οδηγήσει σε παράδοξο απόδοσης που

εκφράζεται από μια αδύναμη συσχέτιση μεταξύ των δεικτών απόδοσης και της ίδιας της απόδοσης. Τόσο ένας υπερβολικός όσο και ένας ελάχιστος αριθμός δεικτών απόδοσης μπορεί να οδηγήσει σε παράδοξο απόδοσης που εκφράζεται από μια αδύναμη συσχέτιση μεταξύ των δεικτών απόδοσης και της ίδιας της απόδοσης. Τονίζεται η πρόκληση του συνδυασμού των στόχων που ορίζονται από την άποψη των μεμονωμένων ασθενών με την εκτίμηση επιδόσεων σε επίπεδο πληθυσμού. Η προσέγγιση του στόχου του ασθενούς είναι ιδιαίτερα σημαντική για τους ασθενείς με πολλαπλή νοσηρότητα. Σε αυτό το πλαίσιο, συλλέγονται πολλά δεδομένα στα κάθετα προγράμματα που προσανατολίζονται στην ασθένεια και απομονώνονται τα δεδομένα που σχετίζονται με τις παρεμβάσεις για μια μόνη κατάσταση. Επιπλέον, υπάρχει πρόκληση συνδυασμού αποτελεσμάτων και διεργασιών και μια πρόκληση της επιρροής στα δεδομένα του περιβάλλοντος / στόχου για τον οποίο συλλέγονται. Το τελευταίο ισχύει ιδιαίτερα για τα δεδομένα "pay-for-performance" και "pay-for quality" τα οποία μπορούν να "προσαρμοστούν" στα "επιθυμητά πρότυπα". (Ec.europa.eu, 2019).

Πώς μπορεί να γίνει πλήρης η αξιολόγηση της απόδοσης στην πρωτοβάθμια φροντίδα;

Η ομάδα αξιολόγησης θα πρέπει να εξετάζει τον πολύ περιεκτικό ορισμό της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, που είναι ο βασικός και ο ακρογωνιαίος λίθος πολλών συστημάτων υγείας και είναι ο πυρήνας της παροχής προσβάσιμης ανθρωποκεντρικής, κατάλληλης και δίκαιης φροντίδας από την άποψη του πληθυσμού. Ανταποκρίνεται σε ένα ευρύ φάσμα αναγκών υγείας, τόσο προληπτικών όσο και θεραπευτικών, που καλύπτουν ολόκληρο τον κύκλο ζωής και περιλαμβάνουν υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας. Η ομάδα θα εξετάζει επίσης τις συνέπειες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η οποία εκτός από τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού συμβάλλει στην ευημερία του πληθυσμού. (Ec.europa.eu, 2019).

Οι προϋποθέσεις για καλή πρωτοβάθμια φροντίδα στην παροχή υπηρεσιών είναι:

- καθολικά προσβάσιμη,
- ολοκληρωμένη,
- επικεντρωμένο στον άνθρωπο,
- ολοκληρωμένη και προσανατολισμένη στην κοινότητα,
- που παρέχεται από μια ομάδα επαγγελματιών που είναι υπεύθυνοι για την αντιμετώπιση μιας μεγάλης πλειοψηφίας των προσωπικών αναγκών υγείας.

Οι υπηρεσίες αυτές πρέπει να παρέχονται σε

- συνεχή συνεργασία με τους ασθενείς και τους άτυπους φροντιστές, στο πλαίσιο της οικογένειας και της κοινότητας, και να διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στο συνολικό
- συντονισμό και την
- συνέχιση της φροντίδας των ανθρώπων. (Ec.europa.eu, 2019).

Όσον αφορά το εργατικό δυναμικό πρωτοβάθμιας περίθαλψης, προτείνεται παραθέτει, μεταξύ άλλων, οι ακόλουθοι επαγγελματίες υγείας που θα πρέπει να εργάζονται σε διεπιστημονικές ομάδες: οδοντίατροι, διαιτολόγοι, γενικοί ιατροί / οικογενειακοί ιατροί, νοσηλευτές, μαίες, θεραπευτές, οπτικοί, φαρμακοποιοί, φυσιοθεραπευτές, ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί. (Ec.europa.eu, 2019).

**Οι απαραίτητες προϋποθέσεις** για την επίτευξη καλής προσέγγισης στην εκτίμηση των επιδόσεων, είναι: να έχουν πολυδιάστατο χαρακτήρα, κοινό σχέδιο, τεκμηρίωση, συγκριτική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, επικαιρότητα και διαφάνεια. Αυτό που προκύπτει από τον ορισμό της πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι η εγγενής πολυπλοκότητά της, που σχετίζεται με τις πολλαπλές διαστάσεις της, τα ενδιαφερόμενα μέρη και τα

επίπεδα διακυβέρνησης. Ο καθορισμός των διαστάσεων και των τομέων που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για την αξιολόγηση της απόδοσης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, είναι να συμπεριλαμβάνονται κάποιες πιο κλασικές διαστάσεις του HSPA που μπορούν να εφαρμοστούν στην αξιολόγηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας (1-8 στον πίνακα 3.) και τομείς που είναι ειδικοί για την πρωτοβάθμια περίθαλψη (9-10 στον πίνακα 3.)

<b>Πίνακας 3. Τομείς και διαστάσεις στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)</b>	
<b>Τομείς</b>	<b>Διαστάσεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης</b>
<b>Προσιτότητα</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Πληθυσμός που καλύπτεται από υπηρεσίες ΠΦΥ,</li> <li>• Προσιτότητα των υπηρεσιών ΠΦΥ,</li> <li>• Γεωγραφική πρόσβαση και διαθεσιμότητα ΠΦΥ,</li> <li>• Προσβασιμότητα και διαθεσιμότητα πρώτης επαφής,</li> <li>• Ανταπόκριση των υπηρεσιών ΠΦΥ.</li> </ul>
<b>Ολοκληρωμένη</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ενσωμάτωση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και η προσέγγιση στη ΠΦΥ, π.χ. πρωτοβάθμια περίθαλψη με γνώμονα την κοινότητα,</li> <li>• Ενσωμάτωση της φαρμακευτικής περίθαλψης στη ΠΦΥ,</li> <li>• Ένταξη της ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ,</li> <li>• Ολοκλήρωση μεταξύ ΠΦΥ και κοινωνικής φροντίδας.</li> </ul>
<b>Προσανατολισμένη στον ασθενή</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ατομική φροντίδα, κοινή λήψη αποφάσεων, εστιάζοντας στους "στόχους ζωής" του ασθενούς,</li> <li>• σεβασμός και η εμπιστοσύνη των ασθενών.</li> <li>• πολιτισμική ευαισθησία - οικογενειακή φροντίδα,</li> <li>• Εξέταση των ασθενών/ανθρώπων ως βασικούς συμμετέχοντες στη διαδικασία της περίθαλψης</li> <li>• Διατήρηση ολιστικής βίο-ψυχο-κοινωνικής άποψη της ατομικής φροντίδας</li> </ul>
<b>Περιεκτική και προσανατολισμένη στην κοινότητα</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Πληρότητα των υπηρεσιών που παρέχονται (π.χ. προαγωγή της υγείας, πρόληψη ασθενειών, οξεία περίθαλψη, αναπαραγωγική φροντίδα, υγειονομική περίθαλψη της μητέρας και του παιδιού, παιδική ασθένεια, λοιμώδη νοσήματα, χρόνια νοσηλεία, ψυχική υγεία, παρηγορητική περίθαλψη,</li> <li>• Η ΠΦΥ λαμβάνει υπόψη τον πληθυσμό και τα χαρακτηριστικά της κοινότητας,</li> <li>• Η ΠΦΥ είναι αναπόσπαστο μέρος της τοπικής κοινότητας.</li> </ul>
<b>Παροχή υπηρεσιών από ομάδα επαγγελματιών για την αντιμετώπιση της μεγαλύτερης πλειοψηφίας των αναγκών υγείας (ποιότητας)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ποιότητα διάγνωσης και θεραπείας στη ΠΦΥ για οξεία και χρόνια πάθηση,</li> <li>• ποιότητα στη χρόνια περίθαλψη και στη περίθαλψη της μητέρας και του παιδιού,</li> <li>• σύσταση της διεπαγγελματικής ομάδας,</li> <li>• Προαγωγή της υγείας, πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη,</li> <li>• ασφάλεια ασθενούς,</li> <li>• υποστήριξη.</li> </ul>
<b>Συνεχιζόμενη συνεργασία με ασθενείς και</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Πολιτικές συντονισμού μεταξύ επαγγελματιών και ανεπίσημων φροντιστών,</li> </ul>



<b>ανεπίσημους κλινικούς φροντιστές</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• πολιτικές για την υποστήριξη των ανεπίσημων φροντιστών,</li> <li>• Συμμετοχή των ανεπίσημων φροντιστών / πολιτών στην ανάπτυξη υπηρεσιών ΠΦΥ.</li> </ul>
<b>Συντονισμός της φροντίδας των ανθρώπων</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Συντονισμός πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας: καταλληλότητα παραπομπών, gatekeeping, ολοκληρωμένα αρχεία ασθενών, πρωτόκολλα για ασθενείς με χρόνιες παθήσεις,</li> <li>• συντονισμός μεταξύ πρωτοβάθμιας και κοινωνικής φροντίδας</li> <li>• πολιτικές για τη ανακουφιστική φροντίδα.</li> </ul>
<b>Συνέχεια της φροντίδας των ανθρώπων</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Συνέχεια της φροντίδας (διαχρονική και ενημερωτική),</li> <li>• παροχή φροντίδας καθ 'όλη τη διάρκεια του κύκλου ζωής,</li> <li>• φροντίδα που συνεχίζεται χωρίς διακοπή μέχρι την ανάρρωση μιας ασθένειας,</li> <li>• συνέχεια και αλληλεπίδραση με τα Τμήματα Έκτακτης Ανάγκης</li> </ul>
<b>Οργανισμός Πρωτοβάθμιας Φροντίδας</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ανάλυση ευθυνών: μια τυπική σχέση μεταξύ μιας ομάδας παρόχων και ενός ορισμένου πληθυσμού (σύστημα καταλόγου, γεωγραφική περιοχή κτλ.)</li> <li>• σύστημα πληρωμής και αμοιβής πρωτοβάθμιας περίθαλψης (π.χ. κεφαλικός φόρος, FFS, P4P),</li> <li>• Υποδομή γραφείου και εγκαταστάσεων (π.χ. συστήματα πληροφοριών και ιατρικής τεχνολογίας, δοκιμές Point-Of-Care),</li> <li>• Οργανωτικά στοιχεία συντονισμού και ολοκλήρωσης: τη δομή και τον δυναμισμό (περιγραφή των καθηκόντων και της λειτουργία της ομάδας, διαχείριση και πρακτική διοίκηση, διαχείριση κλινικών πληροφοριών, οργανωτική προσαρμοστικότητα (παραδοσιακή εντολή και έλεγχος σε σύγκριση με τη μέθοδο σύνθετων προσαρμοστικών συστημάτων),ομαδική οργάνωση,</li> <li>• Όγκος και διάρκεια των συσκέψεων των παρόχων ΠΦΥ, των επισκέψεις στο σπίτι και τηλεφωνικές συσκέψεις,</li> <li>• οργάνωση παραπομπών σε ειδικούς γιατρούς,</li> <li>• ποιότητα διαχείρισης,</li> <li>• προϋπολογισμός πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε σχέση με τον συνολικό προϋπολογισμό υγειονομικής περίθαλψης</li> </ul>
<b>Ανθρώπινο δυναμικό</b>	<p>Ανάγκες, προφίλ και προγραμματισμός εργατικού δυναμικού ΠΦΥ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• κατάσταση και ευθύνες των κλάδων της ΠΦΥ.</li> <li>• Ο ρόλος των ακαδημαϊκών ιδρυμάτων και επαγγελματικών ενώσεων,</li> <li>• εκπαίδευση και συνδυασμός δεξιοτήτων,</li> <li>• διαχείριση ανθρώπινων πόρων, συμπεριλαμβανομένης της ευημερίας των παρόχων ΠΦΥ, των ικανοτήτων και των κινήτρων,</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ο ρόλος των νοσηλευτών (ανάθεση καθηκόντων και ανταλλαγή ικανοτήτων),</li> <li>• Ο ρόλος των κοινοτικών φαρμακοποιών στην ΠΦΥ και τη φαρμακευτική περίθαλψη.</li> <li>• Ο ρόλος και η λειτουργία των διαχειριστών,</li> <li>• το εισόδημα του εργατικού δυναμικού ΠΦΥ,</li> <li>• ανάπτυξη προπτυχιακών και μεταπτυχιακών ειδικοτήτων (επαγγελματική συνεχιζόμενη εκπαίδευση)</li> </ul>
--	---

Based on Hogg et al., 2008; Kringos et al., 2010; Bitton, 2017.

### **Βασικά στοιχεία για την αξιολόγηση των διαδικασιών**

Τα βασικά μέτρα συνεπούς και συντονισμένης απόδοσης πρέπει να περιλαμβάνουν την ενσωμάτωση με διάφορες πτυχές: την ικανότητα μιας πρακτικής να συντονίζει και να συνθέτει τη φροντίδα που λαμβάνεται από εξωτερικές πηγές, την ενσωμάτωση της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας περίθαλψης (καταλληλότητα των παραπομπών), την ολοκλήρωση σε σχέση με κοινωνική φροντίδα. Η ένδειξη των μηχανισμών εκτέλεσης του συντονισμού μπορεί να είναι, για παράδειγμα, η ύπαρξη πρακτικής διαχείρισης περιπτώσεων ή προγραμμάτων κοινής περίθαλψης ή και οικονομικών και μη οικονομικών κινήτρων. Τα συστήματα πληροφόρησης της υγείας ICT (Information and Communication Technologies), για την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ παρόχων έχουν επίσης αναλάβει βασικό ρόλο στη διευκόλυνση αυτής της διαδικασίας. Άλλα βασικά στοιχεία είναι η συνέχεια της φροντίδας σε όλες τις μορφές της (διαχρονική και ενημερωτική) και η ανταπόκριση στις ιδιαιτερότητες του πληθυσμού και της κοινότητας. (Ec.europa.eu, 2019).

### **Βασικά στοιχεία για την εκτίμηση των αποτελεσμάτων**

Η ποιότητα στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης περιλαμβάνει διαστάσεις όπως η ακριβής διάγνωση και η κατάλληλη θεραπεία για οξείες και χρόνιες παθήσεις, η ποιότητα της περίθαλψης για χρόνιες παθήσεις, η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης μητέρων και παιδιών, η αποτελεσματική προαγωγή της υγείας και η πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια πρόληψη, η καταλληλότητα της περίθαλψης, της προσωπικής φροντίδας που συνεπάγεται τόσο την από κοινού λήψη αποφάσεων όσο και την εμπλοκή των ασθενών, τον βαθμό σεβασμού των ασθενών, την εμπιστοσύνη και την πολιτισμική ευαισθησία, την ποιότητα της οικογενειακής περίθαλψης και την ασφάλεια και υπεράσπιση των ασθενών. Η οικονομική βιωσιμότητα αφορά την αποδοτική και αποτελεσματική κατανομή των πόρων για την υποστήριξη της ισότητας και της ποιότητας της περίθαλψης. Απαιτούνται τρία είδη αποδεικτικών στοιχείων για την εκτίμηση των αποτελεσμάτων της πρωτοβάθμιας περίθαλψης:

- επαγγελματικά (γνώση της κατάστασης υγείας),
  - συναφή (ειδικές απόψεις των ασθενών),
  - και αποδεικτικά στοιχεία πολιτικής (πολιτικές στρατηγικές για τη διασφάλιση της ισότητας και της κατάλληλης χρήσης των πόρων, αποφεύγοντας τις σπατάλες).
- (Ec.europa.eu, 2019).

## **5.6 Δείκτες αξιολόγησης απόδοσης**

Λαμβάνοντας υπόψη το πολύπλοκο πλαίσιο εντός του οποίου λειτουργεί η πρωτοβάθμια περίθαλψη, η προσέγγιση των δεικτών που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν στην αξιολόγηση της απόδοσης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, χωρίζεται σε δύο κατηγορίες:

- συγκριτικούς βασικούς δείκτες και
- περιγραφικούς πρόσθετους δείκτες.

**Οι συγκριτικοί δείκτες-κλειδιά** είναι εκείνοι των οποίων η βαθμολογία μπορεί να εκτιμηθεί σε σύγκριση με έναν στόχο ή ένα σημείο αναφοράς (π.χ. χρόνος αναμονής για πρώτη επίσκεψη από γιατρό).

**Οι περιγραφικοί (παρατηρητικοί) δείκτες** είναι εκείνοι των οποίων το σκορ παρέχει χρήσιμες πληροφορίες για τους υπεύθυνους για τη λήψη αποφάσεων αλλά η ερμηνεία τους μπορεί να είναι διφορούμενη π.χ. το ποσοστό των ευπαθών ατόμων που λαμβάνουν οικιακή βοήθεια στο σπίτι εξαρτάται από τα οργανωτικά χαρακτηριστικά του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και από άλλα κοινωνικά χαρακτηριστικά (π.χ. ο οικογενειακός ρόλος). Επομένως, οι περιγραφικοί δείκτες θα πρέπει να είναι σωστά συγκεφαλιωμένοι σε ένα συγκεκριμένο σύστημα υγείας. Οι δείκτες συγκεντρώνονται γύρω από δέκα τομείς που προτείνει η Επιτροπή. (Ec.europa.eu, 2019).

*Οι χώρες μπορούν να μάθουν η μία απ την άλλη και η αξιολόγηση των επιδόσεων μπορεί να βοηθήσει την πρωτοβάθμια φροντίδα να αποτελέσει τον ακρογωνιαίο λίθο των σύγχρονων υπηρεσιών υγείας.*

#### Κύρια χαρακτηριστικά των συστημάτων αξιολόγησης της απόδοσης

Σχεδόν όλες οι χώρες που διεξάγουν επαναλαμβανόμενες αξιολογήσεις της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η εμπειρία τους ποικίλλει ανάλογα με τους στόχους, το πεδίο εφαρμογής και τις τεχνικές παραμέτρους, όπως ο τύπος των χρησιμοποιούμενων δεικτών, οι μεθοδολογίες κ.λπ. Ορισμένα συστήματα είναι πιο προχωρημένα από τα άλλα και υπάρχουν σίγουρα περιθώρια για την ενίσχυσή τους σε ολόκληρη την Ευρώπη. Τα σχέδια για το μέλλον ποικίλλουν ανάλογα με τις χώρες, ανάλογα με τον τρόπο ανάπτυξης της αξιολόγησης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Υπάρχουν κάποιες αναξιοποίητες δυνατότητες των συστημάτων απόδοσης να επιδιώκουν καλύτερα αποτελέσματα πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η παρακολούθηση των δράσεων πολιτικής, η γενική αναφορά και η ανάλυση ευθύνης αναφέρονται από όλες σχεδόν τις χώρες ως λόγος παρακολούθησης της απόδοσης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι αξιολογήσεις απόδοσης τροφοδοτούνται με συστήματα αποζημίωσης βάσει επιδόσεων και συγκριτική αξιολόγηση. (Ec.europa.eu, 2019).

#### **Πεδία εφαρμογής της αξιολόγησης της πρωτοβάθμιας φροντίδας με βάση παραδείγματα άλλων ευρωπαϊκών χωρών.**

Δημιουργία ενός συστήματος σύγκρισης δεδομένων για τις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας σε επίπεδο δήμων (κυρίως δείκτες εισροών και διεργασιών) με κύριο σκοπό την παρακολούθηση των πόρων, την προσβασιμότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η φροντίδα στο σπίτι (νοσηλευτική περίθαλψη και κοινωνική μέριμνα είναι ολοκληρωμένες υπηρεσίες), θεσμική μακροχρόνια περίθαλψη και θεσμική βραχυπρόθεσμη περίθαλψη (αποκατάσταση μετά από θεραπεία ή προγραμματισμένη αποκατάσταση) γενικοί γιατροί, φυσιοθεραπευτές, σχολικοί νοσηλευτές, υπηρεσίες υγείας για νεογνά και παιδιά προσχολικής ηλικίας, να υποστηρίζουν τις δυνατότητες των ανθρώπων να είναι ενεργοί και να συμμετέχουν στην κοινωνία, είναι όλες οι υπηρεσίες στις οποίες θα πρέπει να απευθύνεται το συγκεκριμένο σύστημα. (SAMDATA Municipalities, Norway). Συγκέντρωση δεδομένων γενικών γιατρών GP, από τα κέντρα της πρωτοβάθμιας φροντίδας, των φαρμακοποιών, των φυσιοθεραπευτών, των λογοθεραπευτών και των διαιτολόγων. (Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL) and the Dutch Healthcare Authority (NZA). Συλλογή δεδομένων από γενικούς -

οικογενειακούς γιατρούς GP, τις παιδιατρικά κέντρα φροντίδας και κέντρα αναπαραγωγικής υγείας σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης, τις οδοντιατρικές υπηρεσίες για παιδιά και εφήβους, υπηρεσίες για παιδιά και για ενήλικες, υπηρεσίες νοσηλευτών κοινότητας, πρωτοβάθμια νοσητική φροντίδα, λογοθεραπευτές και υπηρεσίες φυσιοθεραπευτών. (the National Institute of Public Health (NIJZ) and National Health Insurance Institute (ZZZZ), Slovenia.)

#### **Δείκτες και συλλογή δεδομένων**

Οι περιγραφικές πληροφορίες σχετικά με τους παρόχους, την πρόσβαση και την επικέντρωση στον ασθενή είναι οι κύριες διαστάσεις που εξετάζουν τα περισσότερα κράτη μέλη κατά την αξιολόγηση της απόδοσης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η κλινική απόδοση μετράται από τους μισούς ερωτηθέντες. Όψεις όπως η ισότητα, ο φόρτος εργασίας και η ικανοποίηση του εργατικού δυναμικού στην πρωτοβάθμια περίθαλψη αναφέρονται λιγότερο συχνά. Σχεδόν όλοι οι ερωτηθέντες διαθέτουν δείκτες που παρέχουν περιγραφικές πληροφορίες σχετικά με τους παρόχους υπηρεσιών και την αξιοποίηση της περίθαλψης. Παραδείγματα είναι: ο αριθμός των ελέγχων που διενεργήθηκαν για διαφορετικές ηλικιακές ομάδες, ο μέσος αριθμός των ασθενών που εξετάζονται καθημερινά και ο αριθμός των ασθενών που έκαναν οδοντιατρικό έλεγχο σε ένα δεδομένο έτος, ο αριθμός των ελέγχων υγείας των μητέρων και των παιδιών ανά δήμο, των χρηστών οικιακής νοσηλείας ή της περίθαλψης για τους ηλικιωμένους, της αναμονής, της εμπειρίας των ασθενών. (Ec.europa.eu, 2019).

#### **Αντίκτυπο στη χάραξη πολιτικής εφαρμογής δεικτών αξιολόγησης**

- Παροχή στοιχείων για την ανάπτυξη του Εθνικού Σχεδίου Υγείας, της Στρατηγικής για την Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, της αναβάθμισης του εθνικού προγράμματος για την πρόληψη και τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία.
- Δείκτες που αφορούν την πρόσβαση για την στήριξη των μεταρρυθμίσεων των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών.
- Σύστημα παρακολούθησης εμβολιασμού
- Πρόγραμμα κατάρτισης για την ομαδική εργασία (GP + νοσηλευτής / βοηθός γιατρού) για κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας.
- Αξιολόγηση των προτύπων υγείας για χρόνιες παθήσεις, προϋποθέσεις για τον καθορισμό κλινικών και οργανωτικών στόχων για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και για τη σύνδεση του επιπέδου επίτευξης αυτών των στόχων με τον ετήσιο προϋπολογισμό ή την επέκταση των συμβάσεων των επαγγελματιών του τομέα της υγείας.
- Στρατηγικοί τομείς βελτίωσης των κέντρων ΠΦΥ: προαγωγή της υγείας σε χρόνιες παθήσεις όπως: ισχαιμική καρδιοπάθεια, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, διαβήτης και εγκεφαλικό επεισόδιο. (Ec.europa.eu, 2019).

#### **Οι συνηθέστεροι περιορισμοί κατά την αξιολόγηση της απόδοσης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης**

- Έλλειψη συλλεχθέντων στοιχείων για την πρωτοβάθμια φροντίδα, προβλήματα με την ποιότητα των δεδομένων (χαμηλή αξιοπιστία), και την καταλληλότητα των χρησιμοποιούμενων δεικτών.
- Έλλειψη μόνιμων πινάκων ελέγχου και επομένως δυσκολία παρακολούθησης των δεικτών με την πάροδο του χρόνου.

- ορισμένοι ενδιαφερόμενοι παραμένουν αποκλεισμένοι από τη διαδικασία.
- Έλλειψη πόρων.
- Οι δραστηριότητες που συνδέονται με την πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι δύσκολο να αξιολογηθούν μέσω μητρώων.
- Συστήματα συλλογής δεδομένων που έχουν αναπτυχθεί για πληρωμή και, ως εκ τούτου, δεν είναι προσαρμοσμένα στις ανάγκες των ασθενών / του κοινού.
- Ανεπαρκής ανάπτυξη δεικτών που αναφέρονται σε πολλαπλές χρόνιες καταστάσεις και δείκτες που αντικατοπτρίζουν την πολύπλοκη περίθαλψη.
- Ανεπαρκής ανάπτυξη δεικτών που αντικατοπτρίζουν το αποτέλεσμα της περίθαλψης αντί της διαδικασίας περίθαλψης.
- Αμφισβήτηση της εγκυρότητας των δεδομένων, ιδίως όταν τα αποτελέσματα κυκλοφορήσουν για πρώτη φορά.
- Πρόβλημα με την καταγραφή και την ένταξη των συστημάτων πληροφόρησης στα επίπεδα φροντίδας και με άλλους φορείς φροντίδας. (Ec.europa.eu, 2019).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Η αναγκαιότητα αξιολόγησης του ελληνικού συστήματος υγείας**

### **6.1 Εισαγωγή**

Στην Ελλάδα η πρώτη προσπάθεια για την εγκαθίδρυση ενός ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος υγείας έγινε το 1953, επί κυβερνήσεως Παπάγου, με το Δ.Ν 2592/53 «περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως». Όμως μόλις το 1983, με τον Ν. 1397, επιχειρείται η μεγαλύτερη νομοθετική μεταρρύθμιση στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα, αφού για πρώτη φορά ορίζονταν τα πλαίσια και οι βάσεις ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Βασικές αρχές του Ν. 1397/1938 ήταν ότι η υγεία είναι κοινωνικό

αγαθό και πρέπει να παρέχεται με ευθύνη του κράτους στο σύνολο του πληθυσμού, ανεξαρτήτως κοινωνικής ή οικονομικής κατάστασης. Βασικοί στόχοι του ήταν η αποκέντρωση, ο κοινωνικός έλεγχος και η συμμετοχή, το ενιαίο πλαίσιο λειτουργίας και ανάπτυξης, ο ενιαίος προγραμματισμός, η δικαιότερη κατανομή των πόρων, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η καθιέρωση του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και η καλύτερη οργάνωση και παροχή της νοσοκομειακής φροντίδας. (Archive.gr, 2019).

Ωστόσο, παρά τις ανωτέρω προσπάθειες η ικανοποίηση των πολιτών από το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, παραμένει χαμηλή. Το πρόσφατο Ευρωβαρόμετρο και η Παγκράτια δημοσκοπήση για το σύστημα δημόσιας υγείας του Πολυτεχνείου Κρήτης και οι δύο εστιάζουν στην ικανοποίηση των πολιτών από το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας. « Σταθερά αρνητικούς για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στη χώρα τους », χαρακτηρίζει τους Έλληνες η τελευταία έκθεση του Ευρωβαρομέτρου. Στην ερώτηση « πώς χαρακτηρίζετε συνολικά την ποιότητα του συστήματος υγείας στη χώρα σας » , μόλις το 25% των Ελλήνων απαντάει θετικά. Τα σημαντικότερα κριτήρια ποιότητας στη υγεία είναι για τους Έλληνες η επιστημονική κατάρτιση των γιατρών, η άμεση εξυπηρέτηση και η έλλειψη λίστας αναμονής. Οι Έλληνες σε ποσοστό 83% φοβούνται την περίθαλψη στα Ελληνικά νοσοκομεία γιατί νομίζουν ότι θα υποστούν κάποια βλάβη. Το 85% των ερωτηθέντων φοβούνται τις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις και ένα 82% την λάθος διάγνωση. Επίσης, ανησυχούν, σε αρκετά υψηλό ποσοστό (από 73% - 68%), για πιθανά χειρουργικά λάθη, υποψιάζονται λάθη στην φαρμακευτική αγωγή (δόση, λάθος σκεύασμα, λάθος συνταγή, λάθος τρόπος χορήγησης), αλλά και δυσλειτουργία του νοσοκομειακού εξοπλισμού. Όσο για το κόστος της περίθαλψης, τέσσερις στους δέκα Έλληνες ( ο Ευρωπαϊκός μέσος όρος είναι τρία προς δέκα), παραδέχονται ότι, δυσκολεύονται λόγω κρίσης να καταβάλουν τις δαπάνες για την περίθαλψη τόσο των ιδίων όσο και των οικογενειών τους. (Mednet.gr, 2019)

Παρόμοια είναι και τα συμπεράσματα της Παγκράτιά δημοσκοπήσης για το σύστημα δημόσιας υγείας του Πολυτεχνείου Κρήτης, σύμφωνα με τα οποία η Κρήτες έχουν αρνητική γνώμη κατά 61,1% για το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας και ,μόλις το 33,5% θετική. Δύο στους τρεις πολίτες περίπου (65,1%) πιστεύουν πως οι εισφορές τους για την υγειονομική τους περίθαλψη δεν αντιστοιχούν στο επίπεδο παροχών υγείας που τους παρέχεται, ενώ ικανοποιημένοι από το επίπεδο παροχών υγείας φαίνεται να είναι το υπόλοιπο 34,8% του δείγματος. Εν τούτοις, το 41,7% των πολιτών θα επεδίωκε κατά πρώτο λόγο να πραγματοποιήσει μια δύσκολη και απαιτητική επένδυση σε δημόσιο νοσοκομείο, το 34,3% σε ιδιωτικό και ένα ποσοστό της τάξεως του 18,9% θα επεδίωκε να μεταβεί σε χώρα του εξωτερικού. Αν και τα δύο τρίτα του δείγματος (66,6%) κρίνουν καλύτερη την εξυπηρέτησή τους στα ιδιωτικά νοσοκομεία από ότι στα δημόσια, εν τούτοις σχεδόν το 30% υποστηρίζουν ότι η οικονομική τους επιβάρυνση σε αυτά σε σχέση με τις υπηρεσίες υγείας και την περίθαλψη που παρέχουν είναι μεγάλη. Όσων αφορά την σύγκριση των δημόσιων νοσοκομείων με τα ιδιωτικά για την πληρότητα και τον σύγχρονο εξοπλισμό που διαθέτουν, οι πολίτες δηλώνουν σε ποσοστό 44,6% ότι τα δημόσια νοσοκομεία έχουν πληρέστερο και πιο σύγχρονο εξοπλισμό. Τα βασικά κριτήρια επιλογής της ιδιωτικής περίθαλψης είναι ο χρόνος εξυπηρέτησης σε συνδυασμό με το επίπεδο του επιστημονικού προσωπικού, ο τρόπος προσέγγισης, οι συμβάσεις με ασφαλιστικά ταμεία, η καθαριότητα και οι κτηριακές εγκαταστάσεις. Επίσης προβλήματα υπάρχουν στο χρόνο αναμονής για ραντεβού ή στα επείγοντα. Όσο για το φακελάκι πρωταγωνιστεί και στην Κρήτη με 83,3% των πολιτών να δηλώνουν ότι η ποιότητα των υπηρεσιών και η εξυπηρέτησή τους εξαρτώνται από αυτό, καθώς και ο χρόνος αναμονής για χειρουργική επέμβαση. (Mednet.gr, 2019)

## 6.2 Η κατανομή των δαπανών στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, το Ε.Σ.Υ (Εθνικό Σύστημα Υγείας) ιδρύθηκε το 1983 με σκοπό την παροχή υψηλής ποιότητας υγειονομικών υπηρεσιών σε όλο τον πληθυσμό της χώρας, με το χαμηλότερο δυνατό κόστος. Σχηματικά το ΕΣΥ ακολουθεί το πρότυπο Beveridge όσον αφορά την προσφορά, και το πρότυπο Bismark όσον αφορά την ζήτηση, ενώ ένα μεγάλο μέρος των αναγκών των πολιτών καλύπτεται από τον ιδιωτικό τομέα. Ανάλογο πρότυπο παρατηρείται και στον τρόπο χρηματοδότησης του ΕΣΥ, όπου υπάρχει ισοτιμία μεταξύ του μεριδίου του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα (Ρεκλείτη, 2012).

Η χρηματοδότηση του ΕΣΥ γίνεται από τρεις πηγές: την γενική φορολογία (κρατικός προϋπολογισμός), την κοινωνική ασφάλιση (ταμεία υγείας) και τις ιδιωτικές πληρωμές. Με την πάροδο των ετών παρατηρούνται έντονες διακυμάνσεις στα ποσοστά συμμετοχής της εκάστοτε πηγής, οι οποίες εξαρτώνται από την πολιτική υγείας που επικρατεί στην χώρα την δεδομένη χρονική περίοδο (Liagoroulos & Kaitelidou, 1998).

Το 1965 παρατηρείται μια έντονη οικονομική ανάπτυξη και μια βελτίωση του κοινωνικο-οικονομικού περιβάλλοντος, που οδήγησε στην προσπάθεια θεμελίωσης του Κράτους Πρόνοιας, με αποτέλεσμα να σημειωθεί μια σημαντική αύξηση των δημοσίων δαπανών. Την δεκαετία του '80 παρατηρείται μια σταθερή και ελεγχόμενη αύξηση των δαπανών υγείας, η οποία τελικά οδήγησε στην μετέπειτα οικονομική κρίση και την εμφάνιση της ανεργίας και της μείωσης του ρυθμού ανάπτυξης. Η οικονομική αυτή ύφεση έπληξε και το σύστημα υγείας της χώρας, ωστόσο έντονο προβληματισμό προκαλεί η διαπίστωση ότι οι αυξημένες υγειονομικές δαπάνες των προηγούμενων ετών δεν επέφεραν την αναμενόμενη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού (Souliotis & Kyriopoulos, 2005). Η διαπίστωση αυτή είχε ως αποτέλεσμα τον επαναπροσδιορισμό των προτεραιοτήτων της πολιτικής υγείας της χώρας και τον καλύτερο έλεγχο των δημοσίων δαπανών για την υγεία. Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι δεν υπάρχει πάντοτε θετική συσχέτιση μεταξύ της αύξησης των δαπανών υγείας και της αποτελεσματικής παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Από πρόσφατες μελέτες έχει φανεί ότι η περίοδος της στασιμότητας και μείωσης των δαπανών υγείας συνοδεύεται από μια βελτίωση των δεικτών της υγείας (Carrion- Silvestre, 2005).

Ο καθορισμός των προτεραιοτήτων και η κατανομή των δημοσίων δαπανών έχει λάβει μεγάλη προσοχή τα τελευταία χρόνια στην χώρα μας. Οι προτιμήσεις και οι προσδοκίες των πολιτών έχουν εκτιμηθεί πολλάκις, ωστόσο λίγες είναι οι μελέτες που αναδεικνύουν το πως αυτές οι προτιμήσεις επηρεάζουν την κατανομή των δαπανών στην δημόσια και ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη. Σύμφωνα με μελέτες, η εμπιστοσύνη των πολιτών απέναντι στην κυβέρνηση της χώρας μειώνεται σημαντικά όταν το σύστημα υγείας χρηματοδοτείται κυρίως από ιδιωτικές πληρωμές (Kylanen et al., 2012).

Στην Ελλάδα, η οποία τα τελευταία χρόνια πλήττεται από την οικονομική κρίση και τα μέτρα λιτότητας, το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών από το Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι εξαιρετικά χαμηλό (Kyriopoulos et al., 2014). Ειδικότερα, η γήρανση του πληθυσμού της χώρας, οι μεταβολές που παρατηρούνται στους δημογραφικούς δείκτες, η αύξηση της ανεργίας και η δυσχερής οικονομική κατάσταση που επικρατεί, η αύξηση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης και η μείωση του εισοδήματος των νοικοκυριών λόγω της αύξησης της φορολογίας καθιστούν ακόμα πιο δύσκολη την πρόσβαση του πολίτη στο σύστημα υγείας (Eurofound, 2014).

Με αυτά τα δεδομένα, οι κυβερνήσεις αντιμετωπίζουν την πρόκληση της καλύτερης δυνατής κατανομής των δημοσίων πόρων. Ο καθορισμός των προτεραιοτήτων και η όσο το δυνατόν καλύτερη διαχείριση των δαπανών της υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν το μέσο για την επίλυση του προβλήματος της έλλειψης πόρων και την διασφάλιση της δίκαιης κατανομής τους (Rosen & Karlberg, 2002).

Σύμφωνα με μια μελέτη που διεξήχθη από τον O'Donnell και τους συνεργάτες του το 2007, φάνηκε ότι ο φτωχότερος πληθυσμός δεν συμμετέχει ισάξια στις δαπάνες για την υγεία συνεπώς δεν υπάρχει ισότητα στην κατανομή των δαπανών της δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης. Από την άλλη πλευρά, με βάση την ισότιμη κατανομή των υπηρεσιών του

συστήματος υγείας, οι πόροι πρέπει να συγκεντρώνονται για τους οικονομικά ασθενέστερους. Οι Daniels και Sabin (2008) δηλώνουν ότι οι διαφορές ισχύος πρέπει να μετριαστούν ώστε να διευκολυνθεί η αποτελεσματική συμμετοχή των διαφόρων μελών του κοινωνικού συνόλου στην λήψη αποφάσεων αναφορικά με τον καθορισμό των προτεραιοτήτων της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Ακόμη, φάνηκε ότι οι πολίτες επιθυμούν την καθοδήγηση από τους ειδικούς και ειδικά από τους γιατρούς, οι οποίοι πιστεύεται ότι θα πρέπει να έχουν προεξέχοντα ρόλο την κατανομή των δαπανών για την υγεία και την λήψη αποφάσεων αναφορικά με την υγειονομική περίθαλψη (Botelho et al., 2013).

Όσον αφορά το εισόδημα των πολιτών φαίνεται ότι όσο υψηλότερη είναι η τάξη εισοδήματος του ατόμου τόσο χαμηλότερη είναι η ποσοστιαία δαπάνη του για την υγεία. Οι πολίτες τείνουν να εστιάζουν περισσότερο στις ανάγκες του παρόντος και λιγότερο στις μελλοντικές τους ανάγκες με αποτέλεσμα να επιθυμούν το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών για την υγεία να διατίθεται στις θεραπευτικές παρεμβάσεις, στα ιατρικά αγαθά και στις υπηρεσίες που διανέμονται σε εξωνοσοκομειακή βάση (Hauck et al., 2004).

Οι προτιμήσεις των πολιτών που ζουν εκτός της πρωτεύουσας είναι σε διαφωνία με τις δαπάνες για την πλειοψηφία των λειτουργιών του συστήματος υγείας. Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι οι μηχανισμοί για την εκτίμηση των αναγκών και των προτεραιοτήτων του Εθνικού Συστήματος Υγείας δεν είναι πλήρως αναπτυγμένοι με αποτέλεσμα την άνιση κατανομή των πόρων για την υγείας στην περιφέρεια (Econoμου, 2010). Για αυτό το λόγο έχει προταθεί μια πιο δίκαιη κατανομή των πόρων που να εστιάζει κυρίως στις αγροτικές και πιο φτωχές περιοχές της Ελλάδας ώστε να παρέχεται δωρεάν και καθολική υγειονομική περίθαλψη σε όλου τους πολίτες και ειδικότερα στους οικονομικά ασθενέστερους, κάτι που δεν συμβαίνει στον παρόντα χρόνο (Ranson et al., 2012).

Το μέγεθος της δημόσιας δαπάνης μπορεί να διαμοιραστεί παρέχοντας στους πολίτες υγειονομικές υπηρεσίες με μεγαλύτερη γεωγραφική κατανομή με αποτέλεσμα να φέρει τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας πιο κοντά στους πληθυσμούς που την έχουν περισσότερο ανάγκη, όπως είναι οι φτωχοί, αγροτικοί πληθυσμοί. Στην Ελλάδα οι μεγαλύτερες υγειονομικές εγκαταστάσεις συγκεντρώνονται στην Αθήνα, όπου διαμένει οι πλειοψηφία του ελληνικού πληθυσμού, αφήνοντας την υπόλοιπη χώρα "άοπλη" να αγωνιστεί με τους περιορισμένους προϋπολογισμούς (O'Donnell et al., 2007).

Οι δημογραφικοί παράγοντες φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο όσον αφορά την εξήγηση των αποκλίσεων που εμφανίζονται μεταξύ των προτιμήσεων των πολιτών και της κατανομής των δαπανών της δημόσιας υγείας. Πιο συγκεκριμένα ,παράγοντες όπως το εισόδημα, ο αριθμός των μελών της οικογένειας και οι συνθήκες διαβίωσης φαίνεται να παίζουν πρωταρχικό ρόλο στην διαμόρφωση των προτιμήσεων των πολιτών όσον αφορά τις προτεραιότητες της χρηματοδότησης του τομέα της υγείας, ενώ άλλοι δημογραφικοί παράγοντες όπως η εργασία, η ηλικία του ατόμου, το φύλο και η οικογενειακή του κατάσταση, παρόλο που είναι εξίσου σημαντικές, φαίνεται να τις επηρεάζουν σε μικρότερο βαθμό (Xesfingi, 2015). Πολλές μελέτες ανέδειξαν το μεγάλο χάσμα που υπάρχει μεταξύ των προτιμήσεων των πολιτών και των πραγματικών δημοσίων δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη. Το σύνολο των πολιτών συνήθως έχει υψηλές προσδοκίες από την δημόσια φροντίδα υγείας, οι οποίες ωστόσο δεν συμβαδίζουν με τις απόψεις των υπευθύνων σχετικά με το μέγεθος των δαπανών που θα δοθεί για να καλυφθούν οι ανάγκες της υγειονομικής περίθαλψης (Rosen & Karlberg, 2002).

Συμπερασματικά, οι απόψεις της κυβέρνησης και των πολιτών παρουσιάζουν μεγάλες αποκλίσεις όσον αφορά την κατανομή των δημοσίων δαπανών. Ο καθορισμός των προτεραιοτήτων και η κατανομή των πόρων σε διάφορες υγειονομικές δομές αποτελούν κρίσιμα ζητήματα για την πολιτική της υγείας και την στρατηγική λήψης αποφάσεων για θέματα υγειονομικού ενδιαφέροντος. Αν λάβουμε υπόψιν μας και το γεγονός ότι οι πόροι για την υγεία είναι περιορισμένοι και οι καταναλωτές είναι πολλοί, τότε κατανοούμε ότι οι κυβερνήσεις πρέπει να λάβουν δύσκολες αποφάσεις αναφορικά με την κατανομή των



δαπανών για την υγεία (Xesfingi, 2015). Στόχος των πολιτικών υγείας πρέπει να είναι ο περιορισμός των δαπανών που μειώνουν το εισόδημα των νοικοκυριών και η εξασφάλιση των επιδιωκόμενων αποτελεσμάτων υγείας από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Τα τελευταία χρόνια, και υπό το πρίσμα της οικονομική κρίσης, έχουν γίνει πολλές αλλαγές στην πολιτική υγείας που ακολουθεί η χώρα με στόχο την μείωση των δαπανών του συστήματος υγείας (Ρεκλείτη, 2012).

### **6.3 Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα – επιπτώσεις**

Από το 2007 η Ελλάδα βρίσκεται σε παρατεταμένη οικονομική κρίση με αρνητικό ρυθμό ανάπτυξης του ΑΕΠ και αύξηση του δημόσιου χρέους. Το 2010 για να αντιμετωπίσει το πρόβλημα της εξυπηρέτησης του χρέους της η χώρα έλαβε δάνεια από την Ευρωπαϊκή Ένωση, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο. Για την σύναψη του δανείου ζητήθηκε από την πλευρά των δανειστών δημοσιονομική προσαρμογή η οποία περιλάμβανε μεταξύ άλλων και την μείωση των δαπανών. Στα πλαίσια της προσπάθειας δημοσιονομικής εξυγίανσης από το 2010 μέχρι σήμερα, έγιναν μειώσεις των δημοσίων δαπανών για την υγεία καθώς και αλλαγές στο τρόπο λειτουργίας του Ελληνικού συστήματος υγείας. Ταυτόχρονα η διαδικασία εσωτερικής υποτίμησης έφερε μείωση των εισοδημάτων των νοικοκυριών, και συνακόλουθα μείωση των ιδιωτικών δαπανών υγείας. Το Ελληνικό σύστημα υγείας βρέθηκε σε διαδικασία αναμόρφωσης προκειμένου να αντιμετωπίσει τις αυξανόμενες ανάγκες υγείας του ελληνικού πληθυσμού με μειωμένους πόρους, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά τα δημόσια νοσοκομεία, που έχουν δεχτεί σημαντική αύξηση του φόρτου εργασίας, καθώς λόγω της οικονομικής κρίσης και της μείωσης των εισοδημάτων μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού οδηγείται σε αυτά. Το Ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα μεικτό σύστημα που περιλαμβάνει τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα. Ο δημόσιος τομέας αποτελείται κυρίως από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), το οποίο περιλαμβάνει τα περισσότερα δημόσια νοσοκομεία. (Φυντανίδου Ε. 2015). Τα δημόσια νοσοκομεία, τελούν σε καθεστώς μικτής χρηματοδότησης, με πληρωμές από τον κρατικό προϋπολογισμό, τους ασφαλιστικούς φορείς και ένα ποσοστό ιδιωτικής συμμετοχής. Το ΕΣΥ συμπληρώνεται με Πολυϊατρεία και Κέντρα Υγείας που ανήκουν στις Υγειονομικές Περιφέρειες και χρηματοδοτούνται από τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης. Ο ιδιωτικός τομέας περιλαμβάνει ιδιωτικές κλινικές, διαγνωστικά κέντρα και ιδιώτες γιατρούς. Οι βασικές αλλαγές στη λειτουργία του ΕΣΥ, που πραγματοποιήθηκαν τα τελευταία χρόνια, αφορούσαν στη συγχώνευση νοσοκομείων και στη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, ο οποίος αρχικά είχε διπλό ρόλο, ως φορέας παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας μέσω των πολυϊατρείων των ασφαλιστικών οργανισμών αλλά και ως αγοραστής υπηρεσιών υγείας. Ο ΕΟΠΥΥ επέτυχε τον έλεγχο των συμβάσεων των παρόχων του ιδιωτικού τομέα, καθώς επίσης την ενοποίηση της χρηματοδότησης όλων των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης για υπηρεσίες υγείας. Στη συνέχεια, ο ΕΟΠΥΥ διαχωρίστηκε και κράτησε μόνο το τμήμα της αγοράς υπηρεσιών υγείας. Η παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης πέρασε σε έναν νέο οργανισμό, το ΠΕΔΥ στο πλαίσιο του ΕΣΥ, όπου μεταφέρθηκαν όλα τα πολυϊατρεία του ΕΟΠΥΥ. Ο ΕΟΠΥΥ, όμως, αδυνατεί να ανταπεξέλθει των υποχρεώσεων του λόγω σημαντικής υποχρηματοδότησης. (Φυντανίδου Ε. 2015)

#### **6.3.1 Προσδόκιμο ζωής**

Η υγειονομική κατάσταση του ελληνικού πληθυσμού έχει βελτιωθεί σταθερά τις τελευταίες δεκαετίες, αλλά οι πλήρεις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην κοινωνία και την υγεία θα διαρκέσουν μερικά χρόνια για να εκδηλωθούν. Σημαντικές αλλαγές στο σύστημα υγείας συνέβησαν ως αποτέλεσμα του Προγράμματος Οικονομικής

Προσαρμογής της χώρας, αλλά παρά τα σχέδια για τη μεταφορά περισσότερων εξουσιών στις περιφερειακές υγειονομικές αρχές, το σύστημα υγείας παραμένει ιδιαίτερα συγκεντρωμένο. Σε 81,5 χρόνια, το προσδόκιμο ζωής είναι υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ, αλλά μετά την ηλικία των 65 ετών, τα δύο τρίτα αυτών των ετών δαπανώνται με αναπηρία. Υπάρχει ένα επίμονο χάσμα μεταξύ των δύο φύλων στο προσδόκιμο ζωής πέντε ετών μεταξύ γυναικών και ανδρών, καθώς και στην κοινωνική ανισότητα, με τετραετή διαφορά ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο. Η ισχαιμική καρδιοπάθεια, το εγκεφαλικό επεισόδιο και ο καρκίνος του πνεύμονα εξακολουθούν να έχουν σημαντικό αντίκτυπο στη θνησιμότητα, αλλά οι θάνατοι από ατυχήματα στις μεταφορές έχουν μειωθεί σημαντικά. (OECD, Greece, 2017).

*Το προσδόκιμο ζωής υπερβαίνει τα 81 έτη στην πλειονότητα των χωρών της ΕΕ, αλλά το χάσμα μεταξύ των υψηλότερων και των χαμηλότερων χωρών εξακολουθεί να είναι πάνω από 8 χρόνια*

### 6.3.2 Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας

Η δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα ήταν πάντοτε μεγαλύτερη από το μέσο όρο της Ε.Ε. (Σχήμα 1). Αυτό κυρίως οφειλόταν στην καθυστέρηση στην παροχή υπηρεσιών, πχ χρονική καθυστέρηση για ραντεβού. Τα τελευταία χρόνια, από το 2010 και μετά η δυσκολία αυτή έχει αυξηθεί σημαντικά σε σχέση με τα υπόλοιπα κράτη της Ε.Ε. καθώς προστέθηκαν και οικονομικά προβλήματα. Το 2010 παρατηρείται μείωση στη χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και κυρίως στα ιδιωτικά μαιευτήρια, την οδοντιατρική περίθαλψη και τις χειρουργικές επεμβάσεις στα ιδιωτικά νοσοκομεία, η οποία εκτιμάται ότι ανήλθε το 2011 στο 50% (Esd.edu.gr, 2019) από 25-30% μείωση που παρατηρήθηκε στο διάστημα 2009-2010. (Kentikelenis et al., 2011) (Tountas Y., 2014), Σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ), το 59% των Ελλήνων αναγκάστηκε να μειώσει τη χρήση υπηρεσιών υγείας μεταξύ 2011 και 2012 λόγω οικονομικών δυσχερειών ή/και εξαιτίας εμποδίων ως προς την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, ενώ πάνω από 4 στους 10 Έλληνες δήλωσαν ότι οι νέες υγειονομικές δομές κατέστησαν δυσχερέστερη την πρόσβαση σε φάρμακα και εξετάσεις. (Κυριόπουλος Ι. 2015)

Το 2011 ένα αυξημένο ποσοστό του πληθυσμού ανέφερε ανικανοποίητη ζήτηση, κυρίως στους ηλικιωμένους, λόγω δυσκολίας πρόσβασης για οικονομικούς λόγους και λόγω απόστασης. (Kentikelenis et al., 2011). Το 2011, αυξήθηκε το εισιτήριο για τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και για τα Κέντρα Υγείας από 3 ευρώ σε 5 ευρώ, με ορισμένες εξαιρέσεις για ευπαθείς ομάδες. Τον Ιανουάριο του 2014 επιχειρήθηκε ανεπιτυχώς να εφαρμοσθεί 25 ευρώ εισιτήριο για ενδονοσοκομειακή νοσηλεία. Επίσης αυξήθηκε ο κόστος των τηλεφωνικών κλήσεων για το κλείσιμο ραντεβού. Στις τρεις τελευταίες πανελλαδικές έρευνες HELLAS Health του ΙΚΠΙ (2010, 2013, 2015), το υψηλό κόστος ήταν ο σημαντικότερος παράγοντας μη ικανοποίησης ιατρικών αναγκών στον γενικό πληθυσμό. (ΙΚΠΙ, 2010). Πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με την έρευνα HELLAS Health III (2010), στην ερώτηση «Τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε κάποια στιγμή που πιστεύατε ότι χρειάζεστε κάποια θεραπεία (ή/και διαγνωστική εξέταση) για κάποιο πρόβλημα υγείας, αλλά δεν την λάβατε;» το 10% των ερωτηθέντων απάντησαν θετικά. Ορισμένοι από τους κυριότερους λόγους που αναφέρθηκαν ήταν το κόστος (34%), η απασχόληση από άλλα θέματα (32%) και η μεγάλη αναμονή για ραντεβού (17%). Περίπου το 33% των ερωτώμενων θεωρεί ότι χειροτέρευσε πολύ η δυνατότητα πρόσβασης του σε ιδιωτικές κλινικές, ενώ για εξωνοσοκομειακές παροχές οι περισσότεροι θεωρούν ότι οι δυνατότητα πρόσβασης δεν έχει μεταβληθεί, καθώς το μεγαλύτερο μέρος της δαπάνης καλύπτεται από τον ΕΟΠΥΥ. Τα παραπάνω στοιχεία φαίνεται να επιβεβαιώνονται και από έρευνα του Eurofound (2013), καθώς στην ερώτηση «Την τελευταία φορά που χρειάστηκε να δείτε ένα γιατρό, σε ποιο βαθμό το κατέστησε δύσκολο ή όχι καθέννας από τους παρακάτω παράγοντες (απόσταση, καθυστέρηση για ραντεβού, αναμονή, κόστος);» οι ερωτηθέντες από την Ελλάδα που

απάντησαν «πολύ δύσκολο» ή «κάπως δύσκολο» ήταν περισσότεροι και για τους τέσσερις παράγοντες, σε σύγκριση με το 2007. Πιο συγκεκριμένα, για την απόσταση ήταν 45%, για την καθυστέρηση για ραντεβού 67%, για την αναμονή 66% και για το κόστος (64%) (2007: 24%, 43%, 47% και 45% αντίστοιχα). (Dubois H, 2013) Σύμφωνα με τα ευρήματα της Hellas Health VI (Μάιος 2015) (ΙΚΠΙ 2010) ένας στους πέντε πολίτες δηλώνει ότι κάποια στιγμή τον τελευταίο χρόνο, παρά την ύπαρξη προβλήματος υγείας, δεν έλαβε υπηρεσίες υγείας. Ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό βρέθηκε για τους σπουδαστές (32,6%) και τους ανέργους (26,9%), ενώ δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις κοινωνικό-οικονομικές κατηγορίες. Αυτή η ανικανοποίητη ζήτηση αποδίδεται κατά κύριο λόγο (56,7%) στην αδυναμία κάλυψης του σχετικού κόστους και δευτερευόντως (30,7%) στην έλλειψη χρόνου. Αξίζει να σημειωθεί ότι το φαινόμενο εμφανίζεται πιο έντονο στις αστικές περιοχές, στις οποίες οι δημόσιες, πρωτοβάθμιες δομές υγείας χαρακτηρίζονται από υποστελέχωση και ελλείψεις σε εξοπλισμό. Όπως δε είναι αναμενόμενο, οι άνεργοι δηλώνουν ότι το κόστος ήταν ο βασικός παράγοντας «αποκλεισμού» τους από τις υπηρεσίες υγείας, σε ποσοστό κατά πολύ μεγαλύτερο από το αντίστοιχο του γενικού πληθυσμού (84,2% έναντι 56,7%) και ακολουθούν οι ελεύθεροι επαγγελματίες (62,3%), ενώ το μικρότερο ποσοστό παρουσιάζουν οι συνταξιούχοι (44,6%). Σε ό,τι αφορά το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο το κόστος αποτελεί, για ευνότερους λόγους, μεγαλύτερο εμπόδιο για το κατώτερο επίπεδο (62,6%) και λιγότερο για το ανώτερο (47,1%). (Ελληνική Στατιστική Αρχή 2015).

Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, όσον αφορά την αξιολόγηση της κατάστασης προ και μετά τον ΕΟΠΥΥ, ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι απαντήσεις όσων έχουν προσωπική άποψη από τη χρήση των αναφερόμενων υποδομών. Όσοι έχουν άποψη, αναφέρουν ότι η μεγαλύτερη χειροτέρευση αφορά στην πρόσβαση στους ιατρούς και στα ιατρεία του Ταμείου τους. Το γεγονός αυτό οφείλεται κατά κύριο λόγο στην παραίτηση σημαντικού αριθμού γιατρών του ΙΚΑ μετά την ένταξη των Πολυϊατρείων του ΙΚΑ στο ΠΕΔΥ του ΕΣΥ. Το πρόβλημα της πρόσβασης είναι μεγαλύτερο στους συνταξιούχους και στις νοικοκυρές που εξυπηρετούνταν σε μεγαλύτερο βαθμό από τις υπηρεσίες και τις μονάδες του ΙΚΑ στην περιοχή κατοικίας τους. Είναι, επίσης, αναμενόμενη η σημαντική διαφορά 10 ποσοστιαίων μονάδων που παρουσιάζει το κατώτερο κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο σε σχέση με το ανώτερο. Σε ό,τι αφορά την πρόσβαση στις ιδιωτικές κλινικές η χειροτέρευση είναι μεγαλύτερη στις νοικοκυρές και στους συνταξιούχους, καθώς και στα κατώτερα κοινωνικό-οικονομικά επίπεδα, προφανώς λόγω της οικονομικής επιβάρυνσης που συνεπάγεται η χρήση ιδιωτικών κλινικών. Το ίδιο ισχύει και για την πρόσβαση στα ιδιωτικά φαρμακεία, κυρίως λόγω της αύξησης της ίδιας συμμετοχής στην αγορά των φαρμάκων, αν και προκαλεί εντύπωση το γεγονός ότι μεγαλύτερη χειροτέρευση αναφέρουν τα δύο υψηλότερα κοινωνικό-οικονομικά επίπεδα. Οι ίδιες διαπιστώσεις ισχύουν και για την πρόσβαση σε φαρμακεία του Ταμείου, ενώ στην πρόσβαση στα φαρμακεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ δεν παρατηρούνται διαφορές, ούτε ανάλογα με την απασχόληση ούτε ανάλογα με το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο. Σύμφωνα με την Έρευνα Υγείας του 2014 της ΕΛΣΤΑΤ, κατά τους τελευταίους 12 μήνες πριν τη διενέργεια της έρευνας, χρειάστηκε να λάβει αναγκαία ιατρονοσηλευτική φροντίδα και καθυστέρησε να τη λάβει ή δεν την έλαβε καθόλου το 13,1% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω λόγω μεγάλης λίστας αναμονής. Το 6,1% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω λόγω μεγάλης απόστασης ή προβλημάτων στη μεταφορά. Το 9,4% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω λόγω έλλειψης ειδικοτήτων γιατρών και επαγγελματιών υγείας. (Ελληνική Στατιστική Αρχή 2015). Κατά τους τελευταίους 12 μήνες πριν τη διενέργεια της έρευνας, χρειάστηκαν και δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα να λάβουν ιατρική φροντίδα ή θεραπεία, το 13,9% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω. Οδοντιατρική φροντίδα ή θεραπεία δεν έλαβε το 15,4% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω. (Ελληνική Στατιστική Αρχή 2015). Σοβαρό πρόβλημα πρόσβασης στο σύστημα υγείας έχουν οι ανασφάλιστοι και οι χρονίως πάσχοντες. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Υπουργείου Υγείας τον Φεβρουάριο του 2013

υπήρχαν 2-2,5 εκατ. ανασφάλιστοι. Η πολιτική αντιμετώπισης του προβλήματος περιλάμβανε την έκδοση «health voucher» το 2013, ένα πρόγραμμα με χρηματοδότηση της Ε.Ε. για τις ιατρικές επισκέψεις 230.000 ατόμων για δύο χρόνια, κυρίως για ανέργους. Οι χρονίως πάσχοντες αποτελούν το 38% του γενικού πληθυσμού της χώρας μας. Το επίπεδο της αυτοεκτίμησης της υγείας των χρονίως πασχόντων έχει μειωθεί κατά 60% από το 2012. Οι χρονίως πάσχοντες έχουν μειώσει κατά 30% τις επισκέψεις τους σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και έχουν μειώσει κατά 50% τις δαπάνες τους για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, κατά την τριετία 2011 – 2013. Το 60% των χρονίως πασχόντων αντιμετωπίζουν οικονομικούς περιορισμούς ή λίστες αναμονής στην πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας και το 30% αξιολογούν αρνητικά τις δομές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, καθώς και τις τριτοβάθμιες νοσοκομειακές δομές. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας επηρεάστηκαν επίσης σε σημαντικό βαθμό με πολλά προγράμματα ΜΚΟ να αναστέλλουν τη δραστηριότητά τους ή να μειώνουν το προσωπικό τους. Η χρηματοδότηση για τη ψυχική υγεία μειώθηκε κατά 20% από το 2010 στο 2011 και επιπλέον 55% το 2012, παρόλο που υπήρξε αύξηση της χρήσης ψυχικών υπηρεσιών κατά 120% την περίοδο 2009-2012 (Anagnostopoulos DC, et al., 2013) Σύμφωνα με την Έρευνα Υγείας του 2014 της ΕΛΣΤΑΤ, χρειάστηκαν και δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα να λάβουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας από ψυχολόγο ή ψυχίατρο το 4,3% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω. (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015).

### **6.3.3 Ζήτηση – Χρήση Εξωνοσοκομειακών (πρωτοβάθμιων) Υπηρεσιών Υγείας και Διαγνωστικών και Προληπτικών Εξετάσεων**

Σε ότι αφορά τη χρήση εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, γιατρό γενικής ιατρικής ή παθολόγο, κατά τους τελευταίους 12 μήνες πριν την Έρευνα Υγείας του 2014 της ΕΛΣΤΑΤ, επισκέφθηκε ή συμβουλευτήκε το 58,2% του πληθυσμού 15 ετών και άνω. Το ποσοστό αυτό παραμένει σταθερό σε σύγκριση με το 2009 (57,8%). Γιατρό άλλης ειδικότητας ή χειρουργό το 46,4%, ποσοστό που παρουσιάζει μικρή αύξηση (2%) σε σχέση με το 2009, οδοντίατρο ή ορθοδοντικό το 47,2%, ποσοστό που παρουσιάζει μείωση 10,6% σε σχέση με το 2009. (Ελληνική Στατιστική Αρχή 2015).

Πριν από την κρίση, οι Έλληνες έκαναν υπερδιπλάσιο αναλογικά αριθμό μαγνητικών και αξονικών τομογραφιών σε σύγκριση με τους ευρωπαϊκούς λαούς. Η δημοσιονομική πίεση οδήγησε σε μείωση της τιμής διαγνωστικών εξετάσεων. Η υποχώρηση στις τιμές οδήγησε και σε μείωση του αριθμού των εξετάσεων, προφανώς επειδή τα διαγνωστικά κέντρα δεν είχαν επαρκή κίνητρα να κάνουν πολλές εξετάσεις. Σύμφωνα με παράγοντες της αγοράς, οι υψηλές τιμές αφήνουν πολλά περιθώρια για αύξηση της λεγόμενης «προκλητικής» ζήτησης. Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) OECD (Health at a Glance, 2015) οι αξονικές και μαγνητικές τομογραφίες μειώθηκαν στην Ελλάδα της κρίσης. Η μείωση αυτή οδήγησε την Ελλάδα σε σημαντική υποχώρηση στην κατάταξη μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Σε ό,τι αφορά τα προγράμματα πρόληψης, στο διάστημα 2009-10, πρώτο έτος λιτότητας, ο αριθμός των συρίγγων και των προφυλακτικών που διανέμονταν δωρεάν σε χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, μειώθηκε κατά 10% και 24% αντίστοιχα, (ECDC, 2012) ενώ μειώθηκαν κατά 1/3 τα σχετικά προγράμματα, (ΕΚΤΕΡΝ, 2010) με αποτέλεσμα τη δραματική αύξηση νέων κρουσμάτων μόλυνσης με HIV, από 15 το 2009 σε 484 το 2012. (European Centre for Disease Prevention and Control, 2013). Οι δραστικές περικοπές στους προϋπολογισμούς των δήμων περιόρισαν δράσεις δημόσιας υγείας, όπως των ψεκασμών για τα κουνούπια, γεγονός που συνέβαλε μαζί και με άλλους παράγοντες στην αναζωπύρωση ενδημικών κρουσμάτων ελονοσίας για πρώτη φορά σε 40 χρόνια (Bonovas S, et al 2012), (Danis K, et al 2011).

Όπως είναι αναμενόμενο, τα παραπάνω πλήττουν και τη διενέργεια προληπτικών εξετάσεων για την έγκαιρη διάγνωση συχνών καρκίνων. Ήδη από το 2006, σύμφωνα με την έρευνα Hellas Health I, τα ποσοστά για τον ελληνικό πληθυσμό δεν ήταν ιδιαίτερα

ενθαρρυντικά. Σχετικά με τη διενέργεια προληπτικών εξετάσεων κατά τη διάρκεια των τριών προηγούμενων ετών, 59,4% των γυναικών ηλικίας 21-69 ετών είχαν κάνει τεστ Παπανικολάου, ενώ στις ηλικίες 50-69 53,8% έκαναν μαστογραφία και μόλις 8,3% ανίχνευση αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα (SOBT). Αντίστοιχα, στους άνδρες 50 έως 69 ετών, 40,6% είχαν μετρήσει το ειδικό προστατικό αντιγόνο (PSA) και 10,9% είχαν πραγματοποιήσει ανίχνευση αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα (SOBT). Οι κοινωνικές ανισότητες είναι εμφανείς στη διενέργεια προσυμπτωματικού ελέγχου, καθώς τα ποσοστά είναι συνήθως αρκετά μειωμένα για τα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα. (ΙΚΠΙ 2010). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης Ε.ΜΕ.ΝΟ, μαστογραφία έχει κάνει κάποια στιγμή το 68% των γυναικών και το 80% είχε κάνει pap-test. Για την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου κολonosκόπηση είχε κάνει το 20% του πληθυσμού άνω των 50 ετών. (EMENO 2015). Σε πρόσφατη έρευνα της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας το 35,7% των γυναικών άνω των 40 ετών δεν είχαν κάνει ποτέ μαστογραφία, το 49% δεν είχε κάνει ποτέ αυτοεξέταση μαστού και το 33% δεν είχε επισκεφθεί ποτέ γιατρό για ψηλάφηση μαστού. Οι γυναίκες ανέφεραν σε ποσοστό 30,8% εμπόδια στην πρόσβαση σε γιατρό και 26,5% εμπόδια στην πρόσβαση σε μαστογραφία κυρίως λόγω απασχόλησης, αμέλειας και κόστους. Στο στάδιο της παρακολούθησης, 5,6% των γυναικών που συμμετείχαν δήλωσαν εμπόδια στην πρόσβαση σε γιατρό και 3,6% εμπόδια σε εξετάσεις κυρίως λόγω κόστους και έλλειψης χρόνου. Το 76,6% των γυναικών κάλυψε μέρος της δαπάνης είτε το σύνολό της με ιδιωτικές πληρωμές. (Βρουβάκης Ε., 2015). Σύμφωνα με την Έρευνα Υγείας του 2014 της ΕΛΣΤΑΤ, το 54,8% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω μέτρησε την αρτηριακή του πίεση τους τελευταίους 12 μήνες πριν τη διενέργεια της έρευνας και το 55,4% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω μέτρησε το σάκχαρό του τους τελευταίους 12 μήνες πριν τη διενέργεια της έρευνας. Μείωση 27,6%, σε σχέση με το 2009, καταγράφεται στο ποσοστό των γυναικών που δεν έχουν κάνει ποτέ στη ζωή τους μαστογραφία: το 2014 ήταν 38,4% ενώ το 2009 53%. Μείωση 33,9% σε σχέση με το 2009 καταγράφεται στο ποσοστό των γυναικών που δεν έχουν κάνει ποτέ στη ζωή τους pap test: το 2014 ήταν 20,7% ενώ το 2009 31,3%. Το 85,6% των γυναικών που έχουν κάνει μαστογραφία, την έκαναν προληπτικά. Το 2009 91,6% των γυναικών είχαν δηλώσει ότι έκαναν μαστογραφία προληπτικά, είτε με δική τους πρωτοβουλία είτε με προτροπή/συμβουλή γιατρού, είτε λόγω οικογενειακού ιστορικού, είτε γιατί συμμετείχαν σε πρόγραμμα προληπτικού/προσυμπτωματικού ελέγχου. (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015).

#### 6.4 Αδυναμίες της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα

Είναι αποδεκτό από την επιστημονική έρευνα πως η οικονομική ύφεση σε μια χρονική περίοδο επενεργεί αρνητικά σε όλους τους τομείς που συνθέτουν και δομούν το βιοτικό status quo ενός κοινωνικού συνόλου. Σε κάποια πεδία όμως το αρνητικό κλίμα που δημιουργείται γίνεται εύκολα εμφανές εξαιτίας της άμεσης αντανάκλασής του στο βιοτικό επίπεδο του πληθυσμού. Μια τέτοια χαρακτηριστική περίπτωση είναι τα πολυποίκια προβλήματα στον τομέα της υγείας. Οι πολιτικές λιτότητας που εφαρμόστηκαν και εξακολουθούν να υπάρχουν στην Ελλάδα από το 2009 και εξής, κυρίως, οδηγούν αναπόφευκτα στη σύγχυση και την αποδιοργάνωση με αποτέλεσμα την μείωση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες. (Νιάκας, 2014).

Μέσα στο οικονομικό περιβάλλον που διαμορφώθηκε εξαιτίας της οικονομικής κρίσης δεν έπαψαν να υφίστανται οι ανάγκες του πληθυσμού για την απόκτηση υπηρεσιών υγείας, δεδομένου και της πληθώρας των ιατρικών προβλημάτων που εμφανίζονται όλο και πιο έντονα στην ανθρώπινη ζωή. Παρ' όλη την οικονομική δυσπραγία στην Ελλάδα η αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας δεν μείωσαν το ενδιαφέρον της Ελληνικής πολιτείας, ικανοποιώντας με τον τρόπο αυτό και το αίσθημα ασφάλειας των πολιτών. Ο πρωτεύον ρόλος της Π.Φ.Υ. στην προσπάθεια αυτή είναι καθοριστικός, όχι μόνο μέσα στα όρια της δικής μας χώρας, αλλά και διεθνώς. Δεν πρέπει να παραλειφθεί, βέβαια, η

διαχρονική παρουσία της Π.Φ.Υ. στις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες της υγείας της εκάστοτε πολιτικής του αρμόδιου υπουργείου. Αυτό είναι δηλωτικό και των ποικίλων προβλημάτων και αδυναμιών, που εμφανίζονται στην εφαρμογή της Π.Φ.Υ. και των προσπαθειών που καταβάλλονται για την επίλυσή τους (Πολύζος, 2014).

Πριν γίνει αναφορά στις αδυναμίες και τα προβλήματα που παρουσιάζει στην εφαρμογή της η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα, θεωρείται αναγκαίο να επισημάνουμε πως τα στοιχεία ανεπάρκειας που εμφανίζονται στις μέρες μας δεν είναι μόνο συνέπεια της ύφεσης στη χρηματοδότησή της, εξαιτίας της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα από το τέλος της πρώτης και σε όλη τη διάρκεια της δεύτερης δεκαετίας του 21ου αιώνα μέχρι σήμερα. Μελετώντας την τελευταία εικοσαετία μπορεί εύκολα να διαπιστωθεί πως και στην περίοδο που προηγήθηκε της κρίσης υπήρχαν προβλήματα παρ' όλο που υπήρχαν οικονομικές δυνατότητες για την εύρυθμη λειτουργία της Π.Φ.Υ. (Έλληνας, 2011).

Πρέπει να επισημάνουμε πως σύμφωνα με τη βιβλιογραφική αναφορά οι αδυναμίες που αφορούν την υλοποίηση της Π.Φ.Υ. διακρίνονται σε δύο κατηγορίες-άξονες: εκείνες που αφορούν το οργανωτικό πλαίσιο και εκείνες που σχετίζονται με το λειτουργικό πεδίο (Κυριόπουλος και συν., 2007; Αθανασάκης και συν., 2013). Πρέπει, επίσης, να υπογραμμίσουμε πως το σύστημα υγείας στην Ελλάδα παρουσιάζει νοσοκομειοκεντρική σύσταση. Αυτό έχει ως συνέπεια την ακανόνιστη πρόσβαση του πληθυσμού στις διάφορες δομές υγείας, αφού δεν υπάρχει ευδιάκριτος διαχωρισμός ανάμεσα στην πρωτοβάθμια και τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας (Σακελλαρόπουλος και συν., 2012).

Η πολυδιάσπαση των δομών που παρέχουν την Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα έχουν σαν άμεσο επακόλουθο την έλλειψη ολοκληρωμένης και συνεχούς διασύνδεσης μεταξύ τους αλλά και με τις υπόλοιπες δομές του συστήματος υγείας, δευτεροβάθμιου και τριτοβάθμιου επιπέδου. Αυτό συνεπιφέρει και την έλλειψη συνέχειας στη φροντίδα υγείας του ασθενή, αφού δεν υπάρχει η δυνατότητα τήρησης ιατρικού ιστορικού και συστήματος διακίνησης των ιατρικών πληροφοριών, που τον αφορούν, όχι μόνο με τις άλλες μονάδες υγείας αλλά και μέσα την ίδια τη μονάδα (Βραχάτης & Παπαδόπουλος, 2012).

Η ύπαρξη πολλών μονάδων παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. χωρίς να είναι ενταγμένες σε ένα ενιαίο οργανωτικό πλαίσιο είχε ως συνέπεια την έλλειψη κεντρικού επιτελικού προγραμματισμού για την συντονισμένη οργάνωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, Συνέπεια αυτού του πολυκερατισμού των μονάδων που παρέχουν τις υπηρεσίες της Π.Φ.Υ. είναι έλλειψη ενιαίας χρηματοδοτικής πολιτικής για όλες τις δομές της, γεγονός που οδηγεί στην ανισοκατανομή της διάθεσης των πόρων με βάση τις πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Αυτό έχει ως συνέπεια τη χρηματοδοτική επιβάρυνση κάποιων ασφαλιστικών ταμείων σε σχέση με κάποια άλλα (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008). Με τη θεσμοθέτηση του ΕΟΠΥΥ αντιμετωπίστηκε μερικώς το πρόβλημα (Οικονόμου, 2012).

Οι μονάδες που συγκροτούν την Π.Φ.Υ. δεν έχουν την στελέχωση που απαιτούν οι ανάγκες των προσφερόμενων υπηρεσιών τόσο σε αριθμητική κάλυψη όσο και σε εξειδικευμένο προσανατολισμό, ενώ το υπάρχον προσωπικό είναι άνισα κατανομημένο με τον μεγαλύτερο αριθμό να βρίσκεται στα αστικά κέντρα σε βάρος των μονάδων που βρίσκονται στις ημιαστικές ή αγροτικές περιοχές. Στις μονάδες αυτές υπηρετούν κυρίως ανειδίκευτοι γιατροί, ενώ υποστελέχωση υπάρχει και σε νοσηλευτικό και τεχνολογικό προσωπικό (Βραχάτης & Παπαδόπουλος, 2012).

Δεν εφαρμόστηκε, αν και θεσπίστηκε πολλές φορές, ο θεσμός του οικογενειακού ή Γενικού γιατρού, ο οποίος θα διασφάλιζε τη δυνατότητα ενός συστήματος παραπομπής του ασθενούς και εισόδου του στις δομές της υγείας καθώς και διατήρησης του ηλεκτρονικού φακέλου του. Αυτό θα οδηγούσε στην αποφόρτωση του συστήματος από περιττές ιατρικές επισκέψεις και στην εξοικονόμηση χρηματικών πόρων από τα ασφαλιστικά ταμεία (Οικονόμου, 2012). Η ανεπάρκεια της υλικοτεχνικής υποδομής και του τεχνολογικού εξοπλισμού που παρατηρείται κυρίως στον δημόσιο τομέα περιορίζει τις δυνατότητες αντιμετώπισης των ιατρικών αναγκών των ασθενών, ακόμη και σε βασικές απαιτήσεις.

Περιορίζεται το εύρος των προσφερόμενων υπηρεσιών με συνέπεια ένας μεγάλος αριθμός ασθενών να στρέφεται στον ιδιωτικό τομέα με το κόστος να μετατίθεται στους ίδιους τους πολίτες (Σακελλαρόπουλος και συν., 2012; Υπουργείο Υγείας-ΕΣΠΑ 2014-2020, (2016). Η ανεπαρκής κάλυψη των αναγκών των ασθενών από κατάλληλη μηχανοργάνωση και σύγχρονη τεχνολογία, που θα πρόσφερε καλύτερες και γρηγορότερες υπηρεσίες υγείας, εξασφαλίζοντας τη συνέχεια της Π.Φ.Υ. για κάθε ασθενή (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008). Η εκπαίδευση του υφιστάμενου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού της Π.Φ.Υ. είναι ανεπαρκής σε θέματα που αφορούν τον χαρακτήρα αυτής της δομής του συστήματος υγείας. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την υποστελέχωση των μονάδων της Π.Φ.Υ. με εξειδικευμένο προσωπικό, περιορίζοντας το περιεχόμενο του έργου της πολλές φορές στη συνταγογράφηση των φαρμάκων, στον ιατρικό έλεγχο και στην παραπομπή των ασθενών στα νοσοκομεία (Οικονόμου, 2012). Ο προγραμματισμός της οργάνωσης, της ανάπτυξης και της υλοποίησης προγραμμάτων που αφορούν την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας στο κοινωνικό σύνολο στο τρίπτυχο πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση, είναι ανύπαρκτος. Το ίδιο ανεπαρκής είναι και η καταγραφή των επιδημιολογικών και νοσολογικών προτύπων του πληθυσμού (Κυριόπουλος και συν., 2007).

Η έντονη ανάμιξη του ιδιωτικού τομέα στις υπηρεσίες παροχής Π.Φ.Υ. (ιδιώτες ιατροί, εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών), η σημαντική επένδυση σε ιατρική τεχνολογία, και η αδυναμία ανταπόκρισης του δημόσιου τομέα στις τεχνολογικές εξελίξεις του ιδιωτικού, οδηγούν στην υπερκατανάλωση υπηρεσιών από τους ασθενείς. Συνέπεια της προηγούμενης κατάστασης είναι η επιδείνωση του οικονομικού προϋπολογισμού της οικογένειας και του δημοσίου, παραβιάζοντας τους όρους παροχής δωρεάν υγείας (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008).

Η παλαιότητα της κτιριακής υποδομής και η εγκατάλειψη της ιδέας για αναπαλαίωση, καθώς και η ανεπαρκής κάλυψη σε ασθενοφόρα για τη διακομιδή των ασθενών στις δομές δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας (Οικονόμου, 2012).

Δεν υπάρχει συστηματικός και αποτελεσματικός έλεγχος της συνταγογράφησης, καθώς και των παραπομπών στις δομές παροχής υπηρεσιών υγείας του ιδιωτικού τομέα με συνέπεια την ανεξέλεγκτη οικονομική επιβάρυνση των ασφαλιστικών ταμείων. Η έλλειψη ομαδικής προσέγγισης και διατομεακής συνεργασίας των προσφερόμενων υπηρεσιών από την Π.Φ.Υ. προκειμένου να προσφερθεί μία ολοκληρωμένη φροντίδα για τον ασθενή και να αντιμετωπισθούν αποτελεσματικότερα τα προβλήματά του. Δεν υπάρχει θεσμοθετημένο πλαίσιο κανόνων και οργανωμένο σύστημα ελέγχου της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών Π.Φ.Υ., με συνέπεια να μην υπάρχει η δυνατότητα άμεσης επισήμανσης των αδυναμιών και προσπάθεια αντιμετώπισής τους (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008).

## 6.5 Αξιολόγηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας Ελλάδος

Η οργάνωση (organisation) ενός οργανισμού (μιας οικονομικής οντότητας ή ενός συστήματος) αναφέρεται στη δομή του, στις σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων του, καθώς επίσης στις ενέργειες και στις δραστηριότητες αυτών με σκοπό την επίτευξη των στόχων και του οράματος του οργανισμού. (Albert S, 1985). Συχνά, οι επιστήμες διοίκησης αναφέρονται στην οργάνωση με πιο εξειδικευμένες έννοιες, όπως την οργανωσιακή δομή (organisational structure) (Berniker and Mintzberg, 1984) και την οργανωσιακή κουλτούρα (organisational culture). (Scott et al., 2003) Κατ' αναλογία, η οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ), δηλαδή ενός (υπό-)συστήματος υγείας, εμπίπτει στις ίδιες έννοιες. Επίσης, φαίνεται ότι οι καλά οργανωμένες μονάδες ΠΦΥ προσφέρουν φροντίδα υψηλότερης ποιότητας. (Campbell et al., 2005). Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας εμπερικλείει όλες τις βασικές στοχεύσεις των σύγχρονων συστημάτων υγείας, ήτοι αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα και προσβασιμότητα. Κατ' αυτόν τον τρόπο, αποτελεί μια συνεχώς διευρυνόμενη έννοια με αρκετές προεκτάσεις. Κατά την τελευταία

δεκαετία, στον ορισμό της ποιότητας έχουν συμπεριληφθεί, εκτός από την κλινική αποτελεσματικότητα, άλλες παρεμφερείς διαστάσεις, όπως η ασφάλεια των ασθενών (patient safety), η ισότητα (equity), η συνέχεια (continuity), η επικαιροποίηση (timeliness) και η πρόσβαση (access). (Van Herck et al., 2011). Η αξιολόγηση των μονάδων ΠΦΥ αποτελεί ένα δημοφιλές ζήτημα, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για αξιολόγηση από την πλευρά των χρηστών. Πιο περιορισμένος είναι ο αριθμός εργαλείων και μεθόδων αξιολόγησης από επιχειρησιακή σκοπιά. Σε αυτά συγκαταλέγονται η μέθοδος Quality Team Development (QTD),<sup>6</sup> το εργαλείο Manchester Patient Safety Tool (MapSaf), (Ashcroft, 2005) το πλαίσιο European Practice Assessment (EPA), (Engels et al., 2005) το Primary Care Evaluation Tool (PCET) (WHO, Geneva, 2012) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), το Primary Care Assessment Tool (PCAT), (Starfield, 2009) η μεθοδολογία Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC), (Schäfer et al., 2011) καθώς και η μήτρα International Family Practice Maturity Matrix (IFPMM). (Elwyn et al., 2010).

Στην Ελλάδα, έχουν πραγματοποιηθεί λίγες προσπάθειες αξιολόγησης της ΠΦΥ από επιχειρησιακή σκοπιά, με έμφαση σε μελέτες που υιοθετούν τη λογική επίτευξης αριστείας στην ποιότητα. (Lionis et al., 2017), (Svarogini V. et al., 2012). Συνεπώς, απουσιάζει η εφαρμογή ενός εργαλείου αξιολόγησης που να εστιάζει στην οργάνωση, με εξαίρεση το γεγονός ότι κατά την εκπόνηση της μελέτης σκοπιμότητας της μήτρας IFPMM συμμετείχαν και πέντε δομές ΠΦΥ από την Ελλάδα. (Elwyn, G et al., 2010)

### **6.6 Η εξέλιξη του συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης**

Η εξέλιξη του συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης προχωρεί, αν και ο ρυθμός είναι ακόμα αργός. Οι αρχές έχουν δηλώσει την πλήρη δέσμευσή τους για την εφαρμογή αυτής της μεταρρύθμισης και να καταβάλουν προσπάθειες για την υπέρβαση της αντίστασης των ενδιαφερομένων. Με βάση τις τελευταίες εκθέσεις, άνοιξαν 112 μονάδες πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης (TOMY) σε ολόκληρη την επικράτεια, η οποία είναι λίγο κάτω από τον στόχο 120 (ειδική δέσμευση στο τέλος του 2018). Μια πρόσθετη πρόσκληση για την πρόσληψη οικογενειακών γιατρών αναμένεται να πραγματοποιηθεί τον Μάρτιο του 2019. Εν τω μεταξύ, οι αρχές προβαίνουν σε περαιτέρω διαπραγματεύσεις με ιδιωτικούς οικογενειακούς γιατρούς, οι οποίοι θα προσληφθούν από τον Εθνικό Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας, ΕΟΠΥ, και αυτό φαίνεται να αντιπροσωπεύει το κύριο εμπόδιο στην ταχεία εφαρμογή. Το επίπεδο πληθυσμού που είναι εγγεγραμμένο στα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι κάτω από τα 2 εκατομμύρια, το οποίο είναι μικρότερο από το ένα πέμπτο του συνολικού πληθυσμού. Παρ' όλα αυτά, αυτό αντιπροσωπεύει σημαντική πρόοδο καθώς οι αριθμοί διπλασιάστηκαν από τον Νοέμβριο του 2018. Λόγω του περιορισμού της ικανότητας των ιατρών, οι οποίοι δεν μπορούν να αναμένουν αποτελεσματική θεραπεία των ασθενών πέραν ενός συγκεκριμένου ορίου, το σημερινό επίπεδο των εγγεγραμμένων ασθενών είναι, επομένως, κοντά στη μέγιστη δυναμικότητα του παρόντος αποθέματος δημόσιων οικογενειακών γιατρών. Ο υπόλοιπος πληθυσμός είναι είτε ακόμα αυτοαναφερόμενος σε ειδικούς είτε ιδιωτικούς οικογενειακούς γιατρούς, με ιδιωτική πληρωμή. Πολλοί από αυτούς τους ιδιωτικούς οικογενειακούς γιατρούς που είχαν σύμβαση προηγουμένως από τον ΕΟΠΥ, αρνήθηκαν να συμμορφωθούν με τη νέα συμβατική ρύθμιση, η οποία θεωρήθηκε λιγότερο ευνοϊκή. Οι αρχές ισχυρίζονται ότι η κατάσταση αυτή δεν έχει μεταφραστεί σε μια σημαντική αύξηση των πληρωμών για τους πολίτες, αλλά δεν έχει περιορίσει την πρόσβαση. (European Commission, 2019)

### **6.7 Εργαλεία μέτρησης αξιολόγησης πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα**

Σύμφωνα με τα βασικά στοιχεία που ορίζει η ΠΟΥ για την επίτευξη του απώτερου στόχου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (PHC) "Βελτίωση της υγείας για όλους", οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα των υπηρεσιών όσον αφορά την "οργάνωση των υπηρεσιών υγείας γύρω από τις ανάγκες και τις προσδοκίες των ανθρώπων". (World Health



Organization (WHO),2018) Η ενίσχυση του συστήματος ΠΦΑ μιας χώρας μπορεί να βελτιώσει τα αποτελέσματα της υγείας και να μειώσει το περιττό κόστος. (Soranz D, et al 2017), (Liseckiene I, et al 2012). Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την Ελλάδα, καθώς από το 2010 η ελληνική οικονομία έχει υποστεί μια βαθιά οικονομική και διαρθρωτική οικονομική κρίση. Αυτό επηρέασε επίσης τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Η ΡHC έχει προωθηθεί, αν και με μεγάλη καθυστέρηση, ως η πιο σημαντική στρατηγική για τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας και της ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, ενώ συγχρόνως εξορθολογεί το κόστος και μειώνει την επιβάρυνση των δημόσιων δαπανών.(Vrachatis DA., et al,2012). Δεδομένου του σκοπού της οργάνωσης υπηρεσιών υγείας γύρω από τις ανάγκες και τις προσδοκίες των ανθρώπων, είναι σημαντικό να παρακολουθεί και να αξιολογεί την εφαρμογή της πολιτικής από την πλευρά των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Τα τελευταία χρόνια, το ενδιαφέρον τόσο της πολιτικής για την υγεία όσο και των ενδιαφερομένων ερευνητών επικεντρώθηκε στις εμπειρίες των χρηστών της υγειονομικής περίθαλψης προκειμένου να παρακολουθήσουν και να αξιολογήσουν την εφαρμογή υπηρεσιών με επίκεντρο τον ασθενή και αν αυτές ικανοποιούν τις ανάγκες, τις προτιμήσεις και τις αξίες τους. (Pulvirenti M., et al, 2014), (Ferrer L., 2015). Αυτές οι μεθοδολογικές προσεγγίσεις βασίζονται στις εμπειρίες των χρηστών και λαμβάνουν υπόψη την ιατρική αποτελεσματικότητα, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την προσβασιμότητα, το κόστος και άλλες παραμέτρους. (Faber M., et al, 2009). Στην Ευρώπη, η μελέτη QUALICOPC (Ποιότητα και Κόστος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στην Ευρώπη) αποσκοπούσε στην αξιολόγηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από την πλευρά των χρηστών της σε περισσότερες από 30 χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας. (Schäfer WL, et al, 2011), (Lionis C,et al, 2017). Παρόλο που η ικανοποίηση των ασθενών χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση των διαφορετικών διαστάσεων της υγειονομικής περίθαλψης. (Ware JE, 2019), (Linder-Pelz SU.) ο σχεδιασμός αποτελεσματικών στρατηγικών διαχείρισης της υγειονομικής περίθαλψης. (Naidu A., 2009) και ο επανασχεδιασμός των στόχων της διαχείρισης των υπηρεσιών υγείας στο πλαίσιο της βελτίωσης της ποιότητας, οι εμπειρίες των ασθενών αποτελούν ένα από τα βασικότερα στοιχεία της αξιολόγησης της ποιότητας του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και των υπηρεσιών. (Chow A.,2009). Η έννοια της καταγραφής των εμπειριών των χρηστών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης αναφέρεται στο "ταξίδι" τους στο σύνολό τους, στο πλαίσιο του συστήματος υγείας. Η παρακολούθηση και η αξιολόγηση των εμπειριών τους, με τις διοικητικές και κλινικές πτυχές των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, είναι σημαντική δεδομένου ότι παρέχει πληροφορίες από την άποψη των χρηστών που βοηθούν τους ενδιαφερόμενους να βελτιώσουν την ποιότητα. (LaVela SL.,2014).

Οι εμπειρίες είναι πολύ πιο κοντά στις αντικειμενικές παρατηρήσεις παρά στην ικανοποίηση, καθώς οι τελευταίες είναι πολύ πιο κοντά στις υποκειμενικές αξιολογήσεις. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς μπορεί να βρίσκονται σε σωματική ή ψυχολογική δυσχέρεια που δεν τους επιτρέπει να έχουν μια αντικειμενική άποψη της ικανοποίησης. Το ίδιο ισχύει και στις περιπτώσεις ταχείας εναλλαγής παρεμβάσεων, διαγνωστικών διαδικασιών και μετρήσεων, καθώς δεν τους διευκολύνει να σχηματίσουν μια πλήρη εικόνα. Επιπλέον, η έννοια της ποιότητας και της ικανοποίησης σχετίζεται με τις πολιτισμικές συνήθειες. ως εκ τούτου, ποικίλλει από τόπο σε τόπο και επηρεάζεται επίσης από χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο και η οικονομική κατάσταση, τα οποία δεν συνδέονται άμεσα με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. (Vuori H.1987), (Kotsagiorgi I, 2010). Οι έρευνες ικανοποίησης μπορεί να είναι παραπλανητικές, ειδικά εάν οι ασθενείς δεν έχουν την ευκαιρία να σχολιάσουν αντικειμενικά και λεπτομερώς τις συγκεκριμένες πτυχές των υπηρεσιών που έχουν λάβει και την εμπειρία τους στο σύνολό τους. Έχει επίσης βρεθεί ότι σε τέτοιες έρευνες, όπου οι συμμετέχοντες καλούνται να αναφέρουν την ικανοποίησή τους, συχνά διστάζουν να ανταποκριθούν ή τείνουν να αντιδρούν θετικά. (Coulter A.,2009). Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι οι ερωτήσεις που τίθενται είναι υποκειμενικές και απαιτούν από τους συμμετέχοντες να

κάνουν αξία ή / και συναισθηματική κριτική, η οποία επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από παράγοντες όπως οι προσδοκίες και οι προτιμήσεις τους. (Chen J.,2019). Το δημόσιο σύστημα πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα δεν έχει αναπτυχθεί πλήρως και παρέχεται από κέντρα αστικής και αγροτικής υγείας, εξωτερικά ιατρεία σε δημόσια νοσοκομεία και τις πρόσφατα εγκατεστημένες μονάδες πρώτης επαφής και αποκεντρωμένες τοπικές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας (ΤΟΜΥ) μέχρι τώρα - Μάιος 2017). Δεν έχει εντοπιστεί ένα εθνικό εργαλείο "προσαρμοσμένο στις ανάγκες" για την αξιολόγηση των εμπειριών των χρηστών στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα και δεδομένου ότι η χώρα βρίσκεται αυτή τη στιγμή στη διαδικασία αυτής της σημαντικής μεταρρύθμισης όσον αφορά τον τομέα της ΡΗC, ανάπτυξη ενός τέτοιου εργαλείου ήταν μια επιτακτική ανάγκη.

Εργαλείο μέτρησης διεξαγωγής ερευνών αξιολόγησης της εμπειρίας των χρηστών σε πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα: Μεικτές μέθοδοι:

➤ μεθοδολογία ανάπτυξης και επικύρωσης των εργαλείων με τρία στάδια:

α) καθιέρωση της θεωρητικής υπόστασης / ανασκόπηση της βιβλιογραφίας,

β) ποιοτική μελέτη: ανάπτυξη των ειδών και - καθιέρωση των εργαλείων της εγκυρότητας των προσώπων και

(γ) ποσοτική μελέτη: πιλοτική δοκιμή και καθιέρωση δομικής εγκυρότητας και εκτίμηση της εσωτερικής συνοχής των εργαλείων.

### **6.8 Εφαρμογή εργαλείου αξιολόγησης της οργάνωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας**

Κατ' αναλογία, η οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ), δηλαδή ενός (υπό)συστήματος υγείας, εμπίπτει στις ίδιες έννοιες. Επίσης, φαίνεται ότι οι καλά οργανωμένες μονάδες ΠΦΥ προσφέρουν φροντίδα υψηλότερης ποιότητας. (Campbell et al., 2005). Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας εμπερικλείει όλες τις βασικές στοχεύσεις των σύγχρονων συστημάτων υγείας, ήτοι αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα και προσβασιμότητα. Κατ' αυτόν τον τρόπο, αποτελεί μια συνεχώς διευρυνόμενη έννοια με αρκετές προεκτάσεις. Κατά την τελευταία δεκαετία, στον ορισμό της ποιότητας έχουν συμπεριληφθεί, εκτός από την κλινική αποτελεσματικότητα, άλλες παρεμφερείς διαστάσεις, όπως η ασφάλεια των ασθενών (patient safety), η ισότητα (equity), η συνέχεια (continuity), η επικαιροποίηση (timeliness) και η πρόσβαση (access). (Van Herck et al., 2011). Η αξιολόγηση των μονάδων ΠΦΥ αποτελεί ένα δημοφιλές ζήτημα, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για αξιολόγηση από την πλευρά των χρηστών (βλέπε έρευνες ικανοποίησης ασθενών κ.λπ.). Πιο περιορισμένος είναι ο αριθμός εργαλείων και μεθόδων αξιολόγησης από επιχειρησιακή σκοπιά. Σε αυτά συγκαταλέγονται η μέθοδος Quality Team Development (QTD), (Macfarlane, 2004) το εργαλείο Manchester Patient Safety Tool (MapSaf) (Ashcroft, 2005), το πλαίσιο European Practice Assessment (EPA), (Parasuraman, Zeithaml and Berry, 1985) το Primary Care Evaluation Tool (PCET)<sup>9</sup> του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), το Primary Care Assessment Tool (PCAT),<sup>10</sup> η μεθοδολογία Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC), (Almeida, Bourliataux-Lajoinie and Martins, 2015) καθώς και η μήτρα International Family Practice Maturity Matrix (IFPMM). (Vuori, 1984). Στην Ελλάδα, έχουν πραγματοποιηθεί λίγες προσπάθειες αξιολόγησης της ΠΦΥ από επιχειρησιακή σκοπιά, με έμφαση σε μελέτες που υιοθετούν τη λογική επίτευξης αριστείας στην ποιότητα (Bhatia M. et al 2010), (WHO 2018). Συνεπώς, απουσιάζει η εφαρμογή ενός εργαλείου αξιολόγησης που να εστιάζει στην οργάνωση, με εξαίρεση το γεγονός ότι κατά την εκπόνηση της μελέτης σκοπιμότητας της μήτρας IFPMM συμμετείχαν και πέντε δομές ΠΦΥ από την Ελλάδα. (Αλεξιάδου ΣΑ 2008)

## ΜΕΡΟΣ Γ΄

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Συγκριτική παρουσίαση και αξιολόγηση των Συστημάτων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας των Ευρωπαϊκών χωρών

#### 7.1 Εισαγωγικές παρατηρήσεις μεθοδολογικού χαρακτήρα

Λόγω της αυξημένης πολυπλοκότητας των συστημάτων υγείας και ειδικότερα των Συστημάτων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας δεν κρίνεται εφικτός ο σαφής διαχωρισμός τους ως προς τους μηχανισμούς λειτουργίας, την δομή και τις αρχές τους. Η αυστηρή διάκρισή τους θα ήταν άσκοπη και λανθασμένη, αντίθετα, πρέπει να τονιστεί ότι σε κάθε σύστημα κυριαρχεί ένας από τους μηχανισμούς, ο οποίος προσδιορίζει τον χαρακτήρα και τη λογική λειτουργίας του συνολικού συστήματος. Η γνωστή ταξινόμηση, η συστηματική διάκριση και ο χαρακτηρισμός των συστημάτων Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των χωρών, γίνεται στη βάση του κυρίαρχου μοντέλου διεύθυνσης – συντονισμού, χωρίς να παραβιάζεται η λογική του συνόλου επιπλέον λειτουργούν κι οι άλλοι μηχανισμοί.

Έχοντας υπόψη τις προηγούμενες παρατηρήσεις σχετικά με τη διάκριση των συστημάτων ως προς τα κυρίαρχα δομικά τους στοιχεία, μπορούμε να προχωρήσουμε στη συστηματική αναλυτική αξιολόγηση τους. Στη συνέχεια ακολουθεί μια συνοπτική απεικόνιση των κυριότερων δομικών στοιχείων των συστημάτων Πρωτοβάθμιας φροντίδας των χωρών σε μορφή πίνακα. Ως μεθοδολογικό εργαλείο, ο πίνακας αυτός μπορεί να αποτελέσει τη βάση για τη συστηματική και ορθολογική αξιολόγηση των συστημάτων. Έχει γίνει μια ομαδοποίηση των δομικών χαρακτηριστικών των συστημάτων ανάλογα με την περιοχή που αναφέρονται καθώς και των χωρών ανάλογα με το κυρίαρχο στοιχείο διεύθυνσης-συντονισμού του συστήματός τους.

Ξεκινώντας τη συγκριτική αξιολόγηση των συστημάτων, σε ότι αφορά τον μηχανισμό χρηματοδότησης, ο οποίος προσδίδει το κύριο χαρακτηριστικό σ' ένα σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, διακρίνουμε τα εξής:

- Συστήματα με φορολογική βάση χρηματοδότησης έχουν η Μ. Βρετανία και η Φινλανδία κ η Ελλάδα. Συστήματα που βασίζονται στην Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας, τα Ασφαλιστικά Ταμεία, δηλαδή, έχουν η Γερμανία και η Ολλανδία.

Τα επίπεδα διάθεσης υπηρεσιών υγείας είναι συνήθως τα εξής:

- Ιδιώτες Γενικοί γιατροί, σε ιατρεία ή σε ομάδες.
- Νοσοκομεία, τμήματα εξωτερικών ιατρείων.
- Δημοτικές υπηρεσίες υγείας ( νοσηλεία κατ' οίκον, επισκέπτριες υγείας, κλπ.).
- Οδοντιατρική και οφθαλμολογική φροντίδα.

Σε όλες τις χώρες συναντάμε αυτά τα επίπεδα, για παράδειγμα στην Μ. Βρετανία οι συντελεστές του συστήματος είναι κυρίως οι Γενικοί Γιατροί, Στην Φινλανδία παρέχονται υπηρεσίες υγείας στα Δημοτικά Κέντρα Υγείας και στα Δημόσια Νοσοκομεία. Στην Ολλανδία τον κεντρικό ρόλο στην προσφορά των υπηρεσιών τον παίζουν οι Ιδιώτες γενικοί γιατροί. Η Γερμανία έχει στηρίξει το σύστημα ΠΦΥ της σε ένα συνδυασμό δημοσίων, ιδιωτικών και μη κερδοσκοπικών οργανισμών, δηλ. τα νοσοκομεία είναι δημόσια και οι γιατροί ιδιώτες. Ο ρόλος της κεντρικής κυβέρνησης διαφοροποιείται ανάλογα με το βαθμό αποκέντρωσης του συστήματος λήψης αποφάσεων. Μπορεί να είναι πολύ ισχυρός, ελεγκτικός ως προς τη χρηματοδότηση, την οργάνωση, τις νέες δυνατότητες, το εύρος των υπηρεσιών και το κόστος, όπως παρατηρείται στην Μ. Βρετανία, κυρίως και λιγότερο στην Δανία. Μπορεί να είναι περισσότερο ρυθμιστικός και συμβουλευτικός, να καθορίζει το θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας του συστήματος υγείας και να ελέγχει, όπως στην Γερμανία. Στην Φινλανδία συνυπάρχει η κρατική χρηματοδότηση μέσω φορολογίας με το αποκεντρωτικό σύστημα, σε επίπεδο Δήμων. Αντίστοιχα, γίνεται αντιληπτό ότι ο βαθμός

αποκέντρωσης της λήψης αποφάσεων ακολουθεί την ίδια λογική με το βαθμό εξάρτησης από την κεντρική κυβέρνηση. Παρατηρούμε ότι στην Γερμανία παρά το γεγονός ότι η Ομοσπονδιακή κυβέρνηση θέτει τους γενικούς κανόνες για την πολιτική της δημόσιας υγείας, οι αυτοδιοικούμενοι οργανισμοί έχουν την υπευθυνότητα για την οργάνωση, τη χρηματοδότηση, την παροχή των υπηρεσιών υγείας ( Ταμεία, Νοσοκομεία, γιατροί, άλλα επαγγέλματα υγείας οργανωμένοι όλοι σε Ενώσεις). Σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες που μελετώνται εδώ, η κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού είναι συνολική, δηλαδή όλοι οι κάτοικοι των χωρών έχουν εξασφαλίσει την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Ο κατάλογος των βασικών αναγκών που καλύπτονται μπορεί να είναι είτε πολύ περιεκτικός, όπως στη Γερμανία (καλύπτονται εξωνοσοκομειακή και νοσοκομειακή περίθαλψη, οδοντιατρική φροντίδα, αποκατάσταση, φάρμακα, επισκέψεις γιατρών στο σπίτι, κ. ά. ) είτε σχετικά πιο περιορισμένος, όπως στην Μ. Βρετανία (μερικές συνταγές φαρμάκων και οδοντιατρικές φροντίδες δεν καλύπτονται).

Οι διαπραγματεύσεις μεταξύ των διαφόρων φορέων είναι ένας παράγοντας συγκράτησης του κόστους. Στη Μ. Βρετανία αυτές γίνονται ανάμεσα στη κυβέρνηση και τους αντιπροσώπους των γιατρών, όσον αφορά τους όρους και τις συνθήκες των συμβολαίων των Γενικών γιατρών και του NHS. Η χώρα που έχει τα πρωτεία στη διαδικασία των διαπραγματεύσεων είναι αναμφίβολα η Γερμανία. Τα Ταμεία Ασφάλισης, οι γιατροί, τα νοσοκομεία, τα άλλα επαγγέλματα υγείας οργανώνονται σε ομάδες και συμβάλλονται μεταξύ τους μετά από διαπραγματεύσεις. Όμως τα Ταμεία υγείας έχουν περιορισμένη ελευθερία να επιλέξουν αν θα κάνουν σύμβαση με κάποιο προμηθευτή γιατί γενικά οι οργανισμοί χρηματοδότησης της υγείας κάνουν συμβόλαια εθνικής εμβέλειας με τις ενώσεις γιατρών. Γενικά οι ενώσεις γιατρών στην Γερμανία έχουν αυξημένες υπευθυνότητες, όπως τον έλεγχο των χρηματοδοτήσεων, τον καθορισμό και τον σχεδιασμό των νέων υποδομών και τον σχεδιασμό εθνικών προγραμμάτων υγείας. Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας έχει πολύ μικρό εύρος δράσης στις χώρες που μελετάμε. Η Γερμανία έχει αρκετά μεγάλο ποσοστό ασφαλισμένων με ιδιωτική ασφάλιση (9%) κι αυτοί είναι αυτοαπασχολούμενοι, υψηλόμισθοι ή δημόσιοι υπάλληλοι. Επίσης, συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση έχουν και 3,4 εκατομμύρια μέλη του GKV. Στη Μ. Βρετανία και στην Ολλανδία συναντάμε το υψηλότερο ποσοστό ιδιωτικής ασφάλισης (15% για τη πρώτη). Πιο αναλυτικά, στην Ολλανδία, οι αυτοαπασχολούμενοι ασφαλίζονται ιδιωτικά, οι δημόσιοι υπάλληλοι με ειδικό πρόγραμμα, το ένα τρίτο του πληθυσμού, γενικά έχει ιδιωτική ασφάλιση. Οι ασφαλιστικοί φορείς έχουν ψηλό ανταγωνισμό, είναι όμως υποχρεωμένοι να παρέχουν υπηρεσίες ανάλογες με των θεσμικών. Παρόλα αυτά, οι ασφαλισμένοι πληρώνουν έξτρα για την νοσηλεία τους σε νοσοκομεία, τους ιδιώτες γιατρούς και τα φάρμακα. Γενικά, όλες οι χώρες έχουν Εθνική Ασφάλιση Υγείας για τον πληθυσμό. Υποχρεωτική είναι η συμμετοχή στο NHS της Μ. Βρετανίας για όλο τον πληθυσμό, στο Εθνικό Πρόγραμμα Ασφάλισης Ασθένειας της Φινλανδίας (NSSI), στην Κοινωνική Ασφάλιση της Ολλανδίας και σε ένα από τα εκατοντάδες ασφαλιστικά ταμεία της Γερμανίας, αλλά κυρίως στο GKV (Statutory Health Insurance Programm). Οι εισφορές των μελών συνδέονται κυρίως με το εισόδημά τους. Στην περίπτωση της Γερμανίας ο εργοδότης και ο εργαζόμενος μοιράζονται εξίσου το ποσό της εισφοράς. Ακόμα και στο εσωτερικό του φόρο – χρηματοδοτούμενου συστήματος της Φινλανδίας υπάρχει ένα Εθνικό Πρόγραμμα Ασφάλισης Ασθένειας το οποίο χρηματοδοτείται από φορολόγηση ενός ποσοστού του εισοδήματος των εργαζομένων και των συνταξιούχων και ενός ποσοστού του εισοδήματος των εργοδοτών.

Η συνεισφορά των πολιτών στο κόστος εξαρτάται κυρίως από την ασφάλιση υγείας που έχουν, δηλαδή από το Ταμείο στο οποίο ανήκουν. Στη Μ. Βρετανία πληρώνουν για κάποιες ειδικές οδοντιατρικές φροντίδες, στην Φινλανδία πληρώνουν για οπτικά τεστ και γυαλιά και ορισμένοι για οδοντιατρική φροντίδα, επίσης μπορούν να αναζητήσουν τις out-of-pocket πληρωμές μετά. Στην Ολλανδία οι out-of-pocket δαπάνες περιορίζονται σε ανώτατο ποσό 50 ή 100 ευρώ ανά έτος. Στην Γερμανία οι ιδιωτικές πληρωμές είναι ελάχιστες.

Παρατηρούμε ότι σε όλες τις χώρες της μελέτης το ποσοστό ικανοποίησης του κοινού ήταν ψηλό, εκτός από την Μ. Βρετανία. Στη χώρα αυτή, όμως υπάρχει μια ευρεία συναίνεση ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας πρέπει να διατηρηθεί. Σε όλες τις άλλες χώρες υπάρχει πολύ θετικό κλίμα σχετικά με την λειτουργία του κάθε συστήματος, σε γενικές γραμμές. Η Ολλανδία θεωρείται χώρα – υπόδειγμα ως προς τα δικαιώματα των ασθενών και την έντονη παρουσία τους στη διαμόρφωση των εθνικών πολιτικών υγείας. Επίσης, η Φινλανδία διαθέτει το αλάνθαστο σύστημα αποζημίωσης των βλαβών χωρίς να επιρρίπτονται ευθύνες στους προμηθευτές των υπηρεσιών. Ακόμα έχει θεσπίσει τον Ιατρικό Διαμεσολαβητή και έχει αναβαθμίσει το δικαίωμα της πληροφόρησης και της λήψης απόφασης από τον ασθενή.

Ο θεσμός του Γενικού Γιατρού είναι ισχυρός στις χώρες που μελετάμε. Στις περισσότερες περιπτώσεις παίζει το ρόλο του «gatekeeper» για τα υπόλοιπα ανώτερα επίπεδα προσφοράς υπηρεσιών υγείας. Σε χώρες όπως η Μ. Βρετανία, κατέχει στρατηγική θέση στο σύστημα γιατί οι ασθενείς κατευθύνονται στα ειδικά νοσοκομεία μόνο μετά από παραπομπή των γενικών γιατρών. Στην Ολλανδία το σύστημα διαφοροποιείται λίγο, καθώς οι πολίτες μπορούν να επιλέξουν το ειδικό νοσοκομείο ή τον ειδικό γιατρό που θα επισκεφτούν μετά την παραπομπή τους από τον γενικό γιατρό. Όμως η χώρα αυτή έχει τις λιγότερες παραπομπές σε νοσοκομεία για επείγουσα νοσηλεία. Στη Γερμανία, ωστόσο, οι ασφαλισμένοι έχουν έκπτωση στις εισφορές τους αν δεχθούν τον οικογενειακό τους γιατρό ως «gatekeeper». Οι γενικοί γιατροί της Φινλανδίας εργάζονται κυρίως στα Κέντρα Υγείας και οι ασθενείς συνήθως βλέπουν τον ίδιο γιατρό όποτε τα επισκέπτονται.

Η αποζημίωση των Γενικών γιατρών γίνεται, συνήθως στη βάση καθορισμένου ποσού (μισθός) ή ενός ποσού ανά ασθενή εγγεγραμμένου στη λίστα (fee-for-patient), ή ενός ποσού ανά υπηρεσία που προσφέρει (fee-for-service) ή ισχύει ένας συνδυασμός αυτών των αποζημιώσεων. Στη Μ. Βρετανία οι Γενικοί γιατροί αποζημιώνονται με καθορισμένο ποσό ανά ασθενή από τις PCGs, και επίσης πληρώνονται από τους ίδιους τους ασθενείς για εξειδικευμένες ιατρικές πράξεις, και έχουν ειδικές αμοιβές για τη συμμετοχή τους σε προγράμματα εθνικού ενδιαφέροντος, για τον εξοπλισμό των ιατρείων τους, ιδιαίτερα γενναιόδωρα. Στην Φινλανδία, οι γιατροί εργάζονται στα Κέντρα Υγείας και είναι υπάλληλοι των Δήμων και πληρώνονται με συνδυασμό βασικού μισθού, αμοιβής ανά ασθενή, συνεισφοράς του ασθενούς και δημοτικής επιχορήγησης. Επίσης έχουν μόνους για ειδικές υπηρεσίες. Στην Ολλανδία, οι Ιδιώτες Γενικοί γιατροί χρηματοδοτούνται με καθορισμένες αμοιβές ανά ασθενή που έχει θεσμική ασφάλιση ενώ όσοι έχουν ιδιωτική ασφάλιση χρεώνονται ανά προσφερόμενη υπηρεσία, έτσι δεν δημιουργείται κίνητρο για αύξηση των υπηρεσιών. Στη Γερμανία οι ιδιώτες γιατροί αποζημιώνονται με μια διαδικασία δύο σταδίων: πρώτα οι ενώσεις των γιατρών διαπραγματεύονται με το GKV για ένα προϋπολογισμό, μετά αυτός κατανέμεται στους γιατρούς σύμφωνα με μια κλίμακα υπηρεσιών – πόντων. Έτσι δημιουργείται ένα κίνητρο προς τους γιατρούς να αυξήσουν τις υπηρεσίες τους. Μια σύγχρονη τάση, η οποία παρατηρείται στις χώρες που μελετήθηκαν, είναι η αύξηση του αριθμού των Ομάδων γενικών γιατρών και η μείωση των μεμονωμένων γιατρών γιατί έτσι θεωρείται ότι βελτιώνεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και αναπτύσσεται η γνώση. Συνήθως ο αριθμός και η γεωγραφική κατανομή των γενικών γιατρών καθορίζεται από Επιτροπές. Τα Φινλανδικά Κέντρα Υγείας (270) είναι οι κατ'εξοχήν μονάδες ολοκληρωμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αφού παρέχουν πρωτοβάθμια θεραπευτική, προληπτική και δημόσια φροντίδα στον πληθυσμό της περιοχής τους. Στη Μ. Βρετανία λειτουργούν δίκτυα εξωνοσοκομειακής φροντίδας σε περιφερειακό επίπεδο, οι PCGs, τα οποία είναι υπεύθυνα για το σχεδιασμό και τη διάθεση των υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες της περιοχής. Κατά μέσο όρο εργάζονται τέσσερις γιατροί ανά ιατρείο. Τα Ομαδικά ιατρεία χρηματοδοτούνται απλόχερα, με αποτέλεσμα το 75% των γενικών γιατρών της Αγγλίας να εργάζονται σε κέντρα υγείας. Μια άλλη σύγχρονη τάση είναι η μείωση των νοσοκομειακών υπηρεσιών προς όφελος της Πρωτοβάθμιας φροντίδας με στόχο τη συγκράτηση του κόστους και τη

βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η Ολλανδία, η Μ. Βρετανία, και η Φινλανδία έχουν ακολουθήσει την τάση αυτή, ενώ η Γερμανία όχι και τόσο. Ειδικά στη Γερμανία, ο νοσοκομειακός τομέας λειτουργεί σχεδόν ανεξάρτητα μεταξύ τους, αν και είναι μέσα στους άμεσους στόχους της κυβέρνησης η ενιαιοποίηση των δύο τομέων.

Όσον αφορά το ποσοστό του ΑΕΠ που δαπανάται για την υγεία, στις χώρες που μελετάμε, έχουμε τις εξής πληροφορίες: Το πιο δαπανηρό σύστημα είναι της Γερμανίας, τα πιο χαμηλά είναι της Μ. Βρετανίας και της Φινλανδίας. Η συγκράτηση του κόστους είναι μια πολύπλοκη διαδικασία που έχει πολλές διαστάσεις και αποτελέσματα. Η Μ. Βρετανία έχει το μικρότερο αριθμό γιατρών και νοσοκομειακών κλινών ανά 1000 κατοίκους και την μεγαλύτερη τιμή χρόνου αναμονής (12 μήνες). Στην άλλη άκρη βρίσκεται η Γερμανία με 10,7% και διαρκώς αυξανόμενες. Μεταξύ των χωρών με Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας, η Ολλανδία έχει το πιο πετυχημένο ποσοστό δαπανών (8,5% του ΑΕΠ), το οποίο οφείλεται εν μέρει στον αυστηρό σχεδιασμό και έλεγχο των υποδομών από τη κυβέρνηση, στην μείωση του αριθμού κρεβατιών άμεσης περίθαλψης, στη μείωση του αριθμού των επισκέψεων στα νοσοκομεία λόγω της ανάπτυξης άλλων τομέων φροντίδας υγείας. Οι λίστες αναμονής είναι ένα πρόβλημα που οφείλεται στην έλλειψη υποδομών. Η Φινλανδία με δαπάνες 7,4% του ΑΕΠ (είναι από τις πιο χαμηλές), με χαμηλό αριθμό γιατρών λόγω του μεγάλου αριθμού νοσηλευτικού προσωπικού, με μικρούς χρόνους αναμονής, μικρούς αριθμούς κρεβατιών και μικρές παραμονές σ' αυτά, με χαμηλές αμοιβές των γιατρών είναι από τα πιο πετυχημένα παραδείγματα συστημάτων φροντίδας. Άλλος ένας συντελεστής συγκράτησης του κόστους θεωρείται ότι είναι η χρηματοδότηση μέσω σφαιρικών προϋπολογισμών. Χώρες όπως η Μ. Βρετανία (κυρίως), η Φινλανδία, η Ολλανδία (για τον νοσοκομειακό τομέα) και η Γερμανία έχουν συστήματα που βασίζονται στον εκ των προτέρων προϋπολογισμό για τα λειτουργικά κόστη. Πιο αναλυτικά, η Γερμανική Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση στοχεύει στην εισαγωγή ενός συνολικού, προσανατολισμένου προς τις υπηρεσίες συστήματος χρηματοδότησης που θα βασίζεται σε καθορισμένες αμοιβές. Στη Μ. Βρετανία η χρηματοδότηση είναι ένας μηχανισμός σφαιρικού ελέγχου του NHS. Το ποσό καθορίζεται από την κυβέρνηση και τα Υπουργεία Υγείας, σταθμίζεται με δημογραφικά κριτήρια και διανέμεται στα στελέχη του NHS σε περιφερειακό επίπεδο διοίκησης. Αν και αποτελεί σημαντικό εργαλείο ελέγχου του κόστους, ο σφαιρικός προϋπολογισμός δεν καλύπτει τις ανάγκες ανανέωσης των υποδομών ούτε τις ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό. Η Φινλανδία έχει αναπτύξει ένα σύστημα χρηματοδότησης στο οποίο οι 455 Δήμοι λαμβάνουν ένα συνολικό ποσό, «ζυγισμένο» ανάλογα με τον πληθυσμό, τις ηλικίες, τη νοσηρότητα, την οικονομική τους κατάσταση και την πυκνότητα του πληθυσμού. Η κρατική συνεισφορά κυμαίνεται από 25% ως 60%. Γενικά, στη Φινλανδία συνυπάρχουν η χρηματοδότηση μέσω φορολογίας με το αποκεντρωτικό σύστημα, δηλ. δίνεται πολιτικός έλεγχος κι επιρροή στα χέρια των πολιτών.

Μια ακόμα πιο έντονη σύγχρονη τάση είναι η θέσπιση εθνικών στρατηγικών για τη διασφάλιση της ποιότητας στον τομέα των υπηρεσιών υγείας. Όλα τα Ευρωπαϊκά κράτη που μελετήθηκαν έχουν, γενικά οργανώσει δραστηριότητες με την ονομασία «διασφάλιση ποιότητας». Στη Μ. Βρετανία το «Νέο NHS» έχει ως στόχους να μειώσει την ανισότητα την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, με Οδηγίες και Πλαίσια που εκδίδονται από ομάδες ειδικών γιατρών, να εκπαιδεύουν διαρκώς το ιατρικό προσωπικό και να αξιολογήσουν τις υποδομές σε ορθολογική βάση. Πρωτοποριακές δράσεις θεωρούνται η δημοσίευση ερευνών μεταξύ των ασθενών και του ανθρώπινου δυναμικού για τον εντοπισμό των αδυναμιών της ιατρικής φροντίδας και την αναζήτηση λύσεων. Η χώρα, που πρωτοπορεί στην διασφάλιση της ποιότητας είναι η Ολλανδία. Το θετικό στοιχείο στην ανάπτυξή της είναι ότι η κινητήριος δύναμη είναι οι επαγγελματικοί ιατρικοί οργανισμοί. Οι κύκλοι ποιότητας, η ερευνητική ανασκόπηση, οι οδηγίες που εκδίδονται, οι διαδικασίες ελέγχου και η περιοδική επανα-πιστοποίηση των γιατρών είναι μερικές από τις δράσεις των οργανισμών στην Ολλανδία. Η Γερμανία, αντίστοιχα έχει ξεκινήσει από τη δεκαετία του '70 τις προσπάθειες για τη διασφάλιση της ποιότητας αλλά μέχρι τις μέρες μας μόνο κάποιες

μεμονωμένες δράσεις έχουν ολοκληρωθεί και δεν υπάρχει ενιαίος προγραμματισμός. Η αιτία αναζητείται στην απόρριψη, από την ιατρική κοινότητα, των οδηγιών.

## 7.2 Συγκρίσιμες πληροφορίες σχετικά με τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης στην ΕΕ.

**Η σύγκριση των συστημάτων υγείας** σε όλες τις χώρες επιτρέπει στους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις σχετικά με τον τρόπο ενίσχυσης των συστημάτων τους. Το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα συστήματα και τις πολιτικές υγείας παράγει μια σειρά προφίλ που περιγράφουν συστηματικά τα συστήματα υγείας - τα HiTs. Αυτά καταγράφουν τον τρόπο οργάνωσης του συστήματος υγείας, τον τρόπο ροής των πόρων μέσω του συστήματος και τη φροντίδα που παρέχει. Ακολουθούν ένα κοινό πρότυπο και ενημερώνονται περιοδικά. Επιτρέπουν στους υπεύθυνους για τη χάραξη πολιτικής και στους ακαδημαϊκούς να κατανοούν κάθε σύστημα ξεχωριστά υπό το πρίσμα της προηγούμενης ανάπτυξής του και στο πλαίσιο άλλων ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας. Στην πραγματικότητα, τα HiT παρέχουν ένα πλαίσιο σύγκρισης μεταξύ των χωρών. (Peer Review Health System Performance Assessment (Brussels, 19-20 May 2014), country questionnaires)

**Η βελτίωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας** είναι μια βασική στρατηγική για τη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας ώστε να ανταποκρίνεται αποτελεσματικά στις αυξήσεις των μη μεταδοτικών ασθενειών και των μεταβαλλόμενων αναγκών του πληθυσμού, όπως το εργατικό δυναμικό πρωτοβάθμιας περίθαλψης έχει λάβει ελάχιστη προσοχή. (Peer Review Health System Performance Assessment (Brussels, 19-20 May 2014), country questionnaires)

**Σκοπός είναι** η παροχή συγκριτικής επισκόπησης της διακυβέρνησης της καινοτομίας των συστημάτων ΠΦΥ, του εργατικού δυναμικού και των απόψεων των κυριότερων ενδιαφερόμενων μερών. Οι συγκρίσεις μεταξύ των χωρών και ο σχεδιασμός μελέτης περιπτώσιολογικών ερευνών εφαρμόζονται με συνδυασμό υλικών από διαφορετικά ευρωπαϊκά προγράμματα για την ανάλυση των ανταποκρίσεων του συστήματος υγείας στις μεταβαλλόμενες ανάγκες της πρωτοβάθμιας φροντίδας, τις μεταβολές στο εργατικό δυναμικό, του γενικού ιατρού και τις απόψεις των ασθενών σχετικά με τις αλλαγές. Τα αποτελέσματα αποκαλύπτουν την έλλειψη εναρμόνισης μεταξύ των πολιτικών μεταρρύθμισης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και των πολιτικών εργατικού δυναμικού και τις μεγάλες διαφορές στη διαχείριση της καινοτομίας στον τομέα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Οι χώρες διαφέρουν σημαντικά όσον αφορά την υποστήριξη και την επίτευξη των στόχων της ολοκλήρωσης και του προσανατολισμού της κοινότητας. Ωστόσο, οι ασθενείς εκφράζουν συνολικά θετικές απόψεις για τα νέα μοντέλα. Συμπερασματικά, η σύνθεση των διαθέσιμων στοιχείων από διαφορετικά συστήματα ΠΦΥ συμβάλλει στη γνώση των πολιτικών μοχλών και αποκαλύπτει την επείγουσα ανάγκη για ηγετική θέση του συστήματος υγείας πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην ανάπτυξη ενός ισχυρού συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης με επίκεντρο τον άνθρωπο. (Peer Review Health System Performance Assessment (Brussels, 19-20 May 2014), country questionnaires)

Πίνακας 4: Συγκρίσιμες πληροφορίες σχετικά με τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης στην ΕΕ.

ΧΩΡΑ	ΓΕΝΙΚΑ	ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	ΔΑΠΑΝΕΣ	ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ
ΜΕΓΑΛΗ ΒΡΕΤΑΝΙΑ	Εθνική υπηρεσία υγείας που χρηματοδοτείται κυρίως από τη φορολογία	Μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων. Ορισμένοι δείκτες υγείας είναι χειρότεροι από τους κανόνες της ΕΕ, ενδεχομένως λόγω διατροφικών παραγόντων.	Κάτω από το μέσο όρο της ΕΕ σε 1.005 ECU European Currency Unit (Ευρωπαϊκή Νομισματική Μονάδα) και 6.3% του ΑΕΠ	Κυρίως από τη γενική φορολογία. Μικρός ιδιωτικός τομέας	Ανεξάρτητα νοσοκομεία	Οι Γενικοί γιατροί είναι ανεξάρτητοι επαγγελματίες που εργάζονται κυρίως σε ομαδικά ιατρεία
ΦΙΛΑΝΔΙΑ	Εθνική υγειονομική υπηρεσία με μετατόπιση της λήψης αποφάσεων από το κράτος σε τοπικό επίπεδο	Ορισμένοι δείκτες υγείας δεν είναι ευνοϊκοί από τα πρότυπα της ΕΕ. Η καρδιαγγειακή νόσος παραμένει πρόβλημα	Οι δαπάνες είναι υψηλές σε απόλυτες τιμές αλλά μέτρια ως ποσοστό του ΑΕΠ (7,5%).	Μια σχεδόν ισορροπημένη κρατική και τοπική φορολογία με κάποια εθνική ασφάλιση και ορισμένες ιδιωτικές πληρωμές	Υψηλό επίπεδο προσφοράς κρεβατιών, υψηλό ποσοστό εισόδου και σχετικά χαμηλή διάρκεια παραμονής	Ένα φημισμένο ολοκληρωμένο σύστημα τοπικών κέντρων υγείας με ιδιαίτερη έμφαση στην προληπτική υγειονομική περίθαλψη
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	Πολλά ασφαλιστικά ταμεία και ένας σημαντικός ιδιωτικός τομέας	Υψηλό ποσοστό ηλικιωμένων. Χαμηλή βρεφική και προγεννητική θνησιμότητα	Πολύ υψηλό - 2.362 ECU ανά κεφαλή και 10.4% του ΑΕΠ	Πολύπλοκο μείγμα πηγών με μόνο 21% από τη γενική φορολογία	Πάνω από το 50% είναι ιδιωτικά ή ανεξάρτητα μη κερδοσκοπικά νοσοκομεία	Ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών από ανεξάρτητους επαγγελματίες
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	Πολύπλοκο σύστημα δημόσιας και ιδιωτικής ασφάλισης, αλλά μετακίνηση σε εθνικό σύστημα	Σχετικά μικρό ποσοστό ηλικιωμένων. Συνολική υγεία γενικά ευνοϊκή	Κάτω από τα μέσα επίπεδα της ΕΕ - 1,711 Ecu ανά κεφαλή και 8,6% του ΑΕΠ	Κυρίως από υποχρεωτικά συστήματα ασφάλισης με κάποια εθελοντικά ή ιδιωτικά	Κυρίως ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά νοσοκομεία	Ανεξάρτητοι γενικοί ιατροί με πολλούς που εργάζονται σε ομαδικά ιατρεία και κέντρα υγείας



ΕΛΛΑΔΑ	Υποχρεωτική ασφάλιση υγείας. Εθνική υγειονομική υπηρεσία και σημαντικός ιδιωτικός τομέας	Υψηλή βρεφική θνησιμότητα - Διαφορετικό προσδόκιμο ζωής	Χαμηλή κατά τα πρότυπα της ΕΕ σε 483 ECU ανά κάτοικο και 5,8% του ΑΕΠ	Ο ιδιωτικός τομέας είναι σημαντικός και υπάρχει υψηλός βαθμός ανεπίσημων "πρόσθετων πληρωμών"	Πολλά ιδιωτικά νοσοκομεία, αλλά μόνο το 20% περίπου των εισαγωγών είναι ιδιωτικές	Κρατικά κέντρα υγείας συνυπάρχουν με ιδιωτικούς GPs
--------	--	---	---	---	---	---

Πηγή: State of Health in the EU: Companion Report 2017

### 7.3 Αξιολόγηση συστημάτων υγείας ευρωπαϊκών χωρών

Σύμφωνα με τα στοιχεία της ετήσιας μελέτης Euro Health Consumer Index (ECHI), η οποία αξιολογεί τα συστήματα υγείας 35 ευρωπαϊκών χωρών βάσει 48 δεικτών, η Ελλάδα το 2017 κατέχει την 32<sup>η</sup> θέση με 569 βαθμούς (άριστα οι 1.000), ενώ το 2015 κατείχε την 28η θέση, 2012 κατείχε την 22η θέση, το 2013 την 25η θέση και το 2014 την 28η θέση. (Health Consumer Powerhouse,2017)

Η συνολική κατάταξη των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης ECHI 2017 δείχνει ότι η Ολλανδία προχωρά και πάλι, με βαθμολογία 924 (με άριστα τα 1000). Η Ολλανδία είναι η μόνη χώρα που συγκαταλέγεται μεταξύ των τριών πρώτων στην συνολική κατάταξη κάθε ευρωπαϊκού δείκτη που δημοσιεύει η Health Consumer Powerhouse από το 2005. Το ολλανδικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης δεν φαίνεται να έχει πραγματικά αδύναμα σημεία σε σχέση με τις άλλες χώρες. Κανονικά, η HCP φροντίζει να δηλώσει ότι το ECHI περιορίζεται στη μέτρηση της "φιλικότητας προς τους καταναλωτές" των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, δηλ. δεν ισχυρίζεται ότι θα μετρήσει ποιο ευρωπαϊκό κράτος έχει το καλύτερο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης σε όλο το εύρος. Ωστόσο, το γεγονός ότι φαίνεται πολύ δύσκολο να κατασκευαστεί ένας δείκτης τύπου HCP χωρίς να καταλήξει η Ολλανδία στο βάθρο των μεταλλίων, δημιουργεί έναν ισχυρό πειρασμό να ισχυριστεί πραγματικά ότι ο νικητής του ECHI 2017 θα μπορούσε πραγματικά να ειπωθεί ότι έχει "το καλύτερο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρώπη". Γενικά, η ευρωπαϊκή υγειονομική περίθαλψη συνεχίζει να βελτιώνεται, αλλά οι στατιστικές για τα ιατρικά αποτελέσματα εξακολουθούν να είναι εξαιρετικά φτωχές σε πολλές χώρες. (Health Consumer Powerhouse,2017)

Με την πιθανή εξαίρεση της Ολλανδίας και της Ελβετίας, δεν υπάρχουν χώρες που να υπερέχουν σε ολόκληρο το φάσμα των δεικτών ECHI. Τα εθνικά αποτελέσματα φαίνονται να αντανakλούν περισσότερο τις "εθνικές και οργανωτικές κουλτούρες και συμπεριφορές", αντί να αντικατοπτρίζουν πόσο σημαντικοί είναι οι πόροι δαπανών για μια χώρα για την υγειονομική περίθαλψη. Η μετατροπή της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να διαρκέσει μερικά χρόνια – ή και μερικές δεκαετίες! Το ECHI 2017 αποτελείται από έξι επιμέρους κλάδους. Καθώς καμία χώρα δεν υπερέχει σε όλες τις πτυχές της μέτρησης ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, μπορεί να είναι ενδιαφέρον να μελετηθεί πώς κατατάσσονται οι 35 χώρες σε καθένα από τα πέντε μέρη του «πεντάθλου». (Health Consumer Powerhouse,2017)

Από την άποψη του καταναλωτή του συστήματος της υγειονομικής περίθαλψης, η γενική κατάσταση βελτιώνεται στις περισσότερες χώρες. Ωστόσο, έπειτα από την εισαγωγή εννέα νέων δεικτών το 2012 και από άλλους επτά νέους δείκτες το 2013, υπάρχουν ορισμένες χώρες που επιβιώνουν από αυτές τις πρόσθετες δοκιμές στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και ορισμένες από αυτές που υπολείπονται από τις βαθμολογίες για το 2014-2016. Μεταξύ των "επιζώντων" είναι η Ολλανδία και η Φινλανδία. Ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα, το οποίο ήταν πιο εμφανές μετά την κρίση του 2014 από ό, τι τα προηγούμενα χρόνια είναι μια διαστρωμάτωση μεταξύ εύπορων και λιγότερο εύπορων χωρών. Αυτό το χάσμα είναι σίγουρα λιγότερο αισθητό το 2016. Μεταξύ των λίγων χωρών, όπου η δεκαετής τάση με την πάροδο του χρόνου είναι επίπεδη (δηλ. χωρίς ανάπτυξη), είναι η

Ελλάδα που φαίνεται να αναρρώνει από μια πτώση το 2012. (Health Consumer Powerhouse,2017)

Οι επιμέρους επιδόσεις της Ελλάδας από τις καλές επιδόσεις ξεχωρίζουν η άμεση πρόσβαση σε ιατρικές ειδικότητες, η μείωση της θνησιμότητας από εγκεφαλικά, η μείωση της βρεφικής θνησιμότητας, ο παιδικός εμβολιασμός, η μειωμένη συχνότητα υπερτασικών και η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ. Αντίθετα, στις αρνητικές επιδόσεις ξεχωρίζουν πολλά από τα κριτήρια στην πληροφόρηση και στα δικαιώματα των ασθενών, οι οικογενειακοί γιατροί, οι λίστες αναμονής στους καρκινοπαθείς, η επιβίωση των καρκινοπαθών, οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, οι κοινωνικές ανισότητες στην πρόσβαση, οι παράνομες πληρωμές, το κάπνισμα, η έλλειψη φυσικής άσκησης, οι θάνατοι από τροχαία, η καθυστερημένη εισαγωγή καινοτόμων φαρμάκων και η υψηλή κατανάλωση φαρμάκων, κυρίως αντιβιοτικών. (Health Consumer Powerhouse,2017).

#### **7.4 Ευρωπαϊκά προγράμματα αξιολόγησης συστημάτων υγείας.**

Η Ευρώπη στην προσπάθειά της να αξιολογήσουν τα συστήματα υγείας αντιμετώπισαν αρκετές δυσκολίες στο να ακολουθήσουν μια κοινή στρατηγική. Η Ευρωπαϊκή Εταιρία Γενικής Ιατρικής και το δίκτυό της για τη Διασφάλιση της Ποιότητας στη Γενική Ιατρική έχουν κατατάξει τη διασφάλιση και την αξιολόγηση της ποιότητας φροντίδας υγείας στις υψηλής προτεραιότητας δραστηριότητές τους. Το Βρετανικό Σύστημα Υγείας (NHS) για τη βελτίωση της ποιότητας στη φροντίδα υγείας καθιέρωσε το συμβόλαιο με τον γενικό γιατρό ως μέσο στην παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας στον ασθενή. Το νέο αυτό συμβόλαιο που έχει προκαλέσει αρκετές συζητήσεις στο ίδιο το Ηνωμένο Βασίλειο, εισάγει ένα πλαίσιο εκτίμησης της ποιότητας και των εκβάσεων στα ιατρεία του συστήματος, το οποίο βασίζεται στην καλύτερη διαθέσιμη, με βάση την μαρτυρία, απόδειξη. Αξιολογες προσπάθειες έλαβαν χώρα από έξι Ευρωπαϊκές χώρες για τη διαμόρφωση ενός εργαλείου με δείκτες που ονομάζεται European Practice Assessment (EPA). Το εργαλείο αυτό αποτελείται από 57 δείκτες ποιότητας και φαίνεται να είναι έγκυρο και αξιόπιστο και ήδη μεταφέρεται στην Ελλάδα από ομάδα εμπειρογνομόνων της Ελληνικής Εταιρίας Γενικής Ιατρικής. Επίσης 23 χώρες του ΟΟΣΑ έλαβαν την πρωτοβουλία να αναπτύξουν δείκτες ποιότητας κοινά αποδεκτούς, ώστε να είναι δυνατή τόσο η αξιολόγηση όσο και η σύγκριση των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ. Πιο συγκεκριμένα, μια ομάδα ειδικών από όλες τις χώρες που συμμετείχαν στο πρόγραμμα κατέληξε σε 27 κοινά αποδεκτούς δείκτες (6 αφορούν την προαγωγή υγείας, 13 αφορούν την πρόληψη και 8 που αφορούν την πρωτοβάθμια φροντίδα). (Mednet.gr, 2019)

**ECHIM.** Είναι ένα τριετές πρόγραμμα του Προγράμματος κοινοτικής δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (2003-2008) της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το ECHIM συνέχισε την εργασία του ECHI και του ECHI-2 στην ανάπτυξη και στην εφαρμογή της παρακολούθησης του τομέα υγείας μέσω των δεικτών. ([www.echim.org](http://www.echim.org))

**eHID.** Χρηματοδοτούμενο στα πλαίσια του Προγράμματος κοινοτικής δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (2003-2008), το eHID δραστηριοποιήθηκε στον τομέα των δεικτών από ηλεκτρονικά αρχεία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. ([ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2003/action1/action1\\_2003\\_19\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/action1_2003_19_en.htm)).

**EUnetHTA.** Ευρωπαϊκό δίκτυο για την αξιοποίηση της τεχνολογίας στον τομέα της υγείας. ([www.eunethta.net](http://www.eunethta.net))

**EUGLOREH.** Χρηματοδοτούμενο στα πλαίσια του Προγράμματος κοινοτικής δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (2003-2008), το EUGLOREH ανακοίνωσε μία αναφορά (*Report on Health in the European Union*) που ομαδοποιεί τις δοκιμές και τα ευρωπαϊκά δεδομένα από το 1998. ([www.eugloreh.it](http://www.eugloreh.it))

**OECD.** Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Organization for Economic Co-operation and Development) ενοποιεί τις εμπειρίες των κυβερνήσεων όλου του κόσμου που είναι προσηλωμένες για τις αρχές της δημοκρατίας και την οικονομία της αγοράς. ([www.oecd.org](http://www.oecd.org))

**HDP + HDP2.** Το Hospital Data Project χρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα για την παρακολούθηση της Υγείας (HMP) υπό την αιγίδα της DG Sanco με δυο βασικούς στόχους: 1) την εκπόνηση λεπτομερούς και πρακτικής μεθοδολογίας για τη συλλογή συγκρίσιμων νοσοκομειακών δεδομένων στην Ευρώπη, 2) την παραγωγή μιας ομάδας πιλοτικών δεδομένων με εναρμονισμένη μεθοδολογία με την προοπτική μελλοντικής εφαρμογής, σύμφωνα με τις παραμέτρους του Δικτύου Πληροφοριών στη Δημόσια Υγεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EUPHIN).

Ο στόχος του προγράμματος HDP2 ήταν η συνέχιση της εργασίας που ξεκίνησε με το HDP στη βάση συγκεκριμένων τομέων προτεραιότητας. ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2004/action1/action1\\_2004\\_32\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action1/action1_2004_32_en.htm))

**European Patient's Forum.** Πανευρωπαϊκός φορέας που αποτελείται από τις οργανώσεις ασθενών που δραστηριοποιούνται στον τομέα της δημόσιας υγείας. ([www.eu-patient.eu](http://www.eu-patient.eu))

**MATTONI Project.** Το MATTONI είναι ένα Ιταλικό πρόγραμμα, με στόχο τον καθορισμό και τη δημιουργία μίας κοινής γλώσσας, σε εθνικό επίπεδο, ώστε να εξασφαλίζεται η δυνατότητα σύγκρισης των πληροφοριών που ανταλλάσσονται με το νέο πληροφοριακό σύστημα υγείας. ([www.mattoni.ministerosalute.it](http://www.mattoni.ministerosalute.it))

**PERFECT Project.** PERFECT είναι ένα Φιλανδικό πρόγραμμα για την ανάπτυξη μεθόδων για τη μέτρηση της σχέσης κόστους-οφέλους της υγειονομικής φροντίδας και για τη δημιουργία μίας βάσης δεδομένων για τη σύγκριση νοσοκομείων, νοσοκομειακών περιφερειών, Νομών και ομάδων πληθυσμού. ([info.stakes.fi/perfect/EN/index.htm](http://info.stakes.fi/perfect/EN/index.htm))

**MARQuIS.** Χρηματοδοτήθηκε το 2005 στα πλαίσια των δραστηριοτήτων επιστημονικής στήριξης των στρατηγικών του 6ου Προγράμματος πλαισίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το Methods for Assessing to Quality Improvement Strategies (MARQuIS) είναι ένα πρόγραμμα που συνεισέφερε στην αξιολόγηση διαφορετικών ποιοτικών στρατηγικών και στη συλλογή πληροφοριών για την κινητικότητα μεταξύ των χωρών. (<http://www.marquis.be/Main>)

**SlmPatIE.** Το Safety Improvement for Patients In Europe (SlmPatIE) είναι ένα πρόγραμμα που χρηματοδοτήθηκε στα πλαίσια του κοινοτικού Προγράμματος δράσης στο χώρο της δημόσιας υγείας (2003-2008), το οποίο μέσω ευρωπαϊκών δικτύων και οργανώσεων, ειδικών και επαγγελματιών, ξεκίνησε ένα σύστημα κοινό σε επίπεδο ορολογίας, δεικτών και εργαλείων για τη μεγαλύτερη βελτίωση στον τομέα της υγείας. (<http://www.simpatie.org/MAIN>)

Προκειμένου να βρεθεί μια κοινή βάση που να επιτρέπει στις ίδιες υπηρεσίες υγείας κάθε κράτους της Ευρωπαϊκής Ένωσης και στην κάθε νοσοκομειακή μονάδα να αξιολογεί την αποτελεσματικότητα της εργασίας τους, πρόσφατα, το πρόγραμμα EUPHORIC (European Public Health Outcome Research and Indicators Collection) εκπόνησε μοντέλα αξιολόγησης για τη συλλογή πληροφοριών σύμφωνα με τα πρότυπα ποιότητας που ήδη υπάρχουν σε διάφορα Κράτη-Μέλη. Επίσης, ανέπτυξε πρωτόκολλα για τη διασπορά των πληροφοριών μεταξύ των διάφορων τομέων της δημόσιας υγείας. Σύμφωνα με το πνεύμα που εμπνέει το κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για τη δημόσια υγεία, το πρόγραμμα EUPHORIC εφάρμοσε τυποποιημένες μεθόδους για τον προσδιορισμό δεικτών εκβάσεως για

συγκεκριμένα νοσήματα. Οι δείκτες εκβάσεως επιτρέπουν την αντικειμενική και αξιόπιστη αξιολόγηση των διαφορών της κατάστασης της υγείας των ασθενών, πριν και μετά την επέμβαση ή τη θεραπεία στην οποία υποβάλλονται. (European Commission 2010). Αντίθετα με τις εξελίξεις στην Ευρώπη, στην Ελλάδα το θέμα της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας δεν έχει ουσιαστικά ενταχθεί στις μείζονες προτεραιότητες του εθνικού συστήματος υγείας. Οι βελτιώσεις που πρέπει να γίνουν όσον αφορά την ελληνική πραγματικότητα δεν υποστηρίζονται από κάποια συστηματική και εξειδικευμένη μέθοδο, ούτε κάποια κρατική ή μη, σοβαρή πρωτοβουλία έχει ληφθεί μέχρι τώρα. Αξιόλογες προτάσεις και μελέτες για την αξιολόγησή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα έχουν δημοσιευτεί σε επιστημονικά περιοδικά, μόνο από ακαδημαϊκούς ερευνητές και έχουν γίνει σημαντικές προσπάθειες μόνο από πανεπιστήμια της χώρας μας.

### 7.5 Επιδόσεις των ευρωπαϊκών συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης

Από το 2005, η Health Consumer Powerhouse αναλύει και κατατάσσει την απόδοση των ευρωπαϊκών εθνικών συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. (Health Consumer Powerhouse, 2017).

Από το 2008, αυτή η κατάταξη ολοκληρώθηκε από το ίδιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης: της Ολλανδίας. Παρόλο που το HCP επέκτεινε συνεχώς τον Δείκτη (η τελευταία έκδοση περιέχει 46 δείκτες για 35 χώρες), το περιθώριο νίκης για την Ολλανδία συνεχίστηκε να αυξάνεται στα πρωτοφανή 50 σημεία το 2012. Αυτό που είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικό είναι ότι αυτή η κορυφαία θέση είναι πολύ πιθανό να συνδέεται με τη μεταρρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης του 2006, η οποία είχε τουλάχιστον δύο σημαντικά μέρη:

**α)** την εισαγωγή διαχειριζόμενου ανταγωνισμού μεταξύ 10 ιδιωτικών ασφαλιστικών φορέων στον τομέα της υγείας, στους οποίους δεν επιτρέπεται να αρνηθούν τη λήψη οποιουδήποτε ασθενούς. Το κράτος συμπληρώνει επιπλέον ασφάλιστρα για άτομα με χρόνιες παθήσεις ή με άλλο τρόπο αυξημένο κίνδυνο για την υγεία.

**β)** Οι πολιτικοί που υποστηρίζουν εσκεμμένα τη λειτουργική λήψη αποφάσεων στην υγειονομική περίθαλψη, η οποία αφήνεται σε μεγάλο βαθμό στο ιατρικό επάγγελμα, οι οποίοι είναι νομικά υποχρεωμένοι να συμβουλευονται τους εκπροσώπους των οργανώσεων ασθενών. Το αποτέλεσμα αυτού μπορεί να περιγράψει ως ένα σημαντικό καθαρό κέρδος στην ικανότητα διαχείρισης.

Ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα ενός σύγχρονου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης είναι ότι όσο πιο σύγχρονη είναι η δομή, τόσο υψηλότερη θα πρέπει να είναι η αναλογία φροντίδας που εκτελείται ως εξωτερικές ιατρικές διαδικασίες. <https://healthpowerhouse.com/en/>.

#### **Άμεση πρόσβαση σε ειδικούς**

Μπορούν οι ασθενείς να δουν έναν ειδικό χωρίς να χρειαστεί πρώτα να παραπεμφθούν από έναν γιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης; Αυτός ο δείκτης μπορεί να είναι ο πιο αμφισβητούμενος από όλους στην ιστορία των δεικτών HCP. Ωστόσο, η έρευνα του EHCI δεν λαμβάνει υπόψη τις θρησκευτικές πεποιθήσεις. (Delnoij et al., 2000).

### 7.6 Υγειονομική περίθαλψη στα 15 κράτη μέλη της ΕΕ.

Η συνθήκη του Μάαστριχτ του 1991 έδωσε στην Ευρωπαϊκή Ένωση νέες αρμοδιότητες στον τομέα της δημόσιας υγείας και περισσότερες δυνατότητες διεθνούς συνεργασίας. Έχουν προσδιοριστεί κοινές δράσεις με τα κράτη μέλη για την προαγωγή της υγείας και την προστασία της υγείας, την επιδότηση της έρευνας στον τομέα της ιατρικής και της πολιτικής υγείας και τη δημιουργία διεθνών συστημάτων πληροφόρησης. Η Επιτροπή έχει ήδη αναπτύξει συγκεκριμένες πολιτικές στο πεδίο όπως το AIDS, κατανάλωση καπνού και αλκοόλ, και τις περιβαλλοντικές αιτίες της κακής υγείας. Η ενιαία ευρωπαϊκή αγορά και η αύξηση της μετανάστευσης εντός της Ευρώπης ενθαρρύνουν την περαιτέρω σύγκλιση των

πολιτικών και τις νέες οδούς ανταλλαγής ιατρικής τεχνολογίας, υπηρεσιών υγείας και πόρων ανθρώπινου δυναμικού. Ωστόσο, η χάραξη πολιτικής για την υγεία καθοδηγείται σταθερά από την αρχή της επικουρικότητας. Η εναρμόνιση των εθνικών νομοθεσιών αποκλείεται ρητά στο άρθρο 129 της Συνθήκης της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης προέρχονται από συγκεκριμένες πολιτικές, ιστορικές, πολιτιστικές και κοινωνικοοικονομικές παραδόσεις. Ως αποτέλεσμα, οι οργανωτικές ρυθμίσεις για την υγειονομική περίθαλψη διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των κρατών μελών - όπως και η κατανομή του κεφαλαίου και του ανθρώπινου δυναμικού. Οι κυριότερες μορφές οργάνωσης της υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι τα εθνικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης που χρηματοδοτούνται από το φόρο και εκείνα που ασχολούνται με την κοινωνική ασφάλιση στα οποία τα ασφαλιστικά ταμεία μπορεί να είναι ανεξάρτητα από την κυβέρνηση. Ωστόσο, αυτή η θεμελιώδης διαίρεση μεταξύ των συστημάτων εξασθενεί. Χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο έχουν ανοίξει το NHS σε εσωτερικό ανταγωνισμό για τη διαφοροποίηση της προσφοράς και την αύξηση αγοραστική δύναμη. Αντίθετα, σε ορισμένα παραδοσιακά συστήματα κοινωνικής ασφάλισης συγχωνεύονται ταμεία ασθενείας και ο έλεγχος του κόστους αυξάνεται από την πλευρά της κεντρικής κυβέρνησης. Αυτή η τάση προς τη σύγκλιση είναι μια προσπάθεια να διατηρηθούν τα σχετικά πλεονεκτήματα κάθε συστήματος. (Health care systems in the EU, a comparative study)

Η υγειονομική περίθαλψη στην ΕΕ βρίσκεται σε μια διασταύρωση μεταξύ προκλήσεων και ευκαιριών. Τα κράτη μέλη αντιμετωπίζουν κοινές προκλήσεις όσον αφορά την παροχή ίσων, αποδοτικών και υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας με προσιτό κόστος σε περιόδους κατά τις οποίες η ποσότητα της φροντίδας που πρέπει να παρασχεθεί αρχίζει να υπερβαίνει τη βάση των πόρων. Η ζήτηση για υγειονομική περίθαλψη στην Ευρώπη - όπως και στις άλλες βιομηχανικές χώρες - αυξάνεται λόγω της γήρανσης του πληθυσμού και των αυξανόμενων προσδοκιών του κοινού. Ο συνδυασμός των δημογραφικών αλλαγών και των τεχνολογικών εξελίξεων αυξάνει το κόστος παροχής.

Κατά συνέπεια, τα συστήματα αντιμετωπίζουν τα ίδια προβλήματα των υπηρεσιών διανομής με σκοπό τη μείωση του κόστους λόγω της αυξανόμενης ζήτησης και της φθίνουσας φορολογικής βάσης για την κάλυψη της ζήτησης. Την ίδια στιγμή, είναι όλο και πιο δύσκολο να αναπτυχθούν ευρέως αποδεκτές πολιτικές για την υγεία και να διατηρηθεί η συγκατάθεση του κοινού. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν νέες ευκαιρίες για ουσιαστικές βελτιώσεις στην υγεία. Υπάρχει αυξανόμενο ενδιαφέρον για την πρόληψη των ασθενειών και την προαγωγή της υγείας, η κλινική πρόοδος επιτρέπει την αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη χρήση των πόρων και η ενημέρωση σχετικά με την υγεία και την υγειονομική περίθαλψη μπορεί να κυκλοφορήσει ταχύτερα. Οι στρατηγικές που χρησιμοποιούν τα κράτη μέλη για την αντιμετώπιση των προκλήσεων και των ευκαιριών στην υγεία διαφέρουν. Επιπλέον, ορισμοί υγείας και υγειονομικής περίθαλψης διαφέρει από χώρα σε χώρα και τα διαφορετικά επίπεδα των αποτελεσμάτων της υγείας αντανakλούν διάφορα προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν. Κάθε σύστημα έχει τα δικά του πλεονεκτήματα και αδυναμίες και κανένα από τα συστήματα δεν προσφέρει μια πλήρως επιτυχημένη λύση. Ως εκ τούτου, ο καθένας έχει κάτι να μάθει από την εμπειρία των άλλων χωρών. Στην ουσία, τα δεκαπέντε συστήματα υγειονομικής περίθαλψης στην ΕΕ αντικατοπτρίζουν μια ποικιλία διαφορετικών φιλοσοφιών και προσεγγίσεων και διατηρούν τις δικές τους ιδιαιτερότητες. Συγκριτικές μελέτες για τα συστήματα αυτά βοηθούν τη διαδικασία μάθησης μεταξύ τους για τη βελτίωση της υγείας όλων των πολιτών της Ένωσης. (Health care systems in the EU, a comparative study)

#### **Ευρωπαϊκά σχέδια δράσης για την ενίσχυση της ΠΦΥ**

Η οικονομική κρίση ώθησε τις χώρες της ευρωπαϊκής περιφέρειας - ιδιαίτερα εκείνες στις οποίες πλήττονται σοβαρά πολλοί άνθρωποι, όπως η Ελλάδα, (Euro.who.int, EUR/RC63/R5, Copenhagen, 2019) - να εξετάσουν προσεκτικότερα τις μεγάλες προκλήσεις

που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγείας και να αναπτύξουν τις κατάλληλες πολιτικές για την αντιμετώπισή τους. Αυτό περιλάμβανε την ανανέωση της δέσμευσης για ενίσχυση των συστημάτων υγείας και της δημόσιας υγείας, την αντιμετώπιση των διαρθρωτικών προβλημάτων στα συστήματα υγείας βελτιώνοντας τις συνδέσεις μεταξύ της δημόσιας υγείας και των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης · ενίσχυση των εταιρικών σχέσεων για την ενίσχυση της διατομεακής δράσης · και να επανεξετάσει την αποτελεσματικότητα των υφιστάμενων μέσων δημόσιας υγείας για να εξασφαλίσει την καταλληλότητά τους για το μέλλον. (Euro.who.int, EUR/RC60/R5, Copenhagen, 2019).

Το 2012, κατά την 62η σύνοδο της περιφερειακής επιτροπής, τα κράτη μέλη ενέκριναν το ευρωπαϊκό σχέδιο δράσης για την ενίσχυση των ικανοτήτων και των υπηρεσιών δημόσιας υγείας (Euro.who.int, EUR/RC62/R5, Copenhagen, 2019). Περιλάμβανε 10 σημαντικές δράσεις δημόσιας υγείας για τις χώρες που αναπτύσσονταν με την υποστήριξη της Περιφερειακής Υπηρεσίας και περιγράφει τρόπους για την περαιτέρω ανάπτυξη υπηρεσιών προαγωγής της υγείας και πρόληψης ασθενειών που παρέχονται μέσω της ΠΦΥ. Το Περιφερειακό Γραφείο συγκέντρωσε και ενίσχυσε περαιτέρω αυτές τις πολιτικές προκειμένου να αναπτύξει το όραμα, τις αξίες, τις κύριες κατευθύνσεις και τις προσεγγίσεις μιας νέας ευρωπαϊκής πολιτικής για την υγεία (Euro.who.int, EUR/RC61/R1, Copenhagen, 2019), με τη μορφή της στρατηγικής "Υγεία 2020" (Euro.who.int, Health 2020, Copenhagen, 2019). Η "Υγεία 2020" διατυπώνει το όραμα για την ΠΦΥ στην Ευρώπη και παρέχει μια ενοποιητική στρατηγική που βασίζεται στις αξίες για την επίτευξη του "υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας". Επισημαίνει την "καθολικότητα, την αλληλεγγύη και την ισότιμη πρόσβαση" ως βάση για την οργάνωση και τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας και στοχεύει στη "βελτίωση της υγείας για όλους και στη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας" στην Ευρώπη μέσω μιας προσέγγισης ολόκληρης της κοινωνίας. (Euro.who.int, Health 2020, Copenhagen, 2019).

#### **Υγεία 2020: Ευρωπαϊκό πλαίσιο πολιτικής και στρατηγική για τον 21ο αιώνα**

Το 2013, και οι 53 χώρες της ευρωπαϊκής περιφέρειας ενέκριναν την «Υγεία 2020», στρατηγική για τη «σημαντική βελτίωση της υγείας και της ευημερίας των πληθυσμών, τη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας, την ενίσχυση της δημόσιας υγείας και την εξασφάλιση παγκόσμιων, δίκαιων, και υψηλής ποιότητας (Euro.who.int, Health 2020, Copenhagen, 2019). Η υγεία 2020 τονίζει τη σημασία της υγείας ως σημαντικού κοινωνικού πόρου και περιουσιακού στοιχείου που είναι ζωτικής σημασίας για την οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη των χωρών της Ευρώπης και δεσμεύει τα κράτη μέλη να αναλάβουν δράση στους κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας. Ορίζει δύο στρατηγικές κατευθύνσεις:

- βελτίωση της υγείας για όλους και μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας,
- και τη βελτίωση της ηγεσίας και της συμμετοχικής διακυβέρνησης για την υγεία (Euro.who.int, Health 2020, Copenhagen, 2019).

Η υγεία 2020 βασίζεται σε τέσσερις τομείς προτεραιότητας για δράση πολιτικής:

- επενδύοντας στην υγεία μέσω μιας προσέγγισης της πορείας ζωής και ενδυναμώνοντας τους ανθρώπους,
- αντιμετώπιση των μεγάλων προκλήσεων της ευρωπαϊκής περιφέρειας όσον αφορά τα μη μεταδοτικά νοσήματα και τις μεταδοτικές ασθένειες ·
- Ενίσχυση των συστημάτων υγείας με επίκεντρο τον άνθρωπο, της ικανότητας δημόσιας υγείας, της ετοιμότητας για έκτακτη ανάγκη, της επιτήρησης και της αντίδρασης. και
- Δημιουργία ανθεκτικών κοινοτήτων και υποστηρικτικών περιβαλλόντων (Euro.who.int, Health 2020, Copenhagen, 2019).

Η στήριξη του τρίτου τομέα προτεραιότητας είναι η ΠΦΥ με βάση τις εταιρικές σχέσεις και τη συμμετοχή των ανθρώπων στη διαχείριση της υγείας τους χρησιμοποιώντας εργαλεία και καινοτομίες του 21ου αιώνα, όπως οι ICT και τα κοινωνικά μέσα. Η ουσιαστική ενίσχυση των λειτουργιών και δυνατοτήτων της δημόσιας υγείας με αυτόν τον τρόπο θα

ενισχύσει την προστασία της υγείας, την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών, επιτρέποντας στις χώρες να επιτύχουν καλύτερα και πιο δίκαια αποτελέσματα στον τομέα της υγείας με οικονομικά αποδοτικό τρόπο (Euro.who.int, Health 2020, Copenhagen, 2019). Δεσμεύεται για μια "προσέγγιση πρωτοβάθμιας περίθαλψης ως ακρογωνιαίο λίθο των συστημάτων υγείας στον 21ο αιώνα" και "προστιθέμενη αξία μέσω εταιρικών σχέσεων" (Euro.who.int, Health 2020, Copenhagen, 2019). Αυτή η προσέγγιση ενθαρρύνει τη διεπιστημονική και διατομεακή συνεργασία - μεταξύ άλλων στους τομείς που ασχολούνται με την ανθρώπινη, την περιβαλλοντική υγεία - και περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα ενδιαφερομένων - συμπεριλαμβανομένης της κοινωνίας των πολιτών - για την ενίσχυση της αποτελεσματικότητας της δημόσιας υγείας και την επίτευξη κοινών στόχων σε όλη την ευρωπαϊκή περιφέρεια.

Το ψήφισμα EUR / RC65 / 13 σχετικά με τις προτεραιότητες για την ενίσχυση των συστημάτων υγείας στην ευρωπαϊκή περιοχή ΠΟΥ 2015-2020 (Euro.who.int, EUR/RC65/13, Copenhagen, 2015), το οποίο εγκρίθηκε το 2015 κατά την 65η σύνοδο της περιφερειακής επιτροπής, εντόπισε στρατηγικές περιφερειακές προτεραιότητες με ανανεωμένη δέσμευση για τις αξίες την αλληλεγγύη, την ισότητα και τη συμμετοχή που κατοχυρώνονται στον Χάρτη της Λιουμπλιάνας (Euro.who.int, Copenhagen, 2019), στον Χάρτη του Ταλίν (Euro.who.int, Copenhagen, 2019), και στην Υγεία 2020, (Ljubljana Charter, the Tallinn Charter and Health 2020)

Καλεί τα κράτη μέλη να μετατρέψουν τις υγειονομικές υπηρεσίες για να ανταποκριθούν στις προκλήσεις του 21ου αιώνα στον τομέα της υγείας, προχωρώντας προς μια προορατική προσέγγιση που βασίζεται στον άνθρωπο και περιλαμβάνει καλύτερο συντονισμό και προώθηση της προαγωγής της υγείας, της πρόληψης των ασθενειών, της υγειονομικής περίθαλψης και της διαχείρισης των συνθηκών, με στόχο τη βελτίωση των ποιοτικών και ιατρικών αποτελεσμάτων και τη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας στο πλαίσιο μιας συνολικής αλληλουχίας των υπηρεσιών υγείας που βασίζονται σε άτομα και πληθυσμούς, (Euro.who.int, EUR/RC65/13, Copenhagen, 2015)

Το ψήφισμα EUR / RC66 / 15, το οποίο εγκρίθηκε το 2016 κατά την 66η σύνοδο της περιφερειακής επιτροπής, ζήτησε στη συνέχεια να εκπονηθεί σχέδιο δράσης για την ενίσχυση των συστημάτων υγείας με επίκεντρο τον άνθρωπο μέσω ολοκληρωμένης και συντονισμένης παροχής υπηρεσιών υγείας, υπηρεσίες κατά μήκος μιας συνεχούς προσέγγισης περίθαλψης και δια βίου μάθησης, δίνοντας προτεραιότητα στην ενσωμάτωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, των κοινοτικών υπηρεσιών και των νοσοκομείων (Euro.who.int, EUR/RC66/13, Copenhagen, 2015).

Επιπλέον, το ψήφισμα προέτρεψε τις εκτεταμένες αλλαγές και την καινοτομία για τη δημιουργία συνθηκών συστήματος υγείας που θα επέτρεπαν τη βέλτιστη απόδοση των υπηρεσιών όσον αφορά την ποιότητα, την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα και τη γενική βελτίωση των αποτελεσμάτων στην υγεία, επιτρέποντας μια βιώσιμη αλλαγή σε ολόκληρο το σύστημα, αναδιατάσσοντας ο μηχανισμός ανάληψης ευθύνης, η ευθυγράμμιση των κινήτρων, η προετοιμασία ενός αρμόδιου εργατικού δυναμικού, η προώθηση της υπεύθυνης χρήσης των φαρμάκων, οι καινοτόμες τεχνολογίες στον τομέα της υγείας και η ανάπτυξη της ηλεκτρονικής υγείας (Euro.who.int, EUR/RC66/13, Copenhagen, 2015). Το 2016, με βάση τις συναντήσεις υψηλού επιπέδου των Ηνωμένων Εθνών για τα μη μεταδοτικά νοσήματα το 2011 (World Health Organization, New York: United Nations; 2018) και το 2014 (World Health Organization, New York: United Nations; 2018) το περιφερειακό γραφείο ανέπτυξε το νέο, εκτεταμένο σχέδιο δράσης για την πρόληψη και τον έλεγχο των μη μεταδοτικών ασθενειών στην ευρωπαϊκή περιφέρεια της ΠΟΥ για το 2016 -2025 (Euro.who.int, Copenhagen, 2016).

Το σχέδιο προσδιορίζει 4 τομείς προτεραιότητας δράσης:

τη διακυβέρνηση, παρακολούθηση, αξιολόγηση και έρευνα, την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας και τα συστήματα υγείας. Περιλαμβάνει επίσης 11 παρεμβάσεις προτεραιότητας σε ατομικό, πληθυσμιακό και περιβαλλοντικό επίπεδο και σε

στοχευμένους οικονομικούς και βιομηχανικούς τομείς μέσω δράσεων για την επίτευξη περιφερειακών και παγκόσμιων στόχων. Οι στόχοι περιλαμβάνουν τη μείωση της πρόωρης θνησιμότητας, τη μείωση της επιβάρυνσης από τη νόσο, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και την αύξηση της δίκαιης ζωής. Το Σχέδιο προσδιορίζει τη ΠΦΥ ως τον τομέα μέσω του οποίου θα υλοποιηθούν δράσεις για παρεμβάσεις σε επιμέρους επίπεδο, μέσα στα συστήματα υγείας που προωθούν την εστιασμένη στο άτομο, συντονισμένη και ολοκληρωμένη φροντίδα σε όλο το περίγραμμα της φροντίδας, χρησιμοποιώντας μια προσέγγιση της πορείας ζωής (Euro.who.int, Copenhagen, 2016). Επίσης, το 2016, τα κράτη μέλη κατά την 66η σύνοδο της Περιφερειακής Επιτροπής ζήτησαν από το Περιφερειακό Γραφείο να εκπονήσει χάρτη πορείας μέχρι το 2030 και ζήτησε να ενισχυθεί η συνεργασία με τους εταίρους και τους ενδιαφερόμενους φορείς. Παρέσχε μια "ανανεωμένη δέσμευση" για την Υγεία 2020 και δήλωσε ότι «η υγεία δεν είναι μόνο αυτοσκοπός, αλλά μέσο για την επίτευξη άλλων στόχων και στόχων». (Euro.who.int, EUR/RC66/R4, Copenhagen, 2016). Το επόμενο έτος, η περιφερειακή επιτροπή, υιοθετώντας το ψήφισμα EUR / RC67 / 9, τον "χάρτη πορείας για την υλοποίηση της ατζέντας για τη βιώσιμη ανάπτυξη του 2030, βασιζόμενη στην υγεία 2020, την ευρωπαϊκή πολιτική για την υγεία και την ευημερία" να εγκρίνει κοινό πλαίσιο παρακολούθησης, την Υγεία 2020 και το Παγκόσμιο Σχέδιο Δράσης για την Πρόληψη και τον Έλεγχο 2013-2020. Αυτό θα παρείχε «μια ανανεωμένη δέσμευση και μια ολοκληρωμένη πολυτομεακή προσέγγιση για την περαιτέρω εφαρμογή της στρατηγικής για την υγεία 2020» (Euro.who.int, EUR/RC67/9, Copenhagen, 2017).



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Προκλήσεις και λύσεις στη σύγχρονη υγειονομική περίθαλψη στα κράτη μέλη της ΕΕ.**

Συγκρίσεις δεδομένων για την υγεία και την υγειονομική περίθαλψη μεταξύ των κρατών μελών γενικά παρεμποδίζονται λόγω των διαφορετικών μεθόδων συλλογής και ερμηνείας που χρησιμοποιούνται. Το πλαίσιο που χρησιμοποιείται για την περιγραφή των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης έχει τρία βασικά χαρακτηριστικά.

- Η ανάγκη και η ζήτηση για την υγειονομική περίθαλψη προς το παρόν και για το μέλλον.
- Οι πόροι χρηματοδότησης, η οργάνωση της υγειονομικής περίθαλψης και
- η αξιοποίηση είναι ζωτικής σημασίας για την κατανόηση.

Τα τρέχοντα θέματα στην υγειονομική περίθαλψη αποτελούν ένα συνοπτικό περίγραμμα κοινών και διαφορετικών προκλήσεων και λύσεων στη σύγχρονη υγειονομική περίθαλψη στα κράτη μέλη. (Health care systems in the EU, a comparative study)

### **8.1 Ανάγκη και ζήτηση για υγειονομική περίθαλψη**

Κάθε σύστημα επιχειρεί να καλύψει την ανάγκη του πληθυσμού για υγεία και υγειονομική περίθαλψη. Ένα σύνθετο ζήτημα είναι σε ποιο βαθμό η ζήτηση για υγειονομική περίθαλψη αντικατοπτρίζει κατάλληλα την πραγματική ανάγκη για την υγεία του πληθυσμού και σε ποιο βαθμό καλύπτεται από την παροχή και αξιοποίηση της υγειονομικής περίθαλψης. Η ανάγκη για την υγεία του πληθυσμού μπορεί να μεταφραστεί σε "δικαιολογημένη" ζήτηση και κατάλληλη χρήση υπηρεσιών υγείας, αλλά ορισμένες φορές η ανάγκη περίθαλψης μπορεί να παραμεληθεί λόγω έλλειψης ζήτησης και χρήσης. Έτσι, μια ιδιαίτερη πρόκληση για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης είναι να προσεγγίσουν περισσότερο τον εντοπισμό της πραγματικής ανάγκης για υγειονομική περίθαλψη, να ικανοποιήσουν την αιτιολογημένη ζήτηση και να προωθήσουν τη ζήτηση, όπου αυτό είναι απαραίτητο. Η υγεία δεν μπορεί να μετρηθεί άμεσα. Χρήσιμοι δείκτες για το μέγεθος και τη φύση της ανάγκης για την υγεία περιλαμβάνουν τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού και τους λεγόμενους «δείκτες» υγείας, όπως το προσδόκιμο ζωής, τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα. Οι τελευταίοι μπορούν επίσης να θεωρηθούν ως δείκτες αποτελεσμάτων για την υγειονομική περίθαλψη. Ωστόσο, πολλοί καθοριστικοί παράγοντες της υγείας υπερβαίνουν τον αντίκτυπο του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Μεταξύ αυτών συγκαταλέγονται, για παράδειγμα, οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και η εκπαίδευση. Μία ιδιαίτερη πρόκληση είναι να εξισορροπηθούν οι ανισότητες στην υγεία που προκαλούνται από τέτοιους παράγοντες. (Health care systems in the EU, a comparative study). Τέλος, η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης θα δημιουργήσει νέα ζήτηση για ιατρική περίθαλψη αυξάνοντας την ικανότητα πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, και αποκατάστασης. Αυτό συχνά μεταφράζεται σε μεγαλύτερο όγκο παροχής και χρήσης υπηρεσιών παρά τις πολλές άμεσες συνέπειες της τεχνολογικής καινοτομίας στον τομέα της ιατρικής. Στην πραγματικότητα, οι προσδοκίες του κοινού και η ζήτηση για υγειονομική περίθαλψη θα αυξηθούν, καθώς αυτοί που χρησιμοποιούν υπηρεσίες υγείας συνηθίζουν

να χρησιμοποιούν υψηλότερα πρότυπα φροντίδας. Η σύνοψη των δεικτών κατάστασης υγείας μπορεί να δώσει μια συνολική εντύπωση για την ποσότητα και την ποιότητα ζωής των Ευρωπαίων. Ωστόσο, οι συγκρίσεις μεταξύ των δεικτών κατάστασης υγείας ισχύουν μόνο εντός των ορίων της διαθεσιμότητας των δεδομένων και της συγκρισιμότητας. (Health care systems in the EU, a comparative study)

## **8.2 Χρηματοδότηση και οργάνωση της υγειονομικής περίθαλψης στα κράτη μέλη της ΕΕ.**

Η χρηματοδότηση και η οργάνωση της υγειονομικής περίθαλψης στα κράτη μέλη της ΕΕ βασίζεται στις εθνικές πολιτικές και κοινωνικοοικονομικές παραδόσεις. Μεταφράζεται σε ορισμένους κοινωνικούς στόχους όσον αφορά τη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης όπως η ισότητα, η αποδοτικότητα και το προσιτό κόστος. Υπάρχουν σημαντικές αποκλίσεις τόσο μεταξύ των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης στην ΕΕ όσο και μεταξύ της υγειονομικής περίθαλψης και άλλων τομέων πολιτικής σε κάθε χώρα όσον αφορά τη σχετική αξία που αποδίδεται σε κάθε στόχο. Για τη χρηματοδότηση ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, τα χρήματα πρέπει να μεταφέρονται από τον πληθυσμό ή τον ασθενή - το πρώτο μέρος, στον πάροχο υπηρεσιών - το δεύτερο μέρος. Όλα τα συστήματα στην Ευρωπαϊκή Ένωση απασχολούν ένα τρίτο μέρος για να πληρώνουν ή να ασφαλίζουν τα έξοδα υγείας για τους δικαιούχους όταν είναι ασθενείς. Στόχος είναι να μοιραστούν οι δαπάνες ιατρικής περίθαλψης μεταξύ ασθενών και πηγών και να προσαρμοστούν για διαφορετικά επίπεδα πληρωμής. Αυτός ο μηχανισμός αλληλεγγύης αντανακλά συναίνεση στην Ευρωπαϊκή Ένωση ότι η υγειονομική περίθαλψη δεν πρέπει να αφεθεί μόνο σε ελεύθερη αγορά. (Health care systems in the EU, a comparative study)

## **8.3 Πόροι και χρήση της υγειονομικής περίθαλψης**

Η κατανομή πόρων για την υγειονομική περίθαλψη διαφέρει σημαντικά μεταξύ των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης των κρατών μελών της ΕΕ, όπως και η χρησιμοποίηση από τον πληθυσμό που εξυπηρετούν. Κάθε υπηρεσία υγείας είναι περίπλοκη από την άποψη αυτή. (Health care systems in the EU, a comparative study)

## **8.4 Ανάγκη και ζήτηση για Υγεία**

### *Δημογραφικοί προσδιοριστές*

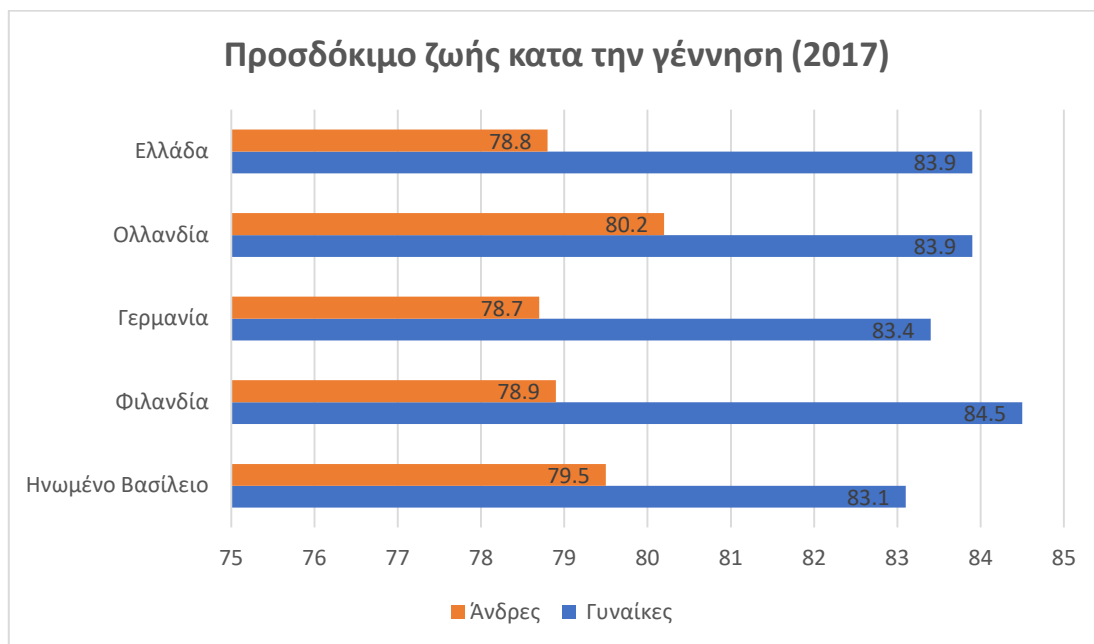
Το μέγεθος, η ηλικιακή και η σεξουαλική δομή του πληθυσμού που εξυπηρετείται είναι ο βασικότερος καθοριστικός παράγοντας της ζήτησης για υγειονομική περίθαλψη. Οι πληθυσμοί των κρατών μελών της ΕΕ κυμαίνονται από 590.667 στο Λουξεμβούργο έως 82,79 εκατομμύρια στη Γερμανία (2017). Η σχετικά αργή αύξηση του πληθυσμού στην ΕΕ τις τελευταίες τρεις δεκαετίες καθιστά τον δείκτη πιο αδύναμο για την αλλαγή των επιπέδων της ζήτησης στον τομέα της υγείας από ό,τι σε άλλα μέρη του κόσμου. Η κατανομή του πληθυσμού μεταξύ των ηλικιακών / σεξουαλικών ομάδων και της κατάστασης των νοικοκυριών μπορεί επίσης να είναι πολύ σημαντική για τον καθορισμό της ζήτησης για υγειονομική περίθαλψη. Η ηλικιακή δομή του πληθυσμού είναι ιδιαίτερα σημαντική για τον προσδιορισμό της ζήτησης για υγειονομική περίθαλψη και είναι επίσης ένα επίκαιρο ζήτημα στη δημόσια υγεία. Το ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας 65 ετών και άνω αυξήθηκε σημαντικά τα τελευταία 20 χρόνια. Ο τύπος της υγειονομικής περίθαλψης που ζητείται μεταβάλλεται με την αύξηση της ηλικίας, εν μέρει επειδή οι ηλικιωμένοι τείνουν να χρειάζονται πιο συχνά υγειονομική περίθαλψη καθώς αναπτύσσουν πιο χρόνιες, κυρίως καρδιαγγειακές και αναπνευστικές ασθένειες. (Health care systems in the EU, a comparative study)

## **8.5 Δείκτες κατάστασης υγείας**

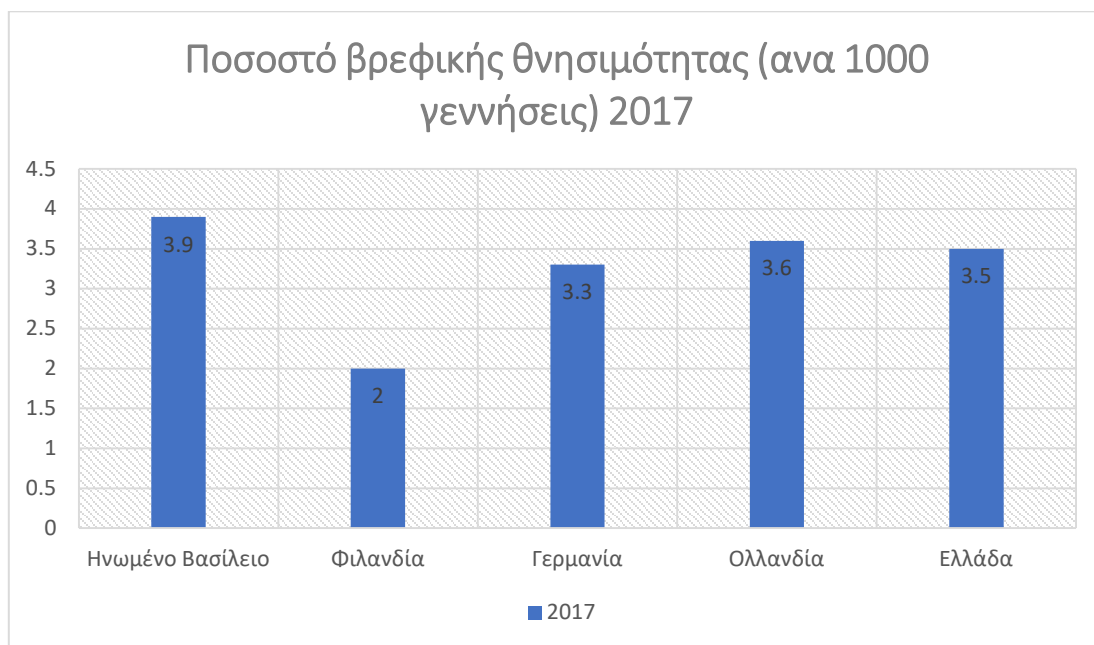
Οι δείκτες κατάστασης υγείας χρησιμοποιούνται συνήθως για τον προσδιορισμό του επιπέδου της ανάγκης υγειονομικής περίθαλψης. Τα διαθέσιμα διεθνή δεδομένα για τους δείκτες κατάστασης υγείας συχνά συνδέονται με το προσδόκιμο ζωής και την πρόωρη θνησιμότητα.

<b>Πίνακας 5. Δείκτες υγείας: Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση και τα ποσοστά θνησιμότητας</b>				
<b>Χώρες</b>	<b>Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση (2017)</b>		<b>Ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας (ανά 1000 γεννήσεις (2017))</b>	<b>Ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας (ανά 1.000 συνολικά γεννήσεις) (2015)</b>
	<b>Γυναίκες</b>	<b>Άνδρες</b>		
<b>Ηνωμένο Βασίλειο</b>	83.1	79.5	3.9	6.5
<b>Φιλανδία</b>	84.5	78.9	2.0	3.0
<b>Γερμανία</b>	83.4	78.7	3.3	5,6
<b>Ολλανδία</b>	83.4	80.2	3.6	4.6
<b>Ελλάδα</b>	83.9	78.8	3.5	4.9

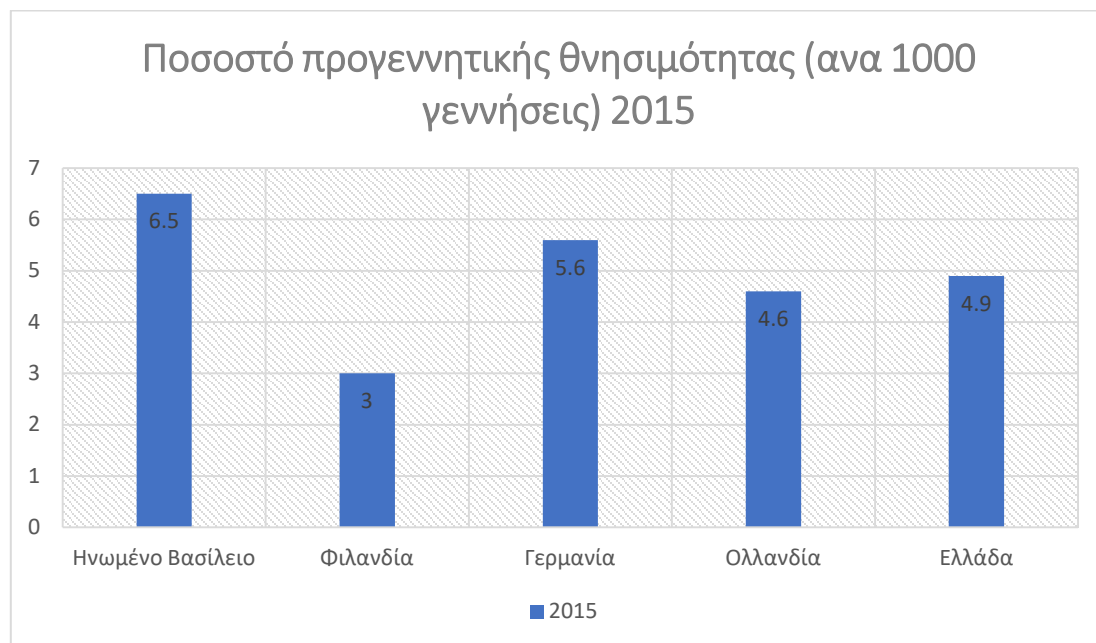
Πηγή: OECD Data File 2017, Eurostat 2017



Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση παρέχει μια σύνθετη ένδειξη της κατάστασης της υγείας, στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Υπάρχουν διαφορές στην κατάταξη μεταξύ των γυναικών και των ανδρών σε όλα τα κράτη μέλη. Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση έχει αυξηθεί σημαντικά σε όλες τις χώρες της ΕΕ κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Το υψηλότερο προσδόκιμο ζωής στις χώρες της νότιας Ευρώπης αποδίδεται μερικές φορές στη μεσογειακή διατροφή που καταναλώνουν οι πληθυσμοί τους. (Ref. Abel-Smith et al. 1995)



Η παιδική θνησιμότητα, ηλικίας 1 έτους και κάτω ανά 1.000 γεννήσεις, αντανακλά σε μεγάλο βαθμό τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες. Όλα τα κράτη μέλη παρουσίασαν μειώσεις από τη συστηματική συλλογή δεδομένων στη δεκαετία του 1960. Αυτό είναι ιδιαίτερα αξιοσημείωτο στις χώρες της νότιας Ευρώπης. Οι διαφορές στα επίπεδα βρεφικής θνησιμότητας μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ είναι τώρα λιγότερο έντονες σε σύγκριση με τη δεκαετία του 1960. (Health care systems in the EU, a comparative study).



Το ποσοστό προγεννητικής θνησιμότητας (όλοι οι θάνατοι που συμβαίνουν κατά την πρώτη εβδομάδα ζωής ανά 1.000 συνολικά γεννήσεις) μπορεί να είναι ένα πιο ευαίσθητο μέτρο για την κατάσταση της προγεννητικής και μαιευτικής φροντίδας και επομένως θεωρείται ως ένα μέτρο έκβασης της υγειονομικής περίθαλψης. Η περιγεννητική θνησιμότητα διαφέρει σημαντικά μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ, ενώ τα ποσοστά στην Μεγάλη Βρετανία είναι σχεδόν διπλάσια από αυτά της Φινλανδίας. (Health care systems in the EU, a comparative study). Το προσδόκιμο ζωής και τα ποσοστά θνησιμότητας μπορούν εν μέρει να εξηγηθούν από μια πιο λεπτομερή μελέτη των αιτιών θανάτου. Τα πιθανά έτη ζωής που χάθηκαν (PYLL) και οι μελέτες σχετικά με τις κύριες αιτίες θανάτου παρέχουν λεπτομερέστερες πληροφορίες σχετικά με τη διανομή θνησιγόνων συνθηκών. Κατά τον προσδιορισμό του PYLL, τα έτη ζωής που χάνονται σε συγκεκριμένες ασθένειες υπολογίζονται μετρώντας τους θανάτους από συγκεκριμένες αιτίες μεταξύ της γέννησης και της ηλικίας 69, σταθμισμένες σε κάθε περίπτωση με τον αριθμό των ετών μεταξύ θανάτου και ηλικίας 70 ετών. Λαμβάνοντας υπόψη όλες τις ηλικίες, η πλειοψηφία των θανάτων των πολιτών της ΕΕ σχετίζεται κάπως με τους παράγοντες του τρόπου ζωής, όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ, η διατροφή και τα ατυχήματα. Το κάπνισμα, παρά την ελαφρά μείωση της κατανάλωσης στην ΕΕ τις τελευταίες δεκαετίες, εξακολουθεί να αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες αιτίες των καρδιαγγειακών παθήσεων και συνδέεται στενά με έναν αριθμό καρκίνων. Ωστόσο, η ανάγκη για υγειονομική περίθαλψη στην καλύτερη περίπτωση δεν αντικατοπτρίζεται πλήρως στην ανάλυση των αιτιών θανάτου σε έναν πληθυσμό. Η φύση και η κατανομή των ασθενειών (νοσηρότητα) είναι εξίσου σημαντική για τον καθορισμό του κατάλληλου επιπέδου παροχής υγειονομικής περίθαλψης σε όσους είναι άρρωστοι ή θα υποφέρουν από ασθένειες στο μέλλον. Ένα παράδειγμα της μείωσης της ανάγκης για υγειονομική περίθαλψη είναι η φροντίδα των δοντιών. Λόγω των ευρέων κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, συμπεριλαμβανομένης της φθωρισμένης οδοντόκρεμας, παρατηρήθηκε μια συντριπτική μείωση της οδοντικής τερηδόνας μεταξύ των παιδιών σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες τις τελευταίες δύο δεκαετίες. Τα διεθνώς συγκρίσιμα δεδομένα νοσηρότητας είναι σπάνια και συχνά δεν έχουν αξιοπιστία. Οι προσπάθειες για τη δημιουργία συγκρίσιμων πληροφοριών της ΕΕ αυξήθηκαν τα τελευταία χρόνια. (Health care systems in the EU, a comparative study).

## 8.6 Ανισότητες στην Υγεία

Η διαφορά μεταξύ της ανάγκης και της ζήτησης για υγειονομική περίθαλψη ποικίλλει μεταξύ των πληθυσμιακών ομάδων. Αυτό οφείλεται εν μέρει σε συγκεκριμένες αιτίες θανάτου και ασθενειών. Την τελευταία δεκαετία αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο σε αρκετές χώρες της ΕΕ ότι υπάρχουν επίσης βασικοί παράγοντες κακής υγείας που απορρέουν από ευρύτερες κοινωνικοοικονομικές και πολιτιστικές συνθήκες. Οι ανισότητες στην υγεία συνιστούν ανισότητες στην ίδια την κατάσταση της υγείας και ανισότητες στη χρηματοδότηση και την παροχή υπηρεσιών υγείας. Σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες, όπως για παράδειγμα στο Ηνωμένο Βασίλειο, αυξάνεται η ανησυχία για την ανισότητα (άνιση κατανομή) και την ανισότητα (αδικία) στην υγεία, διότι πρόσφατες παρατηρήσεις κατέδειξαν ότι οι διαφορές στην κατάσταση υγείας (όπως υπολογίζονται με προσδόκιμο ζωής, θνησιμότητα και νοσηρότητα) αυξάνονται μεταξύ διαφορετικών κοινωνικών τάξεων, γενικά δε διακρίνονται σε βάρος των μειονεκτούντων. Οι μελέτες που διεξάγονται για τα αίτια αυτού του χάσματος υγείας προσφέρουν διαφορετικές θεωρίες. Ωστόσο, από τις περισσότερες έρευνες που έχουν αναληφθεί, οι στρατηγικές για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων (εκτός από τις βιολογικές διακυμάνσεις) πρέπει να αφορούν τομείς άλλους από την υγεία, όπως για παράδειγμα τη χρηματοδότηση, την εκπαίδευση, την απασχόληση και τις κοινωνικές πολιτικές. Η παρατήρηση του χρόνου υποδηλώνει ότι η υγειονομική κατάσταση του κατοίκου της ΕΕ έχει βελτιωθεί σημαντικά. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη γήρανση του πληθυσμού και στην πραγματικότητα έχει αυξήσει τη ζήτηση για υγειονομική περίθαλψη. Ταυτόχρονα, με τους ανθρώπους που ζουν περισσότερο, τα πρότυπα ασθενειών έχουν μετατοπιστεί από οξεία σε χρόνια κατάσταση. Αυτά, ωστόσο, μπορούν σε μεγάλο βαθμό να αποφευχθούν και, ως εκ τούτου, προτείνεται προσανατολισμός προς μεγαλύτερη προληπτική φροντίδα. Υπάρχει επίσης μια ευρεία συναίνεση στην ΕΕ ότι η περιττή ανισότητα στην υγεία αποτελεί μια αυξανόμενη πρόκληση. (Health care systems in the EU, a comparative study).

### 8.7 Χρηματοδότηση

Αν και οι χώρες της ΕΕ έχουν αναπτύξει το καθένα τους δικούς τους χρηματοδοτικούς μηχανισμούς, παρόμοιοι στόχοι και κοινές ιστορικές εξελίξεις έχουν οδηγήσει σε συστήματα που έχουν πολλά κοινά. Όλα τα συστήματα βασίζονται σε ένα μίγμα πηγών χρηματοδότησης, αλλά η πλειοψηφία των κεφαλαίων ελέγχονται από το κράτος, είτε άμεσα είτε έμμεσα. Μόνο ένα μικρό ποσοστό προέρχεται από άμεσες αμοιβές για υπηρεσίες. Η κρατική ρύθμιση στα κράτη μέλη προβλέπει καθολική κάλυψη ασφάλισης ή κάλυψης υπηρεσιών (Φινλανδία, Ελλάδα, Ηνωμένο Βασίλειο) ή σχεδόν καθολική κάλυψη 92,2% του πληθυσμού στη Γερμανία) για την υγειονομική περίθαλψη μέσω υποχρεωτικών συστημάτων. Στην Ολλανδία η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας καλύπτει μόνο το 60% του πληθυσμού. Ο υπόλοιπος πληθυσμός καλύπτεται συνήθως από εθελοντική ιδιωτική ή δημόσια ασφάλιση (Γερμανία, και Ολλανδία). Η υγειονομική περίθαλψη στα συστήματα της ΕΕ χρηματοδοτείται είτε από τη γενική φορολογία είτε από εισφορές στα ταμεία ασφάλισης υγείας. Υπάρχουν τρία κυρίαρχα συστήματα χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Το πρώτο είναι η δημόσια χρηματοδότηση με τη γενική φορολογία (συντά αναφέρεται ως το μοντέλο Beveridge). Δεύτερον, υπάρχουν 6 δημόσια οικονομικά που βασίζονται στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση (μοντέλο Bismarck). Τρίτον, υπάρχουν 7 ιδιωτικά κονδύλια που βασίζονται στην προαιρετική ασφάλιση, η οποία καλύπτει εξ ολοκλήρου μόνο μια μικρή μειονότητα πολιτών της ΕΕ, αλλά η οποία λειτουργεί και στην κοινωνική ασφάλιση ως συμπληρωματική μορφή χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης. (Health care systems in the EU, a comparative study).

Για τη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης, τα κράτη μέλη της ΕΕ και οι υποψήφιοι προς ένταξη χώρες χρησιμοποιούν ένα συνδυασμό μηχανισμών δημόσιας και ιδιωτικής συνεισφοράς. Ο Πίνακας 6 παρουσιάζει μια γενική εικόνα του τρόπου με τον οποίο οι χώρες χρηματοδοτούν το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. (Health care

systems in the EU, a comparative study). Μπορούμε να δούμε εδώ ότι το άμεσο “out of rocket” αποτελεί μέρος της ιδιωτικής δαπάνης ως κύριο συμπληρωματικό σύστημα χρηματοδότησης. Το άμεσο “out of rocket” περιλαμβάνει ιδιωτική ασφάλιση ασθενείας (PHI), τέλη χρήστη, τέλη ασθενών, εκπτώσεις, φαρμακευτικές δαπάνες ή εθελοντική ασφάλιση υγείας.

<b>Πίνακας 6. Μέθοδοι χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης στα κράτη μέλη της ΕΕ</b>		
<b>Χώρες</b>	<b>Κυρίαρχο σύστημα χρηματοδότησης</b>	<b>Κύριο συμπληρωματικό σύστημα χρηματοδότησης</b>
<b>Φιλανδία, Ελλάδα, μεγάλη Βρετανία</b>	Δημόσια φορολογία	Ιδιωτική προαιρετική ασφάλιση, άμεσες πληρωμές OOP
<b>Γερμανία</b>	Δημόσια υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση	ιδιωτική προαιρετική ασφάλιση, άμεσες πληρωμές OOP, δημόσια φορολογία
<b>Ολλανδία</b>	Μικτή υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση και ιδιωτική προαιρετική ασφάλιση	Δημόσια φορολογία, άμεσες πληρωμές

Πηγή: European Parliament (2018)

### **8.8 Πόροι και χρήση της πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης**

Η πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη στις περισσότερες χώρες της ΕΕ παρέχεται από ένα μικτό σύστημα ανεξάρτητων ιατρών ιδιωτικής ιατρικής και μισθωτών ιατρών σε δημόσια κέντρα. Η εκτίμηση της πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης της ΕΕ ποικίλλει, όπως ανατακλάται στους διάφορους αριθμούς γενικών ιατρών ως ποσοστό όλων των ιατρών. Πολλά κράτη μέλη της ΕΕ προσπάθησαν να μειώσουν τον αριθμό των ειδικών, οι οποίοι συνήθως χρησιμοποιούν πιο δαπανηρές τεχνικές υπηρεσίες και να αυξήσουν το ρόλο της γενικής πρακτικής. (Health care systems in the EU, a comparative study).

Ο αριθμός των γιατρών ποικίλλει κατά περισσότερο από δύο μεταξύ των υψηλότερων και των χαμηλότερων επιπέδων, ο αριθμός των οδοντιάτρων κατά περισσότερο από τρεις, ο αριθμός των νοσηλευτών κατά τέσσερις περίπου και οι φαρμακοποιοί κατά σχεδόν έξι. Υπάρχει, ωστόσο, υψηλός βαθμός μεταβλητότητας των δεδομένων μεταξύ των διαφόρων εθνικών και διεθνών πηγών, με ορισμένες σημαντικές διαμάχες. Συνολικά, η Φινλανδία απασχολεί συγκρίσιμα υψηλά εργατικά κεφάλαια για την υγεία, ενώ το Ηνωμένο Βασίλειο διαθέτει πιο δαπανηρούς πόρους για ανθρώπινους πόρους. (Health care systems in the EU, a comparative study).

## ΜΕΡΟΣ Δ΄

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Συμπεράσματα, παρατηρήσεις και προτάσεις για την αναβάθμιση του Ελληνικού Συστήματος ΠΦΥ

#### 9.1 Εισαγωγή

Είναι βέβαιο ότι η μεταρρύθμιση και ο εκσυγχρονισμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι σήμερα αναγκαία όσο ποτέ άλλοτε. Οι ρυθμίσεις και τα μέτρα που θα παρθούν πρέπει να στοχεύουν στη διαμόρφωση μιας στρατηγικής υγείας με κύριο στόχο την πρόληψη, την προαγωγή του επιπέδου υγείας καθώς και την αξιοποίηση των υφιστάμενων δομών και υποδομών παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Η ανάπτυξη του θεσμού της ΠΦΥ πρέπει να στηριχτεί θεσμικά, τεχνικά, διοικητικά και οικονομικά. Η ανακατανομή των πόρων από την πολυδάπανη και ενδεχόμενα αναποτελεσματική νοσοκομειακή περίθαλψη προς την ΠΦΥ πρέπει να συγκεντρώνει το πρωταρχικό ενδιαφέρον όσων χαράσσουν πολιτική στον τομέα υγείας. Φυσικά για να είναι αποτελεσματική η ΠΦΥ και να συμβάλλει ουσιαστικά στη μεταβολή του ΕΣΥ από σύστημα ασθένειας σε σύστημα υγείας θα πρέπει να συγκεντρώνει ορισμένα χαρακτηριστικά:

1. Να έχει πολυδύναμο χαρακτήρα, δηλαδή να μπορεί να προσφέρει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής της υγείας, θεραπείας και αποκατάστασης, λαμβάνοντας πρόσθετη μέριμνα για τα μη αυτόνομα άτομα και τις ομάδες υψηλού κινδύνου.
2. Να έχει ένα σημαντικό βαθμό λειτουργικής αυτοδυναμίας, δηλαδή να διαθέτει το αναγκαίο προσωπικό και υποδομή, τις αποφασιστικές αρμοδιότητες και την απαιτούμενη διοικητική αυτοτέλεια για να καλύψει πλήρως τις πρωτοβάθμιες ανάγκες υγείας του πληθυσμού.
3. Να στηρίζεται στην ομαδική εργασία του προσωπικού (team-work) με βάση την «ομάδα υγείας» (health team), στοιχείο που προϋποθέτει τον αλληλοσεβασμό των ρόλων και την εκπαίδευση στις ιδιαιτερότητες της συλλογικής εργασίας.



4. Να προωθεί τη συνεργασία με τον πληθυσμό και την κοινότητα, τόσο στο επίπεδο του προγραμματισμού της λειτουργίας των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών όσο και μέσα από τη συγκεκριμένη ανάθεση στον πληθυσμό ουσιαστικών καθηκόντων και λειτουργιών.

Η οργάνωση ενός δικτύου πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, ειδικότερα στα αστικά κέντρα, αναμένεται να ωφελήσει πολλαπλά, δεδομένου ότι θα συμβάλει τόσο στη μείωση των δαπανών υγείας όσο και στην αποσυμφόρηση των νοσοκομείων και κατά συνέπεια στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Είναι ευνόητο ότι η ανάπτυξη των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών σ' αυτή την κατεύθυνση θα συνδεθεί με τον περιορισμό των νοσοκομείων αποκλειστικά στον νοσοκομειακό τους ρόλο και την απαλλαγή τους από όλες τις δραστηριότητες που έχουν πρωτοβάθμιο χαρακτήρα (Κουρής Γ., 2003). Το σημαντικότερο ρόλο θα παίξει το Κέντρο Υγείας με τη διεπιστημονική ομάδα «Υγείας» που συγκροτείται από εκπροσώπους των διαφόρων επαγγελματιών υγείας και των κοινωνικών επιστημών, και στοχεύει στην προστασία και προαγωγή της υγείας. Με αυτό τον τρόπο το Κέντρο Υγείας μπορεί να συμβάλει αποφασιστικά στην ενίσχυση και τον συντονισμό της Δημόσιας Υγείας και να αποτελέσει τον βασικό συντονιστή υπηρεσιών υγείας σε τοπικό επίπεδο. Η ολοκληρωμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών θα αποτελέσει «ηθμό» μεταξύ Κέντρου Υγείας και Νοσοκομείου, συμβάλλοντας ουσιαστικά στη διασφάλιση και προαγωγή της δημόσιας υγείας. Οι σύγχρονες κοινωνικές ανάγκες και οι ανάγκες υγείας, όπως αυτές διαμορφώνονται από τις απαιτήσεις της σημερινής κοινωνίας προσδίδουν έναν σημαντικό ρόλο στον οικογενειακό γενικό γιατρό. Ο οικογενειακός γιατρός στο σύστημα υγείας πρέπει να προσφέρει έργο που περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα προληπτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών, όπως η εκτίμηση παραγόντων κινδύνου, η πρόγνωση, η πρόληψη, η αγωγή, η βελτίωση και η διατήρηση της υγείας του πληθυσμού, η θεραπευτική αγωγή, η κοινωνική μέριμνα, η συμμετοχή στην αποκατάσταση και στην υποστήριξη ασθενών σε διάφορα στάδια της ζωής και της ασθένειας, σε εναλλακτικές μορφές περίθαλψης καθώς επίσης σε προγράμματα δημόσιας υγείας, οικογενειακού προγραμματισμού και προστασίας της μητρότητας. Το δικαίωμα παραπομπής (gate keeping) του γιατρού αυτού θα επιτρέψει τον έλεγχο της ροής στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας και θα οδηγήσει στον έλεγχο του κόστους και στον ορθολογικό σχεδιασμό των νοσοκομειακών δομών, απαλλάσσοντας τα δημόσια νοσοκομεία από το μεγάλο βάρος της παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. (Σερασκέρης Μ., 2004).

Τελικά η επικέντρωση στα χρόνια νοσήματα και σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου του πληθυσμού, η ενασχόληση με την οικογένεια στο σύνολο της αλλά και τον χρόνιο άρρωστο στο σπίτι είναι βέβαιο ότι θα αυξήσουν την αποτελεσματικότητα και την αποδοχή της ΠΦΥ από την ελληνική κοινωνία. Η συνεχής μετεκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού που υπηρετεί στην ΠΦΥ, ειδικότερα του νοσηλευτικού με έμφαση στην κοινοτική νοσηλευτική και η αξιοποίηση των επισκεπτών υγείας είναι απαραίτητα για την καλύτερη απόδοση του συστήματος. Η χρήση μεθόδων της δημόσιας υγείας για την περιγραφή του τοπικού φάσματος νοσηρότητας, η εκτίμηση των προβλημάτων υγείας του πληθυσμού, η ανάπτυξη κοινού ερευνητικού έργου γενικών ιατρών με ιατρούς των νοσοκομείων στην παρακολούθηση της συχνότητας και της φυσικής πορείας διαφόρων νοσημάτων θα βελτιώσουν σημαντικά την υπάρχουσα κατάσταση. (Λιονής Χ., 2001)

Η ανάπτυξη ενός πληροφορικού συστήματος κατάλληλου για ΠΦΥ και Κέντρα Υγείας μπορεί να συμβάλει στη δημιουργία τοπικών δεικτών υγείας αλλά και στην καθιέρωση της αναμφισβήτητα πολύτιμης κάρτας υγείας του πολίτη. Η ύπαρξη της κάρτας υγείας θα συμβάλει στην εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών και στην αυτοματοποίηση των διαδικασιών καταγραφής των κλινικών και εργαστηριακών πληροφοριών, που είναι απαραίτητες σε κάθε επαφή των πολιτών με τις υπηρεσίες υγείας, ενώ παράλληλα θα βοηθήσει σημαντικά στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας του νέου συστήματος. Η πρωτοβάθμια φροντίδα καλύπτει τα 9/10 της ιατρικής. Η αποκλειστική ενασχόληση με τη νοσοκομειακή ιατρική είναι μια κακή αρχή, από την οποία επιβάλλεται γρήγορη απομάκρυνση. Υπάρχουν βάσιμες ελπίδες ότι με την πρόοδο της ιατρικής και την αλλαγή

του προσανατολισμού από τη θεραπεία στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας, η νοσηλευτική πλευρά θα μειωθεί σημαντικά. Ήδη σε πολλές χώρες, όπου υπάρχει καλή ανάπτυξη της ΠΦΥ, παρατηρείται περιορισμός του αριθμού των νοσοκομειακών κλινών. Επιβάλλεται λοιπόν η λειτουργική αναδιοργάνωση των υπηρεσιών ΠΦΥ, που θα προσδώσει έναν πλουραλιστικό χαρακτήρα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, εμπλουτίζοντας τις παρεχόμενες φροντίδες, πέραν των παραδοσιακών κλινικό-εργαστηριακών δραστηριοτήτων, με υπηρεσίες πρόληψης της νόσου και προαγωγής της υγείας, καθώς και διαχείρισης των μειζόνων παραγόντων κινδύνου. (Σουλιώτης Κ., 2004)

Έχει γίνει πλέον κατανοητό ότι πρέπει να σταματήσει ο κατακερματισμός της κοινωνικής χρηματοδότησης της υγείας και οργάνωσης των σχετικών υπηρεσιών σε διάφορους φορείς (ταμεία), ο οποίος δυναμιτίζει το ΕΣΥ, διαιωνίζει ανισότητες και εμποδίζει την επεξεργασία ενιαίας πολιτικής υγείας. Τέλος είναι καιρός να τολμήσει η πολιτεία την ανάθεση της πολιτικής ευθύνης για την ανάπτυξη και τη λειτουργία των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, στην κοινότητα και τις τοπικές αρχές (local authorities) με παράλληλη απεμπλοκή των υπηρεσιών από την κεντρική διοίκηση και μετάβαση σε καθεστώς αυτοδιαχείρισης (self-governing). Χρειάζεται επαγγελματισμός, γνώση, τόλμη και απόφαση για σύγκρουση με παγιωμένες και αναχρονιστικές καταστάσεις, που κρατούν ουραγό τη χώρα μας σε σχέση με τις ευρωπαϊκές εξελίξεις. (Πειρουνάκης Ν., 2000)

Είναι προφανές ότι οι προτεινόμενες αλλαγές απαιτούν σταθερή πολιτική βούληση, υπεύθυνη τεχνική και επιστημονική τεκμηρίωση και συναίνεση από τα επαγγέλματα υγείας και τον πληθυσμό, ώστε να διασφαλιστεί η διαχρονική ανθεκτικότητά τους και η αποδοτική διαχείριση των διατιθέμενων πόρων. Μόνο μ' αυτό τον τρόπο όμως θα διασφαλιστεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, με επακόλουθο τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, ώστε να υπάρχει στη χώρα μας ένα πραγματικό σύστημα που να στοχεύει στην υγεία των πολιτών και όχι απλά στη διαχείριση της εμφανιζόμενης ασθένειας. (Γείτονα Μ., 2001)

## 9.2 Προαγωγή της υγείας και πρόληψη των ασθενειών

Η πρόληψη είναι το κλειδί για την αποφυγή κακής υγείας και επίτευξη υψηλού επιπέδου ψυχικής και σωματικής ευεξίας αποτελεσματικά. Παρά το γεγονός ότι είναι γνωστό, μόνο τα μικρά τμήματα των προϋπολογισμών για την υγειονομική περίθαλψη, η πολιτική προσοχή και η εμπλοκή των ενδιαφερομένων μερών είναι αφιερωμένα στην πρόληψη. Με γνώμονα τον στόχο της Βιώσιμης Ανάπτυξης του ΟΗΕ για το 2030 να μειώσει με μία τρίτη πρόωρη θνησιμότητα από μη μεταδοτικές ασθένειες, η Επιτροπή συνεργάζεται στενά με τα κράτη μέλη για να επικεντρωθεί στην πρόληψη και στους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας. Η διάσπαση του φαύλου κύκλου κακής υγείας και φτώχειας θα απαιτήσει, ωστόσο, πολυτομεακή συνεργασία με άλλους τομείς πολιτικής. Υπάρχει ευρύ φάσμα δράσεων για τη στήριξη των κρατών μελών, από διάφορες ασκήσεις αμοιβαίας μάθησης μέχρι ρυθμίσεις και νομοθεσία. Υπάρχει πλέον ανάγκη να συγκεντρωθούν τα διδάγματα και οι καλές πρακτικές, προκειμένου να μεταφερθούν, να τεθούν σε εφαρμογή και να αναπτυχθούν σε άλλες χώρες, πλαίσια και ρυθμίσεις. (State of Health in the EU: Companion Report 2017).

## 9.3 Ισχυρή πρωτοβάθμια φροντίδα – μείωση σπατάλης δαπανών

Η ισχυρή πρωτοβάθμια φροντίδα μπορεί να συμβάλει στην ενίσχυση της απόδοσης του συνολικού συστήματος υγείας, παρέχοντας, μεταξύ άλλων, προσιτή φροντίδα, συντονίζοντας τη φροντίδα των ασθενών ώστε να τους δοθούν οι πλέον κατάλληλες υπηρεσίες στο σωστό περιβάλλον και να μειωθούν οι εισαγωγές που μπορούν να αποφευχθούν στο νοσοκομείο. Ο σωστός συνδυασμός κινήτρων συμβάλλει στην επίτευξη της βέλτιστης παροχής όχι μόνο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αλλά και της δευτεροβάθμιας περίθαλψης, του νοσοκομείου και των υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης - και

η οικοδόμηση ενός συστήματος φύλαξης ή παραπομπής αποτελεί όλο και περισσότερο μέρος του μίγματος. Ωστόσο, περισσότεροι από έναν στους τέσσερις ασθενείς σε ολόκληρη την ΕΕ εξακολουθούν να επισκέπτονται ένα τμήμα έκτακτης ανάγκης λόγω ανεπαρκούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η ισχυρή πρωτοβάθμια φροντίδα είναι το κλειδί για την ολοκλήρωση και τη συνέχεια μεταξύ των επιπέδων φροντίδας, που είναι ουσιαστικής σημασίας για τους ασθενείς, ιδιαίτερα εκείνων που έχουν πολύπλοκες ανάγκες. (State of Health in the EU: Companion Report 2017).

#### ***Η μείωση των εισαγωγών προϋποθέτει την κάλυψη των αναγκών των ανθρώπων εκτός του νοσοκομείου***

Αναγνωρίζοντας την ανάγκη βελτίωσης της πρόσβασης στην περίθαλψη εκτός νοσοκομείου, πολλές χώρες της ΕΕ έχουν λάβει μέτρα για την αύξηση της διαθεσιμότητας της πρωτοβάθμιας και κοινοτικής περίθαλψης και την εισαγωγή νέων μοντέλων ενδιάμεσης περίθαλψης που μπορούν να χρησιμεύσουν ως εναλλακτικές λύσεις. Πολλοί άνθρωποι καταφεύγουν στο νοσοκομείο μόνο και μόνο επειδή οι πάροχοι πρωτοβάθμιας φροντίδας τους δεν είναι διαθέσιμοι. Για να αντιμετωπιστεί αυτό, ορισμένες χώρες έχουν αυξήσει την πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα και εκτός ωρών εργασίας. Για παράδειγμα: Στην Ολλανδία, η φροντίδα εκτός ωρών εργασίας διοργανώνεται σε δημοτικό επίπεδο από GP. Αυτές οι θέσεις βρίσκονται γενικά κοντά ή μέσα στα νοσοκομεία για να παρέχουν επείγουσα ανάγκη πρωτοβάθμιας περίθαλψης κατά τη διάρκεια της νύχτας και σε στενή συνεργασία με τα τμήματα έκτακτης ανάγκης εκτός ωρών εργασίας. Δεδομένου ότι η περίθαλψη των GP στην Ολλανδία είναι δωρεάν στο σημείο της υπηρεσίας και ότι η υποχρεωτική έκπτωση ισχύει για την (επείγουσα) νοσοκομειακή περίθαλψη, οι ασθενείς έχουν οικονομικό κίνητρο να επιλέξουν GP θέσεις μέσω του Τμήματος Έκτακτης Ανάγκης (Wammes et al., 2017).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, από το 2005 έχουν δημιουργηθεί «εικονικοί θάλαμοι» σε ορισμένες περιοχές της χώρας για να παρέχουν φροντίδα στο σπίτι για άτομα που έχουν πρόσφατα φύγει απ' το νοσοκομείο ή έχουν υψηλό κίνδυνο (επανεισαγωγής). Η φροντίδα παρέχεται μέσω ομάδων πολυεπιστημονικής φροντίδας. Τα στοιχεία δείχνουν ότι αυτοί οι "εικονικοί θάλαμοι" έχουν μειώσει τις μη προγραμματισμένες νοσοκομειακές (επανεισαγωγές) (και τη διάρκεια παραμονής στα νοσοκομεία για τις ομάδες που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο (Sonola et al., 2013).

Οι περισσότερες χώρες αναγνωρίζουν ότι, προκειμένου να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στις ανάγκες της γήρανσης του πληθυσμού και της αυξανόμενης επιβάρυνσης από χρόνιες ασθένειες, απαιτούνται περαιτέρω προσπάθειες τόσο για την ενίσχυση της πρόσβασης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη όσο και για τη συνεχή και συντονισμένη περίθαλψη εκτός των νοσοκομείων.

#### **9.4 Ολοκληρωμένη φροντίδα**

Το αυξανόμενο βάρος των χρόνιων νοσημάτων και της πολυμορφίας απαιτεί από τις χώρες να αντιμετωπίσουν τον κατακερματισμό των υπηρεσιών υγείας και να στραφούν προς την ολοκλήρωση: συνδέοντας ή συντονίζοντας τους παρόχους κατά μήκος της συνεχούς φροντίδας και τοποθετώντας τον ασθενή στο κέντρο. Η πρωτοβάθμια φροντίδα είναι βασικός παράγοντας, αλλά πολυάριθμα ολοκληρωμένα μοντέλα φροντίδας διαφορετικών μορφών και μεγεθών βρίσκονται σε ολόκληρη την ΕΕ, ορισμένα από τα οποία έχουν επισημανθεί από την Πολιτεία της Υγείας στα προφίλ της ΕΕ. Η συνολική αξιολόγηση αυτών των μοντέλων είναι λιγότερο διαδεδομένη, αν και τα αρχικά στοιχεία καταδεικνύουν τη συμβολή τους στην καλύτερη αποτελεσματικότητα, προσβασιμότητα και ανθεκτικότητα. Δείχνει επίσης τη σημασία του σωστού συνδυασμού δεξιοτήτων και της κατάρτισης και να είναι σε θέση να μοιράζονται αποτελεσματικά τις πληροφορίες. Η ομάδα εμπειρογνομόνων της ΕΕ για την αξιολόγηση της απόδοσης των συστημάτων υγείας παρείχε εργαλεία και μεθοδολογίες για να βοηθήσει αυτές τις αξιολογήσεις. Η άλλη

προστιθέμενη αξία της ΕΕ εκδηλώνεται ως χρηματοδοτική στήριξη, με διάφορα έργα χρηματοδοτούμενα από την Επιτροπή που λειτουργούν σε ολόκληρη την ΕΕ και διαθέσιμη τεχνική βοήθεια. (State of Health in the EU: Companion Report 2017).

### **Ανεκπλήρωτες ανάγκες φροντίδας**

Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη μπορεί να περιοριστεί για διάφορους λόγους, συμπεριλαμβανομένου του κόστους, της απόστασης από την πλησιέστερη μονάδα υγείας και των χρόνων αναμονής. Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες φροντίδας μπορεί να οδηγήσουν σε φτωχότερη υγεία για τους ανθρώπους που εγκαταλείπουν τη φροντίδα και μπορεί να αυξήσουν τις ανισότητες στον τομέα της υγείας, εάν αυτές οι μη ικανοποιημένες ανάγκες συγκεντρωθούν μεταξύ των φτωχών ανθρώπων. Όπως επισημαίνεται από την ομάδα εμπειρογνομόνων για αποτελεσματικούς τρόπους επένδυσης στην υγεία, υπάρχουν πολλές προκλήσεις όσον αφορά τη μέτρηση των ανεκπλήρωτων αναγκών για συγκεκριμένες παρεμβάσεις, αλλά τα δεδομένα από την έρευνα της ΕΕ για το εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσης (EU-SILC) είναι τα μόνα έγκυρα και συγκρίσιμα πηγή πληροφοριών διαθέσιμων σε όλα τα κράτη μέλη (Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health, 2018).

Σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού το 2016 ανέφερε ότι δεν είχαν καμία μη ικανοποιημένη ανάγκη φροντίδας για οικονομικούς λόγους, γεωγραφικούς λόγους ή χρόνους αναμονής, βάσει του EU-SILC. Ωστόσο, στην Ελλάδα, τουλάχιστον το 10% του πληθυσμού ανέφερε ορισμένες ανεκπλήρωτες ανάγκες για υγειονομική περίθαλψη, με την μειωμένη επιβάρυνση κυρίως σε ομάδες χαμηλού εισοδήματος. Σχεδόν ένας στους πέντε Έλληνες στο χαμηλότερο εισοδηματικό πεμπτημόριό ανέφερε ότι δεν είχε κάποια ιατρική περίθαλψη όταν το χρειάζονταν κυρίως για οικονομικούς λόγους. Οι δείκτες αυτοαναφερόμενων ανεπιθύμητων αναγκών φροντίδας θα πρέπει να αξιολογούνται μαζί με άλλους δείκτες οικονομικής προσιτότητας και προσβασιμότητας στην περίθαλψη, όπως η έκταση της κάλυψης της υγειονομικής περίθαλψης, το ποσό των εξωχρηματιστηριακών πληρωμών και η πραγματική χρήση των υπηρεσιών υγείας. Οι στρατηγικές για τη βελτίωση της πρόσβασης στην περίθαλψη των φτωχών και των μειονεκτουσών ομάδων πρέπει να αντιμετωπίσουν όχι μόνο τα θέματα οικονομικής προσιτότητας αλλά και την αποτελεσματική πρόσβαση στις υπηρεσίες, προωθώντας την επαρκή προσφορά και διανομή υγειονομικών υπηρεσιών και υπηρεσιών σε ολόκληρη τη χώρα.

### **Κάλυψη πληθυσμού για υγειονομική περίθαλψη**

Το μερίδιο του πληθυσμού που καλύπτεται από δημόσιο ή ιδιωτικό σύστημα παρέχει κάποια ένδειξη της οικονομικής προστασίας έναντι των δαπανών που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη, αλλά αυτό δεν αποτελεί πλήρη δείκτη της οικονομικής προσιτότητας, καθώς το φάσμα των καλυπτόμενων υπηρεσιών και ο βαθμός κατανομής του κόστους που εφαρμόζεται σε αυτές τις υπηρεσίες έχουν επίσης σημασία. Αυτές οι τρεις διαστάσεις - το "εύρος", το "βάθος" και το "ύψος" της κάλυψης - καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο καλύπτεται η κάλυψη της υγειονομικής περίθαλψης σε μια χώρα. Ο δείκτης που παρουσιάζεται εδώ σχετικά με την κάλυψη του πληθυσμού εξετάζει μόνο την πρώτη διάσταση, ενώ ο επόμενος δείκτης για την έκταση της κάλυψης της υγειονομικής περίθαλψης εξετάζει ευρύτερα αυτές τις τρεις διαστάσεις. Οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες έχουν αποκτήσει καθολική (ή σχεδόν καθολική) κάλυψη για ένα βασικό σύνολο υπηρεσιών, οι οποίες συνήθως περιλαμβάνουν διαβουλεύσεις με γιατρούς, εξετάσεις και εξετάσεις καθώς και νοσοκομειακή περίθαλψη. Ωστόσο, σε ορισμένες χώρες η κάλυψη αυτών των βασικών υπηρεσιών μπορεί να μην είναι καθολική. Στην Ελλάδα, ένας νέος νόμος το 2016 (νόμος 4368/2016) παρείχε καθολική υγειονομική κάλυψη για ολόκληρο τον πληθυσμό, κλείνοντας το χάσμα κάλυψης για το 10% του πληθυσμού που ήταν ανασφάλιστος. Αυτοί οι προηγουμένως ανασφάλιστοι έχουν πλέον νόμιμα αναγνωρισμένη

πρόσβαση σε ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών και αγαθών (συμπεριλαμβανομένης της νοσοκομειακής περίθαλψης και συνταγογραφούμενων φαρμάκων), όπως και κάθε άλλος Έλληνας πολίτης. (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2017).

Η βασική κάλυψη πρωτογενούς υγείας καλύπτει γενικά ένα καθορισμένο σύνολο παροχών, αλλά σε πολλές περιπτώσεις με κατανομή κόστους. Σε ορισμένες χώρες, η ιδιωτική ασφάλιση μπορεί να αγοραστεί μέσω ιδιωτικής ασφάλισης για την κάλυψη οποιουδήποτε καταμερισμού κόστους μετά από βασική κάλυψη (συμπληρωματική ασφάλιση), την προσθήκη πρόσθετων υπηρεσιών (συμπληρωματική ασφάλιση) ή την ταχύτερη πρόσβαση ή μεγαλύτερη επιλογή παρόχων (διπλή ασφάλιση). Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, μόνο ένα μικρό ποσοστό του πληθυσμού έχει επιπλέον ιδιωτική ασφάλιση υγείας. (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2017).

### **9.5 Προληπτικός σχεδιασμός και πρόβλεψη του εργατικού δυναμικού υγείας**

Για την ενίσχυση της πρόληψης, της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και της ολοκληρωμένης παροχής υπηρεσιών, τα συστήματα υγείας πρέπει να βρουν καινοτόμες λύσεις μέσω νέων τεχνολογιών, προϊόντων και οργανωτικών αλλαγών. Όλα αυτά εξαρτώνται από ένα υγιές εργατικό δυναμικό με τις κατάλληλες δεξιότητες και ευελιξία για να ανταποκριθεί στις μεταβαλλόμενες απαιτήσεις της υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, πολλές χώρες αντιμετωπίζουν προβλήματα στον τομέα της υγείας όπως η προσφορά, η διανομή και ένας παραδοσιακά προσανατολισμένος συνδυασμός δεξιοτήτων. Οι μεταρρυθμίσεις στα προγράμματα αρχικής εκπαίδευσης και κατάρτισης και οι επενδύσεις στη συνεχή επαγγελματική ανάπτυξη απαιτούνται για την ανάπτυξη νέων και κατάλληλων συνόλων δεξιοτήτων. Ο προγραμματισμός και η πρόβλεψη του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας μπορεί να βοηθήσει τις χώρες να θέσουν το σωστό αριθμό επαγγελματιών υγείας στη σωστή θέση τη σωστή στιγμή. Η Επιτροπή θα συνεχίσει να ενθαρρύνει τις δραστηριότητες σε επίπεδο ΕΕ στον τομέα του σχεδιασμού και της πρόβλεψης του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας, προκειμένου να υποστηρίξει τα κράτη μέλη στην εφαρμογή της θεωρίας στην πράξη και στην οικοδόμηση των εθνικών δυνατοτήτων. (State of Health in the EU: Companion Report 2017).

#### ***Ανάπτυξη εργατικού δυναμικού πρωτοβάθμιας περίθαλψης***

##### *Διαθεσιμότητα γιατρών στην ΕΕ*

Σε πολλές χώρες, η κύρια ανησυχία αφορά τη σημερινή και τη μελλοντική έλλειψη γενικών ιατρών, ιδιαίτερα στις αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές. Εκτιμώντας ότι ο συνολικός αριθμός των γιατρών ανά κάτοικο έχει αυξηθεί σε όλες σχεδόν τις χώρες της ΕΕ, το μερίδιο των γενικών ιατρών (GPs) μειώθηκε στις περισσότερες χώρες. Κατά μέσο όρο σε όλες τις χώρες της ΕΕ, οι γιατροί γενικής ιατρικής περιλάμβαναν λιγότερο από το 25% όλων των γιατρών το 2016. Η Ελλάδα έχουν το χαμηλότερο ποσοστό GPs, ενώ άλλες χώρες όπως η Φινλανδία κατάφερε να διατηρήσει μια καλύτερη ισορροπία μεταξύ GPs και ειδικών γιατρών. Απαντώντας σε αυτές τις ανησυχίες σχετικά με τις ελλείψεις των γενικών επιστημόνων, αρκετές χώρες έχουν λάβει μέτρα για την αύξηση του αριθμού των θέσεων μεταπτυχιακής εκπαίδευσης στη γενική ιατρική. Ωστόσο, στις περισσότερες χώρες, οι ειδικοί κερδίζουν πολύ περισσότερο από τους παθολόγους, παρέχοντας οικονομικά κίνητρα για τους ειδικευμένους γιατρούς. (OECD, 2016). Η ανομοιογενής γεωγραφική κατανομή των ιατρών και οι δυσκολίες πρόσληψης και διατήρησης των ιατρών σε ορισμένες περιφέρειες είναι ένα άλλο σημαντικό ζήτημα πολιτικής σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, ιδίως σε εκείνες με απομακρυσμένες και αραιοκατοικημένες περιοχές. Η πυκνότητα των ιατρών είναι σταθερά μεγαλύτερη στις αστικές περιοχές, αντανακλώντας τη συγκέντρωση εξειδικευμένων υπηρεσιών όπως η χειρουργική επέμβαση και τις προτιμήσεις των γιατρών να ασκούν σε αστικές περιοχές. Οι διαφορές στην πυκνότητα των

ιατρών μεταξύ αστικών περιοχών και αγροτικών περιοχών είναι οι υψηλότερη στην Ελλάδα (OECD, 2017). Πολλές χώρες παρέχουν διάφορα είδη οικονομικών κινήτρων για να προσελκύσουν και να διατηρήσουν τους γιατρούς σε περιοχές που δεν καλύπτονται επαρκώς, περιλαμβανομένων των εφάπαξ επιδομάτων που θα τους βοηθήσουν να δημιουργήσουν την πρακτική τους καθώς και επαναλαμβανόμενες πληρωμές όπως εγγυήσεις εισοδήματος και πληρωμές επιδομάτων. Ορισμένες χώρες έχουν επίσης θεσπίσει μέτρα για την ενθάρρυνση των φοιτητών από περιφέρειες που δεν καλύπτονται επαρκώς να εγγραφούν σε ιατρικές σχολές (Ono et al., 2014).

#### *Διαθεσιμότητα νοσηλευτών στην ΕΕ*

Οι νοσηλευτές υπερβαίνουν κατά πολύ τους ιατρούς στις περισσότερες χώρες της ΕΕ, με αναλογία δύο έως τεσσάρων νοσηλευτών ανά γιατρό σε πολλές χώρες. Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης όχι μόνο στα νοσοκομεία και στα ιδρύματα μακροχρόνιας περίθαλψης, αλλά όλο και περισσότερο στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και στις εγκαταστάσεις φροντίδας κάτ' οίκον. Υπάρχουν ανησυχίες σε πολλές χώρες σχετικά με πιθανές μελλοντικές ελλείψεις νοσηλευτών, δεδομένου ότι η ζήτηση για νοσηλευτές αναμένεται να αυξηθεί σε ένα πλαίσιο γήρανσης του πληθυσμού και της συνταξιοδότησης της σημερινής γενιάς νοσηλευτών "baby-boom". Αυτές οι ανησυχίες έχουν προκαλέσει δράσεις σε πολλές χώρες να αυξήσουν την κατάρτιση νέων νοσοκόμων, ενώ ορισμένες χώρες αντιμετώπισαν τις τρέχουσες ελλείψεις με την πρόσληψη νοσοκόμων από άλλες χώρες (OECD, 2016). Κατά μέσο όρο σε όλες τις χώρες της ΕΕ υπήρχαν 8,4 νοσηλευτές ανά 1000 πληθυσμούς το 2016, αύξηση από 6,7 το 2000. Ο αριθμός των νοσοκόμων ανά κάτοικο είναι υψηλότερος στη Φινλανδία, αν και περίπου το ένα τρίτο των νοσοκόμων στην χώρα αυτή εκπαιδεύονται σε χαμηλότερο επίπεδο από τις γενικές νοσοκόμες και εκτελούν χαμηλότερα καθήκοντα. Η Ελλάδα έχει τον χαμηλότερο κατά κεφαλήν αριθμό νοσοκόμων μεταξύ των χωρών της ΕΕ, αλλά μόνο για τους νοσηλευτές που εργάζονται στα νοσοκομεία. Ένας αυξανόμενος αριθμός νοσηλευτών εργάζεται επίσης σε πρωτοβάθμια περίθαλψη σε πολλές χώρες. Ως απάντηση στις ελλείψεις γενικών ιατρών, ορισμένες χώρες έχουν εισαγάγει ή διευρύνουν τους προχωρημένους ρόλους των νοσοκόμων για τη βελτίωση της πρόσβασης στην πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη. Οι αξιολογήσεις της εμπειρίας με τους (προχωρημένους) νοσηλευτές σε χώρες όπως η Φινλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο δείχνουν ότι αυτοί οι νοσηλευτές μπορούν να βελτιώσουν την πρόσβαση στην περίθαλψη και να μειώσουν τους χρόνους αναμονής, ενώ παρέχοντας την ίδια ποιοτική φροντίδα με τους γιατρούς για μια σειρά ασθενών (π.χ., με μικρές ασθένειες ή παρακολούθηση ρουτίνας) (Maier et al., 2017).

## **9.6 Καθοδήγηση των ασθενών μέσω του συστήματος υγείας με ισχυρή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας**

#### *Ισχυρότερη πρωτοβάθμια φροντίδα σε ολόκληρη την ΕΕ*

Η πρωτοβάθμια φροντίδα διαδραματίζει βασικό ρόλο στην πρόληψη αλλά και ευρύτερα, σε ένα αποτελεσματικό, προσβάσιμο και ανθεκτικό σύστημα υγείας. Η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας με τη μετακίνηση της περίθαλψης στην κοινότητα και την ανάπτυξη του ρόλου των παρόχων εκτός του νοσοκομείου είναι ένας άλλος σημαντικός πολιτικός μοχλός. Είναι ένας τρόπος βελτίωσης της εμπειρίας των ασθενών και της χρήσης πόρων. Η Κοινή Έκθεση 2016 Επιτροπής-ΕPC για την Υγειονομική Περίθαλψη και τα Συστήματα Μακροχρόνιας Φροντίδας και τη Φορολογική Βιωσιμότητα υποστήριξε έναν ισχυρότερο ρόλο στην πρωτοβάθμια φροντίδα, βελτιώνοντας τις επιδόσεις της και ενισχύοντας το ρόλο της στη φύλαξη και παραπομπή για καλύτερη πρόσβαση στην κατάλληλη περίθαλψη. Στο Ευρωπαϊκό Εξάμηνο, η ανάγκη ενθάρρυνσης της παροχής και

της πρόσβασης σε αποτελεσματικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης επιβεβαιώθηκε εκ νέου από τις πρόσφατες ετήσιες έρευνες για την ανάπτυξη, ενώ ο ρόλος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο ευρύτερο σύστημα υγείας αμφισβητήθηκε στις εκθέσεις χωρών του 2017 για την αρκετές χώρες. (State of Health in the EU: Companion Report 2017)

**Health at glance:** Η Ευρώπη το 2016 περιλάμβανε ένα εμπειριστατωμένο θεματικό κεφάλαιο για την πρωτοβάθμια φροντίδα με τη χρήση δεικτών όπως η συνταγογράφηση φαρμάκων και αποτρέψιμες εισαγωγές στο νοσοκομείο ως μέτρα αποτελεσματικής πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η θεματική ενότητα υπογραμμίζει επίσης ότι οι χώρες της ΕΕ πρέπει να επιδιώξουν ολοκληρωμένες μεταρρυθμίσεις για την περαιτέρω ενίσχυση του συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης, προκειμένου να ανταποκριθούν καλύτερα στις ανάγκες της γήρανσης του πληθυσμού και να μειώσουν τη περιττή χρήση νοσοκομειακής περίθαλψης. Η πρωτοβάθμια φροντίδα μπορεί να οριστεί ως παροχή καθολικώς προσβάσιμων, ολοκληρωμένων, ανθρωπίνων και ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών που παρέχονται από μια ομάδα επαγγελματιών υπεύθυνων για την αντιμετώπιση της μεγάλης πλειοψηφίας των προσωπικών αναγκών υγείας20. Οι υπηρεσίες αυτές θα πρέπει να παρέχονται σε συνεχή συνεργασία με τους ασθενείς και τους άτυπους φροντιστές, στο πλαίσιο της οικογένειας και της κοινότητας, και να διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στο γενικό συντονισμό και συνέχεια της φροντίδας των ανθρώπων. Η ισχυρή πρωτοβάθμια φροντίδα μπορεί να συμβάλει στην εδραίωση της συνολικής απόδοσης του συστήματος υγείας παρέχοντας οικονομικά προσιτή φροντίδα, συντονίζοντας ώστε οι ασθενείς να λαμβάνουν τη σωστή φροντίδα και να μειώνουν τις εισαγωγές στο νοσοκομείο που μπορούν να αποφύγουν, να υποστηρίζουν πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια πρόληψη και να εστιάζονται στις ατομικές ανάγκες ώστε να προσφέρεται εξειδικευμένη, φροντίδα. (State of Health in the EU: Companion Report 2017)

Η ισχυρή πρωτοβάθμια φροντίδα μπορεί να συμβάλει στην εδραίωση της συνολικής απόδοσης του συστήματος υγείας παρέχοντας οικονομικά προσιτή και προσιτή φροντίδα, συντονίζοντας τη φροντίδα ώστε οι ασθενείς να λαμβάνουν τη σωστή φροντίδα στη σωστή θέση, να μειώνουν τις εισαγωγές που μπορούν να αποφύγουν, να υποστηρίζουν πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια πρόληψη και να εστιάζονται στις ατομικές ανάγκες ώστε να προσφέρουμε εξειδικευμένη, προσωπική φροντίδα. (State of Health in the EU: Companion Report 2017)

*"Ισχυρή πρωτοβάθμια φροντίδα σημαίνει παροχή προσιτής φροντίδας στο σωστό μέρος".*

Η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορεί να υποστηριχθεί από διαφορετικές οπτικές γωνίες. Όσον αφορά την προσβασιμότητα, υπάρχουν αρκετά στοιχεία που αποδεικνύουν ότι η ισχυρή πρωτοβάθμια φροντίδα παίζει σημαντικό ρόλο στη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας και στη βελτίωση των συνθηκών των μειονεκτουσών ομάδων. Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα, συμβάλλει η ισχυρή πρωτοβάθμια φροντίδα την επικέντρωση στον ασθενή και την ποιότητα της περίθαλψης. Η ανθεκτικότητα επιβάλλει, τέλος, στους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής να επανεξετάσουν το σύστημα υγείας, ενώ οι προσπάθειες απόδοσης και οι δημοσιονομικοί περιορισμοί σε ολόκληρη την ΕΕ απαιτούν έναν μεταβαλλόμενο ρόλο των νοσοκομείων, με μικρότερη διάρκεια παραμονής και μείωση του αριθμού περιττών θεραπειών. Η ανθεκτικότητα απαιτεί επίσης ισχυρότερη πρωτοβάθμια φροντίδα. Τα μοντέλα πρωτοβάθμιας φροντίδας χρειάζονται συνεχή αξιολόγηση και επαναξιολόγηση για να συμβαδίζουν με τις εξελισσόμενες προκλήσεις. Ενώ ορισμένες χώρες ενισχύουν και καινοτομούν μοντέλα πρωτοβάθμιας περίθαλψης που ήδη υπάρχουν, άλλοι δεν έχουν επενδύσει ουσιαστικά στην πρωτοβάθμια φροντίδα πριν και τώρα εφαρμόζουν μοντέλα. (State of Health in the EU: Companion Report 2017)

***Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας κοντά στον ασθενή.***

Η πρωτοβάθμια φροντίδα είναι μια ομαδική εργασία, με τον ασθενή στον πυρήνα του. Οι επαγγελματίες που δραστηριοποιούνται σε ομάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, οδοντιάτρους, διαιτολόγους, γενικούς ιατρούς (GPs) ή οικογενειακούς γιατρούς, μαίες, νοσηλεύτες, επαγγελματίες θεραπευτές, οπτικούς, φαρμακοποιούς, φυσιοθεραπευτές, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς. Σε πάνω από το ένα τρίτο των κρατών μελών, η πρωτοβάθμια φροντίδα εξακολουθεί να παρέχεται κυρίως από έναν γενικό ιατρό. Ωστόσο, τα στοιχεία υποδεικνύουν σταθερά τη σημασία του προσωπικού υποστήριξης, της συνεργασίας και της πολυεπιστημονικής ομάδας, ώστε να βελτιωθεί η προσβασιμότητα και να διευρυνθεί η παροχή υπηρεσιών. Τα πολυιατρεία που παρέχουν διαφορετικά επαγγέλματα και προάγουν την πολυεπιστημονική ομαδική εργασία συσχετίζονται γενικά με καλύτερα αποτελέσματα, με μειωμένη νοσηλεία και με αυξημένη ικανοποίηση του ασθενούς και του προσωπικού. (State of Health in the EU: Companion Report 2017)

Επιπλέον, η πολυεπιστημονική ομάδα εργασίας ενθαρρύνει τη συνεργασία μεταξύ παρόχων και, ως εκ τούτου, τείνει να ενθαρρύνει τον καλύτερο συντονισμό της φροντίδας και την ποιότητα. Οι καινοτόμες μορφές παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης ενθαρρύνουν τη δημιουργία νέων συνδυασμών δεξιοτήτων, την επανεξέταση και αναδιανομή ορισμένων καθηκόντων και την αποτελεσματικότερη οργάνωση της εργασίας. Οι νέοι ρόλοι για τους φορείς παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης και η μετατόπιση των καθηκόντων χρειάζονται προσαρμοσμένες επενδύσεις σε ειδική επαγγελματική κατάρτιση, καθώς και η ανάπτυξη νέων εκπαιδευτικών μεθόδων που εστιάζονται, για παράδειγμα, στις προσεγγίσεις με επίκεντρο τον άνθρωπο, συνέχιση της φροντίδας, διαχείριση χρόνιων ασθενειών, πρόληψη και τεχνικές οργάνωσης. Ορισμένοι περιλαμβάνουν επίσης φυσικοθεραπευτές και χειρουργικές επεμβάσεις οδοντιάτρων και συνδέονται με βασικούς εργαστηριακούς και διαγνωστικά μηχανήματα. Επιπλέον, ο ασθενής θεωρείται όλο και περισσότερο ως πλήρες μέλος της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης και όχι μόνο ως ένα παθητικό αντικείμενο φροντίδας. Ειδικότερα, οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα γίνονται εμπειρογνώμονες σχετικά με τους όρους, με τους οποίους ζουν και τι εφαρμόζουν για τη βελτίωση της ευημερίας τους. Η επικέντρωση στον ασθενή σημαίνει ότι ο σχεδιασμός, η εφαρμογή και η αξιολόγηση όλων των διαδικασιών που λαμβάνουν χώρα στο σύστημα υγείας πρέπει να γίνουν, πρώτα απ' όλα, από την πλευρά του ασθενούς. Η ισχυρή πρωτοβάθμια φροντίδα είναι ένα ισχυρό μέσο για τη συμμετοχή των ασθενών στις αποφάσεις σχετικά με την περίθαλψη τους και την δέσμευσή τους να συμμετάσχουν ενεργά στη διαδικασία περίθαλψης. Επιπλέον, τα στοιχεία δείχνουν ότι η επένδυση στην επικοινωνία με τους ασθενείς αυξάνει σημαντικά τον αριθμό των ασθενών που ακολουθούν τη συνιστώμενη πορεία θεραπείας και τελικά βελτιώνει την ικανοποίηση τόσο του ασθενούς, όσο και του επαγγελματία υγείας. (State of Health in the EU: Companion Report 2017)

#### ***Η τεχνολογία στην ενίσχυση της πρωταρχικής φροντίδας.***

Η τεχνολογική καινοτομία επιτρέπει στην πρωτοβάθμια φροντίδα να παρέχει ένα ευρύτερο φάσμα θεραπευτικών αγωγών και να φροντίζει για διάφορες καταστάσεις που προηγουμένως απευθύνονταν μόνο σε εξειδικευμένη περίθαλψη ή σε νοσοκομειακές ρυθμίσεις. Οι προσαρμοσμένες διαγνωστικές συσκευές, όπως υπέρηχοι και οι φορητές δοκιμές πνευμονικής λειτουργίας, έχουν ήδη την ικανότητα να αποκλείουν τη νοσηλεία και να μειώνουν τους χρόνους αναμονής για τους ασθενείς. Οι συσκευές, όπως το ηλεκτροκαρδιογράφημα 24 ωρών (Holter) επιτρέπουν στους ασθενείς να μειώσουν σημαντικά τον χρόνο που περνούν μέσα στις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης.

*Η τεχνολογική καινοτομία διευρύνει τον αριθμό των προβλημάτων που μπορεί να επιλύσει αποτελεσματικά η πρωτοβάθμια φροντίδα." (State of Health in the EU: Companion Report 2017)*



Ταυτόχρονα, οι νέες τεχνολογίες αποτελούν βασική κινητήρια δύναμη για τις δαπάνες της υγείας και την προβλεπόμενη ανάπτυξή της. Επομένως, είναι ζωτικής σημασίας η προσεκτική αξιολόγηση της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας των νέων τεχνολογιών και η αξιολόγηση του τι λειτουργεί και τι δεν λειτουργεί για τους ασθενείς και τους παρόχους. Προκειμένου να αποκομιστούν τα οφέλη της τεχνολογίας και να βελτιωθεί αποτελεσματικά η ποιότητα της περίθαλψης, απαιτείται επαρκής κατάρτιση του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας, καθώς και ένα περιβάλλον υποστήριξης όσον αφορά την επαγγελματική κουλτούρα, τα κίνητρα και τις οργανωτικές ρυθμίσεις. Τα σωστά κίνητρα συμβάλλουν στη διαμόρφωση αποτελεσματικής πρωταρχικής φροντίδας. Ο σωστός συνδυασμός κινήτρων (οικονομικών και μη) μπορεί να ενθαρρύνει την καταλληλότερη και αποτελεσματικότερη χρήση της φροντίδας. Μπορεί να προστατεύσει από την ανεπαρκή παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης και άλλα εμπόδια πρόσβασης, αλλά και να αποφευχθεί η ακαταλληλότητα στη χρήση υπηρεσιών δευτερογενούς περίθαλψης και νοσοκομειακής περίθαλψης. Οποιαδήποτε θεραπεία σε λανθασμένο περιβάλλον τείνει να παρεμποδίσει την ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας και να έχει επιζήμιες συνέπειες τόσο για την εμπειρία του ατόμου όσο και για την αποτελεσματικότητα του συστήματος. Ορισμένα κράτη μέλη αποκαλύπτουν την υπερβολική χρήση της επείγουσας φροντίδας λόγω ανεπαρκούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης. (State of Health in the EU: Companion Report 2017)

### ***Οι υποχρεωτικές παραπομπές πρωτοβάθμιας περίθαλψης***

#### ***Ο συντονισμός και η συνέχεια βασικές ευθύνες της ισχυρής πρωτοβάθμιας φροντίδας***

Πολλά προβλήματα υγείας μπορούν να λυθούν αποτελεσματικά στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η αποτελεσματική δικτύωση μεταξύ των φορέων πρωτοβάθμιας περίθαλψης διασφαλίζει συνεπώς τη μεγαλύτερη δυνατή σειρά θεραπειών και υπηρεσιών εντός των ορίων του τομέα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Επιπλέον, η πρωτοβάθμια φροντίδα διαδραματίζει βασικό ρόλο στην αύξηση της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας στο σύνολό του, με τη διαχείριση των οδών περίθαλψης μεταξύ των τομέων. Ο καλός συντονισμός και η συνέχεια μεταξύ των επιπέδων φροντίδας είναι ιδιαίτερα σημαντικοί για τους ασθενείς με σύνθετες ανάγκες, οι οποίοι είναι πιθανόν να περιηγούνται μεταξύ διαφορετικών τμημάτων του συστήματος υγείας σε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

*"Η παραπομπή μπορεί να εξασφαλίσει το καταλληλότερο επίπεδο φροντίδας στους ασθενείς και να μειώσει τις επιπλέον δαπάνες".*

Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής σε ολόκληρη την ΕΕ ενισχύουν τη λειτουργία της παραπομπής της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ώστε να εξασφαλίζεται το καταλληλότερο επίπεδο περίθαλψης για τους ασθενείς και η μείωση των δαπανών (αποφεύγοντας τις περιττές εισαγωγές στο νοσοκομείο). Η παραπομπές συνδέονται με τη χαμηλότερη συνολική χρήση των υπηρεσιών υγείας και τη μείωση των δαπανών. (State of Health in the EU: Companion Report 2017)

#### **Βασικά στοιχεία για το σχεδιασμό ενός επιτυχημένου ολοκληρωμένου συστήματος φροντίδας**

Σε σχέση με την πληθώρα των ολοκληρωμένων πρωτοβουλιών περίθαλψης σε όλη την ΕΕ, ο αριθμός των συνολικών αξιολογήσεων της αποτελεσματικότητάς τους είναι ελάχιστος, αν και σίγουρα αυξάνεται τα τελευταία χρόνια. Τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι ο συντονισμός και η ένταξη έχουν θετικό αντίκτυπο στην ποιότητα της περίθαλψης, στην υγεία και στην ικανοποίηση των ασθενών. Τα μοντέλα σήμερα περιλαμβάνουν συχνές αξιολογήσεις απόδοσης που αξιολογούν, για παράδειγμα, τα αποτελέσματα της υγείας, την πρόσβαση στη φροντίδα και την απόδοση των επενδύσεων.

*"Η ολοκληρωμένη φροντίδα έχει θετικό αντίκτυπο στην ποιότητα της φροντίδας, στην υγεία και στην ικανοποίηση των ασθενών".*

Η ικανοποίηση των ασθενών μπορεί να ενισχυθεί με την ολοκληρωμένη περίθαλψη, η οποία είναι η ίδια μεσολάβηση για την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας. Βάζοντας τον ασθενή στο επίκεντρο, το ελληνικό πρόγραμμα eTrikala είναι μια πρωτοβουλία που με επιτυχία έδωσε στους ασθενείς και στους συγγενείς τους ένα αίσθημα ασφάλειας και μια αντίληψη ότι δεν θα χαθούν στο σύστημα. Τα διάφορα εργαλεία και μεθοδολογίες για την καλύτερη αξιολόγηση των μοντέλων ολοκληρωμένης περίθαλψης σε ολόκληρη την ΕΕ καταγράφηκαν από μια συνολική έκθεση που εκπόνησε η ομάδα εμπειρογνομόνων της ΕΕ για την αξιολόγηση της απόδοσης των συστημάτων υγείας. Η έκθεση υποστήριξε την ανάπτυξη καινοτόμων δεικτών για τη μέτρηση των επιδόσεων και εντόπισε έντεκα αλληλένδετες «δομικές μονάδες» για τον αποτελεσματικό σχεδιασμό και εφαρμογή ολοκληρωμένων πλαισίων περίθαλψης. Μεταξύ των έντεκα δομικών στοιχείων είναι θέματα όπως το κέντρο ευαισθητοποίησης, Είναι μια βασική έννοια και σημαίνει ότι ο ασθενής είναι μέλος της "ομάδας φροντίδας": πρέπει να συμμετέχει στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων και τα σχέδια περίθαλψης πρέπει να προσαρμόζονται στις προσωπικές ανάγκες των ασθενών. Ένας **δεύτερος παράγοντας** που εντοπίστηκε είναι η εκπαίδευση του εργατικού δυναμικού. Αυτό αναγνωρίζει ότι η εφαρμογή ολοκληρωμένων λύσεων περίθαλψης απαιτεί συχνά τον επανασχεδιασμό των ρόλων των επαγγελματιών υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας και τη δημιουργία νέων ρόλων για τη διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας. Ένα **τρίτο παράδειγμα** περιλαμβάνει μηχανισμούς πληρωμής και κίνητρα, με διαφορετικά μοντέλα χρηματοδότησης ικανά να υποστηρίξουν τη μετάβαση στην περίοδο κατά την οποία οι νέες ολοκληρωμένες υπηρεσίες είναι πλήρως λειτουργικές και οι παλαιότερες παροπλίζονται. Μια άλλη ενδιαφέρουσα περίπτωση για ένα καινοτόμο μοντέλο χρηματοδότησης αφορά το μοντέλο *Gesundes Kinzigtal* στη νότια Γερμανία. Το μοντέλο έχει δείξει βελτιωμένα αποτελέσματα υγείας για τον πληθυσμό, καθώς και εξοικονόμηση κόστους, τα οποία είναι κοινά μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων και της εταιρείας διαχείρισης. Τα δύο τρίτα της εταιρείας διαχείρισης ανήκουν σε GPs και γιατρούς, που μοιράζονται μέρος του κέρδους. Τα γενικά κίνητρα για τους οικογενειακούς ιατρούς αποτελούν περίπου το 5-10% του προσωπικού τους ετήσιου εισοδήματος. (State of Health in the EU: Companion Report 2017)

#### ***Εργατικό δυναμικό ανθεκτικό στις μελλοντικές προκλήσεις***

Για την ενίσχυση της πρόληψης, της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και της παροχής ολοκληρωμένων υπηρεσιών, τα συστήματα υγείας πρέπει να βρουν καινοτόμες λύσεις μέσω νέων τεχνολογιών, προϊόντων και οργανωτικών αλλαγών. Όλα αυτά εξαρτώνται από ένα εργατικό δυναμικό υγείας επαρκούς ικανότητας και με τις κατάλληλες δεξιότητες και ευελιξία για να ανταποκριθεί στις μεταβαλλόμενες απαιτήσεις της υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, πολλές χώρες αντιμετωπίζουν κρίσιμα προβλήματα υγείας στον τομέα του εργατικού δυναμικού, όπως είναι η προσφορά, η διανομή και ένας παραδοσιακός συνδυασμός δεξιοτήτων. Οι μεταρρυθμίσεις στα προγράμματα αρχικής εκπαίδευσης και κατάρτισης και οι επενδύσεις στη συνεχή επαγγελματική ανάπτυξη απαιτούνται για την ανάπτυξη νέων και κατάλληλων συνόλων δεξιοτήτων. Ο προγραμματισμός και η πρόβλεψη του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας μπορεί να βοηθήσει τις χώρες να βρουν τον σωστό αριθμό επαγγελματιών υγείας στη σωστή θέση την κατάλληλη στιγμή. Συνεχίζεται η ενθάρρυνση των δραστηριοτήτων σε επίπεδο ΕΕ στον τομέα του σχεδιασμού και της πρόβλεψης του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας, ούτως ώστε να υποστηρίξει τα κράτη μέλη στην εφαρμογή της θεωρίας και στην οικοδόμηση των εθνικών δυνατοτήτων. (State of Health in the EU: Companion Report 2017)

**Δυνατότητες βελτίωσης ποιότητας περίθαλψης**

Τα πιο ολιστικά δεδομένα σχετικά με την υγεία με επίκεντρο τον άνθρωπο θα έχουν τεράστιες δυνατότητες βελτίωσης της ποιότητας της περίθαλψης και της απόδοσης των συστημάτων υγείας σε όλη την ΕΕ. Η καταγραφή των εμπειριών και των αποτελεσμάτων των ασθενών θα μπορούσε να εμπλουτίσει σημαντικά τη γνώση για όλα τα θέματα, όπως η αποτελεσματικότητα της πρόληψης, η απόδοση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στη μείωση της ανάγκης για οξεία περίθαλψη, η ενσωμάτωση της παροχής υπηρεσιών ή ο προγραμματισμός των ανθρώπινων πόρων. Με την ανάπτυξη αυτής της επόμενης γενιάς συμπληρωματικών δεικτών υγείας, οι υπεύθυνοι για τη χάραξη πολιτικής και οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας θα λάβουν ένα σύνολο εργαλείων για την αποτελεσματικότερη θεραπεία των ασθενών με ολοένα και πιο σύνθετες καταστάσεις και πολλαπλές νοσηρότητες και θα αποδώσουν τα αποτελέσματα που οι ασθενείς εκτιμούν περισσότερο. Όποια και αν είναι η φύση των δεδομένων, είτε πρόκειται για στοιχεία ερευνών είτε για πραγματικά δεδομένα, προϋπόθεση είναι ένα συνεκτικό πλαίσιο διακυβέρνησης των δεδομένων, με σαφείς κανόνες περί ηθικής και εμπιστευτικότητας. (State of Health in the EU: Companion Report 2017)

**9.7 Προοπτικές εξέλιξης του συστήματος ΠΦΥ της Ελλάδας**

Λαμβάνοντας υπόψη τις συνιστώσες του Ελληνικού Συστήματος ΠΦΥ αλλά και για τις Ευρωπαϊκές χώρες (Μ. Βρετανία, Ολλανδία, Φινλανδία και Γερμανία) στη συνέχεια παρουσιάζουμε κάποιες προτάσεις βελτίωσης των συνθηκών λειτουργίας του Συστήματος.

- *Ο Θεσμός του Γενικού Γιατρού ή αλλιώς Οικογενειακού*, ο οποίος είναι ευρύτατα διαδεδομένος στις Ευρωπαϊκές χώρες (Μ. Βρετανία, Ολλανδία, Φινλανδία, Γερμανία), λειτουργεί ως «gatekeeper» για τα ανώτερα επίπεδα φροντίδας υγείας (Νοσοκομεία και εξειδικευμένοι γιατροί). Πιο συγκεκριμένα, είτε επιτρέπεται η πρόσβαση στους εξειδικευμένους γιατρούς και στα νοσοκομεία μόνο με παραπομπή του Γενικού γιατρού (Μ. Βρετανία, Ολλανδία), είτε παρέχονται θετικά κίνητρα στους ασφαλισμένους για παραχώρηση του δικαιώματος επιλογής του γιατρού τους, για παράδειγμα η μείωση ή η επιστροφή ενός ποσοστού της εισφοράς.
- Ειδικότερα, η σύγχρονη τάση είναι η *δημιουργία ομάδων Γενικών Γιατρών* σε κοινά ιατρεία, οι οποίες είναι διαθέσιμες όλο το εικοσιτετράωρο, βελτιώνουν την ιατρική φροντίδα ως προς τη ποιότητα κι αναπτύσσουν τη γνώση. Στις Ομάδες αυτές συμμετέχουν και τα υπόλοιπα ιατρικά επαγγέλματα, δηλ. οι οδοντίατροι, οι οφθαλμίατροι, οι νοσηλευτές, οι μαίες, οι επισκέπτριες υγείας, κλπ., έτσι ώστε η παρεχόμενη φροντίδα να είναι όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένη. Το κίνητρο για την ένωση των ειδικοτήτων μπορεί να είναι η επιπλέον χρηματοδότηση για τον εξοπλισμό των ιατρείων.
- Τα Κέντρα Υγείας της Φινλανδίας παρουσιάζουν πολλές ομοιότητες με τα Ελληνικά, αλλά είναι σε μεγαλύτερο βαθμό ολοκληρωμένα, ( διαθέτουν μέχρι και 60 κρεβάτια νοσηλείας). Η λειτουργία και η οργάνωσή τους μπορεί να αποτελέσει βέλτιστη πρακτική για την αξιοποίηση της θαυμάσιας υποδομής και χωρικής κατανομής των Κέντρων Υγείας του ΕΣΥ και των Πολυιατρείων του ΙΚΑ. (Κυριόπουλος, 1996).
- Ο σχεδιασμός και ο έλεγχος του αριθμού των γιατρών που δραστηριοποιούνται σε κάθε γεωγραφική περιφέρεια ανά ορισμένο αριθμό κατοίκων είναι μια απαραίτητη διαδικασία για την συστηματική ανάπτυξη του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας.

- Η αποκέντρωση στη λήψη των αποφάσεων, μπορεί να δρομολογηθεί ικανοποιητικά αν μελετηθεί ένα ισχυρό πλεονέκτημα του Φινλανδικού συστήματος: η συσχέτιση της χρηματοδότησης μέσω φορολογίας με την οργάνωση και παροχή των υπηρεσιών υγείας σε τοπικό επίπεδο (Κέντρα Υγείας). Είναι απαραίτητη η προηγούμενη ανάπτυξη των κατάλληλων οργανωτικών δομών και λειτουργικών διαδικασιών πριν την ανάθεση διαμεσολαβητικού ρόλου πλήρους μορφής του γενικού γιατρού προς τις άλλες υπηρεσίες ή ακόμη περισσότερο η ανάθεση ευθυνών ρυθμιστή των δαπανών υγείας με την εντολή διαχείρισης προϋπολογισμών. (Κυριόπουλος,1996).
- Η μεταφορά υπηρεσιών υγείας από τον νοσοκομειακό στον εξωνοσοκομειακό τομέα (εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων – outpatient clinics) με στόχο τη μείωση των νοσοκομειακών δαπανών και γενικά των δαπανών υγείας είναι μια ακόμα σύγχρονη τάση (Μ. Βρετανία, Φινλανδία) η οποία επιχειρεί μια νέα ισορροπία μεταξύ συμφερόντων (Κυριόπουλος, 1996)
- Από την άλλη πλευρά, η έλλειψη συσχέτισης μεταξύ της πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής φροντίδας, η οποία οδήγησε σε φαινόμενα αναποτελεσματικότητας το σύστημα της Γερμανίας θα πρέπει να γίνει αντικείμενο μελέτης προς αποφυγή αντίστοιχων συνεπειών για το Ελληνικό σύστημα.
- Το ζήτημα της συγκράτησης του κόστους αντιμετωπίζεται μέσω ετησίων διαπραγματεύσεων, για έναν σφαιρικό προϋπολογισμό, αλλά η μέθοδος αυτή έχει μειονέκτημα την έλλειψη διαθέσιμων πόρων για ανανέωση της υποδομής και κάλυψη των ελλείψεων σε ανθρώπινο δυναμικό (Μ. Βρετανία).
- Η αποζημίωση των γιατρών με τη μέθοδο της πληρωμής ανά υπηρεσία έχει λειτουργήσει συχνά ως κίνητρο αύξησης του αριθμού των ιατρικών πράξεων. Στην Ολλανδία και στην Αγγλία, οι γιατροί αμείβονται με καθορισμένο ποσό ανά εγγεγραμμένο στα μητρώα.
- Στις πιο πολλές Ευρωπαϊκές χώρες συναντήσαμε στοιχεία ανταγωνισμού στα πλαίσια του συστήματος υγείας τους. Η θέσπιση δεικτών ποιότητας για τα αποτελέσματα των θεραπειών, την ικανοποίηση των ασθενών και των προμηθευτών των υπηρεσιών υγείας, η έκδοση οδηγιών για την ιατρική φροντίδα και οργάνωση, είναι μια ακόμα σύγχρονη τάση στην Ευρώπη. Η διασφάλιση της ποιότητας είναι ζήτημα προτεραιότητας σε όλες τις χώρες. Στην Ολλανδία η υπευθυνότητα τοποθετείται στα χέρια των προμηθευτών των υπηρεσιών υγείας και οι κρατικές αρχές παίζουν υποβοηθητικό ρόλο. Η νομική προστασία των ασθενών είναι άλλο ένα ζήτημα που προκαλεί το ενδιαφέρον. Στη Φινλανδία λειτουργεί το αλάνθαστο σύστημα το οποίο αποζημιώνει τους ασθενείς για τις βλάβες χωρίς να επιρρίπτει ευθύνες στους προμηθευτές. Επίσης, στην Ολλανδία τα δικαιώματα των ασθενών καλύπτονται παραδειγματικά. Οι Ενώσεις τους έχουν ισχυρή φωνή και χρηματοδοτούνται κρατικά.

Συνοψίζοντας τα βασικότερα χαρακτηριστικά που συνθέτουν τις βέλτιστες συνθήκες οργάνωσης και λειτουργίας των Ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας που μελετήθηκαν είναι:

- Αποκέντρωση – το σύστημα υγείας βρίσκεται κοντά στον πολίτη-χρήστη των υπηρεσιών.
- Γενικοί Γιατροί, Ομάδες Γενικών Γιατρών, gatekeeping.
- Διαπραγματεύσεις και στοιχεία ελεγχόμενου ανταγωνισμού, σφαιρικοί προϋπολογισμοί.
- Διασφάλιση της ποιότητας, Οδηγίες, Δικαιώματα των ασθενών, νομική κάλυψη.

Η μηχανιστική μεταφορά των παραπάνω τεχνικών και προτύπων στο Ελληνικό σύστημα ΠΦΥ θα ήταν άστοχη. Εκείνο που είναι απαραίτητο είναι η ανάδειξη των συγκριτικών πλεονεκτημάτων του και η μετατόπιση των δραστηριοτήτων και των πολιτικών αποφάσεων για την υγεία προς την κατεύθυνση των σύγχρονων τάσεων, οι οποίες περιγράφηκαν εκτενώς στην εργασία αυτή.

### **9.8 Ποιότητα των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα - πτυχές της παροχής υγειονομικής περίθαλψης που αποτιμώνται από τους ασθενείς.**

Τα τελευταία χρόνια, η Ελλάδα προσπαθεί να μεταρρυθμίσει τις εθνικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης με επίκεντρο την ενίσχυση της παράδοσης του ΠΦΥ σε μια προσπάθεια να καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού και να διασφαλίσει την αποτελεσματική χρήση των δημόσιων πόρων. (Groenewegen PP.,2013). Στο πλαίσιο αυτών των προσπαθειών βελτίωσης της ποιότητας, πραγματοποιήθηκαν αρκετές αλλαγές σε επίπεδο συστήματος από την ελληνική κυβέρνηση, όπως η ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υγείας ως ενοποιημένου κεντρικού ασφαλιστικού φορέα υγείας, η καθιέρωση ενός ηλεκτρονικού συστήματος συνταγογράφησης και η δημιουργία Δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. (Groenewegen PP.,2013), (Karakolias S.E,2014). Ωστόσο, η πρόοδος όσον αφορά την επίτευξη αυτού του στόχου έχει σημειωθεί σημαντικά κρίσιμη. (Groenewegen PP.,2013), (Karakolias S.E,2014), (Polyzos N,et al, 2014). Μια έκθεση του 2013 για την κατάσταση της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Ελλάδα ανέφερε ότι η Ελλάδα δεν διαθέτει βασικά χαρακτηριστικά ισχυρής πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα των δραστηριοτήτων μεταρρύθμισης της υγειονομικής περίθαλψης που προχωρούν προς τα εμπρός. (Groenewegen PP.,2013). Το έργο QUALICOPC παρείχε ένα πλαίσιο για τη μελέτη της επικέντρωσης του ασθενούς σε επίπεδο χώρας, διερευνώντας τις εμπειρίες και τις προσδοκίες του ασθενούς, καθώς σχετίζεται με την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης. (Schafer WL, et al, 2011), (Schafer WL, et al, 2015), (Schafer WL, et al, 2013), και συγκρίνοντας τις απαντήσεις μεταξύ ασθενών με και χωρίς χρόνια ασθένεια, εάν αυτές οι ομάδες ασθενών διαφέρουν ως προς την εμπειρία και τις αξίες. Η μελέτη διαπίστωσε ότι οι περισσότεροι ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα ανέφεραν θετικά ποσοστά ικανοποίησης από την εμπειρία τους στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Πρόκειται για μια πολλά υποσχόμενη διαπίστωση, δεδομένου ότι η μελέτη διεξήχθη κατά τη διάρκεια της περιόδου λιτότητας στην Ελλάδα, η οποία είχε σημαντικό αντίκτυπο στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας και του προσωπικού. Ωστόσο, εντοπίστηκαν επίσης διάφοροι τομείς βελτίωσης, συμπεριλαμβανομένων των ζητημάτων προσβασιμότητας, επικέντρωσης στον ασθενή, συμμετοχής των ασθενών και συνέχειας της περίθαλψης. Οι μεγάλες περιόδους αναμονής αναφέρονται την ημέρα της επίσκεψής τους στα ιατρεία, από τους περισσότερους ασθενείς. Στην Ελλάδα, οι περισσότεροι παθολόγοι συνήθως δεν κλείνουν ραντεβού, γεγονός που μπορεί να εξηγήσει τους χρόνους αναμονής που έχουν αναφερθεί από τους ασθενείς στην παρούσα αξιολόγηση. (Groenewegen PP.,2013). Οι χρόνοι αναμονής και η εγγύτητα των κέντρων πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι δείκτες ποιότητας. (Kringos DS, et al, 2013), (Kringos DS, et al, 2015). Οι προκλήσεις που τεκμηριώνονται στην παρούσα μελέτη όσον αφορά τους χρόνους αναμονής και την πρόσβαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη σε μη αστικές περιοχές έχουν ήδη εντοπιστεί στην επίσημη αξιολόγηση του συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα και αποτελούν σημαντικούς τομείς βελτίωσης της ποιότητας. (Groenewegen PP.,2013). Διάφοροι τομείς βελτίωσης εντοπίστηκαν όσον αφορά τη συνέχεια της περίθαλψης που έλαβαν οι ασθενείς. Η διαθεσιμότητα των αρχείων ιατρικού ιστορικού ήταν 60% μεταξύ των ασθενών με χρόνια ασθένεια και 40% μεταξύ των ατόμων που δεν είχαν χρόνια νόσο. Είναι πιθανό ότι αυτό το εύρημα σχετίζεται με την έλλειψη ενός αποτελεσματικού συστήματος κρατήσεων ραντεβού όπως και με την έλλειψη ενός ολοκληρωμένου συστήματος ηλεκτρονικών ιατρικών αρχείων. (Groenewegen PP.,2013).

Παρόλο που έχουν γίνει κάποιες προσπάθειες τα τελευταία χρόνια, οι γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης έχουν σήμερα μόνο ηλεκτρονική πρόσβαση σε ένα αρχείο των συνταγών του ασθενούς. Οι ερωτηθέντες με χρόνια ασθένεια είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν ότι έλαβαν συμβουλές σχετικά με τη διατήρηση της υγιεινής (διατροφή, κάπνισμα, αλκοόλ), σε σύγκριση με άτομα χωρίς χρόνια νόσο (81% έναντι 60%,  $p < 0,0001$ ). Όλες οι μεταβλητές που σχετίζονται με τη συνέχεια και τον συντονισμό βαθμολογήθηκαν σημαντικά χαμηλότερα μεταξύ των ασθενών χωρίς χρόνια πάθηση, σε σύγκριση με άτομα με χρόνια νόσο. (Lionis et al., 2017). Τα δεδομένα από την παρούσα μελέτη είναι συνεπή με προηγούμενες αναφορές σχετικά με τις αδυναμίες του συστήματος ΠΦΣ στην Ελλάδα, όπως η έλλειψη ολοκλήρωσης σε όλο το σύστημα υγείας, η περιορισμένη χρήση πολυεπιστημονικών ομάδων, ο ανεπαρκής συντονισμός και η συνέχεια της περίθαλψης, καθώς και η έλλειψη εστίασης για την πρόληψη των ασθενειών και την προαγωγή της υγείας. (Groenewegen PP.,2013), (Kringos DS, et al, 2013), (Lionis C, et al, 2013), (Lionis C, et al, 2014). Χρησιμοποιώντας τα πρότυπα ποιότητας που ορίστηκαν από την ομάδα μελέτης QUALICOPC, η Ελλάδα έχει βαθμολογηθεί χαμηλά σε όλους τους τομείς που αξιολογήθηκαν, με εξαίρεση τον τομέα συνέχειας όπου λήφθηκε μέτρια κατάταξη. (Schafer WL, et al, 2015). Δεδομένων αυτών των στοιχείων, θα συνιστάται ότι τόσο η κυβέρνηση όσο και οι ιατρικές σχολές στην Ελλάδα πρέπει να εξετάζουν την ενίσχυση της έμφασης στην φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή στα προγράμματα σπουδών της ιατρικής σχολής και στα συνεχιζόμενα προγράμματα ιατρικής εκπαίδευσης. Μια σύσταση που παρουσιάστηκε σε πρόσφατη έκθεση που εξετάζει την πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη στην Ευρώπη. (Kringos DS, et al, 2013), (Kringos DS, et al, 2015). Σύμφωνα με την μελέτη εντοπίστηκε ένα σημαντικό κενό στην πρόσβαση του ιατρικού ιστορικού ασθενούς στην πρωτοβάθμια φροντίδα, παράγοντας που εκτιμήθηκε ιδιαίτερα από τους ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα. Αυτά τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι οι υπεύθυνοι για τη χάραξη πολιτικής θα πρέπει να συνεχίσουν τις προσπάθειες βελτίωσης των υπηρεσιών ΠΦΥ υιοθετώντας το Ηλεκτρονικό Καταγραφικό Υγείας (EHR), το οποίο αναμένεται να βελτιώσει τις έξι διαστάσεις της ποιοτικής περίθαλψης που προσδιορίζονται από το Ινστιτούτο Ιατρικής (ασφάλεια, επικαιρότητα, ισότητα και επικέντρωση στον ασθενή). (Fleming NS, et al, 2006)

Η διεθνής εμπειρία με βάση το επεισόδιο περίθαλψης και η ταξινόμηση ICPC-2 θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την ενημέρωση των δραστηριοτήτων βελτίωσης της ποιότητας που σχετίζονται με την εισαγωγή των EHR στην Ελλάδα. (Kounalakis DK, et al 2003), (Minas M, et al, 2009). Υπήρχαν αρκετές σημαντικές διαφορές που τεκμηριώθηκαν μεταξύ των ερωτηθέντων χωρίς χρόνια πάθηση και εκείνων που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις από την άποψη της εμπειρίας τους στο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Αυτά τα δεδομένα ενδέχεται να υπογραμμίσουν την έλλειψη προσοχής στην προληπτική φροντίδα στο πλαίσιο του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα και είναι συνεπής με προηγούμενες εκθέσεις. (Groenewegen PP.,2013), (Kringos DS, et al, 2013), (Brotons C, Et al, 2005). Οι οικονομικοί περιορισμοί σήμαιναν ότι αρκετές περιοχές διεθνούς σπουδαιότητας στον τομέα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης δεν περιλαμβάνονται στην Ελλάδα, όπως η χρόνια πρόληψη των ασθενειών, η αυτοδιαχείριση και η πολλαπλή νοσηρότητα. (Lionis C, 2015). Λόγω των υψηλών ποσοστών χρόνιων ασθενειών που έχουν τεκμηριωθεί στην Ελλάδα, συνιστάται η καθυστέρηση στη διάγνωση χρόνιων ασθενειών όπως η ΧΑΠ και ο καρκίνος του πνεύμονα και η αυξημένη εστίαση στην προληπτική ιατρική και τη χρόνια αντιμετώπιση ασθενειών στο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης. (Busse R, et al, 2010). Οι πολύ αποτελεσματικές παρεμβάσεις είναι διαθέσιμες και έχουν δοκιμαστεί σε άλλες χώρες, όπως και στην Ελλάδα, οι οποίες πρέπει να εφαρμοστούν ως μέρος του εθνικού συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας. (Franco OH, et al, 2007). Ομοίως, πρέπει να συζητηθεί επειγόντως ο ρόλος των νοσοκόμων πρωτοβάθμιας περίθαλψης και δημόσιας υγείας και υπάρχουν ενδείξεις ότι η ικανότητα των νοσοκόμων που υπηρετούν στην ελληνική πρωτοβάθμια φροντίδα δεν χρησιμοποιείται επαρκώς.

(Markaki A, et al, 2009), (Markaki A, et al, 2006). Τέλος, η ανάπτυξη προτύπων ποιότητας στις υπηρεσίες ΠΦΥ που ενημερώνονται από μοντέλα περίθαλψης με επίκεντρο τον ασθενή είναι ιδιαίτερα σημαντικά κατά την παρούσα περίοδο λιτότητας στην Ελλάδα. (Lionis et al., 2017).

### **9.9 Το προτεινόμενο υπόδειγμα ολοκληρωμένης Φροντίδας Υγείας**

Τα τελευταία χρόνια γίνεται στην Ελλάδα μια σημαντική προσπάθεια εκσυγχρονισμού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, πλαισιωμένη από ποικίλες νομοθετικές ρυθμίσεις. Η απουσία οικογενειακού γιατρού, τα έντονα φαινόμενα προκλητής ζήτησης υπηρεσιών υγείας, η ανυπαρξία μηχανισμών ελέγχου και διαχείρισης, η έλλειψη διασύνδεσης της εξωνοσοκομειακής με τη νοσοκομειακή περίθαλψη, η δυσχέρεια στην πρόσβαση, η αδυναμία στην ανάσχεση του κύματος της ζήτησης προς τα νοσοκομεία, η χαμηλή ικανοποίηση των πολιτών από την ποιότητα και ανταποκρισιμότητα των υγειονομικών υπηρεσιών, εξακολουθούν να συνθέτουν σήμερα την εικόνα του συστήματος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη χώρα μας. Έχει βεβαιωθεί ότι ο μεγάλος κατακερματισμός και η λειτουργική ασυνέχεια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης συμβάλουν στη δυσμενή διαμόρφωση της ποιότητας, της επάρκειας και του ολιστικού χαρακτήρα της φροντίδας για την υγεία, ενώ ταυτοχρόνως ευνοούν τη μεγέθυνση της ιδιωτικής δαπάνης και την ανάπτυξη παραοικονομικής δραστηριότητας, η οποία εντείνει τις ανισότητες στην πρόσβαση. Επίσης, δεν υπάρχει ολοκληρωμένη, συντονισμένη και μακροπρόθεσμη πολιτική στον τομέα της πρόληψης και προαγωγής υγείας, γεγονός που μερικώς εξηγεί την διαχρονική αναλογική επιδείνωση πολλών υγειονομικών μας δεικτών. Επιπροσθέτως, το ελληνικό σύστημα υγείας πάσχει από την έλλειψη κινήτρων συγκράτησης της δαπάνης και βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η αναδρομική χρηματοδότηση των δαπανών αποδεικνύεται ότι αδυνατεί να ελέγξει το κόστος της ΠΦΥ, καθώς δεν παρέχει κίνητρα συγκράτησης του κόστους, προϋποθέτοντας ότι οι προμηθευτές υγείας λειτουργούν βάσει των αρχών της ισότητας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας. Τέλος, η απουσία στρατηγικών οργάνωσης και κατανομής των παραγωγικών συντελεστών με τις μεθόδους αποζημίωσης των ιατρών δεν παρέχουν κίνητρα για τη βελτίωση των παρεχόμενων πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Η τρέχουσα βαθιά οικονομική κρίση επιδείνωσε ακόμη περισσότερο την κατάσταση, άνοιξε όμως ένα παράθυρο ευκαιρίας για πραγματικές αλλαγές προς ένα πιο ολοκληρωμένο δημόσιας χρηματοδότησης σύστημα υγείας. Εξάλλου, η πραγματικότητα το επιβεβαιώνει. Σε μια περίοδο λουπόν που τα συστήματα υγείας συγκλίνουν, ενσωματώνοντας εργαλεία και καλές πρακτικές, είναι αναμενόμενο και το Ελληνικό σύστημα να πάρει ιδέες και εργαλεία, να τα προσαρμόσει και να τα εντάξει στο δικό του σύστημα (Πολύζος Ν., 2013). Οι προτάσεις που θα ακολουθήσουν παρακάτω μπορούν να αποτελέσουν τους βασικούς άξονες της προσπάθειας ανασυγκρότησης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη χώρα μας. Τόσο το οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο, όσο και το χρηματοδοτικό του προτεινόμενου υποδείγματος ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας θα πρέπει να διασφαλίζουν την τήρηση βασικών θεμελιωδών αρχών και κανόνων που θα καθορίσουν τη φυσιογνωμία του και θα προσδιορίσουν σε μεγάλο βαθμό την επιτυχία της όλης προσπάθειας. (Κυριόπουλος Γ. et. al., 2011).

### ***Το προτεινόμενο ολοκληρωμένο σύστημα ΠΦΥ***

Κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί πολλές προτάσεις για την ανάπτυξη και την εύρυθμη λειτουργία ενός αποτελεσματικού συστήματος ΠΦΥ στην Ελλάδα. Επίσης, η διεθνής πρακτική μπορεί να αποτελέσει μια πολύ σοβαρή δεξαμενή ιδεών και προτάσεων, όπως είναι η φιλοσοφία των Οργανισμών Διατήρησης της Υγείας (HMOs) στις ΗΠΑ, των Οργανισμών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (PCTs) στη Μεγάλη Βρετανία και του Γερμανικού υποδείγματος αποζημίωσης της φροντίδας. Σε κάθε περίπτωση η προσπάθεια ανασυγκρότησης και εκσυγχρονισμού της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ο βαθμός

επιτυχίας της προσπάθειας αυτής πρόκειται να επηρεάσει δραστικά την ποιότητα ζωής των πολιτών και σημαντικά τη δημοσιονομική κατάσταση της χώρας. Βασικός στόχος ενός νέου συστήματος ΠΦΥ θα πρέπει να είναι

- η συγκράτηση των ασθενών εκτός νοσοκομείου,
- η μείωση των δαπανών υγείας,
- η αποδοτικότερη λειτουργία του συστήματος υγείας και τέλος,
- η διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών.

Κατά συνέπεια, σύμφωνα με τις υπάρχουσες συνθήκες και την οικονομική συγκυρία εμφανίζεται πιο επίκαιρη από ποτέ η διακήρυξη της Alma-Ata (WHO, 1978), η οποία τρεις δεκαετίες πριν πρότεινε την ανάπτυξη του υγειονομικού τομέα με βάση την πρωτοβάθμια φροντίδα, την προαγωγή της υγείας και την ενίσχυση των πολιτικών δημόσιας υγείας, με προσήλωση στα κριτήρια της ισότητας, της κοινωνικής δικαιοσύνης και την "υγεία για όλους" δίνοντας έμφαση στους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας, με την κινητοποίηση της κοινοτικής και διατομεακής δράσης και την ανάπτυξη του κοινωνικού κεφαλαίου καθώς και την ενδυνάμωση των μεθόδων αποδοτικής χρήσης των πόρων και εφαρμογής της κατάλληλης τεχνολογίας (Κυριόπουλος Γ. et. al., 2011).

Στο πλαίσιο αυτό κρίνεται απαραίτητος ο ανασχεδιασμός και η αναδιάρθρωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και η μετάβαση σε ένα νέο υπόδειγμα το οποίο θα διασφαλίζει:

- 1) την ελεύθερη και έγκαιρη φροντίδα πρώτης επαφής, όπου ο ιατρός πρωτοβάθμιας περίθαλψης θα αποτελεί την πύλη εισόδου στο σύστημα υγείας, εκτός των περιπτώσεων των επειγόντων περιστατικών,
- 2) την ισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλους τους κατοίκους της χώρας,
- 3) τη συνέχεια της φροντίδας ώστε να παρέχεται διαχρονικά μόνιμη και ομαλή φροντίδα υγείας, ανεξαρτήτως της ύπαρξης ασθένειας,
- 4) το συντονισμό της φροντίδας για την παροχή κατάλληλης φροντίδας για το σύνολο των αναγκών υγείας των ασθενών,
- 5) την παροχή πλήρους και ολοκληρωμένης φροντίδας μέσω μιας βασικής ενιαίας αλλά ευρείας δέσμης υπηρεσιών υγείας, με βάση τα ιδιαίτερα κοινωνικά, οικονομικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού αναφοράς,
- 6) την παροχή φροντίδας με επίκεντρο την οικογένεια και γενικότερα την κοινότητα,
- 7) την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών μέσω της θέσπισης σχετικών κριτηρίων,
- 8) την ικανοποίηση του πληθυσμού, η οποία και θα προσδιορίσει την επιτυχία της όλης μεταρρυθμιστικής προσπάθειας, δεδομένου ότι θα κρίνει καθοριστικά την αποδοχή ή μη του νέου υποδείγματος, γεγονός που αποτελεί και τον κύριο στόχο του όλου σχεδιασμού.

Το νέο υπόδειγμα οφείλει να αναπτυχθεί στη βάση ολοκληρωμένων δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, απευθύνονται σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό ευθύνης και χρησιμοποιούν την μακρόχρονη εμπειρία και το ιδιαίτερα εκτεταμένο δίκτυο που σχηματίζουν τα Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ και τα πολυιατρεία του ΕΟΠΥΥ. Το σχήμα αυτό θα υποστηρίζεται και θα λειτουργεί μέσω του θεσμού του οικογενειακού ιατρού και δύναται να συνδεθεί δια συμβολαίων ο μέγιστος δυνατός αριθμός συμβεβλημένων ιατρών, ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι δομικές μονοπωλιακές τάσεις. Το σχήμα αυτό οφείλει να απομακρυνθεί από μεθόδους αναδρομικής χρηματοδότησης και να λειτουργήσει από μεθόδους προοπτικής χρηματοδότησης στη βάση κλειστών - σφαιρικών προϋπολογισμών, δηλαδή οι δαπάνες υγείας θα καθορίζονται ανά δήμο και θα δίνονται οικονομικά κίνητρα ώστε οι επαγγελματίες υγείας (οικογενειακοί γιατροί, γιατροί ειδικότητας, νοσηλευτές, οδοντίατροι, φυσιοθεραπευτές) να συμμετέχουν στο δίκτυο της περιφέρειας και των



απομακρυσμένων περιοχών συμμετέχοντας στο τοπικό Δίκτυο. Επίσης, το νέο υπόδειγμα οφείλει να λειτουργεί υπό τις αρχές και τους κανόνες της

- ελεύθερης επιλογής του ιατρού από μέρους των καταναλωτών,
- της ασφαλιστικής κάλυψης για τις υπηρεσίες οι οποίες είναι αποδεδειγμένα αποτελεσματικές,
- της χρηματοδοτικής δικαιοσύνης ώστε οι επιβαρύνσεις των χρηστών να είναι ανάλογες του εισοδήματος και αντιστρόφως ανάλογες της ανάγκης,
- της αποτροπής καταστροφικών δαπανών για τα νοικοκυριά και
- της πλήρους λειτουργίας (365 ημέρες το χρόνο, 24 ώρες την ημέρα) ώστε να ανταποκρίνεται στη διαχείριση των προβλημάτων υγείας και του μικρού κινδύνου των νοικοκυριών και της κοινότητας (Τομέας Οικονομικών της Υγείας - ΕΣΔΥ, 2013).

Η καινοτομία των δικτύων έγκειται στο γεγονός ότι αποκαθιστούν τη συνέχεια της φροντίδας και εγγυώνται την άμεση πρόσβαση λαμβάνοντας υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του πληθυσμού ευθύνης, τα οποία δεν είναι δυνατά με τον κλασικό τρόπο διανομής της ιατρικής φροντίδας. Επιπροσθέτως, προάγουν την ολοκληρωμένη μορφή φροντίδας δεδομένου ότι απευθύνονται στο σύνολο του πληθυσμού και εμπεριέχουν εκτός των κλασικών κλινικό-εργαστηριακών δραστηριοτήτων και παρεμβάσεις δημόσιας υγείας όπως είναι η πρόληψη, αγωγή και προαγωγή της υγείας ο έλεγχος του περιβάλλοντος και η διαχείριση των μειζόνων παραγόντων κινδύνου. Η υιοθέτηση του υποδείγματος δύναται να κινητοποιήσει την επιθυμητή μεγάλη κλίμακας υποκατάσταση νοσοκομειακών και τεχνολογικών υπηρεσιών με τη συμμετοχή του συνόλου των δημόσιων και ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας και ως εκ τούτου να ανασχέσει το κύμα της ζήτησης προς τα νοσηλευτικά ιδρύματα και να απαλλάξει τη νοσοκομειακή υποδομή από πρόσθετο βάρος. Η εξέλιξη αυτή μπορεί να οδηγήσει ταυτοχρόνως στην ανασυγκρότηση και βελτίωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, δεδομένου ότι η προσανατολισμένη επιλογή και τα φράγματα που θέτουν ο οικογενειακός ιατρός και τα δίκτυα αντιστοιχούν στις ανάγκες περίθαλψης. Οι προτάσεις που θα ακολουθήσουν παρακάτω μπορούν να αποτελέσουν τους βασικούς άξονες της προσπάθειας μεταρρύθμισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη χώρα μας. Τόσο το οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο, όσο και το χρηματοδοτικό του προτεινόμενου υποδείγματος ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας θα πρέπει να διασφαλίζουν την τήρηση των παραπάνω θεμελιωδών αρχών και κανόνων που θα καθορίσουν τη φυσιογνωμία του και θα προσδιορίσουν σε μεγάλο βαθμό την επιτυχία της όλης προσπάθειας.

### **Οργανωτικές και Λειτουργικές παρεμβάσεις**

Η επίτευξη της αποτελεσματικότητας του δικτύου ΠΦΥ απαιτεί την επιπλέον διοικητική και περιφερειακή οργάνωση τους με κριτήριο τη βελτίωση της παραγωγικής και κατανεμητής αποδοτικότητας, δεδομένων των περιορισμένων διαθέσιμων οικονομικών, ανθρώπινων και τεχνολογικών πόρων. Ως εκ τούτου τα δίκτυα των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας οφείλουν να αναδιαταχθούν με κριτήριο το μέγεθος και τις ανάγκες του πληθυσμού αναφοράς, την ευχερή πρόσβαση και το κόστος χρόνου των πολιτών και να προβούν σε ισότιμη κατανομή και μεταφορά ανθρώπινων και τεχνολογικών πόρων, ώστε να διασφαλίζεται η προσπέλαση των χρηστών και η παραγωγική λειτουργία των τοπικών δικτύων παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών (Τομέας Οικονομικών της Υγείας - ΕΣΔΥ, 2013α). Στο πλαίσιο αυτό αίρονται φαινόμενα ανεπάρκειας ή σπατάλης δυναμικού και οι άνθρωποι τεχνολογικοί πόροι κατανέμονται με κριτήριο την ανάγκη και τη ζήτηση αντίστοιχων υπηρεσιών. Υπό το πρίσμα αυτό η αναδιοργάνωση και η χωροθέτηση των δομών επιτυγχάνεται λαμβάνοντας υπόψη παραμέτρους, όπως

- α) τον χρόνο πρόσβασης των πολιτών,
- β) το μέγεθος του πληθυσμού ευθύνης,
- γ) την πυκνότητα του πληθυσμού ευθύνης,

- δ) δείκτες προσφοράς, ζήτησης και ανάγκης,
- ε) την απόσταση της γεωγραφικής ενότητας που καλύπτουν από το πλησιέστερο αστικό κέντρο,
- στ) την απόσταση από την πλησιέστερη δομή δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας,
- η) την τάση μετακίνησης πληθυσμού για την εξυπηρέτηση των λοιπών αναγκών τους,
- θ) την εποχιακή μεταβολή του πληθυσμού ευθύνης,
- ι) το διαθέσιμο υγειονομικό προσωπικό,
- ια) τη γεωγραφική μορφολογία της κάθε περιοχής και
- ιβ) τις υφιστάμενες συγκοινωνιακές συνθήκες (Τομέας Οικονομικών της Υγείας - ΕΣΔΥ, 2013α).

### **Ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος και Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας**

Σύμφωνα με τον ορισμό που δίδεται από το preStandard ENV 13606 της Ευρωπαϊκής Επιτροπής Τυποποίησης (CEN) «Ο Ιατρικός Φάκελος είναι η "αποθήκη" όλων των πληροφοριών που αφορούν στο ιατρικό ιστορικό του ασθενούς. Αποτελεί επομένως τη βάση της διάγνωσης και της θεραπευτικής αντιμετώπισης του ασθενούς αλλά και τη βάση επιδημιολογικών ερευνών. Επιπλέον, παρέχει πληροφορίες διοικητικής, οικονομικής και στατιστικής φύσεως, καθώς και ποιοτικού ελέγχου». Ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος του ασθενή, αποτελεί έναν ψηφιακό φάκελο, ο οποίος είναι αμιγώς συνδεδεμένος με την Η/Σ. Ο σκοπός του, είναι παροχή φροντίδας στο άτομο εφ' όρου ζωής, αλλά παράλληλα και η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, καθώς με τον τρόπο αυτό, έχουν πρόσβαση σε πληροφορίες τις οποίες μπορούν να διαμοιραστούν μεταξύ τους. Το περιβάλλον του εν λόγω φακέλου, είναι εύχρηστο και φιλικό, καταπραΰνοντας έτσι τις οποίες ενστάσεις είχαν οι ιατροί και οι υπόλοιποι φορείς που κάνουν χρήση του, στο παρελθόν. Ένας μεγάλος αριθμός ηλεκτρονικών ιατρικών φακέλων, αναπτύχθηκε μέσα από σύστημα όπως τα COSTAR, ELIAS, RMIS, TMR και STOP (Μπότσης & Χαλκιώτης, 2005).

Ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος κάθε πολίτη της χώρας αποτελείται από ιατρικές πληροφορίες που παράγονται γι' αυτόν, σε οποιονδήποτε φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας (ν. 3235/2004, άρθρο 9). Η τήρηση του ιατρικού φακέλου συμβάλει στην εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών και στην αυτοματοποίηση των διαδικασιών καταγραφής των κλινικών και εργαστηριακών πληροφοριών που είναι απαραίτητες σε κάθε επαφή των πολιτών με τις υπηρεσίες υγείας, αλλά κυρίως στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας του νέου συστήματος (Σουλιώτης Κ., Μαριόλης, 2004). Ο οικογενειακός ιατρός υποχρεούται να ενημερώνει τους ηλεκτρονικούς ιατρικούς φακέλους των ασφαλισμένων που τον έχουν επιλέξει με τις πληροφορίες οι οποίες παράγονται από τον ίδιο. Ο ιατρικός φάκελος αποτελεί ένα μέσω συγκέντρωσης των πληροφοριών που σχετίζονται με τον ασθενή, δηλαδή αποτελεί το κεντρικό σημείο του δικτύου επικοινωνίας που αναπτύσσεται στις υπηρεσίες υγείας (Γούλα, 2007).

Σχετικά με τους σκοπούς του ιατρικού ηλεκτρονικού φακέλου του ασθενή, θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι οι ακόλουθοι:

- Προβολή όλου του ιστορικού του ασθενή ανά πάσα στιγμή (παρούσα νόσος, φάρμακα, αλλεργίες, προηγούμενες νοσηλείες, επεμβάσεις, εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις)
- Οδηγίες, διαγνώσεις, παραπεμπτικά, οδηγίες και άλλα, μπορούν να διανεμηθούν άμεσα ανάμεσα στο ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό.
- Καταγραφής της πορείας νόσου του ασθενούς και των διατύπωση απόψεων σχετικά με τη διάγνωση, τη θεραπευτική στρατηγική, την παρακολούθηση και τη συμπληρωματική θεραπεία. 27
- Φύλαξη όλων των κλινικών δεδομένων για μελλοντική χρήση. Διευκόλυνση πρόσβασης σε αυτόν στο μέλλον, από οποιοδήποτε γιατρό, που θα ασχοληθεί με τον ασθενή.
- Μεγαλύτερη ευκολία στη διεξαγωγή κλινικών και επιδημιολογικών μελετών, και εκτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών, από τις διοικητικές αρχές.

• Νομικός έλεγχος των διαδικασιών που ακολουθήθηκαν κατά τη διάρκεια της θεραπείας του ασθενή. Ο ηλεκτρονικός φάκελος, χρησιμοποιείται τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στην δευτεροβάθμια φροντίδα ασθενών. Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, έχει διαπιστωθεί ότι χρησιμοποιείται εντατικά από τους Γ/Ο ιατρούς, καθώς όπως είναι φανερό από το παράδειγμα της Ολλανδίας, τον χρησιμοποιεί το 90% των Γ/Ο ιατρών. Οι ειδικοί γιατροί από την άλλη, φαίνεται να χρησιμοποιούν λιγότερο τον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο και ιδίως, εκεί όπου εργάζονται σε μεγαλύτερες ομάδες ιατρών. Είναι γεγονός όμως, ότι ένα από τα αρνητικά στοιχεία του φακέλου, είναι το γεγονός ότι αδυνατεί να εξυπηρετήσει πλήρως όλες τις ειδικότητες, κάθε μία από τις οποίες έχει και διαφορετικές απαιτήσεις (Μπότσης & Χαλκιώτης, 2005).

Οι ηλεκτρονικοί ιατρικοί φάκελοι, περιέχουν το κατάλληλο υλικό, λογισμικό, και τα δεδομένα που απαιτούνται για την ορθή λειτουργία τους. Συγκεκριμένα, το υλικό που χρειάζονται οι ιατρικοί φάκελοι, μπορεί να είναι CD-ROMs, σκληροί δίσκοι, servers και δίκτυο για την επικοινωνία των συστημάτων μεταξύ τους. Το λογισμικό, αποτελείται από ένα λογισμικό διεπαφής, το οποίο μετατρέπει σε φιλικό το περιβάλλον του φακέλου για τον χρήστη. Τέλος, τα δεδομένα που απαιτούνται για τη λειτουργία του, είναι εκείνα που εισάγονται σε έναν ιατρικό φάκελο, δηλαδή τα στοιχεία του ασθενούς, αποτελέσματα εξετάσεων, οδηγίες, φαρμακευτική αγωγή καθώς και εξετάσεις όπως ακτινογραφίες ή αξονικές. Ακόμη, θα πρέπει να αναφερθεί ότι για την ορθή του λειτουργία, ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος, απαιτεί την ύπαρξη ενός ανθρώπινου δυναμικού ιατρικού, παραϊατρικού, διοικητικού και γραμματειακού, που θα υλοποιούν τις ανωτέρω ενέργειες. Οι τεχνικοί, προγραμματιστές, αναλυτές και υπεύθυνοι του συστήματος, αποτελούν επίσης 28 απαραίτητο προσωπικό για τη σύσταση και λειτουργία του συστήματος (Μπότσης & Χαλκιώτης, 2005).

Παρ' όλα αυτά, οι ηλεκτρονικοί ιατρικοί φάκελοι, όπως είναι σαφές, διακρίνονται και από μειονεκτήματα πέρα από τα θετικά στοιχεία τους διέπουν. Αναλυτικότερα, τα μειονεκτήματα αυτά, εμπεριέχουν σημαντικούς κινδύνους κατά τη χρήση, οι οποίοι είναι εξής (Μαντάς, 2007) :

- Εξωτερικές παρεμβάσεις για την ανάγνωση, την κλοπή ή την παραποίηση των δεδομένων
- Διαρροή στοιχείων
- Χάσμα στα δεδομένων ραγδαία και απότομα (φυσικός κίνδυνος)
- Συλλογή δεδομένων για ερευνητικούς λόγους χωρίς εξουσιοδότηση
- Χάνεται η διαπροσωπική σχέση με τον ασθενή

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι για την Ευρώπη ισχύει η έννοια «Citizen Health Record» δηλαδή, «Φάκελος Υγείας του Πολίτη (ΦΥΠ)», όποιος έχει ασφαλώς υιοθετηθεί και από τη χώρα μας τα τελευταία χρόνια. Ο όρος ασθενής, αντικαταστάθηκε από τον όρο «πολίτης», προκειμένου να αναδειχθεί το σύγχρονο όραμα του παγκόσμιου πολίτη, για τις απαιτούμενες υπηρεσίες υγείας του.

**Η ηλεκτρονική κάρτα υγείας**, εκτός από τον ιατρικό φάκελο, μπορεί να περιέχει και άλλες πληροφορίες που διευκολύνουν την πρόσβαση του πολίτη στις υπηρεσίες υγείας (ν. 3235/2004, άρθρο 9). Επομένως, η ηλεκτρονική κάρτα υγείας κρίνεται απαραίτητη για την παροχή βελτιστοποιημένων υπηρεσιών προς τους πολίτες, τη μείωση του κόστους περίθαλψης και τη βελτίωση της διοικητικής πληροφόρησης των συντελεστών παρόχων, με απώτερο στόχο την μετάβαση σε πλήρως paperless περιβάλλον δημόσιας υγείας. Άρα, τα θετικά για τον ασφαλισμένο χρησιμοποιώντας την ηλεκτρονική κάρτα υγείας είναι η εύκολη πρόσβαση, η ταχύτητα, η διασφάλιση της προστασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και η αναλυτική πληροφόρηση. Τα πλεονεκτήματα για τους παρόχους υπηρεσιών υγείας είναι η αμεσότητα, η ακρίβεια στοιχείων και η γρήγορη πρόσβαση στο ιστορικό ασθενούς. Ενώ, για τον ασφαλιστικό φορέα είναι η άμεση ταυτοποίηση ασφαλισμένου, η εξάλειψη φαινομένων απάτης, η ορθολογική διαχείριση των προϋπολογισμών, η μείωση διπλών εξετάσεων και γενικότερα η παρακολούθηση της

χρήσης των υπηρεσιών, η αξιολόγηση και ο έλεγχος της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Θα πρέπει σε κάθε Κέντρο Υγείας και γενικότερα σε κάθε δομή της ΠΦΥ να εγκατασταθεί πλήρης τεχνολογική υποδομή για την τήρηση και ενημέρωση των στοιχείων του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου και για την πρόσβαση σε στοιχεία τα οποία τηρούνται σε άλλους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας όλων των κατοίκων που υπάγονται σε αυτό. Αντίστοιχη υποδομή οφείλουν να διαθέτουν και τα ιατρεία των ιδιωτών οικογενειακών ή και προσωπικών ιατρών, που έχουν σχετική σύμβαση με ασφαλιστικούς οργανισμούς.

Ο Ηλεκτρονικός Φάκελος Ασθενούς αποτελεί τη συστηματική συλλογή του ιστορικού και της κατάστασης υγείας ενός πολίτη, ο οποίος δημιουργείται, διατηρείται και συντηρείται από έναν ιατρό ή μια μονάδα υγείας ή άλλον επαγγελματία φροντίδας υγείας. Επιπλέον, μπορεί να παρέχει πληροφορίες διοικητικής, οικονομικής και στατιστικής φύσεως, καθώς και ποιοτικού ελέγχου (Michel-Verkerke et al. (2015). Παρά το γεγονός ότι ο ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο διάγνωσης και θεραπευτικής αγωγής στο χώρο των μονάδων υγείας, η εφαρμογή του στα δημόσια ελληνικά νοσοκομεία έχει καθυστερήσει χαρακτηριστικά, κυρίως λόγω έλλειψης προσωπικού που να διαθέτει την αντίστοιχη κατάρτιση και των αντίστοιχων κονδυλίων που απαιτούνται για τη δημιουργία των κατάλληλων υποδομών που θα το υποστηρίξουν (Kitsiou et al. (2010); Κουνέλη (2009). Τα οφέλη που προκύπτουν από τη λειτουργία ενός φιλικού προς το χρήστη και αποδοτικού ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς είναι σημαντικά. Ο Peckham (2016) σε σχετικό άρθρο του αναφέρει μια σειρά από μακροπρόθεσμα οφέλη, τα οποία είναι η ταχύτητα, η αξιόπιστη πρόσβαση σε ιατρικές πληροφορίες ασθενών από το ιατρικό προσωπικό, ο αυτοματισμός ορισμένων διαδικασιών, η βελτίωση της ακρίβειας των δεδομένων, η τυποποίηση των προτύπων, η πρόσβαση των ασθενών στις ιατρικές πληροφορίες, η αυτόματη συμπλήρωση ορισμένων πεδίων, η αμφίδρομη ολοκλήρωση και η χαρτογράφηση των δεδομένων των ασθενών, η έρευνα και η βελτίωση της ασφάλειας. Σύμφωνα με την Chao (2016), η εισαγωγή των ηλεκτρονικών συστημάτων υγείας, συνέβαλε καθοριστικά στην εξοικονόμηση χρόνου και πόρων, καθώς σταμάτησαν να είναι απαραίτητες διαδικασίες όπως η δημιουργία φωτοαντιγράφων σειράς εγγράφων που βρίσκονται στο φάκελο του ασθενούς, κάτι που οδηγούσε στην συσσώρευση διπλών αντιγράφων και έκανε δυσκολότερη την ανάκτησή τους.

### **Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού**

Αναλύοντας την Ευρωπαϊκή εμπειρία και πρακτική, στον πυρήνα της ΠΦΥ βρίσκεται σε αρκετές περιπτώσεις ο οικογενειακός ιατρός, θεσμός που παρουσιάστηκε στην Αγγλία πριν 30 χρόνια περίπου και λειτουργεί με διάφορες παραλλαγές σε πολλές χώρες, ως το πρώτο σημείο αναφοράς του ασθενούς με το υγειονομικό σύστημα, αλλά και αυτός που κατευθύνει τον ασθενή σε περαιτέρω ενέργειες αν απαιτείται (Σουλιώτης Κ. et. al., 2013).

Ο οικογενειακός γιατρός θεωρήθηκε ως ο γιατρός που έχει τον πρωταρχικό ρόλο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ως οικογενειακοί γιατροί έχουν χρησιμοποιηθεί, ανάλογα με τις οργανωτικές και λειτουργικές ιδιαιτερότητες των συστημάτων υγείας, γιατροί χωρίς ειδικότητα, γενικοί γιατροί, παθολόγοι, παιδίατροι, γυναικολόγοι, κλπ. Η σύγχρονη όμως τάση είναι ότι ο ρόλος αυτός ανήκει αποκλειστικά στους γιατρούς γενικής ιατρικής (general practitioners), με αποτέλεσμα οι όροι γενικός και οικογενειακός γιατρός να είναι πλέον ταυτόσημοι, παρόλο που ο πρώτος αφορά την ιατρική εξειδίκευση και ο δεύτερος τον τρόπο άσκησης του ιατρικού έργου (Μωραϊτίης, 1996).

Επομένως, σύμφωνα με την British Medical Association (BMA) ο γενικός - οικογενειακός γιατρός «... είναι πτυχιούχος της ιατρικής που παρέχει προσωπική, πρωτοβάθμια και συνεχή φροντίδα σε άτομα, σε οικογένειες και στον πληθυσμό ευθύνης, ανεξάρτητα από ηλικία, φύλο και ασθένεια». Αποδέχεται την υπευθυνότητα μιας αρχικής απόφασης για κάθε πρόβλημα που του παρουσιάζει ο ασθενής του και συνεργάζεται με ειδικούς όταν το

θεωρεί αναγκαίο. Η διάγνωσή του συγκροτείται με κριτήρια οργανικά, ψυχολογικά και κοινωνικά (Royal College of General Practitioners, 1969).

Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ το 2016 στην Ελλάδα η ειδικότητα της γενικής ιατρικής αποτελεί μόλις το 5% του συνόλου των ιατρικών ειδικοτήτων, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για τη Γερμανία 17%, η Ολλανδία 24%, το Ηνωμένο Βασίλειο 27%, και η Φιλανδία 37%. Παρατηρούμε ότι η Ελλάδα έχει το χαμηλότερο ποσοστό μεταξύ των κρατών – μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. (OECD Health Statistics 2018; Eurostat Database.)

Ο οικογενειακός ιατρός θα αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας, καθοδηγώντας τον για τις περαιτέρω κινήσεις του μέσα στο δίκτυο. Με άλλα λόγια, αν αυτός ο γιατρός κρίνει ότι δεν μπορεί να αντιμετωπίσει πλήρως το πρόβλημα του ασθενή του, τον παραπέμπει σε ένα κέντρο υγείας ή νοσοκομείο, όπου υπάρχουν οι γιατροί όλων των ειδικοτήτων. Οι γιατροί αυτοί, αφού εξετάσουν τον άρρωστο και του δώσουν την ενδεδειγμένη θεραπεία, είναι υποχρεωμένοι να ενημερώσουν εγγράφως τον γιατρό που τους τον παρέπεμψε, δηλαδή η συνέχεια της φροντίδας επιτυγχάνεται μέσω της αντίστροφης παραπομπής. Έτσι, ο πολίτης εξυπηρετείται υπεύθυνα, ασφαλέστερα και επιστημονικά σωστά. Επομένως, ως ιδιαίτερα σημαντική αναδεικνύεται στο νέο υπόδειγμα η συνεργασία των οικογενειακών γιατρών με ιατρούς που διαχειρίζονται εξειδικευμένα προβλήματα υγείας, όπου μέσω της ανταλλαγής πληροφοριών θα καταστεί εφικτή η υποστήριξη των ασθενών κυρίως με χρόνιες παθήσεις στον τόπο διαμονής τους, από τους οικογενειακούς ιατρούς (Σουλιώτης Κ. et. al., 2013).

Ωστόσο, ο χρήστης θα είναι ελεύθερος να επισκέπτεται ειδικούς ιατρούς χωρίς παραπεμπτικό από τον οικογενειακό ιατρό. Επίσης, εάν ο γιατρός της ΠΦΥ, ο λεγόμενος οικογενειακός γιατρός, κρίνει ότι χρειάζονται εξετάσεις που γίνονται σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, συμβεβλημένα με το ΕΣΥ, μπορεί να τον παραπέμπει σε αυτά, προκειμένου να επισπευσθούν τα ραντεβού και να μην υπάρχουν μεγάλες λίστες αναμονής - όταν φυσικά δεν μπορούν τα ραντεβού αυτά να εξυπηρετηθούν εγκαίρως από τα κέντρα υγείας και τα νοσοκομεία. (Τομέας Οικονομικών της Υγείας - ΕΣΔΥ, 2013β)

Σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, οι εμπειρίες ασθενών είναι γενικά συνεπείς με την αντιληπτή ποιότητα του οικογενειακού γιατρού / GP ή των υπηρεσιών του κέντρου υγείας, όπως αναφέρεται στην Ευρωπαϊκή Έρευνα Ποιότητας Ζωής (European Quality of Life Survey). Η ποιότητα της περίθαλψης είναι υψηλή στην Αυστρία και χαμηλή στην Ελλάδα. Τα τελευταία χρόνια, οι αναφερόμενες εμπειρίες ασθενών δεν έχουν αλλάξει σημαντικά στις περισσότερες χώρες. OECD (2018), "Patient-Reported Indicators Survey (PaRIS)", [www.oecd.org/health/paris.htm](http://www.oecd.org/health/paris.htm).

### **Υιοθέτηση και Χρήση ηλεκτρονικών ιατρικών καταγραφών και ηλεκτρονικής συνταγογράφησης**

Η υγειονομική περίθαλψη που είναι ασφαλής, αποτελεσματική, έγκαιρη, αποτελεσματική και με επίκεντρο τον ασθενή στηρίζεται στις σωστές πληροφορίες που φτάνουν στο σωστό άτομο (ή οργάνωση) την κατάλληλη στιγμή. Μια ψηφιακή πληροφορική υποδομή που διασφαλίζει την έγκαιρη και αξιόπιστη ανταλλαγή κλινικών και άλλων πληροφοριών μπορεί να βελτιώσει τα αποτελέσματα της υγείας και την αποτελεσματικότητα και επίσης να δημιουργήσει ένα αποθετήριο πολύτιμων δεδομένων για τους ερευνητές και τους διαχειριστές συστημάτων (OECD, 2017).

Η παροχή δυνατότητας στους ανθρώπους να έχουν πρόσβαση να αλληλοεπιδρούν με το ηλεκτρονικό ιατρικό ιστορικό τους - electronic medical record (EMR) είναι ένα σημαντικό χαρακτηριστικό που μπορεί να βοηθήσει τους ανθρώπους να εμπλακούν περισσότερο στην υγεία και τη φροντίδα τους. Η στρατηγική της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την ψηφιακή ενιαία αγορά περιλαμβάνει τρεις πυλώνες για τη βελτίωση του τομέα της υγείας και της περίθαλψης σε όλη την ΕΕ:

1) να εξασφαλιστεί η πρόσβαση και η ανταλλαγή των προσωπικών πληροφοριών για την υγεία πέρα από τα σύνορα, με πρόθεση να προχωρήσουμε πέρα από τις ηλεκτρονικές συνταγές και περιλήψεις ασθενών και να καθιερωθεί πλήρης τη λειτουργικότητα των EMR των κρατών μελών και ένα ευρωπαϊκό μορφότυπο ανταλλαγής ηλεκτρονικών αρχείων

2) να συνδέει και να μοιράζεται δεδομένα για την υγεία, ώστε να επιτρέπει την έρευνα, την καλύτερη διάγνωση και τη βελτίωση της υγείας · και

3) να ενισχυθεί η ενδυνάμωση των πολιτών και η ατομική φροντίδα μέσω λύσεων ηλεκτρονικής υγείας και νέων μοντέλων περίθαλψης (European Commission, 2018). Πολλές χώρες εφαρμόζουν τα EMR σε όλες τις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Το 2016, το ποσοστό των πρακτικών πρωτοβάθμιας περίθαλψης που χρησιμοποιούν EMR ήταν περίπου 80% κατά μέσο όρο σε 15 χώρες της ΕΕ, αν και υπάρχουν μεγάλες διαφορές. Ενώ το EMR χρησιμοποιήθηκε σε όλα ή σχεδόν όλα τα ιατρεία πρωτοβάθμιας περίθαλψης στη Φινλανδία, την Ελλάδα, και το Ηνωμένο Βασίλειο, η χρήση του ήταν πολύ πιο περιορισμένη στην Κροατία και την Πολωνία. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το ποσοστό των πρακτικών πρωτοβάθμιας περίθαλψης που χρησιμοποιούν EMR διπλασιάστηκε μεταξύ 2012 και 2016. Στις περισσότερες από αυτές τις 15 χώρες, οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να βλέπουν πληροφορίες που περιέχονται στο ηλεκτρονικό τους αρχείο και οι ασθενείς είναι επίσης σε θέση να αλληλοεπιδρούν με το αρχείο τους, για παράδειγμα να προσθέσουν ή να τροποποιήσουν πληροφορίες (Oderkirk, 2017). Το ePrescribing, το οποίο επιτρέπει να γράφουν συνταγές που μπορούν να ανακτηθούν ηλεκτρονικά από ένα φαρμακείο, μπορεί να βελτιώσει την ακρίβεια και την αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής διανομής φαρμάκων. Όμως η εφαρμογή του ePrescribing ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό. Το 2018, πάνω από το 90% των συνταγών διαβιβάστηκε στα φαρμακεία της κοινότητας ηλεκτρονικά π.χ. στη Φινλανδία. Από την άλλη πλευρά, η εφαρμογή ePrescribing δεν έχει ακόμη εφαρμοστεί σε πολλές χώρες (όπως η Γερμανία) παρόλο που όλες αυτές οι χώρες έχουν δηλώσει ότι σχεδιάζουν να αρχίσουν να εφαρμόζουν το ePrescription σε περιφερειακό ή εθνικά επίπεδα τα επόμενα χρόνια. (OECD, 2017).

## 9.10 Καινοτομίες ενίσχυσης ΠΦΥ

### **Καινοτομίες για την ενίσχυση της διαχείρισης των παρόχων ΠΦΥ**

- Συμβάσεις με ανεξάρτητες οργανώσεις ΠΦΥ ή οικογενειακούς ιατρούς για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, και της ανταπόκρισης των υπηρεσιών υγείας (Atun et al., 2006), (Albreht and Klazinga, 2009).
- Νόμος να επιτρέπει στους οικογενειακούς γιατρούς να μεταβαίνουν από δημόσιοι υπάλληλοι σε ανεξάρτητοι επαγγελματίες που μπορούν να συμβληθούν απευθείας με το Κρατικό Ίδρυμα Ασφάλισης Υγείας.
- Αλλαγή της αμοιβής των ιατρών από σταθερούς μισθούς σε πληρωμές βάσει του εύρους και του όγκου των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Δικαίωμα των ασθενών να επιλέγουν τους παρόχους ΠΦΥ τους. Οι ανεξάρτητοι οικογενειακοί γιατροί είναι πλέον σε θέση να διευρύνουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες και να εισαγάγουν αλλαγές για να βελτιώσουν την ανταπόκριση των χρηστών, για παράδειγμα, εισάγοντας ώρες ραντεβού, προγραμματίζοντας επισκέψεις μέσω τηλεφώνου, μειώνοντας τους χρόνους αναμονής για συναντήσεις και πραγματοποιώντας τηλεφωνικές συμβουλές εκτός ωρών.(Hebrang, 2003).
- Οι πληρωμές που σχετίζονται με την απόδοση επικεντρώνονται στη βελτίωση της παραγωγικότητας στον τομέα και στην ενθάρρυνση των ιατρών να αναλάβουν νέους ασθενείς και ρόλους στους οποίους προηγουμένως δεν ήταν υπεύθυνοι. (Richardson E,2013).

- Αυτοαπασχολούμενοι οικογενειακοί γιατροί με συμβάσεις παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ και επαναδιαπραγμάτευση αυτών κάθε λίγα χρόνια για να ανταποκριθούν στις αναδυόμενες ανάγκες (Pedersen KM, et al, 2012).
- Συγχώνευση των περιφερειών ΠΦΥ σε μεγαλύτερες ομάδες, προκειμένου να δημιουργηθούν ισχυρότερες δυνατότητες παροχής υπηρεσιών και να αυξηθεί η προσαρμοστικότητα στις τοπικές ανάγκες, καθώς και να ενισχυθεί η πρόσληψη προσωπικού (WHO Regional Office for Europe; 2018).
- Ενίσχυση της ικανότητας προγραμματισμού των επιχειρήσεων στις περιφερειακές και αγροτικές εγκαταστάσεις ΠΦΥ για την αύξηση της διαχειριστικής ικανότητας στα ιδρύματα υγείας, την ευαισθητοποίηση σχετικά με την κατάλληλη χρήση των πόρων και τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών (Review of the National Programme on the Development of Family Medicine 2011–2015 in Tajikistan, Copenhagen.; WHO, 2016).
- Επίβλεψη των υπηρεσιών ΠΦΥ και σύναψη κατάλληλων καταρτισμένων γιατρών με ειδική άδεια που τους παρέχει το δικαίωμα άσκησης.
- Δίκαιη πρόσβαση και συνέχεια στη φροντίδα με έναν ορισμένο οικογενειακό γιατρό, ο οποίος παρέχει ένα ολοκληρωμένο σύνολο υπηρεσιών πρόληψης ασθενειών, προαγωγής της υγείας, διάγνωσης και θεραπείας, καθώς και παραπομπές στη δευτεροβάθμια περίθαλψη. (WHO Regional Office for Europe; 2018)

#### **Καινοτομίες για την προώθηση της διατομεακής συνεργασίας**

- Δημιουργία κέντρων μετανάστευσης σε περιοχές με έντονη πληθυσμιακή πυκνότητα από πρόσφυγες της προκειμένου να παράσχουν αποτελεσματική προληπτική φροντίδα και βασικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, να καταργήσουν τα γλωσσικά και πολιτιστικά εμπόδια στην πρόσβαση και να βελτιώσουν τη συνολική προσβασιμότητα των υπηρεσιών. (WHO Regional Office for Europe; 2018).
- Παροχή υπηρεσιών για την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη ασθενειών σε τοπικό επίπεδο μέσω στενής συνεργασίας με άλλους κυβερνητικούς και μη κυβερνητικούς οργανισμούς στον τομέα της εκπαίδευσης, του πολιτισμού, του αθλητισμού και του της αναψυχής, του περιβαλλοντικού τομέα, καθώς και των οργανώσεων των ασθενών. Ενσωμάτωση πλήρως της ΠΦΥ, στις δευτερεύουσες υπηρεσίες υγείας και τις κοινωνικές υπηρεσίες, στις επαρχίες. (WHO Regional Office for Europe; 40th anniversary of the Declaration of Alma-Ata. Copenhagen: 2018.)
- Ομοσπονδίες γενικών ιατρών για να στηρίξουν τα κέντρα υγείας στις περιοχές τους και να διευκολύνουν τη μετατροπή των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας μέσω της ΠΦΥ. (WHO Regional Office for Europe; 40th anniversary of the Declaration of Alma-Ata. Copenhagen: 2018.)
- Πολιτικές και δράσεις από το Υπουργείο υγείας για την προώθηση υγιεινών τρόπων ζωής, τη βελτίωση της παραγωγής και διανομής υγιεινών τροφίμων, εισήγηση κατευθυντήριων γραμμών για τη διατροφή σε νοσοκομεία, σχολεία κτλ. Όπως π.χ. η εθνικό σχέδιο δράσης για τη μείωση της κατανάλωσης αλατιού, απαγόρευση χρήσης μηχανών αυτόματης πώλησης διανομής τροφίμων και ποτών σε όλα τα σχολεία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (WHO Regional Office for Europe; Copenhagen, 2012)

- Προσφορά και συμμετοχή σε αθλήματα σε άτομα όλων των ηλικιών, ως μέσο αντιμετώπισης της παχυσαρκίας, υγιεινότερα τρόφιμα από τις σχολικές υπηρεσίες τροφοδοσίας στα κυλικεία και τα μέσα ενημέρωσης παίζουν σημαντικό ρόλο στην προώθηση των αθλητικών και ισορροπημένων προτύπων. (WHO Regional Office for Europe; Copenhagen, 2016).
- Ανάπτυξη ενός διατομεακού συστήματος προειδοποίησης για τα άκρωα μεταδοτικά νοσήματα δια θαλάσσης για την διασφάλιση ότι τα άτομα λαμβάνουν την κατάλληλη περίθαλψη και ότι οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας προστατεύονται από τον κίνδυνο μετάδοσης μολυσματικών ασθενειών (WHO Regional Office for Europe; Small country case stories on intersectoral action for health. Copenhagen: 2016).
- Ενεργά διατομεακές πολιτικές που αφορούν τον τομέα της υγείας, της εκπαίδευσης, των μεταφορών και του περιβάλλοντος για την προώθηση της σωματικής άσκησης, με εκστρατείες για την υγεία για την προώθηση των μεταφορικών μέσων και εκστρατείες δημόσιας υγείας που αποσκοπούν στην πρόκληση αλλαγής συμπεριφοράς. (Dombois OT, et al, 2006)

### **Καινοτομίες στη χρηματοδότηση**

- Καινοτόμους μεθόδους πληρωμής με συστήματα διαχείρισης της απόδοσης για την ανάπτυξη ολοκληρωμένων υπηρεσιών ΠΦΥ, αναπροσανατολισμός των υπηρεσιών ΠΦΥ προς την κατεύθυνση της προαγωγής της υγείας και την πρόληψη ασθενειών, και τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.
- Συστήματα αμοιβής για απόδοση ως κίνητρα για την επέκταση της προαγωγής της υγείας, τη βελτίωση της πρόληψης των ασθενειών (για παράδειγμα, προγραμμάτων ανοσοποίησης) και τον έλεγχο προσυμπτωματικού ελέγχου, για τον καρκίνο του μαστού και του τραχήλου της μήτρας, για την κακή ανάπτυξη στα παιδιά, για την γεροντική ασθένεια και για τις χρόνιες παθήσεις), την αύξηση της ποιότητας της περίθαλψης και την ανάπτυξη ολοκληρωμένων μοντέλων περίθαλψης (Thomson S, et al,2009), (Charlesworth A, et al,2012).
- Προστασία των πολιτών από καταστροφικές δαπάνες για την υγεία. Πρόσβαση των πολιτών σε ένα βασικό πακέτο παροχών, βελτιώνοντας έτσι την οικονομική προστασία (WHO Regional Office for Europe; 40th anniversary of the Declaration of Alma-Ata. Copenhagen: 2018).
- Εισαγωγή νέων μοντέλων πληρωμών επαγγελματιών ΠΦΥ με προγράμματα βελτίωσης ποιότητας και συγκριτική αξιολόγηση επιδόσεων. Προγράμματα ποιότητας της ιατρικής περίθαλψης με παροχή πρότυπων καλής ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη και μεθοδολογικές κατευθυντήριες γραμμές για την παρακολούθηση και διαπίστευση, σχετικά με τις διαδικασίες φροντίδας και τα αποτελέσματα για τη σύγκριση των επιδόσεων των κέντρων ΠΦΥ με την πάροδο του χρόνου. (OECD, Paris, 2013), (Christiansen T.et al, Berlin,2009).
- Εφαρμογή συστημάτων παρακολούθησης και βελτίωσης της ποιότητας, καθώς και κατευθυντήριων γραμμών βάσει τεκμηριωμένων στοιχείων. Π.χ καρδιαγγειακές ασθένειες-στόχοι, η υγεία των μητέρων και των παιδιών, κ.α. (WHO Regional Office for Europe; 40th anniversary of the Declaration of Alma-Ata. Copenhagen: 2018).
- Νέα μέθοδος πληρωμής για τέσσερις βασικές δραστηριότητες στην ΠΦΥ (οικογενειακή ιατρική, παιδιατρική, γυναικολογία και οδοντιατρική περίθαλψη) ως μέσο βελτίωσης της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών καθώς και στην ενίσχυση των δραστηριοτήτων πρόληψης. Συνδυασμός πληρωμής



σταθερών και μεταβλητών εξόδων των κέντρων ΠΦΥ, σε ένα σύστημα πληρωμής αμοιβής για την υπηρεσία και την αμοιβή που σχετίζεται με την απόδοση για την επίτευξη των στόχων που καθορίζονται σε βασικούς δείκτες επιδόσεων και για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας (WHO Regional Office for Europe; 40th anniversary of the Declaration of Alma-Ata. Copenhagen: 2018).

- Χρηματοδότηση ιδιωτικών γενικών γιατρών από το Εθνικό Ταμείο Ασφάλισης Υγείας, το οποίο θα βασίζεται σε προσαρμογές βάσει ηλικίας, κάλυψη γεωγραφικής προσαρμογής (για τους κατοίκους της υπαίθρου) και παροχή οικονομικών κινήτρων για τον καθορισμένο κατάλογο υπηρεσιών και δείκτες ποιότητας (WHO Regional Office for Europe; 40th anniversary of the Declaration of Alma-Ata. Copenhagen: 2018).
- Προσεγγίσεις χρηματοδότησης με οικονομικά κίνητρα για τη βελτίωση των επιδόσεων που σχετίζονται με την αποτελεσματικότητα, την ανταπόκριση των υπηρεσιών και τα αποτελέσματα της υγείας (Campbell SM, et al, 2009) με βελτιώσεις στην ποιότητα της περίθαλψης: καλύτερη συλλογή δεδομένων, δημοσιοποίηση πληροφοριών σχετικά με την ποιότητα της περίθαλψης και αμοιβή για απόδοση.
- ομαδοποιημένη πληρωμή για μια συλλογή υπηρεσιών, προκειμένου να βελτιωθεί η παροχή συντονισμένης και ολοκληρωμένης φροντίδας για ασθενείς με χρόνιες ασθένειες. (Busse R, et al, 2010), (OECD; 2016), οι ασφαλιστές πληρώνουν ένα ενιαίο τέλος στην ομάδα φροντίδας (μια συμβεβλημένη επιχείρηση πολλαπλών παρόχων υγειονομικής περίθαλψης που συχνά απαρτίζονται από γενικούς ιατρούς) για να καλύψουν ένα πλήρες φάσμα υπηρεσιών φροντίδας χρόνιων ασθενειών για μια καθορισμένη περίοδο (Struijs JN, et al, 2011). Το πρόγραμμα αυτό οδηγεί σε βελτιώσεις στον συντονισμό και τις διαδικασίες της φροντίδας, (de Bakker DH, et al, 2012) Struijs JN, et al, 2012).
- μείωση των ανισοτήτων όσον αφορά την πρόσβαση στις υπηρεσίες με κίνητρα υπό μορφή υψηλότερων αποδοχών, επιδομάτων για τους οικογενειακούς γιατρούς που εργάζονται σε μειονεκτούσες περιοχές (Impulse I: 2010), (WHO Regional Office for Europe; Copenhagen:2011).
- οικονομικά κίνητρα στους ιατρούς που εργάζονται σε αγροτικές περιοχές με τη μορφή δωρεάν ή βελτιωμένης στέγασης. (WHO Regional Office for Europe; Copenhagen:2011).

### **Καινοτομίες στη δημιουργία πόρων και διαχείρισης**

- κατάρτιση και εκπαίδευση για την ανάπτυξη ενός εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας με τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για την τοποθέτηση της ΠΦΥ στο κέντρο των συστημάτων υγείας, με ρόλους και τις ευθύνες του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας για την αποτελεσματική διαχείριση των σημερινών και μελλοντικών προκλήσεων στον τομέα της υγείας και χρήση τεχνολογικών πόρων πληροφόρησης, για την ενίσχυση του ρόλου του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας.
- Παροχή επαρκούς αριθμού γενικών ιατρών και παιδίατρων σε ολόκληρη τη χώρα και τελικά στη βελτίωση της ποιότητας της ΠΦΥ (WHO Regional Office for Europe; 40th anniversary of the Declaration of Alma-Ata. Copenhagen: 2018).
- Επιτροπή Μεταρρύθμισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στο Υπουργείο Υγείας για να οδηγήσει την επέκταση των κέντρων ΠΦΥ στη χώρα και να επεξεργάζεται τομείς ανάπτυξης για την ΠΦΥ, συμπεριλαμβανομένων των διαγνωστικών τεχνολογιών και δυνατοτήτων, (WHO Regional Office for Europe; 40th anniversary of the Declaration of Alma-Ata. Copenhagen: 2018).

- Περισσότερα πρότυπα για το προπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών οικογενειακής ιατρικής και πρώιμη κλινική έκθεση σε κέντρα ΠΦΥ σε ιατρικές σχολές με προγράμματα ειδικής κατάρτισης στην οικογενειακή ιατρική.
- Επενδύσεις στη διδασκαλία των εκπαιδευτικών της οικογενειακής ιατρικής. (Busher A, et al, 2009).
- Ενίσχυση του ρόλου του νοσηλευτικού επαγγέλματος στην ΠΦΥ όπως και ο ρόλος των μαιών και άλλων επαγγελματιών υγείας, έχει καθοριστική σημασία για την ανάπτυξη ενισχυμένων υπηρεσιών ΠΦΥ, όπως η βελτιωμένη διαχείριση χρόνιων παθήσεων, η φροντίδα των πληγών και οι δραστηριότητες προαγωγής της υγείας. (Delamare M, et al, Paris: OECD; 2010). Συνταγογράφηση φαρμάκων από νοσηλευτικό προσωπικό και μαιές. (Busher A, et al, 2009). Παροχή συμβουλών σε ασθενείς από νοσηλευτές, στον τρόπο ζωής, της διάγνωσης των συνθηκών υγείας και της παροχής κατ' οίκον φροντίδας οξείας κατάστασης, της μετεγχειρητικής φροντίδας, την αποκατάσταση και τη φροντίδα στο τέλος του κύκλου ζωής τους. Προγράμματα με επίκεντρο την οικογένεια και την κοινότητα που παρέχονταν από νοσηλευτές και μαιές. (Busher A, et al, 2009).
- Η κοινοτική νοσηλευτική φροντίζει να προσεγγίζει καλύτερα τα σπίτια των ασθενών και να ανταποκρίνεται στις ανάγκες υγείας μιας γηράσκουσας κοινωνίας, ενώ ταυτόχρονα αυξάνει την ικανοποίηση των ασθενών (Royal College of Nursing; 2013).
- Προσέλκυση νέων υποψηφίων στο νοσηλευτικό επάγγελμα και διατήρηση ειδικευμένων νοσηλευτών. (Buchan J, et al, 2008).
- Προγράμματα νοσηλευτικής πρακτικής και προγράμματα για να εκπαιδεύσουν τους ασκούντες νοσηλευτές να παρέχουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που παλαιότερα παρέχονταν μόνο από γιατρούς. (Busher A, et al, 2009), Groenewegen PP. 2008), Debout C, et al, 2012).
- Παροχή συμβουλών υγείας στους ασθενείς από τους κοινοτικούς φαρμακοποιούς σε στενή συνεργασία με τους γενικούς ιατρούς. (WHO Regional Office for Europe; 40th anniversary of the Declaration of Alma-Ata. Copenhagen: 2018).

### Καινοτομίες στην παροχή υπηρεσιών

- Χρήση νέων τεχνολογιών πληροφοριών και επικοινωνίας - ICT (Information and Communication Technology) συμπεριλαμβανομένης της ηλεκτρονικής υγείας (e Health), για να "βελτιώσει τη φροντίδα, να αυξήσει το επίπεδο εμπλοκής των ασθενών στη δική τους φροντίδα, ανάλογα με την περίπτωση, να προσφέρει ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, και να προωθήσουν την καθολική πρόσβαση » (World Health Assembly resolution, 2013).
- Ψηφιακά ιατρικά αρχεία σε εθνικό επίπεδο και πρόγραμμα ηλεκτρονικής υγείας που επιτρέπει την ηλεκτρονική σύνδεση των οικογενειακών γιατρών με άλλους ειδικούς, φαρμακεία, εργαστήρια και νοσοκομεία μέσω κλινικής υπηρεσίας ανταλλαγής μηνυμάτων με ηλεκτρονικές συνταγές και παραπομπές. Αυτό παρέχει αποτελεσματικό συντονισμό μεταξύ αυτών των υπηρεσιών και ενισχύει τη συνέχεια της περίθαλψης και κλινική παρακολούθηση ασθενών με χρόνιες ασθένειες (Protti D, et al, 2013).
- Ψηφιακές καινοτομίες και λύσεις ICT επιτρέποντας στους γενικούς ιατρούς να παραγγέλνουν και να έχουν πρόσβαση σε εργαστηριακές και ραδιολογικές εξετάσεις και να βλέπουν τα συνοδευτικά των εξιτηρίων ασθενών από τα νοσοκομεία μέσω αίτησης.
- Βελτίωση της διαχείρισης των μη μεταδοτικών ασθενειών εισάγοντας ένα ηλεκτρονικό σύστημα διαχείρισης εγγράφων στο οποίο όλοι οι πολίτες διαθέτουν ηλεκτρονικές ιατρικές κάρτες, ένα σύστημα τηλεϊατρικής (χρήση ICT για την παροχή κλινικής περίθαλψης από απόσταση) που συνδέει τα ιδρύματα

υγειονομικής περίθαλψης και την κινητή υγειονομική περίθαλψη που χρησιμοποιεί μηνύματα κειμένου που περιέχουν ιατρικές πληροφορίες, υπενθυμίσεις, μηνύματα κινήτρων και άλλα σχετικά με την υγεία για τη βελτίωση της συνέχειας της περίθαλψης. (WHO Regional Office for Europe; 40th anniversary of the Declaration of Alma-Ata. Copenhagen: 2018).

- Ψηφιοποίηση των δεδομένων για την υγεία και διαθεσιμότητα ηλεκτρονικών ιατρικών αρχείων υψηλής ποιότητας επιτρέπουν την ανάπτυξη και τη χρήση εθνικών μητρώων για την παρακολούθηση της επίπτωσης και του επιπολασμού των χρόνιων ασθενειών όπως ο διαβήτης κ.α. και τη δημιουργία προβλέψεων που συμβάλλουν στην ταυτοποίηση μελών πληθυσμού που διατρέχουν κίνδυνο ανάπτυξης χρόνιων ασθενειών ή επιδείνωσης της υγείας. (WHO Regional Office for Europe; 40th anniversary of the Declaration of Alma-Ata. Copenhagen: 2018).

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ**

### **ΕΛΛΗΝΙΚΗ**

Αθανασάκης, Κ., Καρέλα, Α., Καραμπλή, Ε., Κυριόπουλος, Ι., Λιονής, Χ., Μυλωνά, Κ., Σουλιώτης, Κ., Τριτάκη, Γ., Τσιάντου Β. (2009). Ο ρόλος της τοπικής

αυτοδιοίκησης στη δημόσια υγεία, Αθήνα: Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών Υγείας.

Αλεξιάδου ΣΑ, Αλεξιάδου ΕΑ, Χαμαλίδου Α. Η ιστορική εξέλιξη του θεσμού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Διοικητική Ενημέρωση 2008, (35): 106-110

Αλετράς, Β., Ματσαγγάνης, Μ., Νιάκας, Δ., 2002. Θέματα Οικονομικής και Χρηματοδοτικής Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας, τόμος Α, Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

Anagnostopoulos DC, Soumaki E. The state of child and adolescent psychiatry in Greece during the international financial crisis: a brief report. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2013; 22: 131-34.

Vrachatis DA, Papadopoulos A. Primary health care in Greece: current data and perspectives. Nosileftiki. 2012;51:10-7.

Βρουβάκης Ε., Εμπόδια για ασθενείς με καρκίνο του μαστού, Το Βήμα, 2015. 13 Δεκ.

Γιανασμίδης Α, Τσιαούση Μ. Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980-2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2012, 29(1): 106-115.

Έλληνας, Δ. (2011). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Το κλειδί για να μετατραπεί το Ε. Σ. Υ. από σύστημα ασθενείας, σε σύστημα υγείας. Ιατρικά Θέματα, 48: 17-23.

Ελληνική Στατιστική Αρχή. Δελτίο Τύπου Έρευνα Υγείας: Έτος 2014. Πειραιάς: Ελληνική Δημοκρατία, Ελληνική Στατιστική Αρχή; 2015.

ΕΣΔΥ. Η υγεία και οι υπηρεσίες υγείας στη δίνη της οικονομικής κρίσης. ΕΣΔΥ; 2011 [accessed 2015 Jun 30]. Available from: [http://www.nsrh.gr/files/009\\_Oikonomikon\\_Ygeias/H\\_Ygeia\\_sti\\_dini\\_tis\\_oikonomikis\\_krises\\_Aprilios\\_2011](http://www.nsrh.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/H_Ygeia_sti_dini_tis_oikonomikis_krises_Aprilios_2011)

Ζηλίδης, Χρ. (1995). Τα Κέντρα υγείας στη Βόρεια Ελλάδα. Προβλήματα και δυνατότητες ανάπτυξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών-University Studio Press.

Ζοπουνίδης, Κ. (2007). Θέματα Μάνατζμεντ Υπηρεσιών Υγείας. Αθήνα: Κλειδάριθμος.

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. και Σούλης, Σ. (2001). Συστήματα Υγείας και Ελληνική πραγματικότητα, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

ΙΚΠΙ. Πανελλήνια Έρευνα Γενικού Κοινού Hellas Health III – Χρήση Υπηρεσιών Υγείας. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής; 2010 [accessed 2015 Jun 29]. Available from: [http://neahygeia.gr/UserFiles/HELLAS%20HEALTH\\_Health\\_Services.pdf](http://neahygeia.gr/UserFiles/HELLAS%20HEALTH_Health_Services.pdf)

Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Εργαστήριο Υγιεινής Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής. Δελτίο Τύπου. Η κατάσταση της Υγείας στην Ελλάδα του 2015: Χρόνια Νοσήματα – Πρόσβαση στο Σύστημα Υγείας -Πρόληψη. Αποτελέσματα της μελέτης EMENO; 2015.

Κυριόπουλος Γ, Τσιάντου Β. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2010, 27(5): 834-840.

Κυριόπουλος Γ, Λιονής Χ, Δημολιάτης Γ, Μερκούρης ΜΠ, Οικονόμου Χ, Τσάκος Γ, Φιλαλήθης Α. και ομάδα εργασίας. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως Θεμέλιο της Υγειονομικής Μεταρρύθμισης. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 2000, 12(4): 169-188.

Κουρής Γ., «Πέντε προτάσεις για μια ολοκληρωμένη Εθνική Πολιτική Υγείας», Επιθεώρηση Υγείας, 2003, τομ. 14, τευχ. 85, σελ. 13-14.

Κωλέτση – Κουνάρη, Χ. (1996). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Οδοντιατρική. Στο: Κυριόπουλος, Γ., Ανδριώτη, Δ., Γείτονα, Μ., Γεωργούση, Ευγ., Δημολιάτης, Γ., Διαμαντόπουλος, Α., Φιλαλήθης, Τ. (Επιμ.), Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα (σ. σ. 135-148). Αθήνα: Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία.

Λάμπρου, Π. (2005). Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Οργάνωση και λειτουργία. Αθήνα: Mediforce Services S. A.

Λιονής, Χ. (2007). Ο Οικογενειακός Γιατρός ως παράγων Δημόσιας Υγείας. Στο: Κορνάρου, Ε., Ρουμελιώτη, Α., Αλεβίζος, Α., Ανδριώτη, Δ., Ασκερίδης, Κ.,...Σαμανίδου, Α. (Επιμ.), Η Δημόσια Υγεία στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Θέματα Επιδημιολογίας Μεθοδολογίας της Έρευνας και Στατιστικής (σ.σ. 229-243). Αθήνα: Παπαζήση.

Λιαρόπουλος, Λ. (2010). Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας (Τόμ. Β΄). Αθήνα: Βήτα Ιατρικές εκδόσεις ΜΕΠΕ.

Μπουρσανίδης Χ. (2003): Ανάλυση Συστημάτων Υγείας , Διδακτικές Σημειώσεις – Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, Πρόγραμμα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα 2003.

Μωραΐτης, Ε., Γεωργούση, Ευ., Ζηλίδης, Χρ., Θεοδώρου, Μ. & Πολύζος, Ν. (1995). Μελέτη για την Οργάνωση και Λειτουργία Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας.

Νιάκας, Δ. (2014). Η Οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας. Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφής, 5(1): 3-7.

Οικονόμου, Χ. (2012). «Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα. Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας». Επιστημονικές Εκθέσεις: Ερευνητική μονάδα κοινωνικής πολιτικής, φτώχειας και ανισοτήτων. ΙΝΕ.

Πειρουνάκης Ν., «Προτάσεις για τη βελτίωση του ΕΣΥ. Η αλλαγή ενός συστήματος υγείας δεν συνεπάγεται κατ' ανάγκη επιδείνωση», Επιθεώρηση Υγείας, 2000, τομ. 11, τευχ. 66, σελ. 11-12).

Πιερράκος, Γ. (2008). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Τοπική Κοινωνία. Αθήνα: Παπαζήση

Πολύζος, Ν. (2013). Μελέτη οργάνωσης – χρηματοδότησης μονάδων ΠΦΥ που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Κομοτηνή – Αθήνα

Πολύζος, Ν. (2014). Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας. Αθήνα: Κριτική ΑΕ.

Ποτήρης Α, Σαράφης Π. Ανασκόπηση του νομοθετικού πλαισίου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα - Προτάσεις βελτίωσης. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας 2014, 6(3): 116-121.

Ραφτόπουλος ΒΓ. Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας, Λευκωσία, Αυτοέκδοση, 2009.

Ρεκλείτη Μ., Τανανάκη Μ. & Κυλούδης Π. (2012). Οι Δαπάνες Υγείας στο Ελληνικό Υγειονομικό Σύστημα σε Σχέση με τη Διεθνή Εμπειρία. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, τόμος 1. τεύχος 1.

Σερασκέρης Μ., «Η χρηματοδότηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας», Επιθεώρηση Υγείας, 2004, τομ. 15, τευχ. 88, σελ. 42-43.

Σουλιώτης Κ., Θηραίος Ε., Καϊτελίδου Δ., Παπαδακάκη Μ., Τσαντίλας Π., Τσιρώνη Μ., Ψαλτοπούλου Θ., Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Αθήνα 2013

Σουλιώτης Κ., Μαριόλης Α., «Η διαμόρφωση ενός Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τόμος 16, Τεύχος 2 σελ. 87-93, 2004.

Τούντας, Γ. (2008). Υπηρεσίες Υγείας. Αθήνα: Οδυσσέας/Νέα Υγεία.

Τούντας, Ιωάννης και Συνεργάτες (2008). Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα 1996-2006, Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

Υπουργείο Απασχόλησης & Κοινωνικής Προστασίας-Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Το Ελληνικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης. Ανακτήθηκε στις 18/7/2015 από: [http://www.ggka.gr/asfalistiko main.htm](http://www.ggka.gr/asfalistiko_main.htm)

Φυντανίδου Ε., Χατζόπουλος Θ., Ωρα μηδέν για ΕΟΠΥΥ και νοσοκομεία, Το Βήμα, 2015. 13 Δεκ.

N.1579/1985 (ΦΕΚ 217/τ. Α'/23-12-1985). «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις».

N.2071/1992 (ΦΕΚ 123/τ. Α'/15-07-1992). «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας».

Προεδρικό Διάταγμα υπ' αριθ. 84 (ΦΕΚ 70/τ. Α'/10-04-2001). «Όροι, προϋποθέσεις, διαδικασία και προδιαγραφές για την ίδρυση και λειτουργία Ιδιωτικών Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π. Φ. Υ.)».

ΦΕΚ 32/τ. Β'/20-01-2003 (Υπουργική Απόφαση Αριθ Υ4α/οικ. 4472 «1»). «Οργάνωση και τρόπος λειτουργίας και στελέχωσης του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.».

N.3235/2004 (ΦΕΚ 53/τ. Α'/18-02-2004). «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας».

N. 3852/2010 (ΦΕΚ 87/τ. Α'/07-06-2010). «Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης – Πρόγραμμα Καλλικράτης».

N. 3918/2011 (ΦΕΚ 31/τ. Α'/02-03-2011). «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις».

N.4075/2012 (ΦΕΚ 89/τ. Α'/11-04-2012). «Θέματα Κανονισμού Ασφάλισης ΙΚΑ – ΕΤΑΜ, Ασφαλιστικών Φορέων, προσαρμογή της νομοθεσίας στην Οδηγία 2010/18/ΕΕ και λοιπές διατάξεις».

4093/2012(ΦΕΚ 222/τ. Α'/12-11-2012). «Έγκριση Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013–2016. Επείγοντα Μέτρα Εφαρμογής του ν. 4046/2012 και του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013–2016».

Νόμος 4238/2014. Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις. ΦΕΚ Α717-02-2014.

ΦΕΚ 93/τ. Β'/20-01-2015 (Αριθμ. Γ3α/οικ. 3579). «Επιστημονική, νοσηλευτική και εκπαιδευτική διασύνδεση όλων των δημοσίων δομών παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., που αποτελούν το Π.Ε.Δ.Υ., με τα Νοσοκομεία της Δ.Υ.Πε. στην οποία υπάγονται και τα οποία αποτελούν Νοσοκομεία Αναφοράς».

ALBERT S, WHETTEN DA. Organizational identity. *Res Organ Behav* 1985, 7:263–295

Albrecht T, Klazinga N. Privatisation of health care in Slovenia in the period 1992–2008. *Health Policy*. 2009;90(2–3):262–9. doi: 10.1016/j.healthpol.2008.10.007.

Aletras VH, Papadopoulos EA, Niakas DA. Development and preliminary validation of a Greek-language outpatient satisfaction questionnaire with principal components and multi-trait analyses. *BMC health Serv res*. 2006; 6:66.

Allen, J., Heymann, J., Gay, B., Svab, I., Ram, P., Crebolder, H. & Evans, P. (2002). Ο Ευρωπαϊκός Ορισμός της Γενικής/ Οικογενειακής Ιατρικής. Οικογενειακοί Ιατροί σε Όλο τον Κόσμο. Φροντίζοντας για τον Άνθρωπο. (Χ. Λιονής & Α. Συμεωνίδης, επιμ. μετάφρ). (Γ. Χρ. Σπαθαράκης, μετάφρ.). Ευρώπη: WONCA.

Almeida, R., Bourliataux-Lajoinie, S. and Martins, M. (2015). Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: a systematic review. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(1), pp.11-25.

Ashcroft, D. (2005). Safety culture assessment in community pharmacy: development, face validity, and feasibility of the Manchester Patient Safety Assessment Framework. *Quality and Safety in Health Care*, 14(6), pp.417-421.

Atun RA, Menabde N, Saluvere K, Jesse M, Habicht J. Introducing a complex health innovation – primary health care reforms in Estonia (multimethods evaluation). *Health Policy*. 2006;79(1):79–91. doi: 10.1016/j.healthpol.2005.12.005.

Baker, A. (2001). Book: Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. *BMJ*, 323(7322), pp.1192-1192.

WHO Regional Office for Europe; Based on correspondence with European Member States leading up to the occasion of the 40th anniversary of the Declaration of Alma-Ata. Copenhagen, 2018.

Berniker, E. and Mintzberg, H. (1984). Structure in Fives: Designing Effective Organizations. *Administrative Science Quarterly*, 29(2), p.285.

Bhatia M, Rifkin S. A renewed focus on primary health care: revitalize or reframe? *Globalization and Health* 2010, 6: 13.

Boyle, Sean (2011). Health Systems in Transition, United Kingdom (England): health system review, European Observatory on Health Systems and Policies, Vol. 13, No 1 (<http://www.hspm.org/countries/england11032013/countrypage.aspx>)

Bonovas S, Nikolopoulos G. High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis. Early signs of a public health tragedy. *J Prev Med Hyg*. 2012; 53: 169-171.

Botelho A., Pinho A.A., Veloso Veiga P.A.C. (2013). Who should participate in health care priority setting and how should priorities be set? Evidence from a Portuguese survey. *Revista Portuguesa de Saude Publica*; vol. 31(2), pp. 179-187.



Brotans C, Bjorkelund C, Bulc M, Ciurana R, Godycki-Cwirko M, Jurgova E, Kloppe P, Lionis C, Mierzecki A, Pineiro R, Pullerits L, Sammut MR, Sheehan M, Tataradze R, Thireos EA, Vuchak J. EUROPREV network. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Prev Med.* 2005;40(5):595–601.

Buchan J, Aiken L. Solving nursing shortages: a common priority. *J Clin Nurs.* 2008;17(24):3262–8. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02636.x.

Busse R, Blumel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling chronic disease in Europe, observatory study, vol. 20. 2010.

Busse R., Blumel M., Germany Health Report, European Observatory on health systems and policies, 2014

Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *N Engl J Med.* 2009;361(4):368–78. doi: 10.1056/NEJMsa0807651.

Campbell, S., Roland, M., Middleton, E. and Reeves, D. (2005). Improvements in quality of clinical care in English general practice 1998-2003: longitudinal observational study. *BMJ*, 331(7525), p.1121.

Carrion-Silvestre JL. (2005). Health care expenditure and GDP: are they broken stationary? *Health Economy*, 24(5):839-854

Carter, P.R. (2016), “Operational Productivity and Performance in English NHS Acute Hospitals: Unwarranted Variations”, Department of Health, London, <https://www.gov.uk/government/publications/productivity-in-nhs-hospitals>, accessed 24/04/2017.

Chow A, Mayer E, Darzi AW, Athanasiou T. Patient reported outcome measures: the importance of patient satisfaction in surgery. *Surgery.* 2009;32:125–32.

Couffinhal, A. et al. (2016), “International Expert Panel Prereview of Health and Social Care Reform in Finland”, Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2016:66, Helsinki.

Daniels N. & Sabin J.E. (2008). *Setting Limits Fairly: Learning to Share Resources for Health*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press.

Danis K, Baka A, Lenglet A, et al. Autochthonous *Plasmodium vivax* malaria in Greece, 2011. *Euro Surveill.* 2011; 16: 19993.

Debout C, Chevallier-Darchen F, Petit dit Dariel O, Rothan-Tondeur M. Undergraduate nursing education reform in France: from vocational to academic programmes. *Int Nurs Rev.* 2012;59(4):519–24. doi: 10.1111/j.1466-7657.2012.01016.x.

Delnoij, D., Van Merode, G., Paulus, A. and Groenewegen, P. (2000). Does General Practitioner Gatekeeping Curb Health Care Expenditure?. *Journal of Health Services Research & Policy*, 5(1), pp.22-26.

de Bakker DH, Struijs JN, Baan CB, Raams J, de Wildt JE, Vrijhoef HJ et al. Early results from adoption of bundled payment for diabetes care in the Netherlands show improvement in care coordination. *Health Aff (Millwood)*. 2012;31(2):426–33. doi: 10.1377/hlthaff.2011.0912.

Economou C. (2010). Greece: Health system review. *Health Systems in Transition*; vol.12(7), pp. 1-180.

Elwyn, G., Bekkers, M., Tapp, L., Edwards, A., Newcombe, R., Eriksson, T., Braspenning, J., Kuch, C., Adzic, Z., Ayankogbe, O., Cvetko, T., Karotsis, A., Kersnik, J., Lefebvre, L., Mecini, I., Petricek, G., Pisco, L., Thesen, J., Turon, J., van Rossen, E. and Grol, R. (2010). Facilitating organisational development using a group-based formative assessment and benchmarking method: design and implementation of the International Family Practice Maturity Matrix. *BMJ Quality & Safety*, 19(6), pp.e48-e48.

Engels, Y., Dautzenberg, M., Campbell, S., Broge, B., Boffin, N., Marshall, M., Elwyn, G., Vodopivec-Jamsek, V., Gerlach, F., Samuelson, M. and Grol, R. (2005). Testing a European set of indicators for the evaluation of the management of primary care practices. *Family Practice*, 23(1), pp.137-147.

European Commission. The Euphoric European Project, An Evaluation of health system to improve the quality of treatment. Luxembourg, Brussels. 2010

European Commission, Communication from the Commission on effective, accessible and resilient health systems; Brussels, 4.4.2014 COM (2014) 215) final,

European Commission (2018), Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on enabling the digital transformation of health and care in the Digital Single Market; empowering citizens and building a healthier society, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=COM:2018:233:FIN>

Eurofound (2014). Access to healthcare in times of crisis, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

ECDC. Risk assessment on HIV in Greece. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2012.

Economou C., Health Systems In Transition: Greece, WHO 2010

EKTEPN. Annual report on the state of the drugs and alcohol problem. Athens: Greek Documentation and Monitoring Centre for Drugs; 2010.

European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2012. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2013.

European Commission, Economic and Financial Affairs, Enhanced Surveillance Report - Greece, June 2019, Institutional Paper 103. June 2019. Brussels. PDF. 98pp.

Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (2018), Opinion on Benchmarking Access to Healthcare in the EU, European Union, [https://ec.europa.eu/health/expert\\_panel/sites/expertpanel/files/docsdire/opinion\\_benchmarking\\_healthcareaccess\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/docsdire/opinion_benchmarking_healthcareaccess_en.pdf).

Franco OH, der Kinderen AJ, De Laet C, Peeters A, Bonneux L. Primary prevention of cardiovascular disease: cost-effectiveness comparison. *Int J Technol Assess Health Care*. 2007;23(1):71–9.

Ferrer L. Engaging patients, carers and communities for the provision of coordinated/integrated health services: strategies and tools. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.

Fleming NS, Herrin J, Roberts W, Couch C, Ballard DJ. Patient-centeredness and timeliness in a primary care network: baseline analysis and power assessment for detection of the effects of an electronic health record. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2006;19(4):314–9.

Groenewegen PP, Jurgutis A. A future for primary care for the Greek population. *Qual Prim Care*. 2013;21(6):369–78.

Groenewegen PP. Update on nurse practitioners. Berlin: Health Policy Monitor; 2008

Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability, European Commission (2016)

Hauck K., Smith P.C. & Goddard M. (2004). The Economics of Priority Setting for Health Care: A Literature Review, Paper prepared for the World Bank's Resource Allocation and Purchasing Project, The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, Washington, DC.

Hebrang A, Henigsberg N, Erdeljic V, Foro S, Vidjak V, Grga A et al. Privatization in the health care system of Croatia: effects on general practice accessibility. *Health Policy Plan*. 2003;18(4):421–8.

Karakolias S.E. PNM. The newly established Unified Healthcare Fund (EOPYY): Current situation and proposed structural changes, towards an upgraded model of primary health care, in Greece. *Health*. 2014;6:809–821

Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M. and Stuckler, D. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *The Lancet*, 378(9801), pp.1457-1458.

Kotsagiorgi I, Gkeka K. Satisfaction of patients from provided quality of care. *Vima Asklipiou*. 2010;9:398–408.

Kounalakis DK, Lionis C, Okkes I, Lamberts H. Developing an appropriate EPR system for the Greek primary care setting. *J Med Syst.* 2003;27(3):239–46.

Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Aff (Millwood).* 2013;32(4):686–94.

Kringos D, Boerma W, Hutchinson A, Saltman R. *Building Primary Care in a Changing Europe.* 2015.

Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, Hutchinson A, Lember M, Oleszczyk M, Rotar Pavlic D, Svab I, Tedeschi P, Wilm S, Wilson A, Windak A, Van der Zee J, Groenewegen P. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract.* 2013;63(616):e742–50.

Kylanen M., Vuori J. & Allen P. (2012) Exploring Theory for Citizens' Preferences in Health Policy: The Contribution of Health Policy Cultures to Understanding the Roles of Public and Private Health Service Providers, doi: 10.4018/ijpphme.2012040103

Kyriopoulos I.I., Zavras D., Skroumpelos A., Mylona K, Athanasakis K. & Kyriopoulos J. (2014). Barriers in access to healthcare services for chronic patients in times of austerity: an empirical approach in Greece. *International Journal for Equity in Health*; vol. 13, pp. 54-60.

Faber M, Bosch M, Wollersheim H, Leatherman S, Grol R. Public reporting in health care: how do consumers use quality-of-care information: a systematic review. *Med Care.* 2009; 47:1–8.

LaVela SL, Gallan A. Evaluation and measurement of patient experience. *Patient Experience Journal.* 2014;1:28–36.

Liaropoulos L. & Kaitelidou D. (1998). Changing the public- private mix: An assessment of the health reforms in Greece. *Health Care Anal,* 6:277-285.

Linder-Pelz SU. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med.* 1982; 16:577–82.

Lionis C, Papadakis S, Tatsi C, Bertsiias A, Duijker G, Mekouris PB, et al. Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study). *BMC Health Serv Res.* 2017; 17:255.

Lionis C, Petelos E. The impact of the financial crisis on the quality of care in primary care: an issue that requires prompt attention. *Qual Prim Care.* 2013; 21(5):269–73.

Lionis C. Is there any room for General Practice in Greece? A proposal to scientific and academic stakeholders. *Hippokratia.* 2014;18(4):383.

Lionis C. Financial crisis and primary health care in Greece; is it time for family medicine? *Fam Med & Prim Care Rev.* 2015;17(3):225–7.

Lionis C., Symvoulakis E., Markaki A., Vardavas C., Papadaki M., Daniilidou N., Souliotis K., Kyriopoulos I., Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review, *International Journal of Integrated Care – Vol. 9, 30 July 2009*

Liseckiene I, Miseviciene I, Dudonis M. Organizational changes in the course of the PHC reform in Lithuania from 1994 to 2010. *Health Policy.* 2012; 106:276–83.

Loopstra, R. et al. (2016), “Austerity and Old-age Mortality in England: A Longitudinal Cross-local Area Analysis, 2007– 2013”, *Journal of the Royal Society of Medicine*, Vol. 109, No. 3, pp. 109–116.

Macfarlane, F. (2004). RCGP Quality Team Development programme: an illuminative evaluation. *Quality and Safety in Health Care*, 13(5), pp.356-362.

Maier, C. et al. (2017), “Nurses in Advanced Roles in Primary Care: Policy Levers for Implementation”, OECD Health Working Papers, No. 98, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/a8756593-en>.

Mariolis A., Mihas C., Alevizos A., Mariolis-Sapsakos T., Marayiannis K., Papathanasiou M., Gizlis V., Karanasios D., Merkouris B., Comparison of primary health care services between urban and rural settings after the introduction of the first urban health centre in Vyronas, Greece, *BMC Health Services Research* 2008, 8:124  
Markaki A, Alegakis A, Antonakis N, Kalokerinou-Anagnostopoulou A, Lionis C. Exploring training needs of nursing staff in rural Cretan primary care settings. *Appl Nurs Res.* 2009;22(2):138–43. discussion 144–5.

Markaki A, Antonakis N, Philalithis A, Lionis C. Primary health care nursing staff in Crete: an emerging profile. *Int Nurs Rev.* 2006;53(1):16–8.

Maeseneer, J. (2017). Family medicine and primary care. Leuven: LannooCampus.

Mosadeghrad, A. (2014). Factors Influencing Healthcare Service Quality. *International Journal of Health Policy and Management*, 3(2), pp.77-89.

Minas M, Koukosias N, Zintzaras E, Kostikas K, Gourgoulisianis KI. Prevalence of chronic diseases and morbidity in primary health care in central Greece: an epidemiological study. *BMC Health Serv Res.* 2010; 10:252-6963-10-252.

Naidu A. Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. *Int J Health Care Quality Assur.* 2009; 22:366–81.

OECD (2017), *New Health Technologies: Managing Access, Value and Sustainability*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264266438-en>.

OECD. *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing; 2015.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), “Ireland, Country Health Profile 2017”, State of Health in the EU, [https://ec.europa.eu/health/state/country\\_profiles\\_en](https://ec.europa.eu/health/state/country_profiles_en).

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), “Greece, Country Health Profile 2017”, State of Health in the EU, [https://ec.europa.eu/health/state/country\\_profiles\\_en](https://ec.europa.eu/health/state/country_profiles_en).

O'Donnell O., van Doorslaer E., Rannan-Eliya R.P., Somanathan A., Raj Adhikari S., Harbianto D., Garg C.C., Hanvoravongchai P., Huq M.N., Karan A., Leung G.M., Wan Ng C, Raj Pande B., Tin K., Tisayaticom K., Trisnantoro L., Zhang Y. And Yuxin Zhao (2007). The Incidence of Public Spending on healthcare: Comparative Evidence from Asia. *The World Bank Economic Review*; vol. 21(1), pp. 93-123.

Oikonomou N., Tountas Y., Mariolis A., Souliotis K., Athanasakis K., Kyriopoulos J., Measuring the efficiency of the Greek rural primary health care using a restricted DEA model; the case of southern and western Greece, *Health Care Manag Sci.* 2016 Dec;19

Parliament, E. (n.d.). WORKING PAPER HEALTH CARE SYSTEMS IN THE EU Public Health and Consumer Protection Series.

Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *The Journal of Marketing* 1985, 49(4): 41-50.

Pedersen KM, Andersen JS, Snodergaard J. General practice and primary health care in Denmark. *J Am Board Fam Med.* 2012;25(Suppl. 1):S34–8. doi: 10.3122/jabfm.2012.02.110216.

Pulvirenti M, McMillan J, Lawn S. Empowerment, patient centred care and self-management. *Health Expect.* 2014;17(3):303–10.

Polyzos N, Karakolias S, Dikeos C, Theodorou M, Kastanioti C, Mama K, Polizoidis P, Skamnakis C, Tsairidis C, Thireos E. The introduction of Greek Central Health Fund: Has the reform met its goal in the sector of Primary Health Care or is there a new model needed? *BMC Health Serv Res.* 2014; 14:583-014-0583-4.

Protti D, Johansen I. Widespread adoption of information technology in primary care physician offices in Denmark: a case study. *Issue Brief (Common Fund).* 2010; 80:1–14.

Ranson M.K., Jayaswal R. & Mills A.J. (2012). Strategies for coping with the cost of inpatient care: a mixed methods study of urban and rural poor in Vadodara District, Gujarat, India. *Health Policy and Planning*; vol. 27(4), pp. 326-338.

Raftopoulos V. Assessment of users' expectations, perceived quality and satisfaction with primary care in Greece. *International journal of caring sciences.* 2010; 3:110.

Rao M, Pilot E. The missing link—the role of primary care in global health. *Globa Health Action* 2014, 7: 1-6.

Richardson E. Armenia: health system review. *Health System Transit.* 2013;15(4):1–99.

Rosen P. & Karlberg I. (2002). Opinions of Swedish citizens, health-care politicians, administrators and doctors on rationing and health-care financing. *Health expectations*; vol. 5(2), pp. 148-155.

Saltman R., Rico A., Boerma W., Primary care in the driver 's seat, Open University Press, WHO 2006

Sbarouni Vicky Tsimitsiou Zoi, Symvoulakis Emmanouil, Kamekis Apostolos Petelos Elena, Saridaki Aristoula, Papadakis Nikos, Lionis Christos, Perceptions of primary care professionals on quality of services in rural Greece: A qualitative study, BOOK, Rural and remote health, 2012/10/01, 2156:2,

Scott, T., Mannion, R., Marshall, M. and Davies, H. (2003). Does organisational culture influence health care performance? A review of the evidence. *Journal of Health Services Research & Policy*, 8(2), pp.105-117.

Schäffer W., Kroneman M., Boerma W., Westert G., Ginneken W., Netherlands Report, European Observatory on health systems and policies, 2010

Schäfer, W., Boerma, W., Kringos, D., De Maeseneer, J., Greß, S., Heinemann, S., Rotar-Pavlic, D., Seghieri, C., Švab, I., Van den Berg, M., Vainieri, M., Westert, G., SBAROUNI V, TSIMTSIOU Z, SYMVOULAKIS E, KAMEKIS A, PETELOS E, SARIDAKI A. Perceptions of primary care professionals on quality of services in rural Greece: A qualitative study. *Rural Remote Health* 2012, 12:2156

Schafer WL, Boerma WG, Kringos DS, De Maeseneer J, Gress S, Heinemann S, Rotar-Pavlic D, Seghieri C, Svab I, Van den Berg MJ, Vainieri M, Westert GP, Willems S, Groenewegen PP. QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC Fam Pract.* 2011; 12:115-2296-12-115.

Schafer WL, Boerma WG, Murante AM, Sixma HJ, Schellevis FG, Groenewegen PP. Assessing the potential for improvement of primary care in 34 countries: a cross-sectional survey. *Bull World Health Organ.* 2015;93(3):161–8.

Schafer WL, Boerma WG, Kringos DS, De Ryck E, Gress S, Heinemann S, Murante AM, Rotar-Pavlic D, Schellevis FG, Seghieri C, Van den Berg MJ, Westert GP, Willems S, Groenewegen PP. Measures of quality, costs and equity in primary health care instruments developed to analyse and compare primary care in 35 countries. *Qual Prim Care.* 2013;21(2):67–79.

Schoen, C., Davis, K., How, S. K., & Schoenbaum, S. C. (2006). U.S. health system performance: a national scorecard. *Health Aff (Millwood)*,25(6), w457-475. doi: 10.1377/hlthaff.25.w457.

Sifaki P., Chatzea V., Markaki A., Kritikos K., Petrelas E., Lionis C., Operational integration in primary health care: patient encounters and workflows, *BMC Health Serv Res.* 2017 Nov 29

Simou E., Karamagioli E., Roumeliotou A., Reinventing primary health care in the Greece of austerity: the role of health-care workers, *Prim Health Care Res Dev.* 2015 Jan;16

Smyrnakis E., Gavana M., Kondilis E., Giannakopoulos S., Panos A., Chainoglou A., Stardeli T., Kavaka N., Benos A., Primary health care and general practice attachment: establishing an undergraduate teaching network in rural Greek health centers, *Rural Remote Health.* 2013 Jan-Mar

Soranz D, Pisco LA. Primary health care reform in the cities of Lisbon and Rio de Janeiro: context, strategies, results, learning and challenges. *Cien Saude Colet.* 2017;22:679–86.

Struijs JN, Baan CA. Integrating care through bundled payments – lessons from the Netherlands. *N Engl J Med.* 2011;364(11):990–1. doi: 10.1056/NEJMp1011849.

The State of health in the EU 2017 Companion Report

Tountas Y, Giannopoulou K. The health impact of the financial crisis. Results from the Hellas Health Survey. Proceedings of the Workshop for the selection of indicators for monitoring the Impact of the financial crisis in Greece on Health and Health Care Systems. KEEPY, Athens, Greece, 24 – 25 February 2014.

Willems, S. and Groenewegen, P. (2011). QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC Family Practice*, 12(1).

Starfield, B. (2009). Primary Care and Equity in Health: The Importance to Effectiveness and Equity of Responsiveness to Peoples' Needs. *Humanity & Society*, 33(1-2), pp.56-73.

Starfield B. Is primary care essential? (Primary care tomorrow). *The Lancet Ltd* 1994, 344(8930): 1129-1133.

Sonola, L. et al. (2013), South Devon and Torbay: Proactive case management using the community virtual ward and the Devon Predictive Model, The King's Fund, [www.kingsfund.org.uk](http://www.kingsfund.org.uk).

Van Herck, P., Annemans, L., De Smedt, D., Remmen, R. and Sermeus, W. (2011). Pay-for-performance step-by-step: Introduction to the MIMIQ model. *Health Policy*, 102(1), pp.8-17.

Vuorenkoski L., Health systems in transition: Finland, WHO 2008

Vuori H. Patient satisfaction--an attribute or indicator of the quality of care? *QRB Qual RevBull.* 1987;13:106–8.



Vuori, H. (1984). General Practitioners: Allies or Enemies of Primary Health Care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2(2), pp.57-61.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Evaluation of the structure and provision of primary care in Slovakia: A survey-based project. WHO, Geneva, 2012:26–30

Wammes, J. et al. (2017), “The Dutch Health Care System”, in Mossialos, E. et al. (eds.), *International Profiles of Health Care Systems*, Commonwealth Fund.

WHO, Country Health Profile: Netherlands, WHO 2017

Xesfingi S. (2015). An economic Analysis of Service Quality And Patient Satisfaction of Greek Healthcare System. School of economics, business and international studies. Piraeus.

### Λιαδικτυακές πηγές

Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/346328/NCD–ActionPlan–GB.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/346328/NCD–ActionPlan–GB.pdf?ua=1)), [Accessed 28 May 2019].

Aggarwal, M. & Hutchison, B. (2012). Toward a Primary Care Strategy for Canada. Healthcare Improvement. [Online] Available from: <http://www.cfhficass.ca/Libraries/Reports/Primary-Care-Strategy-EN.sflb.ashx> [Accessed: 25th May 2019].

Archive.gr. (2019). *Archive – Επιστημονική περιοδική έκδοση*. [online] Available at: <http://www.archive.gr/news.php?readmore=90> [Accessed 28 May 2019].

Attracting and retaining health workers in the Member States of the South-eastern Europe Health Network. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011 ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0013/152203/e95774.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0013/152203/e95774.pdf)), [Accessed 17 Jun. 2019].

Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling chronic disease in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2010 ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/96632/E93736.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf)), [Accessed 28 May 2019].

Busher A, Sivertsen B, White J. Nurses and midwives: a force for health. Survey on the situation of nursing and midwifery in Member States of the European Region of the World Health Organization. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009 ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0019/114157/E93980.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/114157/E93980.pdf)), [Accessed 17 Jun. 2019].

Charlesworth A, Davis A, Dixon J. Reforming payment for health care in Europe to achieve better value. London: Nuffield Trust; 2012 (<https://pdfs.semanticscholar.org/df55/b6426541793565195b58ebc1585235e87718.pdf>), [Accessed 28 May 2019].

Chen J Integrated care. Patient reported outcome measures and patient reported experience measures - a rapid scoping review. Agency of Clinical Innovation of New South Wales [https://www.aci.health.nsw.gov.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/281979/ACI\\_Proms\\_Premis\\_Report.pdf](https://www.aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0009/281979/ACI_Proms_Premis_Report.pdf). Accessed 26 March 2019.

Christiansen T. The Danish Health Care Quality Programme. Berlin: Health Policy Monitor; 2009  
(<https://pdfs.semanticscholar.org/8f9e/e8fcf81aca2072248a64d5a77b9aeecae0a.pdf>,

Coulter A, Fitzpatrick R, Cornwell J. The point of care. Measures of patients' experience in hospital: purpose, methods and uses. The King's Fund. 2009. [https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Point-of-Care-Measures-ofpatients-experience-in-hospital-Kings-Fund-July-2009\\_0.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Point-of-Care-Measures-ofpatients-experience-in-hospital-Kings-Fund-July-2009_0.pdf). Accessed 26 Mar 2019.

Dubois H, Anderson R. Impacts of the crisis on access to healthcare services in the EU. Dublin: Eurofound; 2013. Available from: <http://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2013/quality-of-life-social-policies/impacts-of-the-crisis-on-access-to-healthcareservices-in-the-eu>

Dombois OT, Kahlmeier S, Martin-Diener E, Martin B, Racioppi F, Braun-Fahrlander C. Collaboration between the health and transport sectors in promoting physical activity: examples from European countries. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006  
([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/87499/E90144.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/87499/E90144.pdf)[Accessed 17 Jun. 2019].

Dayan, M. (2016), "Fact Check: Migration and NHS Staff", <https://www.nuffieldtrust.org.uk/resource/fact-check-migration-and-nhs-staff>, accessed 24/04/2017.

Delamaire M, Lafortune G. Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries. OECD Health Working Papers, No. 54. Paris: OECD; 2010 (<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5kmbrcfms5g7-en.pdf>, [Accessed 17 Jun. 2019].

Ec.europa.eu. (2019). [online] Available at: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems\\_performance\\_assessment/docs/2018\\_primarycare\\_eg\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2018_primarycare_eg_en.pdf) [Accessed 17 Jun. 2019].

Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/199532/Health2020](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020) Long.pdf?ua=1, [Accessed 17 Jun. 2019].

Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index (ECHI), 2015. Report. (2016-01-26) Available from: <http://www.healthpowerhouse.com/index.php?Itemid=55>

High-level meeting on prevention and control of non-communicable diseases [website]. New York: United Nations; 2018  
(<http://www.un.org/en/ga/ncdmeeting2011/documents>. [Accessed 17 Jun. 2019].

High-level meeting on the comprehensive review and assessment of the progress achieved in the prevention and control of non-communicable diseases [website]. New York: United Nations; 2018  
([https://www.un.org/en/ga/president/68/events/hlm\\_ncd](https://www.un.org/en/ga/president/68/events/hlm_ncd). [Accessed 17 Jun. 2019].

Impulseo I: funding for the installation of GPs. Brussels: Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI); 2010.

Mednet.gr. (2019). [online] Available at:  
[http://www.mednet.gr/externals/wow/tinymce/source/2016%20klinika/Klin\\_1\\_Lionis-Thiraios-Papanikolaou\\_HR.pdf](http://www.mednet.gr/externals/wow/tinymce/source/2016%20klinika/Klin_1_Lionis-Thiraios-Papanikolaou_HR.pdf) [Accessed 28 May 2019].

Meeting report of the Third High-level Meeting of Small Countries. Health and sustainable development: the inherent advantages of small countries. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016  
([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0020/334271/Meeting-report-of-the-Third-High-level-Meeting-of-Small-Countries-Monaco.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/334271/Meeting-report-of-the-Third-High-level-Meeting-of-Small-Countries-Monaco.pdf?ua=1), [Accessed 28 May 2019].

Ministry of Health and Social Protection of Population of the Republic of Tajikistan, WHO Regional Office for Europe. Review of the National Programme on the Development of Family Medicine 2011–2015 in Tajikistan. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016  
([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0018/314433/Review-of-the-National-Programme-on-the-Development-of-Family-Medicine-2011-2015-in-the-Republicof-Tajikistan-rev1.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/314433/Review-of-the-National-Programme-on-the-Development-of-Family-Medicine-2011-2015-in-the-Republicof-Tajikistan-rev1.pdf), [Accessed 17 Jun. 2019].

Moving care to the community. An international perspective. London: Royal College of Nursing; 2013 (<https://www.rcn.org.uk/about-us/policy-briefings/pol1213>, [Accessed 17 Jun. 2019].

NHS Pay Review (2017), *National Health Service Pay Review Body 30th Report: 2017*, [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/602309/58551\\_NHS\\_PRB\\_Accessible.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/602309/58551_NHS_PRB_Accessible.pdf), accessed 29/03/2017.

Noncommunicable diseases prevention and control in the South-eastern Europe Health Network. An analysis of intersectoral collaboration. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012  
([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/164457/e96502.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/164457/e96502.pdf?ua=1), [Accessed 17 Jun. 2019].

Oderkirk, J. (2017), “Readiness of electronic health record systems to contribute to national health information and research”, OECD Health Working Papers, No. 99, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9e296bf3-en>.

OECD/EU (2016), *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.

OECD (2016), Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>.

OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance2017-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance2017-en).

OECD Health Division. OECD reviews of health care quality: Denmark. Executive summary, assessment and recommendations. Paris: OECD; 2013 ([https://www.oecd.org/els/healthsystems/ReviewofHealthCareQualityDENMARK\\_ExecutiveSummary.pdf](https://www.oecd.org/els/healthsystems/ReviewofHealthCareQualityDENMARK_ExecutiveSummary.pdf), [Accessed 17 Jun. 2019].

OECD Health Policy Studies. Better ways to pay for health care. Paris: OECD; 2016 ([https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/better-ways-to-pay-forhealth-care\\_9789264258211-en#page1](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/better-ways-to-pay-forhealth-care_9789264258211-en#page1) [Accessed 17 Jun. 2019].

Ono, T., M. Schoenstein and J. Buchan (2014), “Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses”, OECD Health Working Papers, No. 69, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5ls1wl-en>.

King’s Fund (2017), “What’s Going On in A&E? The Key Questions Answered”, <https://www.kingsfund.org.uk/projects/urgent-emergency-care/urgent-and-emergency-care-mythbusters>, accessed 13/03/2017.

Papp, R., Borbas, I., Dobos, E., Bredehorst, M., Jaruseviciene, L., Vehko, T. and Balogh, S. (2014). Perceptions of quality in primary health care: perspectives of patients and professionals based on focus group discussions. Str.Budapest 1135 – Hungary: licensee BioMed Central Ltd. BMC Family Practice 2014, 15:128. 1-13. [Online] Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2296-15-128> [Accessed: 19th February 2017].

Schneider, E. et al. (2017), *Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally*, The Commonwealth Fund, New York, [http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2017/jul/schneider\\_mirror\\_mirror\\_2017.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2017/jul/schneider_mirror_mirror_2017.pdf), accessed 25/08/2017.

Struijs JN, de Jong-van Til JT, Lemmens LC, Drewes HW, de Bruin SR, Baan CA. Three years of bundled payment for diabetes care in the Netherlands. Impact on health care delivery process and the quality of care. Bilthoven: Dutch National Institute for Public Health and the Environment (RIVM); 2012 (<https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260013002.pdf>, [Accessed 17 Jun. 2019].

Small country case stories on intersectoral action for health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 ([http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0010/325990/ISA-Compendium-case-studies.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/325990/ISA-Compendium-case-studies.pdf?ua=1), [Accessed 17 Jun. 2019].

The Ljubljana charter on reforming health care in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1996 ([http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0010/113302/E55363.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/113302/E55363.pdf?ua=1)

The Tallinn charter: health systems for health and wealth. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008  
([http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0008/88613/E91438.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf),  
[Accessed 17 Jun. 2019].

Thomson, J. (2017), *Elective Treatment on the Back-burner?*, King's Fund, London.  
<https://www.kingsfund.org.uk/blog/2017/03/elective-treatment-back-burner>,  
accessed 13/03/2017

Thomson S, Foubister T, Mossialos E. Financing health care in the European Union: challenges and policy responses. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2009  
([http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0009/98307/E92469.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/98307/E92469.pdf), [Accessed 17 Jun. 2019].

Ware JE, Davies-Avery A, Stewart AL. The measurement and meaning of patient satisfaction: a review of the literature. Rand Corporation. 1977;  
<https://www.rand.org/pubs/papers/P6036.html>. Accessed 26 Mar 2019.

World Health Organization. The World Health Report 2008: Primary Health Care - Now More Than Ever. 2008. Ανακτήθηκε στις 29/5/2019 από:  
<http://www.who.int/whr/2008/en/>

WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC63/R5. Health systems in times of global economic crisis: an update of the situation in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013  
([http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0005/217733/63rs05e\\_HealthSystems.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/217733/63rs05e_HealthSystems.pdf), [Accessed 17 Jun. 2019].

WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC59/R3. Health in times of global economic crisis: implications for the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009  
[http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0005/68945/RC59eres03.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/68945/RC59eres03.pdf?ua=1),  
[Accessed 17 Jun. 2019].

WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC62/R5. European action plan for strengthening public health capacities and services. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012  
([http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0006/173616/RC62rs05-EAPENG.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/173616/RC62rs05-EAPENG.pdf?ua=1),  
[Accessed 17 Jun. 2019].

WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC61/R1. The new European policy for health – Health 2020: vision, values, main directions and approaches. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011  
([http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0004/150619/RC61\\_Res\\_01.pdf?u](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/150619/RC61_Res_01.pdf?u)  
[Accessed 17 Jun. 2019].

WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC65/13. Priorities for health systems strengthening in the WHO European Region 2015–2020: walking the talk on

people centredness. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015, ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/288376/65rs05e\\_HSS\\_150750.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/288376/65rs05e_HSS_150750.pdf)), [Accessed 17 Jun. 2019].

WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC66/15. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015. ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0016/319111/66rs05e\\_IHSD\\_16064.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/319111/66rs05e_IHSD_16064.pdf)), [Accessed 17 Jun. 2019].

WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC66/R4. Towards a roadmap to implement the 2030 Agenda for Sustainable Development in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/319096/66rs04e\\_SDGs\\_160763.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/319096/66rs04e_SDGs_160763.pdf)), [Accessed 17 Jun. 2019].

WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC67/9. Roadmap to implement the 2030 Agenda for Sustainable Development, building on Health 2020, the European policy for health and well-being. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/345599/67wd09e\\_SDGRoadmap\\_170638.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/345599/67wd09e_SDGRoadmap_170638.pdf?ua=1),

World Health Organization (WHO). Health topics: Primary health care. 2018. <https://www.who.int/primary-health/en/> Accessed 26 Mar 2019.

World Health Assembly resolution WHA66.24. eHealth standardization and interoperability. Geneva: World Health Organization; 2013 ([http://www.who.int/ehealth/events/wha66\\_r24-en.pdf](http://www.who.int/ehealth/events/wha66_r24-en.pdf)), [Accessed 17 Jun. 2019].

Αγγουριδάκης Π. & Σμπυράκης, Ν. (2010). Ανάπτυξη των ΤΕΠ στην Ελλάδα. Εισήγηση της Ε.Ε.Ε.Ι. για την αρμόδια Επιτροπή του Υ. Υ. Κ. Α. Ελληνική Εταιρεία Επείγουσας Ιατρικής. [Online] Available from: <http://www.hesem.gr/wpcontent/uploads/2011/01/EDdevelopment.pdf> [Accessed: 9th March 2019].

Αδαμακίδου, Θ. & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. (2008). Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Νοσηλευτική, 47(3): 275320-333.[Online] Available from: [http://hjn.gr/wp-content/uploads/2014/10/get\\_pdf265.pdf](http://hjn.gr/wp-content/uploads/2014/10/get_pdf265.pdf) [Accessed: 14th September 2019].

Αθανασάκης, Κ., Βαφειάδης, Γ., Γαρύφαλλος, Α., Γιαννίρη, Σ., Δόλγερας, Α., Καλύβας, Δ.,...Χροναίος, Κ. (2013). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας & ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ. 4 Βήματα για τη μεταρρύθμιση. ΕΟΠΥΥ. [Online] Available from: [http://www.iatronet.gr/photos/enimerosi/EOPYY\\_first%20draft%2015\\_10%20Final.pdf](http://www.iatronet.gr/photos/enimerosi/EOPYY_first%20draft%2015_10%20Final.pdf) [Accessed: 12th February 2019].



Αντωνιάδου, Ι., Κούτης, Α., Λιονής, Χ., Μυλωνέρος Θ., Παναγιωτόπουλος Τ. & Μπένος, Α. (2015). Βασικές αρχές, θέσεις και προτάσεις για την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Αθήνα. [Online] Available from: <http://isx.gr/sites/default/files/%CE%A4%CE%BF%20%CF%80%CF%8C%CF%81%CE%B9%CF%83%CE%BC%CE%B1%20%CF%84%CE%B7%CF%82%20%CE%9F%CE%BC%CE%AC%CE%B4%CE%B1%CF%82%20%CE%B5%CF%81%CE%B3%CE%B1%CF%83%CE%AF%CE%B1%CF%82%20%CE%B3%CE%B9%CE%B1%20%CF%84%CE%B7%CE%BD%20%CE%A0.%CE%A6.%CE%A5..pdf> [Accessed: 2th February 2019].

Βραχάτης, Α. Δ. & Παπαδόπουλος, Α. (2012). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και Προοπτικές. Νοσηλευτική, 51(1): 10-17. [Online] Available from: [http://hjn.gr/wp-content/uploads/2014/10/get\\_pdf-16.pdf](http://hjn.gr/wp-content/uploads/2014/10/get_pdf-16.pdf). [Accessed: 20th March 2019].

Εθνικό Διαδημοτικό Δίκτυο Υγιών Πόλεων - Προαγωγής Υγείας (Ε.Δ.Δ.Υ.Π.Π.Υ.) [Online] Available from: <http://www.dgy.gr/html/a1.html#> [Accessed: 10th March 2019].

Κυριόπουλος Ι, Σκρουμπέλης Α. Η υπέρβαση της κρίσης στον ΕΟΠΥΥ: ένα σχέδιο ανασυγκρότησης της ασφάλισης και της περίθαλψης. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας; 2012 Available from: [http://www.nsph.gr/files/009\\_Oikonomikon\\_Ygeias/EOPIYY\\_ημερίδα%20Σχολή.pdf](http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/EOPIYY_ημερίδα%20Σχολή.pdf)

Λιονής, Χ. & Μποδοσάκης, Μ. Π. (2015). Ο ρόλος του γενικού/οικογενειακού ιατρού στην ομάδα υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Στο: Καλοκαιρινού Αναγνωστοπούλου, Α., Αδαμακίδου, Θ., Βελονάκη, Β.- Σ. Βιβιλάκη, Β., Καπρέλη, Ε., Κριεμπάρδης, Α.,...Σακελλάρη, Ε. Εφαρμογές καλών πρακτικών ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ρόλοι, Δραστηριότητες, Δεξιότητες Μελών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (σ. σ. 57-60). Αθήνα: Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα. [Online] Available from: <http://hdl.handle.net/11419/3301> και [https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/3301/5/00\\_master\\_document.pdf](https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/3301/5/00_master_document.pdf). [Accessed: 12<sup>th</sup> June 2019].

Μαλλιάρου, Μ., Σαράφης, Π. & Ζυγά Σ. (2009). Ποιότητα παροχής φροντίδας στο Τμήμα Επειγόντων. Το Βήμα του Ασκληπιού, 8(1): 25-40. [Online] Available from: <http://www.vimaasklipiou.gr/volumes/2009> [Accessed: 23th May 2019].

Μπερζοβίτης, Α. (2008). Κυριαρχία του ιδιωτικού τομέα στην παροχή ΠΦΥ. Έρευνα του Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας του Παν/μίου Αθηνών. Πολιτική της Υγείας. ΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ, τεύχ. 112: 62-65. [Online] Available from: [http://www.iatrikionline.gr/IB\\_112/periexomena112.htm](http://www.iatrikionline.gr/IB_112/periexomena112.htm) [Accessed: 20th May 2019].

Μποδοσάκης-Πρόδρομος Ρ. Μερκούρης. (2007). Μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στις πόλεις. Πολλές υποσχέσεις που αθετήθηκαν, ένα σύστημα που δεν

ολοκληρώθηκε. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 19(4): 152-154. [Online] Available from:

[http://www.elegeia.gr/pfy/VOL19\\_ISSUE4\\_OCT\\_DEC\\_2007.pdf](http://www.elegeia.gr/pfy/VOL19_ISSUE4_OCT_DEC_2007.pdf)

[Accessed: 12th April 2019].

Παπαμίχος, Α., Οικονομόπουλος, Γ., Θηραίος, Ε. & Παπανικολάου, Ν. (2007). Προς ένα καινοτόμο μοντέλο διαχείρισης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας: Εταιρική σχέση Πολιτείας, Τοπικής Αυτοδιοίκησης και Ιδιωτικού Τομέα. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 19(4): 158-163. [Online] Available from:

[http://www.elegeia.gr/pfy/VOL19\\_ISSUE4\\_OCT\\_DEC\\_2007.pdf](http://www.elegeia.gr/pfy/VOL19_ISSUE4_OCT_DEC_2007.pdf)

[Accessed: 10th April 2019].

Σακελλαρόπουλος, Θ., Οικονόμου, Χ., Γεωργούση, Ε., Θωμάς, Δ., Κυριαζής, Σ. & Φυλιοπούλου, Μ. (2012). Διαρθρωτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά του ανθρώπινου δυναμικού του δημόσιου υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα. Αθήνα: ΑΔΕΔΥ Κοινωνικό Πολυκέντρο. [Online] Available from:

[http://kpolykentro.gr/wpcontent/uploads/2014/06/keimeno\\_meleti\\_diarthr\\_poiot\\_ygeia%CE%99.pdf](http://kpolykentro.gr/wpcontent/uploads/2014/06/keimeno_meleti_diarthr_poiot_ygeia%CE%99.pdf)

[Accessed: 9th February 2019].

Σουλιώτης, Κ. (2014). Η ενδυνάμωση και η διεύρυνση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ως τεκμηριωμένη επιλογή δημόσιας υγείας σε συνθήκες περιορισμένων πόρων. Η περίπτωση εξάρτησης από οπιοειδή. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, (31)Συμπλ. 1: 7-12. [Online] Available from:

<http://www.mednet.gr/archives/2014sup/pdf/7.pdf>

[Accessed: 20th April 2019].

Σουλιώτης, Κ., Θηραίος, Ε., Καϊτελίδου, Δ., Παπαδακάκη, Μ., Τσαντίλας, Π., Τσιρώνη, Μ. & Ψαλτοπούλου, Θ. (2013). Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας-Επιστημονική Επιτροπή για τη υποστήριξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Αθήνα. [Online] Available from:

[https://www.pis.gr/images/site/100/436\\_protasi\\_ep\\_epitropisPFY.pdf](https://www.pis.gr/images/site/100/436_protasi_ep_epitropisPFY.pdf)

[Accessed: 10th April 2019].

Υπουργείο Υγείας (2016): Παρουσιάσεις-εκθέσεις λειτουργικών συγκ. Στοιχείων ανά Υ.Πε. και σύνολο, 2012-2015 [Online] Available from:

<http://www.moh.gov.gr/articles/bihealth/stoixeia-noshleytikhs-kinshs>

[Accessed: 5th March 2019].

Υπουργείο Υγείας-Δικτυακός Τόπος Διαβουλεύσεων .Γενικές Αρχές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Άρθρο 01. Ανακτήθηκε 09/10/2019. Web site: <http://www.opengov.gr/yyka/?p=2049>





