



**ΠΑΝΤΕΙΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ
ΠΟΛΙΤΙΚΗ**

**Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ευρωπαϊκή
Ένωση και στην Ελλάδα, το παράδειγμα του Δήμου
Κόμης-Αλιβερίου Ευβοίας**



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Τσουρούλας Κωνσταντίνος

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

Θ. Ανθοπούλου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Επιβλέπουσα

Σ. Ρομπόλης, Καθηγητής

Χ. Μπάγκαβος, Επίκουρος Καθηγητής

Αθήνα, Σεπτέμβριος 2011

Copyright © Κωνσταντίνος Τσουρούλας, 2011.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και δεν πρέπει να ερμηνευθεί ότι αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Παντείου Πανεπιστημίου Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών.

*Στην Οικογένεια μου,
στη Θεία Τούλα,
στη Στέλλα μου,
στους καθηγητές μου
και γενικά σε όλους όσους
πίστεψαν και πιστεύουν σε εμένα*

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

- ΕΛΣΤΑΤ: Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΕΣΥΕ: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος
ΟΟΣΑ: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΕΕ: Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΟΚ: Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα
ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΠΠ: Πρωτοβάθμια Περίθαλψη
ΚΥ: Κέντρο Υγείας
ΚΥΑ: Κέντρο Υγείας Αλιβερίου
ΚΥΚ: Κέντρο Υγείας Κύμης
ΕΣΥ: Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΚΕΠΕ: Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών
ΙΝΕ: Ινστιτούτο Εργασίας
ΠΙΚΠΑ: Πατριωτικό Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας και Αντίληψης
ΙΚΑ: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΟΓΑ: Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
ΔΕΗ: Δημόσια Επιχείρηση Ηλεκτρισμού
ΟΑΕΕ: Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών
ΕΤΑΜ: Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών
ΟΠΑΔ: Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου
ΦΕΚ: Φύλλα Εφημερίδας της Κυβερνήσεως
ΗΠΑ: Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής
ΟΤΑ: Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης
ΚΕΔΥ: Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας
ΕΟΠΥΥ: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΝΔ: Νομοθετικό Διάταγμα
ΑΝ: Αναγκαστικός Νόμος
OECD: Organization of Economic Corporation and Development
WHO: World Health Organization

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Κρίνεται σκόπιμο να εκφραστούν οι ειλικρινείς ευχαριστίες μου προς όσους βοήθησαν τοιουτοτρόπως στην εκπόνηση αυτής της εργασίας.

Αρχικά στην επιβλέπουσα Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του τμήματος Κοινωνικής Πολιτικής του Παντείου Πανεπιστημίου Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών κα Θ. Ανθοπούλου, για την πολύτιμη καθοδήγηση της καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας.

Στον Καθηγητή του τμήματος Κοινωνικής Πολιτικής του Παντείου Πανεπιστημίου Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών κ. Σ. Ρομπόλη για την ιδιαίτερα εποικοδομητική ανταλλαγή απόψεων που είχαμε πάνω σε θέματα που αφορούν την υγεία.

Στον Επίκουρο Καθηγητή του τμήματος Κοινωνικής Πολιτικής του Παντείου Πανεπιστημίου Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών κ. Χ. Μπάγκαβο για τις κατευθύνσεις και τις οδηγίες που μου παρείχε.

Στο Λέκτορα του τμήματος Κοινωνικής Πολιτικής του Παντείου Πανεπιστημίου Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών κ. Κ. Δημουλά για τη βοήθεια που μου παρείχε σχετικά με την ανάλυση SWOT.

Στον Προϊστάμενο Προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Χαλκίδας κ. Δ. Γερακίνη για την παροχή πληροφοριών σχετικά με τους δημόσιους φορείς ΠΦΥ της Εύβοιας.

Στους υπαλλήλους των Κέντρων Υγείας Αλιβερίου και Κύμης κα Β. Αλάμπεη και κ. Χ. Αλεξανδρόπουλο για τα στοιχεία που μου έδωσαν.

Στην υπάλληλο της ΕΛΣΤΑΤ κα Α. Ξερακιά για την παροχή των στατιστικών στοιχείων του Νομού Ευβοίας.

Στις συναδέλφους μεταπτυχιακές φοιτήτριες κα Ε. Κωστούρου, κα Γ. Σταματοπούλου, κα Β. Γεωργίου, κα Δ. Ζέμπερη και κα Μ. Καρτασίδη για τη βοήθεια τους σε κάποια διαδικαστικά θέματα της έρευνας μου.

Στον αδερφό μου Σ. Τσουρούλα για τη βοήθεια του σε κάποια διαδικαστικά ζητήματα της εργασίας, καθώς και για τον ίδιο λόγο στους φίλους Γ. Λουκίδη, Δ. Τζαβάρα, Β. Σαρρή, Κ. Ρήγα, Ι. Στεφάνου, Χ. Νιάγκο και Γ. Τσεκούρα.

Τέλος στην κοπέλα μου Σ. Κούτουλα για τη βοήθεια και την υποστήριξη της κατά το χρονικό διάστημα υλοποίησης της έρευνας και συγγραφής της εργασίας μου.

Χωρίς τη βοήθεια όλων των παραπάνω η συγγραφή της παρούσας εργασίας θα ήταν αναμφίβολα δυσκολότερη.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	4
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	5
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	6
ΠΙΝΑΚΕΣ.....	8
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
Α΄ ΜΕΡΟΣ Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Έννοια, Θεωρίες, Γνωρίσματα	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Έννοιολογικοί προσδιορισμοί	13
1.1 Η Έννοια της υγείας	13
1.2 Η οικονομική προσέγγιση της υγείας.....	15
1.2.1 Η υγεία ως ιδιωτικό αγαθό	16
1.2.2 Η υγεία ως δημόσιο αγαθό	18
1.2.3 Κριτική προσέγγιση για την υγεία στην Ελλάδα.....	19
1.3 Η μέτρηση του επιπέδου υγείας	21
1.4 Η έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Συστήματα υγείας.....	25
2.1 Η έννοια του συστήματος υγείας.....	25
2.2 Στόχοι των συστημάτων υγείας.....	27
2.3 Δομή και λειτουργία των συστημάτων υγείας	29
2.4 Μορφές συστημάτων υγείας.....	32
2.4.1 Τα φιλελεύθερα συστήματα υγείας	33
2.4.2 Τα δημόσια συστήματα υγείας	35
2.4.3 Τα μικτά συστήματα υγείας.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση.....	39
3.1 Η πολιτική υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης	39
3.2 Οι συνθήκες σχετικά με την πολιτική υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....	40
3.3 Πολιτικές για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα	46
4.1 Το ΕΣΥ: Από τη θεσμοθέτηση του μέχρι σήμερα	46
4.2 Ν. 3918/2011 «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις»	50
4.3 Ιστορική εξέλιξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα	51
4.4 Νομοθετικό, οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα	53
Β΄ ΜΕΡΟΣ Πεδίο έρευνας	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Οι δημόσιες υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Εύβοια	55
5.1 Γενική επισκόπηση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας στην Εύβοια	55
5.2 Οι φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο Δήμο Κύμης-Αλιβερίου	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 Η έρευνα πεδίου: «Οι αντιλήψεις των κατοίκων και των ιατρών του Δήμου Κύμης-Αλιβερίου για τις παρεχόμενες Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας της περιοχής».....	60
6.1 Τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων κατοίκων.....	61
6.1.1 Ικανοποίηση από τις παρεχόμενες Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας.....	62
6.1.2 Επάρκεια των υπηρεσιών υγείας	65
6.1.3 Εμπιστοσύνη στις υπηρεσίες υγείας.....	69
6.2 Τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων ιατρών.....	72

6.2.1 Ικανοποίηση από τις παρεχόμενες Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας.....	73
6.2.2 Επάρκεια των υπηρεσιών υγείας	75
6.2.3 Εμπιστοσύνη στις υπηρεσίες υγείας.....	78
6.3 Συμπεράσματα από την έρευνα πεδίου	80
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	85
ΠΗΓΕΣ-ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	88
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	90
Παράρτημα 1 Οδηγός συνέντευξης για τους κατοίκους του Δήμου Κύμης-Αλιβερίου	90
Παράρτημα 2 Ο οδηγός συνέντευξης για τους ιατρούς που υπάγονται στους δημόσιους φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Δήμου Κύμης-Αλιβερίου	92
Παράρτημα 3 Πίνακες	94
Παράρτημα 4 Αεροφωτογραφίες του Δήμου Κύμης-Αλιβερίου	103
ABSTRACT	106

ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Η ανάλυση SWOT των φορέων ΠΦΥ στο Δήμο Κύμης-Αλιβερίου	81
ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Διαφορές δημόσιου και ιδιωτικού συστήματος υγείας	94
ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Άρθρο 129 της Συνθήκης του Μάαστριχτ.....	95
ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Άρθρο 152 της Συνθήκης του Άμστερνταμ	96
ΠΙΝΑΚΑΣ 5 Το Άρθρο 179 για τη δημόσια υγεία	97
ΠΙΝΑΚΑΣ 6 Ο σκοπός των Κέντρων Υγείας όπως ορίζεται στο άρθρο 15 του νόμου 1397/83	98
ΠΙΝΑΚΑΣ 7 Το φάσμα παροχής υπηρεσιών των Κέντρων Υγείας στην Ελλάδα	99
ΠΙΝΑΚΑΣ 8 Εξέλιξη πραγματικού πληθυσμού της Εύβοιας 1951-2001	100
ΠΙΝΑΚΑΣ 9 Περιοχές της Εύβοιας ⁷⁰ που διαθέτουν Νοσοκομείο ή Κέντρο Υγείας.	101
ΠΙΝΑΚΑΣ 10 Η κατανομή των ερωτώμενων ανά φύλο, ηλικιακή ομάδα, επαγγελματική κατηγορία και μορφωτικό επίπεδο	102
ΠΙΝΑΚΑΣ 11 Η κατανομή των ερωτώμενων ιατρών ανά φύλο, ηλικιακή ομάδα, ιατρική ειδικότητα και φορέα εργασίας	102

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το αντικείμενο το οποίο πραγματεύεται η παρούσα εργασία είναι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, δηλαδή το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινωνίας με το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Κατά περιόδους έχουν γίνει πολλές απόπειρες βελτίωσης-αναβάθμισης της ΠΦΥ, καθώς αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας αλλά και του γενικότερου κοινωνικο-οικονομικού οικοδομήματος.

Η μελέτη της ΠΦΥ γίνεται στα πλαίσια της ΕΕ και της Ελλάδας μέσα από τις πολιτικές υγείας που ασκήθηκαν ή ασκούνται μέχρι σήμερα. Επιπλέον μελετώνται οι αντιλήψεις του κοινού απέναντι στο θέμα της ΠΦΥ και πιο συγκεκριμένα οι απόψεις και οι πεποιθήσεις των κατοίκων και ιατρών ενός συγκεκριμένου Δήμου, του Δήμου Κύμης-Αλιβερίου σχετικά με το μείζον αυτό ζήτημα.

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας συνίσταται στη διερεύνηση των αντιλήψεων και απόψεων των κατοίκων και ιατρών του Δήμου Κύμης-Αλιβερίου απέναντι στην ικανοποίηση, επάρκεια και εμπιστοσύνη που ενδεχομένως απορρέει από του δημόσιους φορείς ΠΦΥ της περιοχής, έτσι ώστε να γίνει κατανοητό εάν οι εν λόγω κάτοικοι θεωρούν αποτελεσματική ή αναποτελεσματική την παρεχόμενη ΠΦΥ του Δήμου.

Μεθοδολογικά το προς μελέτη αντικείμενο ερευνάται μέσα από την επισκόπηση της ελληνικής αλλά και της ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας, όπως και από την αναζήτηση συναφών με το θέμα στοιχείων μέσω της ηλεκτρονικής βιβλιογραφίας, ενώ θα επιχειρηθεί επίσης να διερευνηθούν οι απόψεις των κατοίκων και ιατρών του Δήμου Κύμης-Αλιβερίου γύρω από την ΠΦΥ του Δήμου, μέσα από τη διενέργεια ποιοτικής έρευνας.

Λέξεις-κλειδιά:

Υγεία, ΠΦΥ, Σύστημα υγείας, Κέντρα Υγείας, Ιατρικές ειδικότητες, Νομοθεσία.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί τη σπονδυλική στήλη κάθε συστήματος υγείας. Η οργάνωση, το περιεχόμενο και η εύρυθμη λειτουργία των υπηρεσιών ΠΦΥ επηρεάζουν καίρια την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας μιας χώρας. Για το λόγο αυτό τόσο σε διεθνές (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κ.ά.), όσο και σε εθνικό επίπεδο, δίνεται η ανάλογη βαρύτητα στη σωστή ανάπτυξη και οργάνωση της ΠΦΥ. Σήμερα η διεθνής εμπειρία καταδεικνύει την αναγκαιότητα της ΠΦΥ ως επίκεντρο του όλου συστήματος υγείας. Οι μονάδες ΠΦΥ βρίσκονται αποκεντρωμένες μέσα στο χώρο της καθημερινής ζωής των ανθρώπων και κατέχουν στρατηγική θέση για την άμεση και συνεχή σχέση του πληθυσμού με τις υπηρεσίες υγείας, καθώς αποτελούν το πρώτο επίπεδο επαφής των χρηστών υγείας με το ΕΣΥ.

Η δομή του εκάστοτε συστήματος υγείας σχετίζεται άμεσα με τις υγειονομικές, κοινωνικές, πολιτιστικές και πολιτικές συνθήκες της χώρας που εφαρμόζεται. Στην Ελλάδα η ανάπτυξη και η διαμόρφωση της δομής του συστήματος υγείας έγινε αποσπασματικά και είναι παράλληλη με την πορεία ανάπτυξης του Ελληνικού κράτους. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα οι απόπειρες βελτίωσης των Πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας να μη φέρουν τα προσδοκώμενα οφέλη, με συνέπεια να προκύπτει αβίαστα το συμπέρασμα ότι οι υπηρεσίες της ΠΦΥ στη χώρα μας παρουσιάζουν σημαντικά προβλήματα και δυσλειτουργίες με ιδιαίτερα έντονη την εικόνα του «μη συστήματος».

Ποιες όμως είναι οι αντιλήψεις και οι στάσεις των κατοίκων και ιατρών του Δήμου Κύμης-Αλιβερίου απέναντι στις παρεχόμενες υπηρεσίες ΠΦΥ; Εκφράζονται θετικά ή αρνητικά στον εν λόγω θέμα; Στην απάντηση του ερωτήματος αυτού θα μας βοηθήσουν οι υποθέσεις εργασίες που θέσαμε και θα κληθούμε να επιβεβαιώσουμε ή να απορρίψουμε. Οι κυριότερες υποθέσεις εργασίας είναι οι εξής: α) οι παρεχόμενες υπηρεσίες από τους δημόσιους φορείς Πρωτοβάθμιας υγείας στο Δήμο Κύμης-Αλιβερίου δεν επαρκούν για τις ανάγκες των ερωτώμενων κατοίκων, β) η μεγαλύτερη μερίδα των ερωτώμενων κατοίκων και ιατρών δεν εμπιστεύεται τους δημόσιους φορείς ΠΦΥ.

Η μεθοδολογία που θα ακολουθηθεί προκειμένου να εξαχθούν τα κατάλληλα συμπεράσματα, συνίσταται στη συστηματική μελέτη της διαθέσιμης βιβλιογραφίας, όπως επίσης και στην ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας πεδίου, μέσα από τη

διενέργεια ποιοτικών συνεντεύξεων σε κατοίκους και ιατρούς του Δήμου Κύμης-Αλιβερίου.

Στο πρώτο μέρος της εργασίας θα επιχειρηθεί να γίνει παρουσίαση της ΠΦΥ στην ΕΕ και στην Ελλάδα, μέσα από τις πολιτικές υγείας που ασκήθηκαν ή ασκούνται μέχρι και σήμερα.

Αναλυτικότερα, στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας θα γίνει η εννοιολόγηση της υγείας και της ΠΦΥ, θα ερευνηθεί η οικονομική διάσταση της υγείας όπως διαμορφώνεται σήμερα στην Ελλάδα και θα γίνει παρουσίαση των μεθόδων μέτρησης και αξιολόγησης της υγείας μιας συγκεκριμένης ομάδας πληθυσμού.

Στο δεύτερο κεφάλαιο θα γίνει εκτεταμένη αναφορά στα συστήματα υγείας. Συγκεκριμένα, θα αναλυθεί η έννοια των συστημάτων υγείας, θα γίνει παρουσίαση της λειτουργίας τους και τέλος θα αναφερθούν οι κυριότεροι στόχοι τους. Η αναφορά θα ολοκληρωθεί με την παρουσίαση όλων των μορφών των συστημάτων υγείας.

Στο τρίτο κεφάλαιο επιχειρείται η παρουσίαση της ΠΦΥ στην Ευρωπαϊκή Ένωση, όπως αυτή έχει διαμορφωθεί μέσα από τις επιμέρους συνθήκες και πολιτικές.

Τέλος στο τέταρτο κεφάλαιο ερχόμαστε από το γενικό στο ειδικό και ασχολούμαστε με την ΠΦΥ στην Ελλάδα. Επιχειρείται η ιστορική αναδρομή του Ελληνικού Συστήματος Υγείας και της ΠΦΥ. Επίσης παρουσιάζονται οι αλλαγές που φέρνει στην ΠΦΥ ο τελευταίος σε ισχύ νόμος για την υγεία (Ν.3918/2011).

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας θα γίνει η παρουσίαση της έρευνας πεδίου. Συγκεκριμένα, θα αναφερθούν οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας στην Εύβοια, οι φορείς ΠΦΥ στο Δήμο Κύμης-Αλιβερίου και τέλος θα καταλήξουμε στο πεδίο της έρευνας, δηλαδή στο Δήμο Κύμης-Αλιβερίου, όπου θα παρατεθούν και θα αναλυθούν τα συμπεράσματα της έρευνας.

Στο πέμπτο κεφάλαιο εξετάζεται κυρίως ο Νομός Ευβοίας, όπου γίνεται αναφορά στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας της περιοχής και παρουσίαση στατιστικών στοιχείων σχετικά με τον πραγματικό πληθυσμό του Νομού. Επιπλέον η έρευνα εστιάζεται στο Δήμο Κύμης-Αλιβερίου με παράθεση των δημόσιων υπηρεσιών ΠΦΥ στα επί μέρους Δημοτικά Διαμερίσματα του Δήμου στα οποία διατίθενται, όπως αυτά διαμορφώθηκαν ύστερα από το πρόγραμμα Καλλικράτης.

Τέλος στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η έρευνα πεδίου, όπως και τα αποτελέσματά της, ενώ παρατίθενται και ορισμένες ερμηνείες αλλά και συμπεράσματα που προκύπτουν από τα ερευνητικά δεδομένα.

Α΄ ΜΕΡΟΣ Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Έννοια, Θεωρίες, Γνωρίσματα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Εννοιολογικοί προσδιορισμοί

1.1 Η Έννοια της υγείας

Η έννοια της Υγείας συνδέεται με την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας και αποτελεί ένα από τα βασικότερα δικαιώματα κάθε πολίτη. Συνδέεται με την έννοια της ελευθερίας, της ανθρώπινης φύσης, της ανθρώπινης αξίας και της αξιοπρέπειας. Η υγεία, σύμφωνα με τη διακήρυξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) με τίτλο «Υγεία για Όλους το 2000», αποτελεί θεμελιώδες δικαίωμα και υπέρτατο αγαθό όλων των πολιτών, χωρίς να γίνονται διακρίσεις και εξαιρέσεις. Ως κοινωνικό δικαίωμα εκφράζεται κυρίως με το δικαίωμα στη Φροντίδα Υγείας. Σε μερικές χώρες, όπως η Ολλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Σουηδία, δε χρησιμοποιείται ο όρος «ασθενής», αλλά «καταναλωτής υπηρεσιών υγείας», γιατί ο όρος «καταναλωτής» περιέχει ένα δυναμικό στοιχείο, όπως απαίτηση και ενεργό συμμετοχή, σε αντίθεση με τον όρο «ασθενής» που εξ ορισμού υποδηλώνει αδυναμία.¹

Αν και υπάρχουν διάφορες απόψεις σχετικά με τον ορισμό της Υγείας, σε γενικές γραμμές θεωρείται ως ένα πολυδιάστατο φαινόμενο που επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, οι περισσότεροι από τους οποίους συνδέονται άμεσα με τη βιολογία και τις γενετικές καταβολές των ατόμων, τις προσωπικές συνήθειες, το εισόδημα, την κοινωνική συμμετοχή, καθώς και το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον. Είναι ξεκάθαρο ότι οι ανάγκες της υγείας δεν μπορούν να καλυφθούν αποκλειστικά και μόνο μέσα από ένα σύστημα ιατρικών φροντίδων. Το σύστημα αυτό έχει σημαντικό ρόλο στο να επηρεάζει το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού αλλά δεν αποτελεί πανάκεια. Ο πλέον σημαντικός παράγοντας για την υγεία είναι η αρμονική συμβίωση του ατόμου με το οικολογικό του περιβάλλον.²

¹ Πιερράκος Γ., *Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τοπική κοινωνία*, Αθήνα (Παπαζήσης) 2008, 13.

² Κυριόπουλος Γ., Λιόνης Χ., Σουλιώτης Κ., *Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στη δημόσια υγεία*, Αθήνα (Παπαζήσης) 2010, 25-26.

Όπως προαναφέρθηκε έχουν κατά καιρούς διατυπωθεί πολλές απόψεις σχετικά με το περιεχόμενο της έννοιας της υγείας. Ωστόσο οι δύο σημαντικότερες από αυτές, είναι η οπτική του βιοϊατρικού υποδείγματος και η άποψη του ΠΟΥ, οι οποίες και οριοθετούν τα «άκρα» μεταξύ των οποίων τοποθετούνται όλες οι υπόλοιπες θεωρήσεις που έχουν αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια.

Σύμφωνα με την κλασσική ιατροκεντρική προσέγγιση, η οποία αναπτύχθηκε προς τα τέλη του 19^{ου} και κυριάρχησε στο μεγαλύτερο μέρος του 20^{ου} αιώνα, η υγεία ορίστηκε ως η απουσία ασθένειας, με την ιατρική να αποτελεί το θεματοφύλακα της. Το 1993, το Oxford English Dictionary όρισε την υγεία ως «ηρεμία του σώματος, μια κατάσταση όπου οι λειτουργίες του εκφράζονται κανονικά και αποτελεσματικά». Συνεπώς η μη εμφανής ένδειξη ασθένειας, οι ικανοποιητικές και κανονικές λειτουργίες του σώματος μέσα στα φυσιολογικά όρια όπως αυτά καθορίζονται από την ηλικία, το φύλο και τον κοινωνικό και γεωγραφικό χώρο, συνθέτουν την έννοια της υγείας.

Ωστόσο ο ορισμός αυτός θεωρήθηκε από αρκετούς ως ανεπαρκής για να αποδώσει την πλήρη διάσταση της υγείας στις σύγχρονες κοινωνίες. Μεταξύ των αμφισβητούμενων κεντρική θέση κατέλαβε ο ΠΟΥ, ο οποίος στην ιδρυτική του διακήρυξη ορίζει την υγεία ως την κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι ως την απλή απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας. Με τον ορισμό αυτό αναγνωρίζονται δύο παράμετροι που οριοθετούν την υγεία: α) η παράμετρος της απουσίας της αρρώστιας και β) η παράμετρος της ευεξίας, όπου αναγνωρίζεται η ύπαρξη της ψυχικής και κοινωνικής διάστασης πέρα από τη σωματική.³

Ο προαναφερόμενος ορισμός επιβεβαιώθηκε στα συμπεράσματα της διεθνούς συνδιάσκεψης της Alma-Ata το Σεπτέμβριο του 1978, παρά την πρόταση του M. Lerner για προσθήκη και άλλων συστατικών στοιχείων, όπως της κουλτούρας και της ποιότητας ζωής.⁴ Στη διακήρυξη αυτή επισημάνθηκε η πεποίθηση ότι η υγεία ορίζεται ως η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας. Επίσης, αναφέρθηκε η ανάγκη ευαισθητοποίησης των κρατών και των πολιτών σε υγειονομικά ζητήματα και αναλύθηκε η ανάγκη για εξασφάλιση της υγείας σε όσο το δυνατόν

³ Ο.π., 26.

⁴ Ρομπόλης Σ., *Υγεία & Οικονομία*, Αθήνα (Καμπύλη) 1999, 12.

υψηλότερο επίπεδο για όλες τις χώρες του κόσμου.⁵ Μετά την πρόοδο που είχε επιτευχθεί μέσω της Διακήρυξης της Alma-Ata για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), στην κατεύθυνση επίτευξης των στόχων που είχαν τεθεί συντέλεσε το διεθνές συνέδριο της Ottawa το Νοέμβριο του 1986. Σύμφωνα με το Χάρτη της Ottawa, η προαγωγή της υγείας δεν επιδιώκεται μόνο μέσα από τον επαναπροσδιορισμό των στόχων των υγειονομικών υπηρεσιών, αλλά και με τη δημιουργία στρατηγικών για τη βελτίωση των υγειονομικών συστημάτων, για την ενδυνάμωση του ρόλου της κοινότητας και της αυτοβοήθειας και για την προστασία του περιβάλλοντος.⁶

1.2 Η οικονομική προσέγγιση της υγείας

Η μελέτη της θεωρητικής διάστασης της υγείας μπορεί να γίνει μέσα από πληθώρα διαφορετικών προσεγγίσεων, όπως η παραδοσιακή ιατρική, η ατομική, η Μαρξιστική, η κοινωνικο-οικολογική, η οικονομική, κλπ. Στην παρούσα εργασία θα δοθεί βαρύτητα στην οικονομική προσέγγιση της υγείας, καθώς περιλαμβάνει τις απόψεις δυο οικονομικών σχολών με το επίκεντρο της αντιπαράθεσης να εστιάζεται στο χαρακτηρισμό της υγείας είτε ως ιδιωτικό, είτε ως δημόσιο αγαθό.

Η διαμάχη αυτή αποτελεί ουσιαστικά την αφετηρία συγκρότησης και οργάνωσης των πολιτικών υγείας και καθορίζει τη χρηματοδότηση και τη λειτουργία των υγειονομικών συστημάτων. Το βασικό στοιχείο που διαιωνίζει τη σύγκρουση ανάμεσα στις δυο σχολές είναι η εμπλοκή του κράτους στον υγειονομικό τομέα και η εισαγωγή κανόνων αγοράς και ανταγωνισμού στον τομέα της υγείας.⁷ Στην Ελλάδα έγινε ιδιαίτερα αισθητή η σύνδεση της θεωρητικής διαμάχης των δυο τάσεων με τις πολιτικές υγείας που υιοθετούνται, καθώς τη δεκαετία του 1980 συγκροτήθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), ύστερα από την επικράτηση απόψεων που ευνοούσαν την κρατική παρέμβαση και το δημόσιο χαρακτήρα των υπηρεσιών υγείας. Αντίθετα, τη δεκαετία του 1990 η επικράτηση του νεοφιλελευθερισμού οδήγησε στην ενθάρρυνση

⁵ Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, USSR, 1978, http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf, 1-3 (πρόσβαση στις 3/4/2011).

⁶ World Health Organization (WHO), <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (πρόσβαση στις 14/12/2010).

⁷ Σουλιώτης Κ., *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας*, Αθήνα (Παπαζήσης) 2000, 30.

της ιδιωτικοποίησης και στη μεταφορά ενός μέρους της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στους οικογενειακούς προϋπολογισμούς.⁸

Σύμφωνα με τη γενικά παραδεκτή αντίληψη ότι η υγεία αποτελεί αναπόσπαστη προϋπόθεση της ανάπτυξης, το επίκεντρο της σύγκρουσης των δυο οικονομικών σχολών εστιάζεται όπως προαναφέρθηκε στον προβληματισμό για τη θεώρηση της υγείας ως ιδιωτικό ή ως δημόσιο αγαθό. Ωστόσο, δεν πρέπει να παραβλέπεται η αμφίδρομη σχέση υγείας και ανάπτυξης, καθώς από τη βελτίωση της υγείας προκύπτει αυξημένο υγιές ανθρώπινο δυναμικό που συμβάλλει ενεργά στην οικονομική ανάπτυξη, σημαντικό μερίδιο της οποίας οφείλεται να καταβάλλεται για την ενίσχυση των προσπαθειών βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού.⁹

1.2.1 Η υγεία ως ιδιωτικό αγαθό

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, υπάρχει αντιπαράθεση ανάμεσα σε δυο οικονομικές σχολές για το χαρακτηρισμό της υγείας ως ιδιωτικό ή δημόσιο αγαθό. Οι υποστηρικτές της άποψης ότι η υγεία είναι ιδιωτικό αγαθό, συγκαταλέγουν την υγεία στα οικονομικά αγαθά. Η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας από την πλευρά των καταναλωτών και η προσφορά των υπηρεσιών εκ μέρους των προμηθευτών, όπως ιατροί, νοσοκομεία, κλπ., δημιουργούν ισορροπία στο σύστημα και διαμορφώνουν το επίπεδο των τιμών. Με την έννοια αυτή οι καταναλωτές θα προχωρήσουν σε ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, μόνο όταν η αναμενόμενη οριακή αποδοτικότητα είναι υψηλότερη από την τιμή αγοράς της συγκεκριμένης υπηρεσίας.¹⁰ Οι καταναλωτές θεωρούνται ορθολογικοί, γεγονός που σημαίνει πως η αναμενόμενη από αυτούς συμπεριφορά, είναι να αυξάνουν τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, μέχρι το σημείο εκείνο στο οποίο εξασφαλίζουν τη μέγιστη δυνατή χρησιμότητα.

Έχοντας ως στόχο την αποδοτική και οικονομικά άριστη κατανομή των υγειονομικών πόρων, υποστηρίχθηκε ότι η υγεία είναι ιδιωτικό αγαθό και αφού λογίζεται ως τέτοιο, μπορεί να αφηθεί στις δυνάμεις της αγοράς και του ελεύθερου

⁸ Κυριόπουλος Γ., *Η πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών*, Αθήνα (Θεμέλιο) 1995, 15.

⁹ WHO, *Global strategy for Health for All by the year 2000*, No 3, Geneva, 1981, <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800038.pdf>, 35-36 (πρόσβαση στις 08/04/2011).

¹⁰ Νιάκας Δ., *Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη*, Αθήνα (Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας) 1993, 15.

ανταγωνισμού.¹¹ Η θεώρηση αυτή προϋποθέτει ότι οι καταναλωτές-ασθενείς έχουν γνώση των υγειονομικών τους προβλημάτων, γνωρίζουν την αγορά των προμηθευτών, είναι ικανοί να επιλέξουν την απαιτούμενη ποσότητα και τέλος είναι σε θέση να αξιολογήσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ωστόσο, οι απόψεις αυτές αποτελούν αφετηρία ενστάσεων, καθώς φαίνεται ότι δεν πληρούνται βασικές προϋποθέσεις του ανταγωνισμού, όπως η ελεύθερη είσοδος-έξοδος των προμηθευτών, η ομοιογένεια του αγαθού και η πλήρης πληροφόρηση του καταναλωτή για το είδος και την ποιότητα των υπηρεσιών.

Σχετικά με τις παραπάνω ενστάσεις για το αν πληρούνται οι βασικές προϋποθέσεις του ανταγωνισμού διαμορφώθηκαν δύο προσεγγίσεις, η φιλελεύθερη και η νεοφιλελεύθερη. Η φιλελεύθερη προσέγγιση θεωρεί ότι οι καταναλωτές είναι σε θέση να γνωρίζουν τα υγειονομικά τους προβλήματα, τις υπηρεσίες που πρέπει να καταναλώσουν και την αγορά των υπηρεσιών, ώστε να επιλέξουν την ποσότητα που χρειάζεται και να αξιολογήσουν την ποιότητα των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας στην αγορά. Συμπερασματικά, στα πλαίσια της φιλελεύθερης θεώρησης ο καταναλωτής υπηρεσιών υγείας εκδηλώνει τη ζήτηση του για υγειονομικές υπηρεσίες καταβάλλοντας για αυτές κάποιο χρηματικό ποσό στους προμηθευτές των υπηρεσιών, ενώ οι τιμές στην αγορά διαμορφώνονται χωρίς την κρατική παρέμβαση.

Πέρα από τη φιλελεύθερη προσέγγιση για την υγεία, εισέρχεται στο προσκήνιο μια πιο ακραία εκδοχή της, γνωστή στη σημερινή μορφή της ως νεοφιλελεύθερη, η οποία υποστηρίζει ότι δεν είναι αναγκαία η πλήρης πληροφόρηση του καταναλωτή και ότι η μονοπωλιακή δύναμη του ιατρικού σώματος στερεί από την αγορά των υπηρεσιών υγείας την ελεύθερη είσοδο νέων προμηθευτών, δηλαδή ένα σημαντικό στοιχείο για την επίτευξη του ανταγωνισμού. Συγκεκριμένα, οι νεοφιλελεύθεροι με στόχο την επίτευξη των συνθηκών του ανταγωνισμού, άσκησαν έντονη κριτική στο ιατρικό σώμα, με αποκορύφωμα την πρόταση τους για κατάργηση της άδειας άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος και πλήρη απελευθέρωση της παροχής και διανομής των υπηρεσιών υγείας. Οι απόψεις αυτές αν και κατά βάση στρέφονται ενάντια του ιατρικού σώματος, γίνονται αποδεκτές από διάφορα κοινωνικά στρώματα, αποτελώντας ένα επιπλέον

¹¹ Σουλιώτης Κ., *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας*, Αθήνα (Παπαζήσης) 2000, 31.

σύμμαχο της πολιτικής που υποστηρίζει ότι το κράτος δεν πρέπει να συμμετέχει στη χρηματοδότηση, στην παραγωγή και στη διανομή των φροντίδων υγείας.¹²

1.2.2 Η υγεία ως δημόσιο αγαθό

Η θεώρηση ότι η υγεία είναι δημόσιο αγαθό, έχει ευρύτερη κοινωνική αποδοχή από τη φιλελεύθερη προσέγγιση για την υγεία. Ο εμπνευστής και κύριος εκπρόσωπος της συγκεκριμένης αντίληψης είναι ο K. Arrow (1963), ο οποίος επιχειρηματολογεί παρουσιάζοντας τις ακόλουθες παρατηρήσεις: α) στις υπηρεσίες υγείας όλα τα άτομα έχουν τη δυνατότητα να λαμβάνουν τις ίδιες υπηρεσίες, καθώς δεν ισχύει η αρχή του αποκλεισμού, β) υπάρχουν ορισμένες ασθένειες που μπορούν να μεταδοθούν από ένα άτομο σε άλλα μέλη, με αποτέλεσμα να είναι δύσκολο να διαμορφωθεί μια πραγματική τιμή στην αγορά, όπως για παράδειγμα για ένα εμβολιασμό. Αυτό συμβαίνει καθώς ο εμβολιασμός δεν προστατεύει μόνο το άτομο που εμβολιάστηκε, αλλά και τα άλλα μέλη του κοινωνικού συνόλου με τα οποία ήρθε σε επαφή. Σε αντίθετη περίπτωση, τα οφέλη από τον εμβολιασμό δεν τα λαμβάνει ούτε το άτομο που δεν εμβολιάζεται λόγω κόστους, ούτε και τα υπόλοιπα άτομα της κοινωνίας,¹³ γ) λόγω της υψηλής επιστημονικής κατάρτισης και εκπαίδευσης που απαιτείται για την υγεία, ο ασθενής δεν μπορεί να έχει πληροφόρηση, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να διαπραγματευτεί τις τιμές. Οι καταναλωτές εάν γνώριζαν να μετρήσουν την αξία της πληροφορίας, θα γνώριζαν στην ουσία και την ίδια την πληροφορία, αλλά η αξία της πληροφορίας είναι τέτοιας σημασίας ώστε να ανταποκρίνεται στην τιμή που αγοράζεται,¹⁴ δ) σε ειδικές περιπτώσεις ασθενειών, όπως ψυχικές ασθένειες ή ατύχημα, το άτομο που ασθενεί έχει ανάγκη επείγουσας ιατρικής βοήθειας με συνέπεια να μην μπορεί να ασκήσει το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής.

Γίνεται φανερό ότι οι επιδράσεις της ασθένειας δεν αφορούν μόνο ένα άτομο, αλλά ολόκληρο το κοινωνικό σύνολο, κάτι το οποίο ενστερνίζεται και ο M. Roemer (1983) αναφέροντας τα εξής: «η αρρώστια, η αναπηρία και ο θάνατος ήταν καταστροφικός, όχι

¹² Νιάκας Δ., *Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη*, Αθήνα (Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας) 1993, 15-16.

¹³ Arrow K., «Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care», *American Economic Review*, vol. 53, issue 5, December 1963, http://www.kaiserhealthnews.org/Columns/2010/September/~media/Files/2010/May%20to%20September/1963Arrow_AER.pdf, 944 (πρόσβαση στις 10/4/2011).

¹⁴ Ο.π., 946.

μόνο για τα πρόσωπα που είχαν θιγεί, αλλά σε τελευταία ανάλυση για τον καθένα τριγύρω τους. Έτσι οι ενέργειες της κοινωνίας για να προστατέψει ή να αποκαταστήσει την υγεία έχουν αρχίσει εδώ και αιώνες (ακόμα και πριν την ανάπτυξη του καπιταλισμού και του μηχανισμού της αγοράς του)».¹⁵

Συμπερασματικά, η υγεία δεν μπορεί να καταταγεί στα εμπορεύματα και λογίζεται ως δημόσιο αγαθό που απαιτεί την κρατική παρέμβαση. Η άποψη αυτή ενισχύεται και από την αρχή ότι οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να διανέμονται με κριτήριο την ανάγκη και όχι το εισόδημα ή την αγοραστική δύναμη του ατόμου.

1.2.3 Κριτική προσέγγιση για την υγεία στην Ελλάδα

Ένα μεγάλο ερώτημα που προκύπτει από τη διαμάχη των δυο αυτών προσεγγίσεων, έχει να κάνει με τον τρόπο που αντιμετωπίζεται η υγεία από το Ελληνικό κράτος. Τη δεκαετία του 1980 επικράτησαν απόψεις που ευνοούσαν την κρατική παρέμβαση και το δημόσιο χαρακτήρα των υπηρεσιών υγείας, αλλά από τη δεκαετία του 1990 και μετά παρατηρήθηκε στροφή προς την ιδιωτικοποίηση και τη μεταφορά ενός μέρους της χρηματοδότησης των υπηρεσιών.

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαπέντε ετών, ο κλάδος παραγωγής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα αναπτύχθηκε με εντονότερους ρυθμούς συγκριτικά με άλλους κλάδους παραγωγής. Η αύξηση της συμμετοχής του κλάδου στο σύνολο της οικονομίας είναι ένα φαινόμενο που υποδεικνύει τη γενική πορεία ανάπτυξης της χώρας και εμφανίζεται σε όλες τις προηγμένες χώρες. Με βάση αυτήν την οπτική, δηλαδή την οπτική της εγχώριας παραγωγής, η πορεία της Ελλάδας μπορεί να τεθεί σε σύγκριση με χώρες όπως η Ιταλία, η Ισπανία και η Πορτογαλία.

Ωστόσο από την άποψη της κατανάλωσης, δηλαδή των δαπανών υγείας, παρατηρήθηκε την περίοδο 2000-2008 αύξηση της συμμετοχής αυτών των δαπανών στο ΑΕΠ. Αν και κάποιος μπορεί να ισχυριστεί ότι η αύξηση των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ αποτελεί γενικό κανόνα για όλες τις χώρες, η ιδιαιτερότητα στην

¹⁵ Νιάκας Δ., *Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη*, Αθήνα (Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας) 1993, 16.

περίπτωση της Ελλάδας έχει να κάνει με την περαιτέρω αύξηση των δαπανών από το όριο που δικαιολογεί ο γενικός κανόνας.¹⁶

Η ανάπτυξη του υγειονομικού τομέα συνοδεύτηκε από τη μεγέθυνση του ιδιωτικού κλάδου υγείας. Η αδυναμία του δημόσιου συστήματος να παρέχει καθολικές υπηρεσίες λόγω της ελλιπούς χρηματοδότησης, είχε ως αποτέλεσμα την προσπάθεια του ιδιωτικού τομέα να καλύψει τις ανεπάρκειες με όρους επιχειρηματικής αποδοτικότητας. Η μεγάλη αύξηση της ζήτησης και η πολιτική αποδιάρθρωσης του δημόσιου τομέα, αποτέλεσαν ένα ευνοϊκό περιβάλλον για τη συγκρότηση ενός επιχειρηματικού κλάδου παραγωγής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Επίσης, σημαντικό μερίδιο στην ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα υγείας κατέχει η απελευθέρωση της αγοράς υπηρεσιών υγείας και η διάδοση των ιδιωτικών ασφαλιστήριων συμβολαίων ιατροφαρμακευτικής κάλυψης. Η προοπτική κέρδους που ξεπρόβαλε προσέελκυσε επιχειρηματικά κεφάλαια, με συνέπεια να δημιουργηθούν σταδιακά οι υλικές προϋποθέσεις για την περαιτέρω υποχώρηση της υγείας ως δημόσιο αγαθό.

Με βάση τα παραπάνω, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι οι υπηρεσίες υγείας τείνουν να μετατραπούν από δημόσιο αγαθό σε εμπόρευμα. Ο κίνδυνος μεγαλώνει όσο συνεχίζεται η διαδικασία υποχώρησης των δημόσιων δαπανών υγείας και αύξησης των ιδιωτικών. Ωστόσο, η μεγαλύτερη απειλή που ελλοχεύει από τη συγκεκριμένη μετάβαση είναι οι κοινωνικές μεταβολές. Για παράδειγμα, τα νοικοκυριά με χαμηλό εισόδημα στρέφονται αναγκαστικά προς το δημόσιο τομέα παρά τη χαμηλή ποιότητα και δυσλειτουργία των υπηρεσιών υγείας. Ο μετασχηματισμός όμως της υγείας θα τους δημιουργήσει δυσκολίες, καθώς λόγω οικονομικής αδυναμίας δε θα μπορούν να στραφούν προς τον ιδιωτικό τομέα.

¹⁶ Με βάση τη μελέτη του ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ για τις υπηρεσίες υγείας, μπορεί κάποιος να παρατηρήσει ότι η αύξηση των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ μπορεί να αναλυθεί σε τέσσερις συντελεστές: α) σε ένα δημογραφικό συντελεστή, που καταγράφει την επίπτωση από τη γήρανση του πληθυσμού, β) σε ένα συντελεστή της αγοράς εργασίας, που καταγράφει την επίπτωση από τις μεταβολές στο ποσοστό ανεργίας και στο ποσοστό συμμετοχής του πληθυσμού στο εργατικό δυναμικό, γ) σε ένα συντελεστή καταναλωτικών προϊόντων, που εκφράζει τον όγκο της κατανάλωσης προϊόντων υγείας ανά άτομα που βρίσκεται σε παραγωγική ηλικία, δ) σε ένα συντελεστή τιμών, που είναι η επίδραση των σχετικών τιμών κατανάλωσης / παραγωγής / ΑΕΠ στις δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ. Στους συντελεστές αυτούς, πρέπει να προστεθεί και η εξέλιξη της τεχνολογίας στον υγειονομικό τομέα, στο: Ιωακείμογλου Η., *Υπηρεσίες Υγείας*, Αθήνα (ΙΝΕ ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ) 2010, 105-107.

1.3 Η μέτρηση του επιπέδου υγείας

Η μέτρηση ενός φαινομένου προϋποθέτει το σαφή και ακριβή προσδιορισμό του. Στην περίπτωση της υγείας η ύπαρξη διαφορετικών αντιλήψεων και απόψεων σχετικά με τον προσδιορισμό της, δημιουργούν σημαντικά εμπόδια και δυσκολίες στην προσπάθεια μέτρησής της.

Ωστόσο, παρά τις εμφανείς δυσκολίες η μέτρηση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού έχει ιδιαίτερη σημασία από επιδημιολογική, ιατρική και κοινωνικοοικονομική άποψη, γιατί αποτελεί τη βάση για την εκτίμηση των υγειονομικών αναγκών και κατά συνέπεια για τον καθορισμό και την ιεράρχηση των προτεραιοτήτων σε κάθε στάδιο οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος υγείας.

Μέσα στο γενικότερο πλαίσιο διαφορετικών θεωριών και αντιλήψεων για την οριοθέτηση της υγείας ξεπροβάλλει μια γενικότερη συμφωνία για τη χρήση του ορισμού της από τον ΠΟΥ, ο οποίος θεωρεί την υγεία ως κατάσταση ισορροπίας που περιλαμβάνει τη σωματική, πνευματική και κοινωνική ευεξία του ατόμου.

Σύμφωνα με τον ορισμό αυτό, η υγεία είναι μια περίπλοκη κατάσταση με διπλή διάσταση, ανάλογα με την οπτική γωνία από την οποία προσεγγίζεται. Η πρώτη διάσταση προκύπτει από την αρνητική προσέγγιση της υγείας, δηλαδή μια κατάσταση όπου περιλαμβάνει τις εκδηλώσεις αρνητικών συμπτωμάτων του ατόμου, τα οποία αρχίζουν με την εμφάνιση διαταραχών και μπορούν να φθάσουν μέχρι και το θάνατο. Σε αυτήν την περίπτωση εφαρμόζονται κυρίως αρνητικοί δείκτες υγείας, όπως ο δείκτης θνησιμότητας και νοσηρότητας. Αντίθετα, η δεύτερη διάσταση σχετίζεται με τη θετική προσέγγιση της υγείας και αφορά τα θετικά της χαρακτηριστικά, καθώς περιλαμβάνει τη σωματική, πνευματική και κοινωνική ευεξία του ατόμου. Στην προκειμένη περίπτωση δημιουργούνται προβληματισμοί σχετικά με την αξιοπιστία της μέτρησης, καθώς η μέτρηση της θετικής διάστασης της υγείας του ατόμου προϋποθέτει τη μέτρηση των συνθηκών και της ποιότητας ζωής που απολαμβάνει το άτομο, κάτι το οποίο είναι αρκετά δύσκολο, από τη στιγμή που στην έννοια της ποιότητας της ζωής υπεισέρχονται οι υποκειμενικές απόψεις, που είναι συνήθως διαφορετικές για κάθε άτομο.¹⁷

¹⁷ Νιάκας Δ., *Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη*, Αθήνα (Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας) 1993, 31-32.

Παρά τα προβλήματα μέτρησης και εκτίμησης της υγείας, η διεθνής βιβλιογραφία περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα από μεθόδους μέτρησης και αξιολόγησης της υγείας μιας συγκεκριμένης ομάδας πληθυσμού. Ειδικότερα τα τελευταία χρόνια η ανάγκη για εκμετάλλευση των διαθέσιμων πόρων, η επιδίωξη της αποτελεσματικότητας στον υγειονομικό τομέα, σε συνδυασμό με τις αναγκαίες επιλογές που πρέπει κάθε φορά να γίνουν, έφερε στο προσκήνιο μια σειρά από ερωτηματολόγια υγείας και σύνθετους δείκτες. Οι δείκτες υγείας χρησιμοποιούνται κυρίως για να εκτιμηθεί η υγειονομική κατάσταση των πληθυσμών και μπορεί να είναι απλοί αριθμοί, ερωτηματολόγια που ποσοτικοποιούνται σε απόλυτους αριθμούς, κλίμακες ή πίνακες μήτρες. Ωστόσο, η αδυναμία αποτύπωσης της θετικής υγείας σε συνδυασμό με την πολυπλοκότητα που εκφράζει η υγειονομική κατάσταση των πληθυσμών, οδηγεί στη χρησιμοποίηση μιας μεγάλης γκάμας δεικτών.¹⁸

1.4 Η έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η ΠΦΥ είχε κατά καιρούς διαφορετικό περιεχόμενο ως αποτέλεσμα των διαφορετικών κοινωνικών αρχών και αξιών, αλλά και του διαφορετικού επιδημιολογικού προτύπου που καθόριζε τις υγειονομικές ανάγκες. Σύμφωνα με τον τελευταίο ορισμό που διατυπώθηκε στην διακήρυξη της Alma-Ata, η ΠΦΥ είναι: «Η βασική φροντίδα υγείας βασισμένη σε πρακτικές, επιστημονικά έγκυρες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία. Η φροντίδα αυτή είναι στη διάθεση όλων των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους, μέσω της πλήρους συμμετοχής τους και σε κόστος που η

¹⁸ Οι δείκτες με την ευρύτερη αποδοχή-εφαρμογή από τους διεθνείς οργανισμούς όπως ο ΠΟΥ και ο ΟΟΣΑ είναι οι εξής:

α) Αδρός συντελεστής ή δείκτης θνησιμότητας. Ο συγκεκριμένος δείκτης περιλαμβάνει τον αριθμό των θανάτων που προκύπτουν σε ένα ημερολογιακό έτος, προς τον αριθμό του πληθυσμού στο μέσο του έτους και παρουσιάζει την πιθανότητα του θανάτου σε ετήσια βάση, β) Δείκτης βρεφικής θνησιμότητας. Με το δείκτη αυτό, συμπεραίνεται το ποσοστό των θανάτων των βρεφών στο σύνολο των γεννηθέντων κατά τη διάρκεια του ημερολογιακού έτους, γ) Προσδόκιμο επιβίωσης. Ο δείκτης του προσδόκιμου επιβίωσης εκφράζει το μέσο αριθμό των ετών που προσδοκείται-αναμένεται να ζήσει κάποιος από τη στιγμή που γεννήθηκε, δ) Δείκτης νοσηρότητας από ασθένεια Ψ. Με το δείκτη αυτό, μπορεί να παρατηρήσει κάποιος τον αριθμό των προσβληθέντων ατόμων από την ασθένεια Ψ, στο σύνολο του πληθυσμού, ε) Προτυποποιημένο ηλικιακό θνησιμότητας (Standardised Mortality Ratio). Χρησιμοποιείται για να περιγράψει τους ειδικούς δείκτες θνησιμότητας κατά ηλικία και εκφράζεται σε εκατοστιαία αναλογία (%). $SMR = \frac{\text{Παρατηρηθέντες θάνατοι}}{\text{Αναμενόμενοι θάνατοι}} \times 1.000$, στ) Αριθμός ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού ανά 1.000 κατοίκους, ζ) Αριθμός νοσοκομειακών κλινών ανά 1.000 κατοίκους. η) Δημόσια και ιδιωτική δαπάνη υγείας σε ποσοστά του ΑΕΠ ή ανά κάτοικο. Οι δείκτες υγείας, όπως το προσδόκιμο επιβίωσης, το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας κλπ, έχουν ευρεία εφαρμογή στην οικονομική θεωρία της ανάπτυξης και αποτελούν απαραίτητα στοιχεία για την αναγνώριση του επιπέδου και του βαθμού ανάπτυξης κάθε χώρας, στο: Νιάκας Δ., ο.π., 33-35.

κοινότητα και η χώρα μπορούν να επωμισθούν σε κάθε στάδιο της ανάπτυξης της, μέσα στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και της αυτοδιάθεσης. Αποτελεί ένα αναπόσπαστο κομμάτι, όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας, του οποίου είναι το κεντρικό σημείο αναφοράς, αλλά και του γενικότερου κοινωνικο-οικονομικού οικοδομήματος. Η ΠΦΥ είναι το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινωνίας με το εθνικό σύστημα υγείας φέρνοντας την υγειονομική περίθαλψη όσο το δυνατόν πλησιέστερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται και αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μια συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας».¹⁹

Με βάση το συγκεκριμένο ορισμό, δημιουργείται μια νέα φιλοσοφία που στηρίζεται στην αντίληψη ότι η διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας επιτυγχάνεται καλύτερα μέσα από την ΠΦΥ και πιο συγκεκριμένα μέσα από υπηρεσίες πρόληψης και αγωγής υγείας. Η ΠΦΥ εκφράζει μια στρατηγική που εστιάζει την προσοχή της στον εξωνοσοκομειακό τομέα ενός συστήματος υγείας. Η αρρώστια δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί πλήρως, ούτε με τα πιο αποτελεσματικά προγράμματα πρόληψης, ούτε με την πιο ολοκληρωμένη Πρωτοβάθμια Φροντίδα. Η έμφαση που δίνεται στον εξωνοσοκομειακό τομέα δε συνεπάγεται και υποτίμηση της νοσοκομειακής και εξειδικευμένης ιατρικής περίθαλψης, αλλά στην ουσία επιδρά στο νοσοκομειοκεντρικό σύστημα υγείας, το οποίο ενδιαφέρεται περισσότερο για το πάσχον όργανο παρά για το πάσχον άτομο συνολικά. Η συνειδητοποίηση της αναποτελεσματικότητάς του, έχει ως αποτέλεσμα την παραδοχή ότι η ΠΦΥ μπορεί να αποτελέσει τον άξονα γύρω από τον οποίο είναι δυνατή η συνεχής και συστηματική παρακολούθηση του αρρώστου.²⁰

Συνεπώς έτσι όπως ορίζεται η ΠΦΥ, διαφοροποιείται από τη στενότερη έννοια της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης (ΠΠ). Η ΠΠ (primary medical care) αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται σε άτομα που έχουν νοσήσει και έχουν εκδηλώσει τα συμπτώματα της νόσου, ενώ η ΠΦΥ (primary health care) εκφράζει μια ευρύτερη έννοια που αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας οι οποίες προσφέρονται σε υγιή άτομα. Παρατηρούμε δηλαδή, ότι η ΠΠ ανήκει στο δεύτερο κομμάτι της ΠΦΥ, που αναφέρεται στη θεραπεία και την αποκατάσταση. Στην πραγματικότητα, η ΠΠ, αποτελεί υποσύνολο της ΠΦΥ, γιατί η τελευταία περιλαμβάνει και έννοιες που σχετίζονται με τη Δημόσια πολιτική υγείας και την έννοια της Πρόληψης. Αν και όπως

¹⁹ Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, USSR, 1978, http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf, 2 (πρόσβαση στις 28/04/2011).

²⁰ Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα (Παπαζήσης) 2001, 100-102.

αναφέρθηκε, υπάρχει σαφής διαφορά ανάμεσα τους, εντούτοις υπάρχει η δυνατότητα να συνυπάρξουν. Για παράδειγμα, ένα Κέντρο Υγείας (ΚΥ) ανάλογα με την οργάνωση και τη λειτουργία του, μπορεί να προσφέρει υπηρεσίες ΠΠ όπως και υπηρεσίες ΠΦΥ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Συστήματα υγείας

2.1 Η έννοια του συστήματος υγείας

Για αρκετά χρόνια η έννοια του συστήματος υγείας είχε ταυτιστεί με το σύστημα ιατρικής περίθαλψης. Με την πάροδο των χρόνων η άποψη αυτή άρχισε να ξεθωριάζει και πλέον έχει καθιερωθεί η προσέγγιση του συστήματος υγείας ως μιας έννοιας ευρύτερης της ιατρικής περίθαλψης. Η νέα προσέγγιση, εκτός από την περίθαλψη, περιλαμβάνει μια σειρά από υπηρεσίες, όπως η πρόληψη, η ενημέρωση, ο οικογενειακός προγραμματισμός, η υγιεινή της κατοικίας, η υγιεινή της εργασίας, κλπ.

Η έννοια του συστήματος υγείας αναφέρεται στην οργάνωση μιας σειράς συγκεκριμένων στοιχείων τα οποία επιτελούν εξειδικευμένες λειτουργίες που αλληλοσυνδέονται και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Έτσι δημιουργείται ένα οικοδόμημα που έχει συγκεκριμένους στόχους. Το σύστημα υγείας αποτελεί: «σύνολο υγειονομικών μονάδων που βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και αλληλεπίδραση με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, που επηρεάζεται από την κοινωνικο-οικονομική και πολιτική δομή μιας χώρας, από την οικολογική υπάρχουσα ισορροπία, από το πολιτισμικό σύστημα που επικρατεί και φυσικά από το επιδημιολογικό πρότυπο και τις ανάγκες υγείας ενός πληθυσμού».²¹ Προς την επίτευξη των σκοπών του γίνεται οργανωμένη χρησιμοποίηση των πόρων, στους οποίους συγκαταλέγεται τόσο το ανθρώπινο δυναμικό, όπως ιατροί, νοσηλευτές, διοικητικοί υπάλληλοι, όσο και το υλικό κεφάλαιο, όπως τεχνολογία, εξοπλισμός, κτίρια, φάρμακα κλπ.

Ο M. Roemer (1993) εξετάζει τα συστατικά του συστήματος υγείας ανάμεσα στις χώρες. Όπως επισημαίνει, η επιλογή αυτών των συστατικών-θεμάτων έγινε με βάση ένα γενικό μοντέλο συστήματος υγείας, δηλαδή τα εθνικά συστήματα υγείας των χωρών, τα οποία διακρίνονται σε τρία οικονομικά επίπεδα. Το πρώτο επίπεδο είναι οι βιομηχανικές χώρες με κατά κεφαλήν ΑΕΠ μεγαλύτερο από τα 5.000 δολάρια, το δεύτερο οι μεταβατικές χώρες με κατά κεφαλήν ΑΕΠ μεταξύ των 500 και 5.000 δολαρίων και το τρίτο επίπεδο οι πολύ φτωχές χώρες με κατά κεφαλήν ΑΕΠ μικρότερο από 500 δολάρια. Η λειτουργία ενός συστήματος υγείας αποτελείται από ένα

²¹ Πιερράκος Γ., *Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τοπική κοινωνία*, Αθήνα (Παπαζήσης) 2008, 19.

αλληλένδετο πλαίσιο πέντε βασικών συνιστωσών: α) παραγωγή των πόρων, β) οργάνωση των προγραμμάτων, γ) οικονομική στήριξη, δ) διαχείριση του συστήματος και ε) διανομή των υπηρεσιών.²²

Ο προσδιορισμός του συστήματος υγείας μπορεί να γίνει με τρεις τρόπους. Ο πρώτος τρόπος είναι η θεώρηση του συστήματος υγείας ως σύστημα πολλαπλών μεταβλητών. Έτσι αναδεικνύεται η πολυπλοκότητα του συστήματος υγείας μέσα από τη διαίρεση του σε τρία υποσυστήματα. Τα τρία αυτά υποσυστήματα είναι: α) το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και η εξέλιξή του, β) η παραγωγή και διανομή υπηρεσιών υγείας και γ) οι μηχανισμοί κάλυψης των δαπανών.

Ο δεύτερος τρόπος προσδιορισμού του συστήματος υγείας αναφέρεται στη συμβολή του στην οικονομική ανάπτυξη, μέσα από την παραγωγή και διανομή υπηρεσιών και αγαθών υγείας. Το σύστημα υγείας ως σύστημα συνολικού κύκλου εργασιών αποτελείται από 8 υποσυστήματα: α) το υποσύστημα ιατρικού κύκλου, β) το υποσύστημα ιατροκοινωνικού κύκλου, γ) το υποσύστημα περιβαλλόντων τομέων, δ) το υποσύστημα εναλλακτικών μορφών φροντίδας, ε) το υποσύστημα ερευνητικών κέντρων, ζ) το υποσύστημα εναλλακτικών μορφών ιατρικής, η) το υποσύστημα της παραγωγής, και θ) το υποσύστημα δευτερεύουσας παραγωγής ιατρικών υπηρεσιών.

Ο τελευταίος τρόπος προσδιορισμού του συστήματος επικεντρώνεται στη θεώρηση του ως παραγωγική διαδικασία. Σύμφωνα με αυτήν την προσέγγιση, το σύστημα εμφανίζει τα αναγκαία ποσοτικά και ποιοτικά στοιχεία με τα οποία επιδιώκεται η επίτευξη ενός ιατρικού αποτελέσματος. Τα στοιχεία αυτά είναι τα εξής: α) ποιοι είναι οι αναγκαίοι πόροι για τη λειτουργία του συστήματος, β) ποιές μέθοδοι παραγωγής χρησιμοποιούνται, γ) ποιος είναι ο βαθμός λειτουργικής ικανότητας του συστήματος και δ) ποιο είναι το τελικό προϊόν της παραγωγής.

Ο πρωταρχικός στόχος κάθε συστήματος υγείας, είναι η βελτίωση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού. Ο βαθμός αποτελεσματικότητας του συστήματος και η αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών γίνεται μέσα από την ανάλυση των εισροών και των εκροών του συστήματος. Οι εισροές του συστήματος είναι η κτιριακή υποδομή, ο εξοπλισμός, το ανθρώπινο κεφάλαιο και οι οικονομικοί πόροι. Όταν ο ασθενής εισέρχεται στο σύστημα προκαλεί μια παραγωγική διαδικασία, καθώς γίνεται λήψη

²² Roemer M., *National Health Systems of the World*, Volume 2 The Issues, Oxford (Oxford University Press) 1993, 5.

ιστορικού, διάγνωση, θεραπεία, κλπ. Οι εκροές είναι η διάρκεια νοσηλείας, οι εισαγωγές, οι εξετάσεις, κλπ.²³

Παραμένει κοινή πεποίθηση ότι δεν υπάρχει ένα ολοκληρωμένο μοντέλο συστήματος υγείας, καθώς κάθε σύστημα εξαρτάται από την οικονομική ανάπτυξη της χώρας, από την πολιτισμική και πολιτιστική ανάπτυξη και γενικά τη νοοτροπία των πολιτών, με αποτέλεσμα την κατηγοριοποίηση των συστημάτων υγείας ανάλογα με το είδος της παροχής, της χρηματοδότησης, της ασφάλειας και του μοντέλου εισφορών.

2.2 Στόχοι των συστημάτων υγείας

Τα τελευταία χρόνια, ένα από τα κυριότερα ζητήματα που βρίσκονται στο επίκεντρο της επιστημονικής και πολιτικής συζήτησης είναι η αξιολόγηση της λειτουργίας και της απόδοσης των συστημάτων υγείας, με σκοπό την ορθολογική ανάδειξη προτεραιοτήτων.²⁴

Ο ΠΟΥ επιχειρεί πρόσφατα τη συγκριτική μελέτη των συστημάτων υγείας των χωρών μελών του, με τη διαμόρφωση συγκεκριμένης μεθοδολογίας αποτίμησης της απόδοσής τους. Το εννοιολογικό πλαίσιο της μεθοδολογίας αυτής στηρίζεται στη διερεύνηση του βαθμού στον οποίο κάθε σύστημα υγείας επιτυγχάνει την εκπλήρωση τριών στόχων, οι οποίοι είναι οι ακόλουθοι:

Ο πρώτος και σημαντικότερος στόχος κάθε συστήματος υγείας είναι η βελτίωση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού. Εάν τα συστήματα υγείας δε συμβάλλουν στη βελτίωση της υγείας, τότε είναι προτιμότερο να μην υπάρχουν. Η υγεία του πληθυσμού πρέπει να αντικατοπτρίζει την υγεία των ατόμων σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους και να περιλαμβάνει τόσο την πρόωρη θνησιμότητα, όσο και τα μη θανατηφόρα αποτελέσματα για την υγεία ως βασικές συνιστώσες. Ο στόχος αυτός έχει διπλή διάσταση, καθώς αφενός περιλαμβάνει τη βελτίωση του μέσου επίπεδου υγείας όλου του πληθυσμού και αφετέρου την ισότιμη κατανομή της καλής υγείας μεταξύ του πληθυσμού, δίνοντας έμφαση στις υγειονομικές ανισότητες.

²³ Πιερράκος Γ., *Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τοπική κοινωνία*, Αθήνα (Παπαζήσης) 2008, 20-21.

²⁴ Ham C., Honigsbaum F., *Priority setting and rationing health services*, στο Saltman R., Figueras J., Sakellarides C., *Critical challenges for health care reform in Europe*, Buckingham (Open University Press) 1998, 113-114.

Ο δεύτερος στόχος είναι η ανταπόκριση του συστήματος υγείας απέναντι στις προσδοκίες των πολιτών, οι οποίες αναφέρονται στην καθημερινή επαφή των πολιτών με το σύστημα. Ειδικότερα, περιλαμβάνει το σεβασμό και την αξιοπρεπή αντιμετώπιση των ασθενών από τις υπηρεσίες και τους επαγγελματίες υγείας και την ικανοποίηση που αποκομίζουν ως χρήστες των υπηρεσιών αυτών. Ο συγκεκριμένος στόχος διακρίνεται σε δύο μέρη, όπου το πρώτο είναι η βελτίωση του μέσου επίπεδου ανταπόκρισης του συστήματος και το δεύτερο η προαγωγή της ισότητας στην κατανομή της ανταπόκρισης μεταξύ των πολιτών, ανεξάρτητα από τις κοινωνικοοικονομικές διαφορές τις οποίες ενδεχομένως εμφανίζουν.²⁵

Ο τρίτος στόχος είναι η δικαιοσύνη στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και η προστασία των νοικοκυριών έναντι του οικονομικού κινδύνου λόγω έλευσης κάποιας ασθένειας. Υποστηρίζεται ότι για να επιτευχθεί δικαιοσύνη, η χρηματοδότηση θα πρέπει να αντιμετωπίσει δυο σημαντικές προκλήσεις. Αρχικά τα νοικοκυριά δε θα πρέπει να γίνουν φτωχότερα ή να πληρώνουν υπερβολικό ποσοστό από το εισόδημα τους για να αποκτήσουν την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη που χρειάζονται. Δεύτερον, πρέπει να υπάρχει διάκριση ανάμεσα στα φτωχά και πλούσια νοικοκυριά, έτσι ώστε τα φτωχά να πληρώνουν λιγότερα απ' ό,τι τα πλούσια για το σύστημα υγείας. Τα φτωχά όχι μόνο έχουν χαμηλότερα εισοδήματα, αλλά και το μεγαλύτερο μερίδιο του εισοδήματος τους αναλώνεται για την κάλυψη βασικών αναγκών όπως η τροφή, η στέγαση και η ένδυση. Η συνεισφορά στο σύστημα υγείας πρέπει να αντικατοπτρίζει τη διαφορά του διαθέσιμου εισοδήματος μεταξύ πλούσιων και φτωχών νοικοκυριών.²⁶

Η έρευνα των συστημάτων υγείας αποσκοπεί στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και των κοινοτήτων επιδιώκοντας την επίτευξη υψηλότερης ισότητας, αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας του υγειονομικού συστήματος, ως βασικό στοιχείο της ευρύτερης διαδικασίας κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης.²⁷

²⁵ Murray C., Frenk J., *A WHO framework for health system performance assessment*, (Evidence and Information for Policy World Organization), <http://www.who.int/healthinfo/paper06.pdf>, 6-7 (πρόσβαση στις 09/04.2011).

²⁶ Ο.π., 8-9.

²⁷ Varkevisser C.M., Pathmanathan I., Brownlee A., *Designing and conducting health systems research projects, Health systems research training services*, vol. 2, part 1, Geneva (WHO, International Development Research Centre) 1991, http://idl-bnc.idrc.ca/dspace/bitstream/10625/35108/1/86160_pt1.pdf, 13-14 (πρόσβαση στις 10/4/2011).

2.3 Δομή και λειτουργία των συστημάτων υγείας

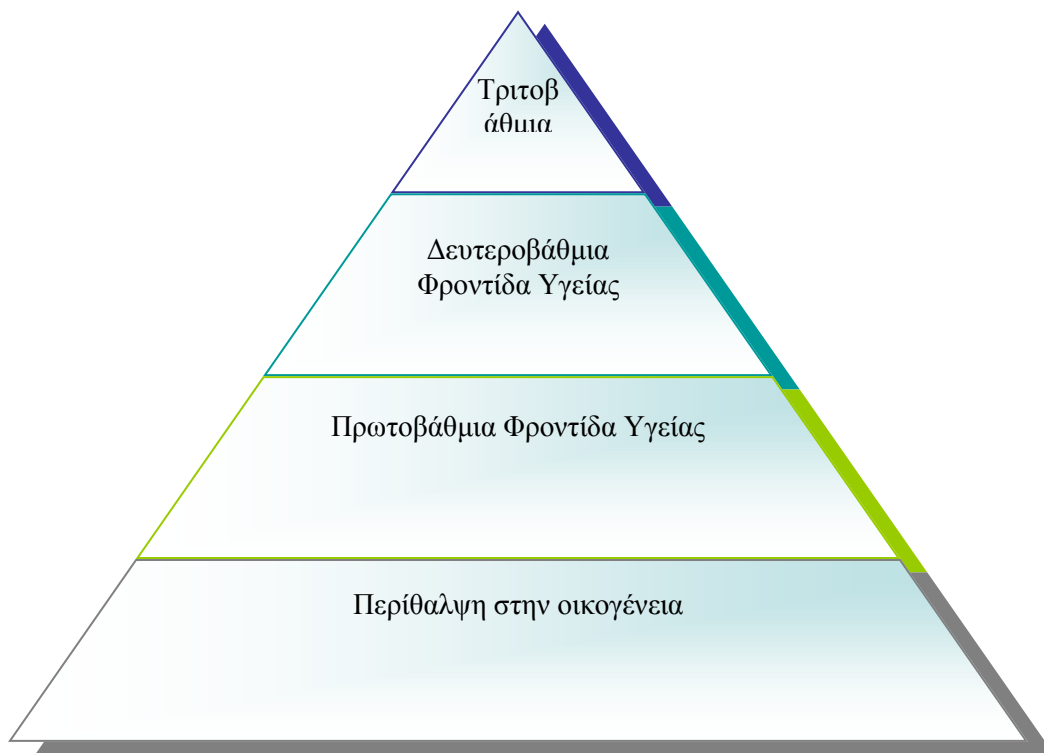
Οι σύγχρονες αντιλήψεις για την υγεία και οι ιατρικές, υγειονομικές και οικονομικές συνιστώσες επιβάλλουν την αναδιάρθρωση του συστήματος προς την κατεύθυνση της περιφερειακής αποκέντρωσης και της ΠΦΥ. Ανασταλτικό παράγοντα για τη μειωμένη ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας, αποτελεί η μεγάλη απορρόφηση πόρων από τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Ο επαναπροσδιορισμός της δομής και οργάνωσης του συστήματος των υγειονομικών φροντίδων εκφράζεται μέσα από το εξής τρίπτυχο: πρόληψη-θεραπεία-αποκατάσταση. Ο ακριβής σχεδιασμός, ο τακτός προγραμματισμός και η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο, αποτελούν βασικές συνιστώσες του συστήματος υγείας, οι οποίες επηρεάζουν τόσο τη λειτουργία, όσο και την οργάνωση του.²⁸

Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν πολύπλοκα συστήματα, τα οποία πρέπει να έχουν καλή οργάνωση προκειμένου να λειτουργούν αποτελεσματικά. Παρά τις διαφορές που εμφανίζονται μεταξύ των συστημάτων, όπως η μορφή και ο τρόπος χρηματοδότησης, υπάρχουν και κάποια κοινά οργανωτικά, λειτουργικά και δομικά χαρακτηριστικά. Σε όλα τα συστήματα υγείας, διακρίνονται δυο μορφές περίθαλψης και τέσσερα επίπεδα οργάνωσης. Η πρώτη μορφή περίθαλψης χαρακτηρίζεται ως εξωνοσοκομειακή ή ανοικτή, καθώς περιλαμβάνει πρωτοβάθμιες υπηρεσίες που παρέχονται κυρίως από τους γενικούς-οικογενειακούς ιατρούς και από άλλους επαγγελματίες υγείας. Αντίθετα, η δεύτερη μορφή είναι η νοσοκομειακή ή κλειστή περίθαλψη. Σε αυτήν εντάσσονται τόσο το δευτεροβάθμιο, όσο και το τριτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης, δηλαδή οι υπηρεσίες που παρέχονται από ειδικευμένους ιατρούς μέσα στα νοσοκομεία.

Όπως προαναφέρθηκε, οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας κατατάσσονται σε τέσσερα στάδια. Στη βάση της πυραμίδας της οργανωτικής δομής του συστήματος υγείας, βρίσκεται η περίθαλψη στην οικογένεια (αυτοφροντίδα). Στη μέση τοποθετείται πρώτα η ΠΦΥ και μετά η Δευτεροβάθμια, ενώ στην κορυφή της πυραμίδας εντοπίζεται η Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Σχήμα 1).

²⁸ Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα (Παπαζήσης) 2001, 93-94.

Σχήμα 1 Η οργανωτική δομή του συστήματος υγείας



Πηγή: Πιερράκος Γ., *Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τοπική κοινωνία*, Αθήνα (Παπαζήσης) 2008, 28.

Το πρώτο στάδιο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει τις υπηρεσίες υγείας στο επίπεδο της οικογένειας (αυτοφροντίδα). Κυρίως αφορά άτομα με χρόνια προβλήματα υγείας, όπως για παράδειγμα σκλήρυνση κατά πλάκας και σακχαρώδη διαβήτη. Συνήθως, ο επαγγελματίας υγείας, ο οποίος είναι ο κύριος εκφραστής της περίθαλψης στην οικογένεια, καλύπτει 1 μέχρι 10 άτομα και έχει ως βασικό σκοπό την αποθεραπεία του ασθενούς ή την αντιμετώπιση της ασθένειας με τέτοιο τρόπο, ώστε οι ασθενείς να είναι σε θέση να ενταχθούν και πάλι στο κοινωνικό σύνολο. Σύμφωνα με το Γερμενή (1994) ο ορισμός της αυτοφροντίδας είναι ο εξής: «Αυτοφροντίδα είναι οι

δραστηριότητες υγείας που αναλαμβάνονται από άτομα ή κοινωνικές ομάδες πέρα από τα πλαίσια των υγειονομικών σχηματισμών».²⁹

Στο δεύτερο στάδιο της πυραμίδας βρίσκεται η ΠΦΥ, η οποία αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής μεταξύ του χρήστη και του συστήματος υγείας. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας είναι διαφορετικές μεταξύ των ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών, καθώς στις ανεπτυγμένες χώρες το εύρος του πληθυσμού που καλύπτεται είναι περίπου δύο χιλιάδες πεντακόσιοι (2.500) ασθενείς, ενώ στις αναπτυσσόμενες οι παρεχόμενες υπηρεσίες μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες περίπου δέκα χιλιάδων (10.000) με πενήντα χιλιάδων ατόμων (50.000).³⁰

Μετά την ΠΦΥ οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας οδηγούνται στη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας, η οποία παρέχεται από Νοσοκομειακές μονάδες τόσο σε τοπικό, όσο και σε περιφερειακό επίπεδο. Στο επίπεδο αυτό, το Νοσοκομείο καλύπτει βασικά προβλήματα υγείας που απαιτούν ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και απευθύνεται σε πληθυσμό, ο οποίος μπορεί να κυμαίνεται από πενήντα χιλιάδες (50.000) μέχρι πεντακόσιες χιλιάδες (500.000) κατοίκους.

Τέλος, το Τριτοβάθμιο επίπεδο αναφέρεται στην αντιμετώπιση πολύπλοκων ή εξειδικευμένων προβλημάτων υγείας από ιατρούς Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων και απευθύνεται σε ένα πληθυσμό που κυμαίνεται από πεντακόσιους χιλιάδες (500.000) έως ενάμιση εκατομμύριο άτομα (1.500.000). Εδώ έγκειται και η διαφορά μεταξύ της Δευτεροβάθμιας και της Τριτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, καθώς στην Τριτοβάθμια Φροντίδα εντάσσονται Νοσοκομειακά ιδρύματα που υποστηρίζονται από Πανεπιστήμια, στα οποία πραγματοποιείται ερευνητική δραστηριότητα και ειδικές θεραπείες με πολύ υψηλό κόστος.

Παρατηρούμε πως η οργάνωση σε τέσσερα επίπεδα περίθαλψης (αυτοφροντίδα-πρωτοβάθμιο-δευτεροβάθμιο-τριτοβάθμιο), συναντάται σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες και εκφράζει τη σύγχρονη δομή και λειτουργία των συστημάτων υγείας. Είναι ξεκάθαρο ότι οι διεθνείς εξελίξεις στον τομέα της υγείας, οδηγούν στη μετεξέλιξη των συστημάτων υγείας με στόχο την ισότητα στην πρόσβαση, την ποιότητα, την αποτελεσματικότητα και γενικά τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Προς την επίτευξη αυτών των στόχων, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να υπάρξει βελτίωση και στα τέσσερα επίπεδα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

²⁹ Ο.π., 96.

³⁰ Πιερράκος Γ., *Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τοπική κοινωνία*, Αθήνα (Παπαζήσης) 2008, 27.

2.4 Μορφές συστημάτων υγείας

Κάθε σύστημα υγείας είναι ενταγμένο σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον, με συνέπεια η οποιαδήποτε απόπειρα κατανόησης του να προϋποθέτει πρώτα την κατανόηση του περιβάλλοντος στο οποίο εμπεριέχεται το σύστημα. Εάν δεχτούμε ότι οι βασικές αξίες του συστήματος καθορίζονται από τις αρχές και τις αξίες της κάθε κοινωνίας, τα επιμέρους χαρακτηριστικά του βασίζονται στα δημογραφικά, επιδημιολογικά, πολιτισμικά, οικονομικά και πολιτικά δεδομένα κάθε χώρας. Έτσι τα συστατικά αυτά συνθέτουν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του κάθε συστήματος υγείας. Επομένως, «οι υπηρεσίες υγείας δεν μπορούν να αποτελούν έτοιμα πακέτα και οι κυβερνήσεις δεν μπορούν να επιλέξουν για τη χώρα τους κάποιο σύστημα ή μοντέλο από έναν κατάλογο με επιτυχημένα διεθνώς πρότυπα». Το σύστημα υγείας είναι αντικείμενο συνεχούς ανάπτυξης και διάρθρωσης, λόγω των εναλλαγών στις ανάγκες που διαχρονικά προκύπτουν, λόγω της ανάπτυξης της τεχνολογίας και της αλλαγής στο πολιτικό, πολιτιστικό και οικονομικό προσκήνιο. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα η εφαρμογή κάθε συστήματος να προϋποθέτει τη γνώση των κοινωνικών, πολιτισμικών, οικονομικών και επιδημιολογικών παραγόντων μιας χώρας.³¹

Λαμβάνοντας υπόψη τα δεδομένα αυτά, συμπεραίνουμε ότι τα συστατικά στοιχεία του συστήματος υγείας είναι οι εισροές και οι εκροές. Οι εισροές αναφέρονται στο ανθρώπινο δυναμικό και στους υλικούς-οικονομικούς πόρους, ενώ οι εκροές στις υπηρεσίες υγείας που παράγονται στο εσωτερικό του συστήματος και οδηγούν μέσα από τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας στην ευημερία των πολιτών.

Ευθύνη της πολιτείας για τη διασφάλιση της παροχής ιατρικής φροντίδας σε όλα τα μέλη της ισότιμα, μέσα από την οργάνωση ενός συστήματος περίθαλψης, είναι «να καθορίσει τις παρεμβάσεις εκείνες που πρέπει να γίνουν έτσι ώστε να λύνονται τα θέματα που αφορούν τον τρόπο οργάνωσης και παροχής υπηρεσιών, τις σχέσεις μεταξύ των φορέων κάλυψης και του τρόπου χρηματοδότησης τους, με σκοπό την πλήρη, καθολική και ισότιμη κάλυψη των πολιτών».³²

Αν και είναι κοινή πεποίθηση ότι είναι απαραίτητη η κρατική παρέμβαση στις υπηρεσίες υγείας, εντούτοις υπάρχει διαφωνία σχετικά με την ένταση και την έκταση της. Αυτό συμβαίνει γιατί επικρατούν διαφορετικές απόψεις για το χαρακτήρα της

³¹ Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα (Παπαζήσης) 2001, 81.

³² Ο.π., 82.

υγείας. Ωστόσο, η τελική μορφή του συστήματος υγείας καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από το μέγεθος της κρατικής παρέμβασης.

Πέρα από τη διαφορά που υφίσταται για το βαθμό της κρατικής παρέμβασης, όλα τα συστήματα παρουσιάζουν τα ίδια συστατικά στοιχεία από την οπτική της οργάνωσης και διανομής πόρων. Τα κοινά στοιχεία των συστημάτων απαρτίζονται οι καταναλωτές-ασθενείς, οι προμηθευτές πρώτης γραμμής, οι προμηθευτές δεύτερης γραμμής όπως είναι τα Νοσοκομεία, οι δημόσιοι φορείς και τα ασφαλιστικά ταμεία ή ασφαλιστικές εταιρίες.

Λαμβάνοντας υπόψη τον τρόπο χρηματοδότησης, οργάνωσης, παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας, γίνονται διακριτά τρία πρότυπα οργάνωσης, τα οποία πέρα από τις όποιες διαφορές τους έχουν ως κοινό στοιχείο τη βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών, μέσα σε συνθήκες κοινωνικής δικαιοσύνης και αποτελεσματικότητας. Οι τρεις μορφές των συστημάτων υγείας είναι το φιλελεύθερο, το δημόσιο και το μεικτό σύστημα.

2.4.1 Τα φιλελεύθερα συστήματα υγείας

Τα φιλελεύθερα συστήματα υγείας ή αλλιώς συστήματα ιδιωτικής ασφάλισης εκπροσωπούνται από τις ΗΠΑ και βασίζονται στην πλήρη ελευθερία των ιατρών και των ασθενών. Η λειτουργία τους στηρίζεται στις δυνάμεις της αγοράς με την κρατική παρέμβαση να έχει δευτερεύοντα ρόλο, καθώς είναι όσο το δυνατόν μικρότερη. Η κάλυψη των αναγκών υγείας σε αυτά τα συστήματα παρέχεται μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης και αποτελεί προσωπική υπόθεση που απορρέει από τη δυνατότητα που έχει το κάθε άτομο να κάνει ελεύθερα τις επιλογές του.

Έχοντας ως δεδομένο την αρχή αυτή, το κάθε άτομο είναι ελεύθερο να επιλέξει αν πρέπει ή όχι να ασφαλιστεί. Στην πρώτη περίπτωση, η ασφάλιση γίνεται, είτε σε ιδιωτικές εταιρίες ατομικά, επιλέγοντας ο ίδιος το πρόγραμμα της ασφάλισης, είτε μέσω του εργοδότη του ο οποίος καλύπτει ολόκληρο ή μέρος των ασφαλιστρών. Στην περίπτωση που δεν επιλέγει να ασφαλιστεί, ο ανασφάλιστος καλείται να αντιμετωπίσει τις υγειονομικές του ανάγκες μέσω του εισοδήματός του.

Αν και το φιλελεύθερο σύστημα θεωρητικά εξασφαλίζει στον ασθενή το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του ιατρού και στον ιατρό το δικαίωμα της ελεύθερης

εγκατάστασης και του καθορισμού του ύψους της αμοιβής, είναι χαρακτηριστικό ότι στην απόλυτη μορφή του δεν εφαρμόζεται πουθενά. Το γεγονός αυτό οφείλεται επί το πλείστον στην εξελικτική πορεία της κοινωνίας και της οικονομίας. Οι αρχές του συστήματος ήταν συνυφασμένες με τις συνθήκες του περασμένου αιώνα, αλλά τη σύγχρονη εποχή θεωρούνται ξεπερασμένες, καθώς έχει γίνει γενικά αποδεκτό ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό δικαίωμα του κάθε ατόμου. Το δικαίωμα αυτό πρέπει να διασφαλίζεται με ευθύνη του κράτους και όχι με διαδικασίες που υπακούουν μόνο στους νόμους της αγοράς.³³ Οι ΗΠΑ αποτελούν τον κυριότερο εκπρόσωπο αυτού του προτύπου.³⁴

Το δικαίωμα που έχει ο ασθενής να επιλέγει τον ιατρό και το Νοσοκομείο που επιθυμεί, αποτελεί ουσιαστικά το μεγαλύτερο πλεονέκτημα του συστήματος, αν και σήμερα η δυνατότητα αυτή αμφισβητείται, καθώς στην πραγματικότητα το δικαίωμα αναφέρεται κυρίως στους οικονομικά εύπορους, από τη στιγμή που οι οικονομικά αδύνατοι δεν έχουν ευχέρεια επιλογής ιατρού και Νοσοκομείου λόγω οικονομικής αδυναμίας. Όσον αφορά τους ιατρούς, το σύστημα τους διασφαλίζει πλήρη ελευθερία, κάτι που είναι ιδιαίτερα επιθυμητό από το ιατρικό σώμα. Ωστόσο πρέπει να τονιστεί ότι η εφαρμογή της πλήρους ελευθερίας δε βρίσκει πεδίο εφαρμογής, από τη στιγμή που υπάρχει κορεσμός στο ιατρικό επάγγελμα. Στην πράξη μόνο ένας μικρός αριθμός ιατρών απολαμβάνει την πλήρη ελευθερία, ενώ οι υπόλοιποι είναι αναγκασμένοι να συμβληθούν με τις διάφορες μεγάλες ασφαλιστικές εταιρίες ή με οργανωμένες μορφές περίθαλψης όπως τα Health Maintenance Organizations (HMO's) και τα Preferred Provider Organizations (PPO's).

Το φιλελεύθερο σύστημα υγείας περιλαμβάνει μια σειρά από μειονεκτήματα και δυσλειτουργίες. Είναι χαρακτηριστικό πως δεν εξασφαλίζεται καθολική κάλυψη του πληθυσμού, από τη στιγμή που η κάλυψη εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα του κάθε ασθενούς.³⁵

³³ Ο.π., 83-85.

³⁴ Οι ΗΠΑ αποτελούν τον κυριότερο εκπρόσωπο αυτού του προτύπου, καθώς τα δύο τρίτα (2/3) των υπηρεσιών υγείας ανήκουν σε ιδιώτες, ενώ το κράτος διασφαλίζει μόνο φτωχούς και ηλικιωμένους, με υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται από τα προγράμματα Medicare και Medicaid. Οι φορείς των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από τα συγκεκριμένα προγράμματα είναι τα συμβεβλημένα Νοσοκομεία σε πολιτειακό επίπεδο, στο: Σουλιάτης Κ., *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας*, Αθήνα (Παπαζήσης) 2000, 55.

³⁵ Επίσης μέσα από το σύστημα υποθάλπεται το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης. Το γεγονός αυτό έχει ως συνέπεια ο τομέας της υγείας να απορροφά ένα μεγάλο μέρος των εθνικών πόρων, χωρίς να έχει τα αντίστοιχα αποτελέσματα. Δυσανάλογα αποτελέσματα και γεωγραφικές ανισότητες, όσον αφορά την

2.4.2 Τα δημόσια συστήματα υγείας

Τα δημοσίου χαρακτήρα συστήματα χωρίζονται σε δυο μέρη. Το ένα μέρος αποτελείται από συστήματα που χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση (σύμφωνα με το πρότυπο Bismark) και το άλλο από συστήματα που η χρηματοδότηση τους βασίζεται στον κρατικό προϋπολογισμό (σύμφωνα με το πρότυπο Beveridge) και έχουν καθιερωθεί να ονομάζονται εθνικά ή εθνικοποιημένα.

Στην πρώτη περίπτωση, το σύστημα διέπεται από την κοινωνική ασφάλιση που εκπροσωπείται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Τα ταμεία αυτά χρηματοδοτούν το σύστημα μέσω των εισφορών των εργοδοτών και των ασφαλισμένων, δηλαδή το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας προέρχεται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Η παρουσία πολλών και ανεξάρτητων ταμείων δημιουργεί τις βάσεις για διαφορετικές ασφαλιστικές καλύψεις από το ένα ταμείο στο άλλο. «Το μοντέλο αυτό τονίζει το ατομικό δικαίωμα του καθενός να αναζητήσει μέσα από το θεσμό της κοινωνικής ασφάλισης τρόπους για να καλύψει τις ανάγκες υγείας του, πληρώνοντας συγχρόνως και το απαιτούμενο ποσό χρημάτων (εισφορές)».³⁶

Στη δεύτερη περίπτωση, ο εμπνευστής των εθνικών συστημάτων ήταν ο Beveridge και πιο συγκεκριμένα το σχέδιο του για τη δημιουργία ενός εθνικού συστήματος υγείας. Το κύριο χαρακτηριστικό του σχεδίου κοινωνικών ασφαλίσεων είναι ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης εναντίων της διακοπής και της καταστροφής της αποδοτικότητας και των ιδιαίτερων δαπανών που προκύπτουν κατά τη γέννηση, το γάμο ή το θάνατο. Το σύστημα ενσωματώνει έξι θεμελιώδεις αρχές: α) το επίπεδο του επιδόματος διαβίωσης, β) το επίπεδο συμμετοχής-συνεισφοράς, γ) η ενοποίηση της διοικητικής ευθύνης, δ) η επάρκεια του οφέλους, ε) η πληρότητα και στ) η ταξινόμηση³⁷.

Το επίκεντρο της θεωρίας του για την ιατρική περίθαλψη αναφερόταν στην καθολική κάλυψη του πληθυσμού ανεξάρτητα από το εύρος των αναγκών, τόσο σε

περιφερειακή κατανομή των υπηρεσιών υγείας, δημιουργούνται από την ανυπαρξία κεντρικού σχεδιασμού, προγραμματισμού και χρηματοδότησης. Τέλος επειδή το συγκεκριμένο σύστημα βασίζεται στο κέρδος, είναι επικεντρωμένο στη θεραπεία και στην αποκατάσταση, αφήνοντας σε δεύτερη μοίρα την πρόληψη.

³⁶ Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα (Παπαζήσης) 2001, 86-87.

³⁷ Beveridge W., *Social Insurance and Allied Service*, Beveridge Report, London (Majesty's Stationery Office) 1942, http://news.bbc.co.uk/2/shared/bsp/hi/pdfs/19_07_05_beveridge.pdf, 9 (πρόσβαση στις 14/04/2011).

επίπεδο πρόληψης, όσο και αποκατάστασης. Η διαπίστωση της αναποτελεσματικότητας του προηγούμενου συστήματος υγείας είχε ως αποτέλεσμα τη θέσπιση του εθνικού συστήματος υγείας το 1946. Ένα σημαντικό μέρος του νέου συστήματος αναφερόταν στην ανάγκη παροχής υπηρεσιών υγείας από την πλευρά του κράτους.

Μια σειρά από χώρες, όπως η Μεγάλη Βρετανία, η Σουηδία, η Ιταλία, η Ελλάδα, κλπ. εφάρμοσαν αντίστοιχες πολιτικές, με ελάχιστες διαφοροποιήσεις και δημιούργησαν εθνικά συστήματα υγείας, όπου το κράτος έχει υπό την εποπτεία του την παραγωγή και διανομή πόρων. Σχετικά με την κάλυψη του πληθυσμού, αυτή είναι πλήρης, καθολική και η χρηματοδότηση της βασίζεται κυρίως στην φορολογία.³⁸

Η βασική αντίθεση του δημόσιου συστήματος υγείας σε σχέση με το ιδιωτικό, συνίσταται στην αρμοδιότητα του κράτους για την παροχή υπηρεσιών υγείας. Το δημόσιο σύστημα βασίζεται περισσότερο στην κοινωνική αλληλεγγύη μέσα από την ισότιμη κάλυψη των αναγκών όλων των πολιτών ανεξάρτητα από φύλο, ηλικία, επάγγελμα, κοινωνική και οικονομική κατάσταση, που επιτυγχάνεται στα πλαίσια αυξημένης κρατικής παρέμβασης. Στα συστήματα αυτά, το κράτος είναι ο εγγυητής για ένα ελάχιστο επίπεδο υπηρεσιών υγείας προς όλους τους πολίτες, έχοντας ενεργό ρόλο καθ' όλη τη διάρκεια της παραγωγικής διαδικασίας. Οι διαφορές μεταξύ των δημόσιων και ιδιωτικών συστημάτων παρουσιάζονται επιγραμματικά στον Πίνακα 2(βλ. Παράρτημα).

Τα δημόσια συστήματα μέσα από τον έντονο κρατικό παρεμβατισμό επιδιώκουν τα εξής: α) καθολική και ισότιμη κάλυψη του πληθυσμού, β) σχεδιασμό και προγραμματισμό της υγειονομικής πολιτικής με γνώμονα τις ανάγκες του πληθυσμού, γ) περιορισμό των περιφερειακών ανισοτήτων υγείας μέσα από την κατανομή των υγειονομικών πόρων, σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού, δ) δωρεάν παροχή των υπηρεσιών και κάλυψη του κόστους μέσα από τη φορολογία, τις ασφαλιστικές εισφορές ή από ένα μικτό σύστημα, ε) αποκεντρωτική λειτουργία και λήψη αποφάσεων στον τομέα της υγείας. Τα συστήματα αυτά παρουσιάζουν μια σειρά από πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα.³⁹ Την τελευταία δεκαετία οι χώρες με τα

³⁸ Σουλιώτης Κ., *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας*, Αθήνα (Παπαζήσης) 2000, 58.

³⁹ Τα πλεονεκτήματα του συστήματος είναι: α) Η διασφάλιση καθολικής και ισότιμης κάλυψης όλων των πολιτών ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση και την κοινωνική τους θέση, β) Ο κεντρικός σχεδιασμός και η ανάπτυξη των υπηρεσιών μέσω των οποίων τίθενται υγειονομικοί στόχοι για την κάλυψη των πραγματικών αναγκών, εξασφαλίζοντας ωστόσο δίκαιη κατανομή πόρων, γ) Η ενιαία και

δημόσια συστήματα υγείας προσπαθούν να προσθέσουν σε αυτά, συστατικά ανταγωνισμού και κίνητρα, με σκοπό να εξαλείψουν τα μειονεκτήματα που υπάρχουν.

2.4.3 Τα μικτά συστήματα υγείας

Το πρότυπο του Bismark αποτέλεσε τη βάση στην οποία στηρίζονται τα μικτά υγειονομικά συστήματα. Στη Γερμανία το 1880, ο Bismark θεμελίωσε το πρώτο οργανωμένο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, το οποίο εφαρμόζεται σε αρκετές χώρες, κυριότερες εκ των οποίων η Γερμανία και η Γαλλία. Κυρίαρχη θέση καταλαμβάνει η αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης, μέσα από τη συλλογική κάλυψη του πληθυσμού.

Στα συστήματα αυτά, πέρα από την υποχρέωση για ασφάλιση του πληθυσμού η ασφάλιση υγείας θεωρείται καθολικό δικαίωμα ανεξάρτητα από το εισόδημα και την υγειονομική κατάσταση των ατόμων. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον σε αυτά, παρουσιάζει η κυριότητα των παραγωγικών συντελεστών, η οποία μπορεί να είναι είτε δημόσια είτε ιδιωτική, προσδίδοντας με αυτό τον τρόπο ένα μικτό πλαίσιο στην προσφορά των υπηρεσιών από τους προμηθευτές.⁴⁰

Ενώ ο επεμβατικός χαρακτήρας των κυβερνήσεων στους τρόπους χρηματοδότησης των προμηθευτών είναι αναμφισβήτητος, διευρύνεται παράλληλα και σε θέματα προγραμματισμού των υπηρεσιών υγείας, όπως η περιφερειακή κατανομή των υπηρεσιών. Το κράτος καθορίζει τη στρατηγική, οργανώνει και διοικεί. Πέρα όμως από αυτές τις αρμοδιότητες, συμπληρώνει τα χρηματοδοτικά κενά της κοινωνικής ασφάλισης, διασφαλίζοντας σε όλο το φάσμα του πληθυσμού ένα ελάχιστο επίπεδο υπηρεσιών υγείας.

κεντρική χρηματοδότηση, μέσω της οποίας επιχειρούνται σημαντικές κρατικές παρεμβάσεις, ιδιαίτερα προς την πλευρά της προσφοράς για τον έλεγχο των δαπανών, την διαχείριση των πόρων, τη βελτίωση της ποιότητας, κ.α., δ) Οι υπηρεσίες δημόσια υγείας, πρόληψης και υγειονομικής διαφώτισης αποτελούν προτεραιότητα, ε) Η άσκηση της ιατρικής δε διαστρεβλώνεται από την ανάμειξη του χρήματος, ζ) Αναπτύσσεται καλή διαπροσωπική σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενή. Τα μειονεκτήματα του συστήματος είναι: α) Η ανάπτυξη γραφειοκρατίας που επιβαρύνει τις υπηρεσίες με μεγάλη και συχνά άσκοπη γραφική εργασία, β) Η υπόθαλψη της επαγγελματικής αδιαφορίας των γιατρών, γ) Η ύπαρξη λίστας αναμονών στα νοσοκομεία για χειρουργικές επεμβάσεις, δ) Η περιορισμένη δυνατότητα επιλογής γιατρού και νοσοκομείου από τον ασθενή, ε) η έλλειψη αποτελεσματικών μηχανισμών από το σύστημα, που θα προάγουν την αποτελεσματικότητα, την ποιότητα και τη διοίκηση, στο: Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα (Παπαζήσης) 2001, 89-90.

⁴⁰ Σουλιώτης Κ., *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας*, Αθήνα (Παπαζήσης) 2000, 57.

Τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των μικτών συστημάτων δεν μπορούν να προσδιοριστούν εύκολα, καθώς κάτι τέτοιο απαιτεί τη διεξοδική μελέτη αυτών κατά περίπτωση. Πρέπει να επισημανθεί ότι τα τελευταία χρόνια παρατηρείται από τα περισσότερα μικτά συστήματα, η διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας στο σύνολο του πληθυσμού, μέσα σε συνθήκες ισότητας, κοινωνικής δικαιοσύνης και λογικού κόστους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση

3.1 Η πολιτική υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Η υγεία εντάσσεται στο ευρύτερο πλαίσιο άσκησης κοινωνικής πολιτικής⁴¹ και θεωρείται ως ένας από τους κυριότερους τομείς παρέμβασης του κοινωνικού κράτους. Σύμφωνα με την κλασική έκθεση του W. Beveridge, η παρέμβαση έχει ως στόχο την καταπολέμηση των πέντε μεγάλων κινδύνων της ανθρωπότητας, δηλαδή της φτώχειας, της ασθένειας, της άγνοιας, της εξαθλίωσης και της ανεργίας.

Η κοινωνική πολιτική στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) έχει επικουρικό χαρακτήρα, καθώς η λειτουργία της κοινότητας επεκτείνεται μέχρι το στάδιο της υποστήριξης και της συμπλήρωσης της δράσης των κρατών-μελών. Η θεώρηση αυτή επιβεβαιώνεται από την πολιτική υγείας της κοινότητας, όπου ως πολιτική υγείας μπορεί να οριστεί «το σύνολο των αποφάσεων, των δεσμεύσεων και των μέτρων για τη διατήρηση ή τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας».⁴² Με βάση τον ορισμό αυτό είναι ξεκάθαρο ότι η κοινότητα χαρακτηρίζεται από συμπληρωματικό-επικουρικό χαρακτήρα, καθώς στο άρθρο 152 για τη δημόσια υγεία τονίζεται πως η δράση της κοινότητας δεν πρέπει να θίγει τις αρμοδιότητες των κρατών-μελών σχετικά με την οργάνωση και την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών.

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή πρότεινε ως αντίδοτο των προκλήσεων που θέτουν οι δημογραφικές, κοινωνικές και οικονομικές αλλαγές, τη συνεργασία μεταξύ των κρατών-μελών, προκειμένου να επιτευχθεί η διασφάλιση υψηλής ποιότητας και βιώσιμης υγειονομικής προστασίας, δίνοντας ταυτόχρονα έμφαση στην πρόληψη και στην ανάπτυξη της μακροχρόνιας φροντίδας των ηλικιωμένων. Η οργάνωση του

⁴¹ Η έννοια της κοινωνικής πολιτικής αναφέρεται τόσο σε ένα σύνολο μορφών και μεθόδων κοινωνικής δράσης και παρέμβασης, όσο και σε ένα αντικείμενο μελέτης και επιστημονικής ανάλυσης των επιμέρους πολιτικών που τη συγκροτούν. Παρά τις θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί, περί ανεξάρτητου επιστημονικού αντικείμενου, σήμερα γίνεται ευρύτερα αποδεκτό ότι πρόκειται για ένα διεπιστημονικό πεδίο, στο: Στασινοπούλου Ο., *Εισαγωγή στην κοινωνική πολιτική*, σημειώσεις επιστημονικών παραδόσεων για το μάθημα "Εισαγωγή στην κοινωνική πολιτική" του Τμήματος Κοινωνικής Πολιτικής, Αθήνα (Πάντειο Πανεπιστήμιο) 2005, 1-2.

⁴² Οικονόμου Χ., *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες*, Αθήνα (Διώνικος) 2004, 111.

συστήματος υγείας μπορεί να διαφέρει από χώρα σε χώρα της ΕΕ, λόγω των ιδιαίτερων κοινωνικών, οικονομικών, πολιτικών και πολιτισμικών συνθηκών που έχει κάθε χώρα. Ωστόσο, υποστηρίζεται ότι υπάρχει η δυνατότητα να υπάρξει ένα «Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Μοντέλο προστασίας της υγείας», το οποίο θα διαφοροποιείται από άλλα μοντέλα, όπως για παράδειγμα αυτό των ΗΠΑ. Τα στοιχεία που οριοθετούν τη διάκριση αυτή είναι η έκταση της πρόσβασης και ο ρόλος του κράτους σε σχέση με την αγορά. Το πρώτο στοιχείο σχετίζεται με την έκταση της πρόσβασης και έγκειται στη διασφάλιση της αρχής της αλληλεγγύης, η οποία ικανοποιεί το κριτήριο της καθολικής και ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Το δεύτερο στοιχείο αφορά το ρόλο του κράτους σε σχέση με την αγορά και το εύρος της παρεμβατικής του λειτουργίας.

Το ερώτημα για την ύπαρξη ενός «Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Μοντέλου προστασίας της υγείας» ως αποτέλεσμα της σύγκλισης των συστημάτων υγείας των κρατών-μελών της ΕΕ, εντάσσεται στο γενικότερο προβληματισμό που χαρακτηρίζει τη συγκριτική ανάλυση της κοινωνικής πολιτικής στην Ευρώπη.⁴³

Το επίκεντρο ανάλυσης της επιστημονικής κοινότητας συγκροτείται από δυο βασικές διαστάσεις της ευρωπαϊκής πολιτικής υγείας. «Η πρώτη αφορά στη σχέση μεταξύ του σχεδίου διαμόρφωσης ενιαίας εσωτερικής αγοράς και προστασίας των τεσσάρων βασικών ελευθεριών διακίνησης και της ανάγκης ρυθμιστικών παρεμβάσεων για την εξασφάλιση ενός ελάχιστου επιπέδου κοινωνικής προστασίας, ως εγγύηση της απρόσκοπτης πορείας προς την ευρωπαϊκή ολοκλήρωση. Η δεύτερη σχετίζεται με την κατανομή των αρμοδιοτήτων λήψης αποφάσεων και ανάληψης δράσεων μεταξύ της ΕΕ και των κρατών-μελών».⁴⁴

3.2 Οι συνθήκες σχετικά με την πολιτική υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Η ίδρυση και η λειτουργία της ΕΕ βασίστηκε στην «ανοικτή προσέγγιση», σύμφωνα με την οποία η συνεργασία ανάμεσα στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης θα έπρεπε να γίνει σταδιακά, δίνοντας προτεραιότητα σε τομείς όπου υπήρχαν προϋποθέσεις επιτυχίας, όπως για παράδειγμα ο τομέας της οικονομίας.

⁴³ Ο.π., 111-115.

⁴⁴ Ο.π., 114-115.

Αποτέλεσμα της συγκεκριμένης προσέγγισης υπήρξε η υπογραφή τριών ιδρυτικών συνθηκών της ΕΕ⁴⁵, οι οποίες έδωσαν βαρύτητα στην οικονομική διάσταση της ενοποίησης, θέτοντας σε δεύτερη μοίρα την κοινωνική διάσταση. Η εξέλιξη αυτή αποτυπώνεται και στην περίπτωση της υγείας, καθώς σε καμία από τις τρεις συνθήκες δεν υπήρχε η υγείας ως στόχος δράσης της κοινότητας, έχοντας ως συνέπεια την αδυναμία διαμόρφωσης ενός ολοκληρωμένου πλαισίου άσκησης πολιτικής υγείας. Η μοναδική αναφορά σε ζητήματα δημόσιας υγείας έγινε έμμεσα από ορισμένες διατάξεις, στο βαθμό που αυτό ήταν αναγκαίο, ως συνέπεια των πρωταρχικών οικονομικών δραστηριοτήτων της κοινότητας.

Η πρώτη ουσιαστική τροποποίηση των ιδρυτικών συνθηκών της κοινότητας επήλθε με την Ενιαία Ευρωπαϊκή Πράξη (1/7/1987), έχοντας ως στόχο την ολοκλήρωση της ενιαίας εσωτερικής αγοράς, την άρση όλων των περιορισμών στην κυκλοφορία κεφαλαίων, αγαθών, υπηρεσιών, προσώπων και την αναγνώριση της κοινωνικής πολιτικής ως τομέα δραστηριότητας της κοινότητας. Στον υγειονομικό τομέα η ύπαρξη κυρίως τριών άρθρων συνέβαλε στη διαμόρφωση μιας γενικότερης συμφωνίας ως προς τις οικονομικές πλευρές της δημόσιας υγείας⁴⁶.

Το 1989 υιοθετήθηκε στη Διάσκεψη του Στρασβούργου ο «Κοινοτικός Χάρτης των Θεμελιωδών Κοινωνικών Δικαιωμάτων των Εργαζομένων», ο οποίος αν και αποτέλεσε μια προσπάθεια ενδυνάμωσης της κοινωνικής διάστασης της εσωτερικής αγοράς, στην ουσία δεν κατάφερε να επεκτείνει την αρμοδιότητα της Κοινότητας στον κοινωνικό χώρο.

Η νομική κατοχύρωση της Κοινότητας για λήψη αρμοδιοτήτων στον υγειονομικό τομέα επήλθε για πρώτη φορά το 1992 με τη συνθήκη του Μάαστριχτ για την ΕΕ, όπου εισάγονται αρχικά δυο άρθρα που αναφέρονται στην υγεία των πολιτών της Ένωσης.

⁴⁵ Ως ιδρυτικές συνθήκες της Ευρωπαϊκής Ένωσης θεωρούνται οι: (α) Συνθήκη Ευρωπαϊκής Κοινότητας Άνθρακα και Χάλυβα (ΕΚΑΧ), η οποία υπογράφηκε στις 18/04/1951 στο Παρίσι, (β) Συνθήκη Ευρωπαϊκής Κοινότητας Ατομικής Ενέργειας (ΕΚΑΕ), η οποία υπογράφηκε στη Ρώμη στις 25/03/1957 και (γ) Συνθήκη Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας (ΕΟΚ), η οποία υπογράφηκε επίσης στη Ρώμη μαζί με τη συνθήκη ΕΚΑΕ. Ιδρυτικά κράτη ήταν το Βέλγιο, η Γαλλία, η Ο.Δ. της Γερμανίας, η Ιταλία, το Λουξεμβούργο και η Ολλανδία, στο: Οικονόμου Χ., ο.π., 115.

⁴⁶ Συγκεκριμένα, το άρθρο 100Α(3) καλούσε την επιτροπή να συμπεριλάβει στις προτάσεις της που αφορούσαν την υγιεινή και την ασφάλεια καθώς και την προστασία του περιβάλλοντος και του καταναλωτή, την ανάγκη υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας, καθώς σχετιζόταν με τη λειτουργία της ενιαίας αγοράς. Επίσης, το άρθρο 118Α τόνιζε στα κράτη μέλη ότι έπρεπε να δώσουν ιδιαίτερη προσοχή στην προστασία της ασφάλειας και της υγείας των εργαζομένων στο χώρο εργασίας. Τέλος, το άρθρο 130Π επισήμαινε την παράμετρο της υγείας στην περιβαλλοντική πολιτική της κοινότητας, στο: Οικονόμου Χ., ο.π., 116-118.

Συγκεκριμένα, το άρθρο 3(ο) καλεί την Ένωση να συμβάλλει στην επίτευξη υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας του ανθρώπου, ενώ το άρθρο 129 θέτει το πλαίσιο εξασφάλισης αυτού του στόχου. Στη συνέχεια προστέθηκαν άλλα δυο νέα άρθρα, το 3(τ) και το 129(A), τα οποία προβλέπουν τη συμβολή της Ένωσης στην προστασία των καταναλωτών. Με βάση το άρθρο 129, η δράση της κοινότητας επικεντρώνεται μόνο στην πρόληψη των ασθενειών και κυρίως των μεγάλων πληγών της ανθρωπότητας.⁴⁷ Τα μέσα που χρησιμοποιούνται για την επίτευξη του προαναφερόμενου σκοπού είναι η έρευνα, η ενημέρωση και η διαπαιδαγώγηση του πληθυσμού σχετικά με ζητήματα υγείας. Επιπλέον τονίζεται ότι πρέπει να υπάρχει συντονισμός δραστηριοτήτων μεταξύ των κρατών μελών(βλ. Παράρτημα, Πίνακας 3).

Σχετικά με το άρθρο, στα αρνητικά στοιχεία του συγκαταλέγονται τόσο ο αποκλεισμός της εναρμόνισης του θεσμικού πλαισίου άσκησης πολιτικής υγείας, όσο και η κριτική που του ασκήθηκε περί ασάφειας των διατάξεων του, ενώ στα θετικά περιλαμβάνεται ότι αποτέλεσε το έναυσμα για την ανάπτυξη προγραμμάτων δημόσιας υγείας στην Κοινότητα, τα οποία συνέβαλαν στην έναρξη μιας διαδικασίας σύγκλισης. Για πρώτη φορά χαράχτηκε η κατευθυντήρια οδός πάνω στην οποία η Κοινότητα θα μπορούσε να θεμελιώσει μελλοντικές ενέργειες και δράσεις.

Η εμφάνιση και η έκταση που έλαβε η εξάπλωση της Σπογγώδους Εγκεφαλοπάθειας των Βοοειδών είχαν ως αποτέλεσμα τη συμπερίληψη του άρθρου 129 στα υπό

⁴⁷ Το άρθρο 129 δέχτηκε κριτική η οποία επικεντρώθηκε στη γενικότητα και την ασάφεια των διατάξεων του. Η ασάφεια εμφανιζόταν κυρίως στην κατανομή των αρμοδιοτήτων μεταξύ των κρατών μελών και της Επιτροπής σχετικά με την επίτευξη των στόχων του άρθρου. Η του άρθρου 3(ο) περί «υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας» δημιούργουσε διλήμματα προσέγγισης ως προς το τι σημαίνει υψηλό επίπεδο, σε ποιο σημείο τίθεται το όριο του υψηλού και πως μπορεί αυτό να μετρηθεί. Επίσης, υπήρχε αοριστία σχετικά με τις ασθένειες που συνιστούν μεγάλη πληγή της ανθρωπότητας. Τέλος, δεν ήταν ξεκάθαρο αν ο «συντονισμός των δραστηριοτήτων» των κρατών μελών αφορούσε την υιοθέτηση κοινών ή παρόμοιων στόχων, προγραμμάτων, πολιτικών ή απλά την ανταλλαγή πληροφοριών. Σε έκθεση του το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο επεσήμαινε ότι το άρθρο 129 περιόριζε το σκοπό της δράσης της Κοινότητας σε ζητήματα γενικού ενδιαφέροντος, χωρίς να γίνεται καμία αναφορά στην εναρμόνιση της νομοθεσίας των κρατών μελών στον τομέα της δημόσιας υγείας. Επίσης, τόνιζε ότι το άρθρο αυτό δεν παρείχε ουσιαστική βάση για ανάληψη από μέρους της Κοινότητας νομοθετικής δραστηριότητας, αλλά μόνο πρωτοβουλιών συντονισμού. Η αοριστία που διέκρινε το άρθρο είχε ως αποτέλεσμα το Κοινοβούλιο να καλέσει την Επιτροπή να αναπτύξει κοινούς ορισμούς ως προς την πολιτική υγείας, τους στόχους και τις προτεραιότητες και να προσδιορίσει το περιεχόμενο εκφράσεων του άρθρου όπως «υψηλοί κίνδυνοι», «πληθυσμοί σε κίνδυνο», «υψηλού επιπέδου προστασία υγείας». Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, υποστηρίχτηκε ότι η ασάφεια του άρθρου 129 οφείλεται στο γεγονός ότι αυτό αποτέλεσε ένα συμβιβασμό μεταξύ εκείνων των κρατών μελών που επιθυμούσαν την επέκταση της αρμοδιότητας της Ένωσης σε ζητήματα υγείας και τη θεσμική κατοχύρωση των δραστηριοτήτων που λίγο ή πολύ μέχρι εκείνη τη στιγμή λάμβαναν άτυπα χώρα και εκείνων που ήταν αντίθετα σε μια παρόμοια προοπτική και έβλεπαν το άρθρο 129 ως έναν περιορισμό αυτών των δραστηριοτήτων στο: Οικονόμου Χ., ο.π., 118-121.

τροποποίηση άρθρα της Διακυβερνητικής Διάσκεψης του Άμστερνταμ. Το νέο άρθρο 152 της Συνθήκης του Άμστερνταμ τροποποίησε ορισμένες διατάξεις του άρθρου 129 και πρόσθεσε κάποιες καινούργιες(βλ. Παράρτημα Πίνακας 4). Στα αρνητικά σημεία του νέου άρθρου συγκαταλέγεται η διατήρηση της ασάφειας των σημείων του προκατόχου του, καθώς και τον εκ νέου αποκλεισμό των υπηρεσιών υγείας από τη Συνθήκη. Είναι ξεκάθαρο ότι η τροποποίηση του άρθρου 129 δεν υπήρξε προϊόν συνειδητής και συναινετικής διαδικασίας αναγνώρισης της αναγκαιότητας ανάπτυξης συντονισμένης πολιτικής υγείας, αλλά συνέπεια εξωτερικών επιδράσεων.⁴⁸

Σημαντική εξέλιξη αποτέλεσε η υιοθέτηση του «Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων» στη Σύνοδο Κορυφής της Νίκαιας. Στο συγκεκριμένο Χάρτη αναγνωρίζεται όπως μαρτυρά και η ονομασία του, η προστασία έξι θεμελιωδών δικαιωμάτων: της αξιοπρέπειας, της ελευθερίας, της ισότητας, της αλληλεγγύης, της δημοκρατίας και της δικαιοσύνης. Η αναφορά στην προστασία της υγείας γίνεται έμμεσα, καθώς αποτελεί μια από τις βασικές συνιστώσες της αλληλεγγύης. Συγκεκριμένα, αναφέρεται πως όλα τα πρόσωπα έχουν δικαίωμα πρόσβασης στην πρόληψη και την ιατρική περίθαλψη και επιπρόσθετα ότι πρέπει να εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου. Παρά την αμφισβήτηση που δέχτηκε, πολλοί είναι αυτοί που τονίζουν και τη θετική διάσταση του Χάρτη, ιδιαίτερα ως προς τη συμβολική του αξία.⁴⁹

Στη συνέχεια το άρθρο 152 τροποποιήθηκε από το άρθρο 179 του Σχεδίου του Συντάγματος για την Ευρώπη, στο οποίο αναδιατυπώνεται η αρχή ότι η δράση της Ένωσης στον υγειονομικό τομέα αναπτύσσεται χωρίς να θίγονται οι αρμοδιότητες των κρατών-μελών σχετικά με την οργάνωση και την παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών. Ωστόσο, το άρθρο αυτό εισάγει την εφαρμογή της ανοικτής μεθόδου συντονισμού στον τομέα της υγείας, προβλέποντας ότι τα κράτη-μέλη συντονίζουν μεταξύ τους, σε συνδυασμό με την Επιτροπή: α) τις πολιτικές και τα προγράμματα τους, μέσα από τον καθορισμό κατευθυντήριων γραμμών και δεικτών, β) την οργάνωση της ανταλλαγής βέλτιστων πρακτικών και γ) την προετοιμασία των αναγκαίων στοιχείων για την τακτική παρακολούθηση και αξιολόγηση(βλ. Παράρτημα, Πίνακας 5).

⁴⁸ Ο.π., 122-126.

⁴⁹ Αυτό συμβαίνει γιατί ο Χάρτης: α) κάνει περισσότερο ορατά τα δικαιώματα που διαφυλάσσονται στο κοινοτικό δίκαιο, β) διασαφηνίζει τα δικαιώματα που οι Ευρωπαίοι αμοιβαία αναγνωρίζουν και δίνει τη δυνατότητα στους πολίτες να κάνουν χρήση των πολιτικών τους δικαιωμάτων, γ) δίνει μεγαλύτερη βαρύτητα στην πολιτική διαδικασία, έναντι της δικαστικής, δ) συμβάλει στην παγκόσμια δημοκρατία, στο: Οικονόμου Χ., ο.π., 127.

Η κριτική που ασκήθηκε στο άρθρο 179 έχει σχέση με την υιοθέτηση ενός περιοριστικού ορισμού για τη δημόσια υγεία, καθώς και την ανεπαρκή αναφορά σε παράγοντες κινδύνου για την υγεία που μπορούν να είναι «αποφεύξιμοι» και απαιτούν μια διεθνή, επικεντρωμένη παρέμβαση, όπως για παράδειγμα τα καρδιαγγειακά νοσήματα ή οι ψυχικές ασθένειες.⁵⁰

3.3 Πολιτικές για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Το 1978 η διακήρυξη της Alma-Ata άρθρωσε την ΠΦΥ ως ένα σύνολο κατευθυντήριων αξιών για την ανάπτυξη της υγείας, ένα σύνολο αρχών για την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και μια σειρά από προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας που χρήζουν προτεραιότητας καθώς και τους θεμελιώδεις καθοριστικούς παράγοντες της υγείας. Η Διακήρυξη αυτή έθεσε την ΠΦΥ στην ευρωπαϊκή πολιτική ατζέντα για την υγεία, όταν η ευρωπαϊκή περιοχή του ΠΟΥ αποτελούνταν από μόνο 32 κράτη-μέλη, αντί των σημερινών 53.

Ορισμένες από τις βασικές αξίες είναι οι εξής: α) ισότιμη πρόσβαση στην υγεία και τέλος στον αποκλεισμό, β) υπηρεσίες υγείας που επικεντρώνεται γύρω από τις ανάγκες και τις προσδοκίες των πολιτών, γ) υγειονομική ασφάλεια για τις κοινότητες στις οποίες ζουν οι άνθρωποι, δ) μια πιο καθολική προσέγγιση της υγείας, λαμβάνοντας υπόψη ότι οι τομείς εκτός της υγείας έχουν τεράστιο αντίκτυπο στην υγεία των ανθρώπων, ε) διαφορετική προσέγγιση των συστημάτων υγείας στην οποία η ΠΦΥ θα διαδραματίζει έναν αναπόσπαστο και κεντρικό ρόλο.⁵¹

Η αύξηση των προσδοκιών και η ευρεία υποστήριξη του οράματος που ορίζονται σε αυτές τις αξίες δεν οδηγούν πάντα σε αποτελεσματικό μετασχηματισμό των συστημάτων υγείας. Πράγματι, από το συνέδριο της Alma-Ata το 1978 μέχρι το 1990, σημειώθηκε μια απόκλιση των συστημάτων υγείας μεταξύ των περιοχών του ΠΟΥ της Ευρώπης. Η απόκλιση αυτή αντανακλά μια μεγάλη απόσταση, ως προς το βαθμό της διαχείρισης από το κράτος, των μηχανισμών χρηματοδότησης που χρησιμοποιούνται, καθώς και της συνεργασίας του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στην παροχή φροντίδας, η οποία όμως δε θεωρείται σημαντική. Συνεπώς οι χώρες χωρίστηκαν με τον ακόλουθο

⁵⁰ Ο.π., 129-130.

⁵¹ Ορισμένες βασικές αξίες σύμφωνα με τη διακήρυξη της Alma-Ata: <http://www.who.int/en/>, (πρόσβαση στις 14/12/2010).

τρόπο: α) στην πλούσια βορειοδυτική γωνιά της Ευρώπης με σύγχρονη υψηλή ιατρική τεχνολογία, με μια σχετική επικράτηση του ιδιωτικού ιατρείου, και με συστήματα που χρηματοδοτούνται είτε από φόρους, είτε από την ασφάλιση, β) τις κάπως φτωχότερες νότιες χώρες, με συστήματα κυρίως προσανατολισμένα στην κοινωνική ασφάλιση και γ) τις σοσιαλιστικές χώρες που έχουν εντελώς κρατικά και ελεγχόμενα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης.

Ως εκ τούτου, στις διεθνείς συγκρίσεις τα κράτη-μέλη συχνά αναφέρονταν ως «βιομηχανικές χώρες», δεδομένου της φαινομενικής ομοιότητάς τους όσον αφορά την κατάσταση της υγείας και συνολικής διάταξης τους. Ωστόσο η γεωπολιτική αναταραχή του 1990-1992 γκρέμισε την ψευδαίσθηση της ομοιογένειας. Η ομοιόμορφη εικόνα του σοβιετικού συστήματος είχε κρύψει τεράστιες διαφορές μεταξύ των χωρών. Καθώς ο αριθμός των κρατών-μελών της Περιφέρειας αυξήθηκε, μια νέα Ευρώπη αναδύθηκε.⁵²

⁵² World Health Organization, πληροφορίες από το διαδίκτυο στο: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/primary-health-care/policy>, (πρόσβαση στις 01/06/2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα

Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει παρουσίαση του ΕΣΥ από την περίοδο που θεσμοθετήθηκε (1983) μέχρι και σήμερα με τον τελευταίο σε ισχύ νόμο και της εξέλιξης της ΠΦΥ στην Ελλάδα.

Η εξέλιξη του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα είναι εναρμονισμένη με την πορεία ανάπτυξης που παρουσίασε το Ελληνικό κράτος. Παρά την πρόοδο που παρατηρήθηκε κατά τη μεταπολεμική περίοδο, ο υγειονομικός τομέας συνέχισε να αποτελεί μέρος των υποανάπτυκτων υποσυστημάτων.

Αμέσως μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο και ενώ στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες τα συστήματα υγείας εισήλθαν σε τροχιά ανάπτυξης, στην Ελλάδα συμβαίνει το αντίθετο, καθώς το υγειονομικό σύστημα εμφανίζεται υποτονικό και οικονομικά ασθενές. Το 1974, με το πέρας της δικτατορίας, εισέρχεται στην αναπτυξιακή-μεταρρυθμιστική φάση, όπου καλλιεργείται η ιδέα για ριζικές αλλαγές στον τρόπο παραγωγής, χρηματοδότησης και διανομής των υπηρεσιών υγείας.

Η εξελικτική πορεία συνεχίστηκε με αποκορύφωμα τη ψήφιση του νόμου 1397/1983. Με το νόμο αυτό ιδρύθηκε το ΕΣΥ, το οποίο αποτέλεσε το θεσμικό σχήμα με το οποίο επιχειρήθηκε για πρώτη φορά η εγκαθίδρυση ενός δημόσιου συστήματος για την προστασία της υγείας. Η ίδρυση του ΕΣΥ αν και αποτέλεσε την αφετηρία για μια ταχεία και μεγάλη επέκταση του υγειονομικού τομέα, δεν κατάφερε μέχρι σήμερα να φέρει τα ανάλογα αποτελέσματα, καθώς υπάρχουν αρκετές ελλείψεις και προβλήματα που αναζητούν λύσεις.

4.1 Το ΕΣΥ: Από τη θεσμοθέτηση του μέχρι σήμερα

Μια αξιοσημείωτη προσπάθεια στην κατεύθυνση δημιουργίας ενός σύγχρονου συστήματος υγείας επιχειρήθηκε το 1980 με το νομοσχέδιο «Μέτρα προστασίας της Υγείας» το οποίο κατατέθηκε στη βουλή.⁵³ Ωστόσο η πίεση που ασκήθηκε από ιατρούς

⁵³ Το συγκεκριμένο νομοσχέδιο είχε ως κύριους άξονες την αποκέντρωση, τον κοινωνικό έλεγχο, την οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας με τον οικογενειακό ιατρό, την εισαγωγή του θεσμού του νοσοκομειακού ιατρού, τη σωστή οργάνωση των νοσοκομείων, τον προγραμματισμό της ανάπτυξης και την εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού.

και πολιτικά κόμματα είχε ως αποτέλεσμα το συγκεκριμένο νομοσχέδιο να μη γίνει νόμος.⁵⁴

Το 1983 με την εφαρμογή του νόμου 1397/1983 ιδρύθηκε το ΕΣΥ, το οποίο αποτέλεσε το θεσμικό σχήμα με το οποίο επιχειρήθηκε για πρώτη φορά η εγκαθίδρυση ενός δημόσιου συστήματος για την προστασία της υγείας.⁵⁵

Από την ίδρυση του Ε.Σ.Υ. μέχρι σήμερα έχουν γίνει πολλές απόπειρες μεταρρύθμισης, οι οποίες συνοψίζονται κυρίως σε τέσσερις νόμους με στόχο την ανάπτυξη του και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. Οι τέσσερις αυτοί νόμοι οι οποίοι ρυθμίζουν θέματα δημόσιας υγείας είναι οι εξής: Ν. 2519/1997, Ν. 3172/2003, Ν. 3370/2005, Ν. 3868/2010.

Ο νόμος 2519/1997 με τίτλο «Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ, Οργάνωση των Υγειονομικών Υπηρεσιών, Ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις», προσβλέπει στον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ, μέσα από τη ρύθμιση ζητημάτων τα οποία δεν περιλαμβάνονται στους προηγούμενους νόμους. Με την εφαρμογή του νόμου δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στην αναδιάρθρωση των κεντρικών υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας και στην ανάπτυξη της δημόσιας υγείας. Προς αυτήν την κατεύθυνση, η Γενική Διεύθυνση Υγείας μετονομάζεται σε Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας, η οποία είναι υπεύθυνη για το σχεδιασμό, για την εφαρμογή πολιτικής, για τον έλεγχο και την αξιολόγηση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, καθώς και για την παρακολούθηση της εφαρμογής των οδηγιών της ΕΕ και του ΠΟΥ για την προστασία της δημόσιας υγείας. Επίσης, σύμφωνα με το άρθρο 3 παρ. 1,2 του νόμου 2519/1997 καθορίζεται ότι οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας οποιασδήποτε βαθμίδας έχουν ως σκοπό την πρόληψη των νόσων, την προαγωγή της υγείας και τον έλεγχο των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού.

Η μεταρρύθμιση του ΕΣΥ, συνεχίζεται με την εφαρμογή του νόμου 3172/2003 με τίτλο «Οργάνωση και Εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις». Τα κύρια χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου νόμου, συνοψίζονται στην

⁵⁴ Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα (Παπαζήσης) 2001, 191.

⁵⁵ Οι στόχοι του Ν. 1397/1983, ήταν η αποκέντρωση, ο κοινωνικός έλεγχος, το ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας, ο ενιαίος προγραμματισμός, η δικαιότερη κατανομή των πόρων, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και η καθιέρωση του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Η φιλοσοφία του νόμου βασίστηκε στην αρχή ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και κάθε πολίτης ανεξάρτητα από την θέση που έχει στην κοινωνία, έχει το δικαίωμα για υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου, στο: Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ., ο.π., 192.

απόδοση για πρώτη φορά της έννοιας δημόσια υγεία⁵⁶, στη συγκρότηση του Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας και στην κατοχύρωση της δυνατότητας ανάληψης πρωτοβουλιών από Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις για θέματα υγείας. Παρ' όλο που ο νόμος αυτός ίσχυσε μόνο για δυο χρόνια από τη ψήφιση του, αξίζει να αναφερθούν σημαντικές παρεμβάσεις, όπως η αναβάθμιση του Κεντρικού Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας (ΚΕΔΥ), η μετατροπή των Περιφερειακών Εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας (ΠΕΔΥ) και ο καθορισμός των πλαισίων δομής και λειτουργίας του νεοσύστατου Περιφερειακού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας για το συντονισμό των φορέων δημόσιας υγείας στην περιφέρεια.⁵⁷

Η πλειονότητα των άρθρων του νόμου 3172/2003 αναθεωρήθηκε με τη ψήφιση του νόμου 3370/2005, με τίτλο «Οργάνωση και Λειτουργία των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και λοιπές διατάξεις», σε μια προσπάθεια της πολιτείας για ενίσχυση του ρόλου των φορέων δημόσιας υγείας. Ο επαναπροσδιορισμός της δημόσιας υγείας και η διεύρυνση των λειτουργιών και των δράσεων της, αποτελούν τα βασικά χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου νόμου. Στο πρώτο κεφάλαιο του νόμου 3370/2005, επαναπροσδιορίζεται ο ορισμός και η έννοια της δημόσιας υγείας που έχει δοθεί από το νόμο 3172/2003. Η καινούργια εννοιολογική προσέγγιση είναι σαφώς ευρύτερη σε σχέση με την παλιά, σε μια προσπάθεια σύμπτωσης με την έννοια της «Νέας Δημόσιας Υγείας» και την κατοχύρωση του ρόλου της πολιτείας. Επίσης, για πρώτη φορά γίνεται αναφορά στις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού και ιδιαίτερα στην ανάγκη παροχής υπηρεσιών από την πολιτεία, με αποτέλεσμα τη σύνδεση της δημόσιας υγείας με τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες αλλά και με διάφορες ανισότητες. Πέρα όμως από την αναθεώρηση της δημόσιας υγείας, σημαντικό χαρακτηριστικό αυτού του νόμου αποτελεί και η διεύρυνση των λειτουργιών της δημόσιας υγείας, οι οποίες συνοψίζονται ως εξής: α) παρακολούθηση και εκτίμηση της υγείας του πληθυσμού, β) προστασία και προαγωγή της υγείας, γ) πρόληψη των νοσημάτων, δ) έλεγχος και αποτελεσματική διαχείριση των λοιμωδών νοσημάτων, ε) προάσπιση των αναγκών υγείας των ευπαθών

⁵⁶ Σύμφωνα με το άρθρο 1 ως δημόσια Υγεία θεωρείται «το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας, που αποβλέπουν στην προαγωγή της υγείας, στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής και της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης όλου του πληθυσμού».

⁵⁷ Το ΚΕΔΥ σταματά να λειτουργεί ως αποκεντρωμένη υπηρεσία και λειτουργεί ως Διεύθυνση η οποία υπάγεται στη Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου, ενώ τα ΠΕΔΥ μετατρέπονται σε τμήματα Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας της αντίστοιχης διοικητικής περιφέρειας, στο: Κυριόπουλος Γ., Λιόνης Χ., Σουλιώτης Κ., *Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στη δημόσια υγεία*, Αθήνα (Παπαζήσης) 2010, 111-122.

ομάδων του πληθυσμού, ζ) αντιμετώπιση των έκτακτων κινδύνων, η) ιεράρχηση των προτεραιοτήτων και των παρεμβάσεων στη Δημόσια Υγεία, θ) εκτίμηση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας, ι) ανάπτυξη μέτρων βελτίωσης των υπηρεσιών και κ) εκτίμηση των συνεπειών στη δημόσια υγεία από τα επιτεύγματα της ιατρικής, της βιολογίας και της γενετικής.⁵⁸

Η προσπάθεια αναβάθμισης του ΕΣΥ συνεχίζεται με τη ψήφιση του νόμου 3868/2010, με τίτλο «Αναβάθμιση του ΕΣΥ και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης». Τα κύρια χαρακτηριστικά του νόμου που προσβλέπουν στην περαιτέρω αναβάθμιση του συστήματος υγείας συνοψίζονται ως εξής: α) ολοήμερη λειτουργία των νοσοκομείων με την επέκταση των εξωτερικών ιατρείων και τη διενέργεια διαγνωστικών, θεραπευτικών και επεμβατικών πράξεων πέραν του τακτικού ωραρίου, β) ανάπτυξη ιατρικού δυναμικού στις μονάδες υγείας του ΕΣΥ, γ) αλλαγή στον τρόπο διοίκησης των νοσοκομείων, δ) έμφαση στην υποστήριξη του πολίτη, καθώς σε κάθε νοσοκομείο συνιστάται «Γραφείο Υποστήριξης Πολίτη» το οποίο είναι αρμόδιο για την υποδοχή, ενημέρωση, παρακολούθηση διακίνησης, διοικητική υποστήριξη, συλλογή και διεκπεραίωση καταγγελιών και παραπόνων και την εν γένει προάσπιση των δικαιωμάτων των χρηστών υπηρεσιών υγείας, ε) ο προσδιορισμός του Εθελοντή υγείας και της Εθελοντικής ομάδας υγείας, στ) μέτρα για την ολική απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους.⁵⁹

Οι προαναφερόμενοι νόμοι (Ν. 1397/1983, Ν. 2519/1997, Ν. 3172/2003, Ν. 3370/2005, Ν. 3868/2010), αν και αποτελούν σημαντικές προσπάθειες διευκρίνισης της έννοιας και των χαρακτηριστικών της δημόσιας υγείας, στις περισσότερες περιπτώσεις είτε δεν εφαρμόστηκαν πλήρως, είτε αντικαταστάθηκαν προτού εφαρμοστούν. Έτσι, ο σχεδιασμός δράσεων και παρεμβάσεων για τα ζητήματα της δημόσιας υγείας δεν έγινε στον προσδοκώμενο βαθμό. Σημαντικές λύσεις αναμένεται να δώσει το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, το οποίο αναφέρεται στην περίοδο 2008-2013 και αποτελεί την πρώτη προσπάθεια στρατηγικά σχεδιασμένης πολιτικής για τον τομέα της Δημόσιας Υγείας. Κύριοι στόχοι του, είναι η αποτελεσματική προστασία και προαγωγή της υγείας, η βελτίωση της ποιότητας ζωής και η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού.

⁵⁸ Ο.π., 118-122.

⁵⁹ «Εφαρμογή Ν. 3868/2010 «Αναβάθμιση του ΕΣΥ & άλλες διατάξεις» και ειδικότερα Κεφ. Ζ περί μέτρων ολικής απαγόρευσης του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους, τροποποίηση των Ν. 3730/2008 και Ν. 3370/2005», (19 Αυγούστου 2010).

Προς την επίτευξη αυτών των στόχων, αναπτύχθηκαν δεκαέξι επιμέρους Εθνικά Σχέδια Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, δηλαδή ένα για κάθε συγκεκριμένο νόσημα ή κατάσταση υγείας.⁶⁰

4.2 Ν. 3918/2011 «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις»

Στις 2 Μαρτίου 2011 τέθηκε σε ισχύ ο νέος νόμος για την υγεία 3918/11 «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις», με στόχο να δοθεί τέλος στις ατελείωτες ουρές, τις λίστες αναμονής και την ταλαιπωρία που υφίστανται οι ασφαλισμένοι και οι συνταξιούχοι, δημιουργώντας ένα ολοκληρωμένο δίκτυο ΠΦΥ όπου όλοι οι πολίτες θα έχουν πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, έτσι ώστε να επιλέγουν ελεύθερα τον ιατρό τους.

Ο συγκεκριμένος νόμος επιφέρει αρκετές αλλαγές στον τομέα της ΠΦΥ, στο σύστημα προμηθειών υγείας και στον φαρμακευτικό τομέα, μέσα από ρυθμίσεις που αφορούν τα φάρμακα, τα φαρμακεία και τις φαρμακευτικές εταιρίες.

Σύμφωνα με το άρθρο 17 παράγραφος 1 του παρόντος νόμου συνίσταται νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου (ΝΠΔΔ) με την επωνυμία Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ),⁶¹ το οποίο τελεί υπό την εποπτεία των Υπουργείων Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με έδρα την Αθήνα.

Ο βαθύτερος στόχος της σύστασης του ΕΟΠΥΥ είναι η δημιουργία ενός ολοκληρωμένου δικτύου ΠΦΥ. Για την επίτευξη όμως του συγκεκριμένου στόχου, που παραμένει ανεκπλήρωτος από την ίδρυση του ΕΣΥ μέχρι και σήμερα, η λειτουργία του ΕΟΠΥΥ κινείται γύρω από πέντε άξονες. Αρχικά, ο πρώτος άξονας στοχεύει στην παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους, συνταξιούχους και προστατευόμενα μέλη τους, όλων των κλάδων και φορέων που εντάσσονται στον Οργανισμό βάσει ενιαίου κανονισμού παροχών. Ο δεύτερος άξονας έχει ως σκοπό τη δημιουργία ενός

⁶⁰ Ο.π., 126.

⁶¹ Στον ΕΟΠΥΥ μεταφέρονται και εντάσσονται ως υπηρεσίες, αρμοδιότητες και προσωπικό, ο Κλάδος Υγείας του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων – Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ – ΕΤΑΜ) με τις μονάδες υγείας του, το κέντρο διάγνωσης ιατρικής της εργασίας του ΙΚΑ με το σύνολο του εξοπλισμού του, οι Κλάδοι Υγείας του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) και του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ), καθώς και η Υπηρεσία Ελέγχου Δαπανών Υγείας Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης (ΥΠΕΔΥΦΚΑ).

δικτύου ΠΦΥ που αποτελείται από τις μονάδες του ΕΟΠΥΥ και τους συμβεβλημένους ιατρούς του, τα ΚΥ και τους αγροτικούς ιατρούς του ΕΣΥ, τις μονάδες πρωτοβάθμιας υγείας των ΟΤΑ και άλλων ΝΠΔΔ. Ο τρίτος άξονας σχετίζεται με τη δημιουργία διεύθυνσης Πληροφορικής με αρμοδιότητα την εισαγωγή της πληροφορικής στον ΕΟΠΥΥ και την ανάπτυξη ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, με βάση την ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Η τέταρτος άξονας έχει σχέση με τους φορείς της ΠΦΥ. Η ΠΦΥ παρέχεται στους ασφαλισμένους του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ από: α) τις Μονάδες Υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, β) τους συμβεβλημένους με το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, τον ΟΑΕΕ και τον ΟΠΑΔ και γ) τους ιατρούς των ΚΥ και των Περιφερειακών Ιατρείων. Με απόφαση του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, η ΠΦΥ μπορεί να παρέχεται και από άλλους ιδιώτες ιατρούς, ανάλογα με τις ανάγκες που θα προκύψουν ανά γεωγραφική περιφέρεια και ειδικότητα, με σκοπό την απρόσκοπτη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων. Ο τελευταίος άξονας επικεντρώνεται στη δημιουργία αυτοτελούς τμήματος Εξυπηρέτησης Πολιτών, με αρμοδιότητα τη σωστή ενημέρωση του πολίτη σε θέματα παροχών υγείας.

Τα προσδοκώμενα οφέλη από τις διατάξεις του συγκεκριμένου νόμου μπορούν να συνοψιστούν στα εξής: ισότιμη πρόσβαση όλων των ασφαλισμένων σε ενιαίο δημόσιο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, υιοθέτηση κοινών κανόνων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, οργάνωση και λειτουργία ενός ενιαίου δικτύου ΠΦΥ που βρίσκεται δίπλα στον πολίτη σε κάθε γωνιά της χώρας, μέσω της δημιουργίας του ΕΟΠΥΥ και της σύμπραξης του με μονάδες υγείας των ΟΤΑ, αγροτικούς ιατρούς του ΕΣΥ, ΚΥ, αντιμετώπιση των υπερβολικών ελλειμμάτων των νοσοκομείων και έλεγχος στις δαπάνες υγείας.

4.3 Ιστορική εξέλιξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα

Το καθοριστικό βήμα για την εξέλιξη της ΠΦΥ αποτέλεσε η διακήρυξη της Alma-Ata το Σεπτέμβριο του 1978, καθώς αναφέρεται για πρώτη φορά η έννοια της ΠΦΥ σε ένα νέο πλαίσιο προγραμματισμού των υγειονομικών αναγκών μέσα στο οποίο εντάσσονται η υγειονομική, η κοινωνική, η κοινοτική και η οικονομική διάσταση.

Στο Ελληνικό κράτος⁶² από την ίδρυση του μέχρι το τέλος του Β΄ Παγκοσμίου πολέμου, οι όποιες προσπάθειες έγιναν προς την Πρωτοβάθμια περίθαλψη είχαν σαν σημείο αναφοράς την εκκλησία και τις φιλανθρωπικές πράξεις, καθώς η δραστηριότητα του κράτους περιοριζόταν κυρίως σε ενέργειες για την καταπολέμηση των λοιμωδών νόσων και επιδημιών. Αν και τα πρώτα σημάδια για οργανωμένη κρατική παροχή υγειονομικών υπηρεσιών κάνουν την εμφάνιση τους το 1833 με την ανάληψη της «υγειονομικής αστυνομίας» από τη Γραμματεία Εσωτερικών, οι πρώτες ουσιαστικές ενέργειες κρατικής παρέμβασης στον τομέα της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης έγιναν το 1923 με την ψήφιση του ΝΔ «περί οργανώσεως της περιφερειακής υγειονομικής υπηρεσίας», που προέβλεπε τη σύσταση νομαρχιακού συμβουλίου για θέματα υγείας και τον διορισμό δημοτικών και κοινοτικών ιατρών για την παροχή ιατρικής περίθαλψης στους απόρους. Στη μεταπολεμική περίοδο το κράτος διαδραμάτισε πιο ενεργό ρόλο για την οργάνωση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, από τη στιγμή που ανέλαβε πρωτοβουλίες σε επίπεδο έρευνας, προτάσεων και νομοθετικού έργου.

Στο τέλος της δεκαετίας του 1970 με το νομοσχέδιο «Μέτρα προστασίας της Υγείας» επιχειρήθηκε η δημιουργία ενός σύγχρονου συστήματος υγείας, έχοντας ως στόχο την παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό των αγροτικών και ημιαστικών περιοχών της Ελλάδας, την αποκέντρωση, τον κοινωνικό έλεγχο, την οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας με τον οικογενειακό ιατρό, την εισαγωγή του θεσμού του νοσοκομειακού ιατρού, τη σωστή οργάνωση των νοσοκομείων, τον προγραμματισμό της ανάπτυξης και την εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού. Το συγκεκριμένο νομοσχέδιο αν και δεν έγινε ποτέ νόμος του κράτους λόγω της πίεσης που ασκήθηκε κυρίως από τα πολιτικά κόμματα και δευτερευόντως από τους ιατρούς, αποτέλεσε την ουσιαστική βάση στην οποία στηρίχτηκαν οι διατάξεις του νόμου 1397/83 για το ΕΣΥ.⁶³

⁶² Στα πλαίσια του Ελληνικού πνεύματος η πρώτη αναφορά στην ΠΦΥ γίνεται τον 6^ο αιώνα π.Χ., όταν καθιερώνεται στην Αθήνα αλλά και σε άλλες Ελληνικές πόλεις ο θεσμός του «δημοσιεύοντος ιατρού», που παρέχει δωρεάν τις υπηρεσίες του σε όλους τους πολίτες. Η ανάπτυξη συνεχίστηκε τον 5^ο αιώνα π.Χ. από τον Ιπποκράτη, μέσα από την ολιστική προσέγγιση που ανέπτυξε πρώτος για τον άρρωστο, θεωρώντας ότι η γενική κατάσταση του ασθενή οφείλεται κυρίως στην ηλικία, τη διατροφή, την εργασία, τον τρόπο ζωής του, τη συναισθηματική του κατάσταση, καθώς και στις μεταβολές του περιβάλλοντος. Η συγκεκριμένη προσέγγιση αποτελεί ουσιαστικά τη βάση της ΠΦΥ και η χρήση του όρου «ιητρός» πιθανόν προφύττει τη λειτουργία του σύγχρονου γενικού/οικογενειακού ιατρού, στο: Σουλιάτης Κ., *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας*, Αθήνα (Παπαζήσης) 2006, 440-441.

⁶³ Ο.π., 443-444.

4.4 Νομοθετικό, οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα

Ο νόμος 1397/83 για το «ΕΣΥ» αποτέλεσε τη νομοθετική βάση του υπάρχοντος συστήματος ΠΦΥ στην Ελλάδα και στη μεγαλύτερη έκταση του ισχύει μέχρι και σήμερα.

Ο συγκεκριμένος νόμος προσπαθεί να εναρμονίσει την Ελληνική πραγματικότητα με τη θεώρηση της ΠΦΥ, όπως αυτή προσδιορίστηκε από τον ΠΟΥ στη συνδιάσκεψη της Alma-Ata το 1978. Η προσπάθεια θεμελίωσης του ΕΣΥ πάνω στην ιδέα ότι η ΠΦΥ αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων με το σύστημα υγείας, αφού φέρνει τη φροντίδα για την υγεία πιο κοντά στον τόπο κατοικίας και εργασίας των πολιτών, αποτέλεσε τη βασική επιδίωξη του νόμου. Η επιδίωξη αυτή αντανακλάται τόσο στην ιδέα δημιουργίας των ΚΥ, όσο και στους σκοπούς τους, όπως φαίνεται στον Πίνακα 6(βλ. Παράρτημα).⁶⁴

Είναι ξεκάθαρο ότι τα ΚΥ πρέπει να προσφέρουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών υγείας προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός τους. Μέσα σε αυτό το φάσμα των υπηρεσιών περιλαμβάνεται η πρόληψη, η διάγνωση, η θεραπεία, η αποκατάσταση και η κοινωνική φροντίδα. Η αναλυτική παρουσίαση των παρεχόμενων από αυτά υπηρεσιών γίνεται στον Πίνακα 7(βλ. Παράρτημα).

Η ρύθμιση της λειτουργίας των ΚΥ ως αποκεντρωμένων μονάδων των Νοσοκομείων του νομού, είχε ως αποτέλεσμα τη διοικητική και λειτουργική εξάρτηση τους από αυτά. Επιπλέον κάθε ΚΥ διαθέτει στην περιοχή ευθύνης του, δικές του αποκεντρωμένες μονάδες, που ονομάζονται Περιφερειακά Ιατρεία.

Η χωροθέτηση και η στελέχωση τους, βασίστηκε στα πληθυσμιακά, γεωγραφικά, οικονομικά και κοινωνικά κριτήρια, καθώς και στη δυνατότητα που έχουν οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας που ανήκουν στην περιοχή ευθύνης του ΚΥ να καταφθάνουν σε αυτό σε λιγότερο από μισή ώρα. Αμέσως μετά τη νομοθετική καθιέρωση τους, διαφάνηκε για πρώτη φορά στην ιστορία του υγειονομικού συστήματος της Ελλάδας η δυνατότητα κάλυψης του συνόλου του πληθυσμού από ένα ευρύ φάσμα Πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, καθώς δημιουργήθηκαν σύγχρονα κτίρια για 191 ΚΥ.⁶⁵

⁶⁴ Ο.π., 448-449.

⁶⁵ Ο.π., 451.

Σχετικά με τη στελέχωση των ΚΥ με προσωπικό διαφόρων επαγγελματιών υγείας, παρατηρούμε πως παρά την αρχική εκτίμηση που τους προσέδιδε ένα πολυδύναμο χαρακτήρα, στην πράξη η στελέχωση τους γίνεται με ανειδίκευτο ιατρικό προσωπικό και με υπόχρεους υπηρεσίας υπαίθριους ιατρούς, οι οποίοι λόγω της μικρής σε διάρκεια σύμβασης αποχωρούν από το ιατρείο ή το ΚΥ, πριν καλά-καλά εγκλιματιστούν στο νέο τους περιβάλλον και δίνουν τη θέση τους σε νέους συναδέλφους.

Συμπερασματικά, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως παρά τις νομοθετικές ρυθμίσεις που έχουν γίνει κατά καιρούς με στόχο να αναπτυχθεί ο τομέας της ΠΦΥ στην Ελλάδα, παραμένει κοινή αντίληψη ότι οι προσπάθειες δεν είχαν τα αναμενόμενα αποτελέσματα, από τη στιγμή που ο θεσμός της ΠΦΥ υφίσταται σταδιακή υποβάθμιση λόγω έλλειψης ιατρικών ειδικοτήτων, αδυναμίας αναβάθμισης του ήδη υπάρχοντος βιοϊατρικού εξοπλισμού, έλλειψης οικονομικών πόρων για την περαιτέρω αναβάθμιση, εμφάνισης οργανωτικών και λειτουργικών αδυναμιών και ανακολουθίας μεταξύ της μεταρρυθμιστικής νομοθεσίας της δεκαετίας του 1980 και της πρακτικής της εφαρμογής στο σύστημα φροντίδας υγείας.

Β' ΜΕΡΟΣ Πεδίο έρευνας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Οι δημόσιες υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Εύβοια

5.1 Γενική επισκόπηση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας στην Εύβοια

Η Εύβοια έχει συνολική έκταση 3.655 τχλμ και η ορεινότητα του ανάγλυφου της σε συνδυασμό με την ύπαρξη ορεινού οδικού δικτύου, καθιστούν την πρόσβαση των κατοίκων, που διαμένουν σε κωμοπόλεις περιφερικά της Χαλκίδας, δυσκολότερη απ' ό,τι θα αναμενόταν με βάση τη χιλιομετρική τους απόσταση από αυτήν, γεγονός που έχει σημασία σε ό,τι αφορά την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών από τους δημόσιους φορείς υγείας. Ο πληθυσμός της περιοχής παρουσιάζει σταδιακή αύξηση από δεκαετία σε δεκαετία σύμφωνα με τις απογραφές πληθυσμού (βλ. Παράρτημα Πίνακας 8). Ιδιαίτερη μεία πρέπει να γίνει στις δεκαετίες 1971-1981 και 1981-1991, όπου ο πραγματικός πληθυσμός αυξήθηκε κατά 9,17% και 10,61% αντίστοιχα, καθώς στις υπόλοιπες δεκαετίες η αύξηση είναι πολύ μικρότερη.

Όσον αφορά τον υγειονομικό τομέα παρατηρούμε πως η κάλυψη των αναγκών γίνεται από τρία Γενικά Νοσοκομεία και από πέντε ΚΥ. Πιο συγκεκριμένα το Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας, στο οποίο υπάγονται τα ΚΥ Αλιβερίου, Ψαχνών, Μαντουδίου, Ιστιαίας και Χαλκίδας (Κέντρο Ψυχικής Υγείας), εδρεύει στην πρωτεύουσα του Νομού Χαλκίδα και παρέχει υπηρεσίες Δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, όχι μόνο στους κατοίκους της περιοχής, αλλά και στον ευρύτερο τομέα του νησιού, καθώς είναι πιο πλήρες σε σχέση με τα άλλα δύο.⁶⁶ Όσον αφορά τα άλλα δυο Νοσοκομεία της Ευβοίας, παρατηρούμε ότι το μεν Νοσοκομείο-ΚΥ Καρύστου λειτουργεί στο νότιο μέρος, ενώ το δε Νοσοκομείο-ΚΥ Κύμης λειτουργεί στην ανατολική πλευρά του νησιού. Ωστόσο, πρέπει να επισημανθεί πως και τα δυο Νοσοκομεία χρησιμοποιούνται και ως ΚΥ κάτι που φανερώνει και η ονομασία τους.

⁶⁶ Το Νοσοκομείο αυτό, πρωτολειτούργησε το 1905 ως Δημοτικό Νοσοκομείο στην οδό Γαζέπη 48. Ο Παγκόσμιος πόλεμος επηρέασε τη λειτουργία του, με αποτέλεσμα τη συχνή αλλαγή της περιοχής που λειτουργούσε μέχρι το 1986. Το συγκεκριμένο έτος το Υπουργείο Οικονομικών παραχώρησε στη Νομαρχία Ευβοίας το κτήριο όπου στεγάζεται μέχρι και σήμερα, πληροφορίες από: Γενικό νοσοκομείο Χαλκίδας, Γραφείο προσωπικού.

Η συνεχόμενη έστω και σε μικρό ποσοστό αύξηση του πληθυσμού της περιοχής, σε συνδυασμό με την ύπαρξη οκτώ βασικών φορέων παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, γεννά ένα βασικό ερώτημα επάρκειας και πληρότητας των δημόσιων φορέων απέναντι στις ανάγκες των χρηστών υπηρεσιών υγείας. Το ερώτημα αυτό ενισχύεται και από την ανάγνωση των στατιστικών στοιχείων, από τη στιγμή που υπάρχουν 3 Νοσοκομεία και 5 ΚΥ για να καλύψουν τις ανάγκες 215.136 κατοίκων, όπως προκύπτει από την τελευταία απογραφή. Ωστόσο, από το συγκεκριμένο ερώτημα προκύπτει ένα εξίσου σημαντικό υποερώτημα που σχετίζεται με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ. Στον Πίνακα 9(βλ. Παράρτημα) παρουσιάζονται οι περιοχές του Νομού Ευβοίας στις οποίες λειτουργούν δημόσιες υπηρεσίες ΠΦΥ.

ΕΙΚΟΝΑ 1 Ο Νομός Ευβοίας



Πηγή: Google Maps.

ΕΙΚΟΝΑ 2 Το Γενικό Νοσοκομείο της Χαλκίδας



Πηγή: http://news24gr.blogspot.com/2010/03/blog-post_1508.html, (πρόσβαση στις 18/06/2011).

ΕΙΚΟΝΕΣ 3,4 Τα Νοσοκομεία-ΚΥ της Κόμης και Καρύστου



Πηγή: notios-evoikos.blogspot.com.



Πηγή: newsbeast.gr.

5.2 Οι φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο Δήμο Κύμης-Αλιβερίου

Ο Δήμος Κύμης-Αλιβερίου, είναι δήμος της περιφέρειας Στερεάς Ελλάδας που συστάθηκε με το Πρόγραμμα Καλλικράτης (Ν.3852/2010) από τη συνένωση των προϋπαρχόντων δήμων Δυστίων, Ταμυνέων, Κονιστρών, Αυλώνα και Κύμης.⁶⁷ Ο Δήμος αυτός, γεωγραφικά βρίσκεται στο κεντρικό-νότιο τμήμα της Εύβοιας και περιλαμβάνει τα εξής δημοτικά διαμερίσματα: Αγίου Βλασίου, Αγίου Γεωργίου, Αγίου Ιωάννη, Αγίου Λουκά, Ακτή Νηρέως, Αλιβερίου, Ανδρωνιάνων, Άνω Κουρουνίου, Άνω Ποταμίας, Αργυρού, Αυλωναρίου, Αχλαδεράς, Βέλους, Βιτάλων, Βρύσης, Γαβαλά, Δύστου, Ενορίας, Ζαράκων, Θαρουνίων, Καδίου, Καλημεριάνων, Κάτω Κουρουνίου, Κήπων, Κονιστρών, Κοσκίνων, Κουτουμουλά, Κρεμαστού, Κριεζών, Κύμης, Λεπούρων, Μακρυχωρίου, Μαλετιάνων, Μανικίων, Μετοχίου-Διρφύων, Μονοδρίου, Νεοχωρίου, Οκτωνιάς, Οξυλίθου, Παρθενίου, Πετριών, Πλατάνας, Πρασίνου, Πυργίου, Πύργου, Ταξιαρχών, Τραχηλίου και Ωρολογίου.⁶⁸

Όσον αφορά τον τομέα της υγείας στο Δήμο, παρατηρούμε πως η παροχή δημόσιων Πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, γίνεται από τα ΚΥ Αλιβερίου (ΚΥΑ), ΚΥ Κύμης (ΚΥΚ), από τα Αγροτικά ιατρεία και από τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς.

Το ΚΥΑ ιδρύθηκε το 1985 στο Αλιβέρι και είναι εγκατεστημένο σε τέτοια τοποθεσία ώστε να μοιράζεται όσο το δυνατόν ισομερώς η απόσταση από όλα τα δημοτικά διαμερίσματα. Αποτελεί μαζί με το ΚΥΚ το βασικό εκφραστή ΠΦΥ στο Δήμο, καθώς η λειτουργία των άλλων φορέων επικεντρώνεται κυρίως στη διάγνωση ασθενειών και όχι στην αντιμετώπιση τους. Περιλαμβάνει 20 μόνιμους και επί θητεία ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, η πλειονότητα των οποίων είναι Παθολόγοι, Γενικοί, Οδοντίατροι και Παιδίατροι. Επίσης, υπάρχει ένας Μικροβιολόγος, ένας Ακτινολόγος και ένας Ουρολόγος που προσφέρει τις υπηρεσίες του μια φορά την εβδομάδα καθώς ανήκει στο Νοσοκομείο της Χαλκίδας.

⁶⁷ Η έκταση του νέου δήμου είναι 801.21 τ.χλμ και ο πραγματικός πληθυσμός του είναι 33.527 άτομα σύμφωνα με την απογραφή του 2001. Ωστόσο, πρέπει να επισημανθεί ότι ο συνολικός πληθυσμός του δήμου προέκυψε ύστερα από πρόσθεση των κατοίκων του κάθε δήμου που απαρτίζει σήμερα το δήμο Κύμης-Αλιβερίου. Ως έδρα του δήμου ορίστηκε το Αλιβέρι, ενώ ως ιστορική έδρα ορίστηκε η Κύμη, πληροφορίες από το διαδίκτυο: www.wikipedia.gr (πρόσβαση στις 17/06/20011).

⁶⁸ Σε μερικά από τα προαναφερόμενα Δημοτικά Διαμερίσματα ανήκουν περισσότερα από ένα χωριά, όπως για παράδειγμα το Δημοτικό Διαμέρισμα Αγίου Λουκά, το οποίο περιλαμβάνει το χωριά Παραμερίτες και Μπρινιά.

Επιπρόσθετα, στο ΚΥΑ υπάγονται 8 αγροτικοί ιατροί σύμβασης διάρκειας 9 μηνών, οι οποίοι καλύπτουν τις Πρωτοβάθμιες ανάγκες υγείας στα Αγροτικά ιατρεία, τα οποία λειτουργούν δύο φορές την εβδομάδα. Οι χώροι που χρησιμοποιούνται για τη λειτουργία των Αγροτικών ιατρείων, είτε έχουν παραχωρηθεί από τους πολιτιστικούς συλλόγους των χωριών ή ενοικιάζονται από το ΚΥΑ, χωρίς όμως να διαθέτουν κατάλληλο εξοπλισμό για την αντιμετώπιση ασθενειών, με αποτέλεσμα να χρησιμεύουν μόνο για συνταγογράφηση φαρμάκων. Τα χωριά που διαθέτουν Αγροτικά ιατρεία είναι τα εξής: Αλμυροπόταμος, Αμάρυνθος, Αυλωνάρι, Γυμνού, Θαρρούνια, Κριεζιά, Νεοχώρι και Οκτωνιά(βλ. Παράρτημα Εικόνα 5).

Επιπλέον το ΚΥΑ παρέχει υπηρεσίες ΠΦΥ στα δημοτικά διαμερίσματα Αγίου Ιωάννη, Αγίου Λουκά, Μηλακίου, Παραμεριτών και Πρασίνου, μέσω ιατρείων τα οποία λειτουργούν μια φορά την εβδομάδα και η στελέχωσή τους γίνεται με αγροτικούς, αλλά και ειδικευμένους ιατρούς Γενικής ιατρικής. Ανάλογα με τις υπάρχουσες ανάγκες υγείας, τα ιατρεία αυτά στεγάζονται σε ένα χώρο του εκάστοτε δημοτικού διαμερίσματος που έχει διαμορφωθεί κατάλληλα, ώστε να εξυπηρετεί τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας(βλ. Παράρτημα Εικόνα 6).

Όσον αφορά το ΚΥΚ, παρατηρούμε ότι η λειτουργία του εμφανίζει αρκετά κοινά σημεία με τη λειτουργία του ΚΥΑ. Η ομοιότητα αυτή συνίσταται τόσο στον αριθμό των διαθέσιμων ιατρών, όσο και στις ιατρικές ειδικότητες. Η πλειονότητα των μόνιμων και επί θητεία ιατρών είναι Γενικοί ιατροί, Παθολόγοι, Οδοντίατροι και Παιδίατροι. Το ΚΥΚ ιδρύθηκε το 1980 στην περιοχή της Κύμης και σήμερα είναι προσαρτημένο στο Γενικό Νοσοκομείο Κύμης. Σε αυτό υπάγονται 7 Αγροτικά ιατρεία τα οποία βρίσκονται στα ακόλουθα δημοτικά διαμερίσματα: Βητάλων, Βρύσης, Κονιστρών, Μακρυχωρίου, Μετοχίου, Οξυλίθου και Σκύρου(βλ. Παράρτημα Εικόνα 7).

Ο τελευταίος φορέας παροχής ΠΦΥ στο Δήμο είναι οι Ασφαλιστικοί Οργανισμοί (ΙΚΑ, ΔΕΗ, ΟΑΕΕ). Και οι τρεις αυτοί φορείς έχουν επικουρικό χαρακτήρα, επειδή διαθέτουν λίγους ιατρούς κυρίως συμβασιούχους με μικρό ωράριο εργασίας. Το γεγονός αυτό οδηγεί τους περισσότερους ασφαλισμένους αυτών των οργανισμών να αναζητούν τρόπους κάλυψης των πρωτοβάθμιων αναγκών τους μέσω των ΚΥΑ και ΚΥΚ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 Η έρευνα πεδίου: «Οι αντιλήψεις των κατοίκων και των ιατρών του Δήμου Κύμης-Αλιβερίου για τις παρεχόμενες Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας της περιοχής»

Η έρευνα πεδίου είχε ως σκοπό να διερευνήσει τις αντιλήψεις των κατοίκων του Δήμου Κύμης-Αλιβερίου σχετικά με την επάρκεια των δημόσιων φορέων ΠΦΥ της περιοχής, μέσα από την επιλογή πληθυσμού στόχου που απαρτίζεται από κατοίκους και ιατρούς για τη διενέργεια των συνεντεύξεων. Οι υποθέσεις εργασίας τις οποίες καλείται να επιβεβαιώσει ή να απορρίψει είναι οι εξής:

1. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες από τους δημόσιους φορείς Πρωτοβάθμιας υγείας στο Δήμο Κύμης-Αλιβερίου δεν επαρκούν για την κάλυψη των αναγκών των ερωτώμενων κατοίκων.
2. Η πλειονότητα των ερωτώμενων θεωρεί τα Κέντρα Υγείας ως διαμετακομιστικά κέντρα προς τα Νοσοκομεία.
3. Η μεγαλύτερη μερίδα των ερωτώμενων κατοίκων και ιατρών δεν εμπιστεύεται τους δημόσιους φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
4. Η ελλιπής χρηματοδότηση είναι ο κύριος λόγος δυσλειτουργίας του συστήματος υγείας.

Προκειμένου να διερευνηθούν οι παραπάνω υποθέσεις εργασίας, κρίθηκε σκόπιμο να πραγματοποιηθεί ποιοτική έρευνα μέσω ημιδομημένων συνεντεύξεων με ορισμένους κατοίκους και ιατρούς του συγκεκριμένου Δήμου με τη βοήθεια οδηγού συνέντευξης, ώστε να καλυφθούν ορισμένες βασικές πτυχές του εν λόγω ζητήματος(βλ. Παράρτημα). Η ποιοτική έρευνα προτιμήθηκε έναντι της ποσοτικής, επειδή προβάλλει τις απόψεις των υποκειμένων της έρευνας, δίνοντας έτσι τη δυνατότητα για μια βαθύτερη ερμηνεία των αντιλήψεων, των πεποιθήσεων, των συναισθημάτων, αλλά και του γενικότερου τρόπου σκέψης των ερωτώμενων.

Ο πληθυσμός του επιλεγμένου δείγματος δεν είναι αντιπροσωπευτικός του πληθυσμού της περιοχής, μιας και σε επίπεδο διπλωματικής εργασίας δεν ήταν δυνατό να παρθεί αριθμός ερωτηματολογίων που θα επέτρεπε να προβούμε σε γενικεύσεις για το σύνολο του πληθυσμού. Έτσι κρίθηκε σκόπιμο να διεξαχθούν συνεντεύξεις με κατοίκους αλλά και με ιατρούς που υπάγονται στους δημόσιους φορείς ΠΦΥ στο Δήμο Κύμης-Αλιβερίου, ώστε να παρουσιαστούν επαρκείς απόψεις σχετικά με το προς μελέτη ζήτημα. Και στις δυο ομάδες των συνεντευξιαζόμενων χρησιμοποιήθηκε η

τεχνική της χιονοστιβάδας. Σύμφωνα με τη μέθοδο αυτή, όταν κάποιος απαντάει ένα ερωτηματολόγιο του ζητείται να υποδείξει τον επόμενο που θα απαντήσει το ερωτηματολόγιο και αυτός με τη σειρά του το ίδιο κ.ο.κ., έως το σημείο όπου οι απόψεις ταυτίζονται, οπότε και σταματάει η διαδικασία. Με βάση την τεχνική αυτή, διεξήχθησαν 40 συνεντεύξεις με κατοίκους και 21 συνεντεύξεις με ιατρούς.

Η έρευνα πεδίου πραγματοποιήθηκε τον Ιούνιο του 2011 στο Δήμο Κύμης-Αλιβερίου και διήρκεσε περίπου 30 ημέρες. Στην περίπτωση των κατοίκων, η πλειονότητα των συνεντεύξεων πραγματοποιήθηκε στις οικίες τους, αφού λίγες ήταν εκείνες για τις οποίες χρειάστηκε να πραγματοποιηθεί επίσκεψη στο χώρο εργασίας ή σε κάποιο άλλο χώρο. Στην περίπτωση των ιατρών, όλες οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στο εργασιακό τους χώρο. Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων αντιμετώπισα αρκετές δυσκολίες τόσο στην εύρεση των κατοίκων, όσο και στην προσέγγιση των ιατρών. Οι ιατροί των Αγροτικών Ιατρείων δεν παρέχουν υπηρεσίες μόνο στην έδρα του Αγροτικού Ιατρείου, με αποτέλεσμα να χρειάζεται η μετακίνηση μου και στα γειτονικά χωριά προκειμένου να πραγματοποιηθούν οι συνεντεύξεις. Επίσης αντιμετώπισα δυσκολίες σχετικά με το νέο νόμο για την υγεία, καθώς σχεδόν όλοι οι κάτοικοι είτε δεν ήταν ενημερωμένοι είτε δεν εντόπιζαν καμία αλλαγή σε σχέση με τους προηγούμενους νόμους. Πέρα όμως από τις δυσκολίες, η συγκεκριμένη έρευνα πεδίου απεδείχθη για μένα μία εξαιρετικά ενδιαφέρουσα και πρωτόγνωρη εμπειρία, η οποία με εφοδίασε με επιπλέον γνώσεις αναφορικά με τον τρόπο διεξαγωγής μίας έρευνας πεδίου και τα αποτελέσματα που προέκυψαν είναι ικανοποιητικά σε σχέση με τους στόχους της συγκεκριμένης εργασίας.

6.1 Τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων κατοίκων

Όπως αναφέρθη προηγουμένως, για να διερευνηθούν οι υποθέσεις εργασίας της συγκεκριμένης έρευνας, διεξήχθησαν μέσω της μεθόδου της χιονοστιβάδας 61 συνολικά συνεντεύξεις στο Δήμο Κύμης-Αλιβερίου.

Όσον αφορά τους ερωτώμενους κάτοικους του Δήμου, παρατηρούμε πως οι 22 είναι άντρες και οι 18 γυναίκες, οι 5 έχουν τελειώσει τη βασική εκπαίδευση (δημοτικό), οι 16 τη μέση εκπαίδευση (γυμνάσιο-λύκειο), ενώ οι υπόλοιποι 19 κατέχουν πτυχίο ανώτερης/ανώτατης εκπαίδευσης (Α.Ε.Ι., Τ.Ε.Ι., Ι.Ε.Κ.). Σχετικά με την ηλικιακή

κατανομή του δείγματος, 6 από τους ερωτώμενους ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 16-25 ετών, 7 στην ομάδα 26-35 ετών, 9 στην ομάδα 36-45 ετών, 4 ερωτώμενοι στην ομάδα 46-55 ετών, 6 στην ομάδα 56-65 ετών και οι υπόλοιποι 8 είναι 66 χρονών και άνω. Τέλος όσον αφορά την επαγγελματική κατάσταση των συνεντευξιαζόμενων, αξίζει να αναφερθεί ότι 6 από αυτούς είναι άνεργοι, 5 φοιτητές, 3 ασχολούνται με τις οικιακές εργασίες, 8 ερωτώμενοι είναι δημόσιοι υπάλληλοι, 4 είναι εργάτες, 4 είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, 2 είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, ενώ οι υπόλοιποι 8 είναι συνταξιούχοι. Παρατηρούμε ότι υπάρχει μια σχετικά ικανοποιητική διασπορά των ερωτώμενων κατοίκων στις επιμέρους ηλικιακές και κοινωνικο-επαγγελματικές κατηγορίες(βλ. Παράρτημα, Πίνακας 10).

6.1.1 Ικανοποίηση από τις παρεχόμενες Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας

Ξεκινώντας λοιπόν τη διαδικασία των συνεντεύξεων ζητήθηκε από τους ερωτώμενους κατοίκους να αναφέρουν κάθε πότε επισκέπτονται τους δημόσιους ιατρούς, προκειμένου να διαπιστώσουμε αν οι απόψεις τους για το σύστημα υγείας βασίζονται στην προσωπική τους εμπειρία ή στην πληροφόρηση που ενδεχομένως έχουν.

Όπως διαπιστώθηκε, η πλειονότητα των ερωτώμενων και συγκεκριμένα 34 επισκέπτονται τακτικά τους ιατρούς που υπάγονται στους δημόσιους φορείς ΠΦΥ του Δήμου, είτε λόγω κάποιας χρόνιας ασθένειας είτε προκειμένου να γίνει προληπτικός έλεγχος. Για τους υπόλοιπους ερωτώμενους η επίσκεψη γίνεται ύστερα από μεγάλα χρονικά διαστήματα τα οποία ξεπερνούν τον ένα χρόνο. Χαρακτηριστικά ένας από τους ερωτώμενους αναφέρει: «Όταν αισθάνεσαι καλά δεν υπάρχει λόγος για να επισκεφτείς τον ιατρό, εγώ έχω να πάω τουλάχιστον 2 χρόνια».

Οι κάτοικοι ερωτήθηκαν επίσης σχετικά με τη συχνότητα λειτουργίας των Αγροτικών ιατρείων. Οι περισσότεροι ερωτώμενοι και συγκεκριμένα 36 γνώριζαν την ύπαρξη τους. Ωστόσο είναι αξιοσημείωτο το γεγονός, ότι από το συγκεκριμένο σύνολο κατοίκων που γνώριζε την ύπαρξη, μόνο οι 17, δηλαδή ποσοστό μικρότερου του 50%, ανέφεραν την ακριβή συχνότητα λειτουργίας των ιατρείων. Οι υπόλοιποι 4 δε γνώριζαν ότι υπάρχουν τα συγκεκριμένα ιατρεία, καθώς υποστήριζαν ότι για τις υγειονομικές τους ανάγκες επισκέπτονται πρώτα τα ΚΥ. Εδώ αξίζει να αναφερθεί ότι σημαντικό ρόλο της έλλειψης πληροφόρησης διαδραματίζει η περιοχή κατοικίας, καθώς και οι 4

ερωτώμενοι που δήλωσαν άγνοια για το συγκεκριμένο ζήτημα διαμένουν στο Αλιβέρι, δηλαδή στην περιοχή όπου εδρεύει το ΚΥΑ.

Θεωρήθηκε επίσης σημαντικό να ερωτηθούν οι κάτοικοι σχετικά με τις δυσκολίες που συναντούν κατά τη μετακίνηση τους στους δημόσιους φορείς υγείας του Δήμου. Το συγκεκριμένο ερώτημα στοχεύει κυρίως στους κατοίκους που διαμένουν σε χωριά τα οποία έχουν μεγάλη απόσταση από τα ΚΥ. Όπως λοιπόν έγινε σαφές από τις απαντήσεις των ερωτώμενων, η πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας δεν είναι εύκολη για τους περισσότερους, καθώς όλοι όσοι διαμένουν σε χωριά (31) τόνισαν τις δυσκολίες της απόστασης, αλλά και της έλλειψης αρκετού αριθμού Αγροτικών ιατρείων. Οι υπόλοιποι ερωτώμενοι (9) οι οποίοι διαμένουν είτε στις περιοχές που εδρεύουν τα ΚΥ, είτε σε κοντινές σε αυτές, τόνισαν ότι δεν υπάρχουν δυσκολίες στην πρόσβαση, καθώς η μετακίνηση τους μπορεί να γίνει σε μικρό χρονικό διάστημα. Είναι ξεκάθαρο ότι η περιοχή κατοικίας είναι άμεσα συνδεδεμένη με τις ευκολίες ή δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι κάτοικοι κατά τη μετακίνηση τους στις υπηρεσίες υγείας. Χαρακτηριστική είναι η δήλωση ενός ερωτώμενου που διαμένει στο χωριό Τραχήλι: «Το ΚΥΑ βρίσκεται περίπου 45 λεπτά από το χωριό μου. Οι δυσκολίες στη μετακίνηση είναι μεγάλες, οι οποίες μπορεί να αποβούν και μοιραίες. Για παράδειγμα, πριν από ένα χρόνο με δάγκωσε ένα φίδι ενώ βρισκόμουν στα χωράφια. Μέχρι να πάω στο ΚΥ πέρασε μια ώρα. Ευτυχώς με μετακίνησε τα παιδί μου. Σκέψου ότι από τη στιγμή που δεν οδηγάω, θα αντιμετώπιζα σοβαρό πρόβλημα».

Ταύτιση απόψεων προκύπτει από τις απαντήσεις των κατοίκων στο ερώτημα για τις ιατρικές ειδικότητες που διαθέτουν οι δημόσιοι φορείς υγείας της περιοχής. Όλοι οι ερωτώμενοι αναφέρουν ότι υπάρχει έλλειψη ιατρικών ειδικοτήτων, με την πλειονότητα (37) να τονίζει την απουσία Καρδιολόγου, Χειρουργού και Οφθαλμιάτρου. Από τους υπόλοιπους, οι 2 ερωτώμενοι υποστηρίζουν ότι η έλλειψη επικεντρώνεται στις προαναφερόμενες ειδικότητες καθώς και στην απουσία Ωτορινολαρυγγολόγου και Ορθοπαιδικού, ενώ ένας κάτοικος αναφέρει ως κύρια έλλειψη την απουσία Ουρολόγου και Χειρουργού, εξαιτίας του προβλήματος που αντιμετωπίζει. Ωστόσο πρέπει να επισημανθεί, ότι υπάρχουν ορισμένες ιατρικές ειδικότητες στις οποίες υπάρχει πλεόνασμα αναλογικά με τις υπόλοιπες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα η περίπτωση του Οδοντιάτρου, όπου στο ΚΥΚ υπάρχουν 4 ιατροί της συγκεκριμένης ειδικότητας.

Επιπλέον κρίθηκε απαραίτητο να ερωτηθούν οι κάτοικοι για την εξυπηρέτηση που τυγχάνουν από τους δημόσιους φορείς υγείας. Έτσι λοιπόν, στην ερώτηση αν υπάρχει άμεση εξυπηρέτηση, οι περισσότεροι και συγκεκριμένα 24 υποστηρίζουν ότι είναι ευχαριστημένοι, καθώς όπως δήλωσαν έτυχαν άμεσης και αποτελεσματικής περίθαλψης όσες φορές αντιμετώπισαν πρόβλημα υγείας. Στον αντίποδα οι υπόλοιποι 16 έδωσαν αρνητικές απαντήσεις αναφέροντας ότι δεν υπάρχει άμεση εξυπηρέτηση, λόγω έλλειψης ικανοποιητικού αριθμού ιατρών και νοσηλευτών. Έχει σημασία να αναφερθεί, ότι όλοι οι ερωτώμενοι που δήλωσαν ικανοποιημένοι επισκέπτονται μόνο τα ΚΥ, ενώ από αυτούς που έδωσαν αρνητικές απαντήσεις, οι 5 επισκέπτονται τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς, οι 9 τα Αγροτικά ιατρεία και οι 2 τα ΚΥ. Παρατηρούμε λοιπόν πως το κύριο πρόβλημα σχετικά με την εξυπηρέτηση των ερωτώμενων χρηστών υγείας, επικεντρώνεται στη λειτουργία των Ασφαλιστικών Οργανισμών και των Αγροτικών ιατρείων του Δήμου.

Προκειμένου να εμβαθύνουμε στο ζήτημα της ικανοποίησης των συνεντευξιαζόμενων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες ΠΦΥ, τους ζητήθηκε να απαντήσουν ευθέως στην ερώτηση περί ικανοποίησης από τις υγειονομικές υπηρεσίες της περιοχής. Από τις απαντήσεις που δόθηκαν παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι (30) έδωσαν κατηγορηματικά αρνητικές απαντήσεις, 3 δήλωσαν ευχαριστημένοι, ενώ υπάρχουν και 7 ερωτώμενοι οι οποίοι τάσσονται κάπου στη μέση, καθώς θεωρούν ότι οι φορείς υγείας ναι μεν έχουν ελλείψεις, αλλά ταυτόχρονα αποτελούν τον κύριο δημόσιο εκφραστή παροχής υγειονομικών υπηρεσιών.

Τέλος, ζητήθηκε από τους συνεντευξιαζόμενους κατοίκους να αναφέρουν τις αλλαγές που έχουν παρατηρήσει στον τομέα της υγείας μετά τη ψήφιση του νόμου 3918/2011. Από τις απαντήσεις τους προέκυψε, ότι οι περισσότεροι κάτοικοι και συγκεκριμένα οι 39 είχαν άγνοια για τη ψήφιση του συγκεκριμένου νόμου. Βασικός παράγοντας που συνέβαλε στην ελλιπή τους ενημέρωση όπως δήλωσαν οι ίδιοι, είναι το γεγονός ότι δεν είχαν διαπιστώσει καμία αλλαγή στον τρόπο λειτουργίας των Πρωτοβάθμιων φορέων υγείας σε σχέση με τους προηγούμενους νόμους. Επιπλέον, ιδιαίτερα καυστική είναι η δήλωση του κατοίκου ο οποίος γνώριζε το Ν.3918/2011: «Δεν υπάρχει καμία αλλαγή στον τρόπο λειτουργίας του ΕΣΥ, τα πράγματα πάνε από το κακό στο χειρότερο. Ο συγκεκριμένος νόμος βοηθάει στη συνέχιση της πρότερης κατάστασης στην υγεία, καθώς δε βελτιώνει τίποτα στην ΠΦΥ. Κατά την προσωπική

μου άποψη είναι ανεπαρκής. Αλλά και στην περίπτωση που ο νομοθέτης είχε σχεδιάσει ένα αξιόλογο πρόγραμμα για την υγεία, κανείς δεν είναι σε θέση να εγγυηθεί ότι θα εφαρμοζόταν από το κράτος. Το πρόβλημα δεν υφίσταται μόνο στους ανεπαρκείς νόμους, αλλά και στη μη εφαρμογή τους».

Από τις απαντήσεις των ερωτώμενων κατοίκων του Δήμου Κύμης-Αλιβερίου είμαστε σε θέση να εξάγουμε το συμπέρασμα, ότι η πλειονότητα των κατοίκων αυτών δεν είναι ικανοποιημένη από τις παρεχόμενες υπηρεσίες ΠΦΥ της περιοχής. Αν και οι κάτοικοι είναι σχετικά ευχαριστημένοι όσον αφορά την εξυπηρέτηση που τυγχάνουν από τα ΚΥ του Δήμου, οι απαντήσεις τους στις υπόλοιπες ερωτήσεις κάνουν σαφή τη δυσαρέσκεια τους απέναντι σε όλους τους φορείς ΠΦΥ.

6.1.2 Επάρκεια των υπηρεσιών υγείας

Η ανάλυση της επάρκειας των υπηρεσιών υγείας έχει ιδιαίτερη σημασία ώστε να καλυφθούν ορισμένες βασικές πτυχές της ΠΦΥ στο Δήμο Κύμης-Αλιβερίου. Το συμπέρασμα για την επάρκεια ή την ανεπάρκεια των δημόσιων υπηρεσιών υγείας του Δήμου μπορεί να εξαχθεί ύστερα από τη διεξαγωγή ερωτημάτων που σχετίζονται με τον τρόπο λειτουργίας των φορέων ΠΦΥ της περιοχής.

Το πρώτο ερώτημα που τέθηκε στους κατοίκους στα πλαίσια της υγειονομικής επάρκειας, αφορά τον αριθμό του υπάρχοντος ιατρικού προσωπικού. Όπως διαπιστώθηκε, η πλειονότητα των ερωτώμενων (36) θεωρεί πως ο αριθμός των διαθέσιμων ιατρών δεν επαρκεί για την κάλυψη των υγειονομικών τους αναγκών. Ωστόσο, το κυριότερο πρόβλημα εντοπίζεται στους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς και στα Αγροτικά ιατρεία, καθώς από τους 36 ερωτώμενους που θεωρούν ανεπαρκή τον αριθμό των υπαρχόντων ιατρών, μόνο οι 12 από αυτούς ανέφεραν ότι τα ΚΥ του Δήμου δε διαθέτουν τον κατάλληλο αριθμό ιατρών. Οι κάτοικοι που θεωρούν ότι ο αριθμός των ιατρών επαρκεί, αντιφάσκουν καθώς και οι 4 ανέφεραν πως σε περίπτωση που δεν υπάρχει διαθέσιμος ιατρός για να τους εξυπηρετήσει, επισκέπτονται κάποιον ιδιώτη.

Ίδια τάση απόψεων επικρατεί και στο ερώτημα σχετικά με την καταλληλότητα του υπάρχοντος βιοϊατρικού εξοπλισμού. Το σύνολο των συνεντευξιζόμενων θεωρεί πως πέρα από τις βασικές ελλείψεις σε ιατρικά μηχανήματα, όπως ο αξονικός και μαγνητικός τομογράφος, υφίσταται πρόβλημα και με το διαθέσιμο εξοπλισμό, καθώς

είναι πεπαλαιωμένος, με συνέπεια να μην μπορεί να χρησιμοποιηθεί. Ιδιαίτερη εντύπωση προκάλεσε η απάντηση ενός κατοίκου ο οποίος υποστήριξε: «Σε καμία περίπτωση ο βιοϊατρικός εξοπλισμός δεν επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες των κατοίκων του Δήμου. Το οξύμωρο συνίσταται όχι μόνο στην έλλειψη, αλλά και στην αδυναμία συντήρησης του υπάρχοντος. Για παράδειγμα, πριν από ένα μήνα πήγα στον Οδοντίατρο του ΚΥΚ και μου είπε πως δεν μπορεί να με δεχτεί γιατί είχε χαλάσει η Οδοντιατρική καρέκλα. Το αποτέλεσμα ήταν να επισκεφτώ κάποιον ιδιώτη ιατρό». Όσον αφορά την έλλειψη σε υγειονομικό υλικό που ενδεχομένως να έχει παρατηρηθεί, 28 από τους ερωτώμενους απάντησαν θετικά, τονίζοντας όμως ότι η έλλειψη παρατηρείται κυρίως στα Αγροτικά ιατρεία. Οι υπόλοιποι 12 ανέφεραν πως όσες φορές επισκέφτηκαν κάποιο δημόσιο φορέα Πρωτοβάθμιας υγείας υπήρχε το απαραίτητο υγειονομικό υλικό.

Επίσης θεωρήθηκε ιδιαίτερα σημαντικό να ερωτηθούν οι κάτοικοι για τη γενικότερη οργάνωση και λειτουργία των Αγροτικών ιατρείων. Οι απαντήσεις που δόθηκαν γεννούν εύλογα ερωτήματα σχετικά με την υπάρχουσα λειτουργία των συγκεκριμένων ιατρείων, καθώς το σύνολο των συνεντευξιαζόμενων που είχε επισκεφθεί τα ιατρεία αυτά (36), αναφέρθηκε με απαξιωτικά σχόλια για την οργάνωση και τη λειτουργία τους, καθώς ο αριθμός των ιατρείων και των ιατρών δεν επαρκεί, οι ιατροί δεν έχουν πείρα, υπάρχουν ελλείψεις σε βασικό υγειονομικό υλικό και γενικά δεν προσφέρονται για την αντιμετώπιση κάποιου σοβαρού ιατρικού προβλήματος. Ενδεικτική είναι η δήλωση ενός κατοίκου ο οποίος υποστήριξε: «Δεν υπάρχει ούτε στοιχειώδεις οργάνωση, οι ιατροί πέρα από ότι είναι ανειδίκευτοι, δεν έχουν και τα κατάλληλα μέσα, με αποτέλεσμα τα συγκεκριμένα ιατρεία να χρησιμοποιούνται μόνο για συνταγογράφηση φαρμάκων».

Διερωτάται ωστόσο κανείς αν μπορούν να υπάρξουν αλλαγές οι οποίες θα οδηγήσουν στη βελτίωση της λειτουργίας των Αγροτικών ιατρείων. Για τη διερεύνηση του συγκεκριμένου ζητήματος ζητήθηκε από τους ερωτώμενους η άποψη τους σχετικά με το ωράριο λειτουργίας των συγκεκριμένων ιατρείων. Όπως λοιπόν διαπιστώθηκε, οι περισσότεροι συνεντευξιαζόμενοι και συγκεκριμένα 36 από τους 40, θεωρούν πως το ωράριο λειτουργίας δεν επαρκεί για να καλύψει τις υγειονομικές τους ανάγκες, αλλά τα κυριότερα προβλήματα εστιάζονται σε άλλους τομείς, όπως για παράδειγμα η έλλειψη ιατρών, βιοϊατρικού εξοπλισμού και υγειονομικού υλικού, ενώ οι εναπομείναντες 4

ανέφεραν ότι δεν μπορούν να απαντήσουν με αντικειμενικά κριτήρια, καθώς δεν έχουν επισκεφθεί ποτέ κάποιο Αγροτικό ιατρείο. Από τις απαντήσεις των 36 κατοίκων, παρατηρείται ποικιλία απόψεων αναφορικά με τις προτάσεις τους για το ωράριο λειτουργίας των ιατρείων. Η πλειονότητα εξ' αυτών (30) ανέφερε ως ιδανική λύση την καθημερινή επί οκταώρου βάσεως λειτουργία και εστίασε τον προβληματισμό της πρωτίστως στην απουσία αναγκαίου υγειονομικού υλικού, όπως γάζες, αντιαλλεργικές ενέσεις και δευτερευόντως στο ωράριο λειτουργίας. Οι υπόλοιποι 6 υποστήριξαν πως αισθάνονται ανασφαλείς χωρίς διαθέσιμο ιατρό και πρότειναν τη 24ωρη λειτουργία επί καθημερινής βάσης.

Επίσης, οι κάτοικοι ερωτήθηκαν σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς του Δήμου (ΙΚΑ, ΔΕΗ, ΟΑΕΕ). Από τις απαντήσεις που δόθηκαν, παρατηρούμε ότι όλοι οι ερωτώμενοι, που είναι ασφαλισμένοι σε κάποιον από τους οργανισμούς αυτούς (15), χαρακτήρισαν τη λειτουργία και την οργάνωση αυτών ως ανεπαρκή. Ο χαρακτηρισμός αυτός στηρίζεται κυρίως στην έλλειψη βασικών ιατρικών ειδικοτήτων, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει άμεση εξυπηρέτηση. Ενδεικτικά παρουσιάζεται η δήλωση ενός κατοίκου: «Ουσιαστικά δεν υπάρχει λειτουργία από τη στιγμή που δεν υπάρχουν διαθέσιμοι ιατροί. Για να εξυπηρετηθείς πρέπει να γνωρίζεις πότε υπάρχει διαθέσιμος ιατρός για να τον επισκεφθείς. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι περισσότεροι κάτοικοι του Δήμου να καλύπτουν τις υγειονομικές τους ανάγκες μέσω άλλων φορέων υγείας». Πρέπει να επισημανθεί πως από τους 15 ερωτώμενους, οι 10 ξεκαθάρισαν ότι για την κάλυψη των υγειονομικών τους αναγκών απευθύνονται αποκλειστικά και μόνο σε άλλους φορείς υγείας, αποκλείοντας τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς της περιοχής.

Επιπλέον ένα άλλο θέμα που τέθηκε προς συζήτηση, είναι εάν ο αριθμός των διαθέσιμων ασθενοφόρων επαρκεί για τη διακομιδή των κατοίκων προς τους δημόσιους φορείς υγείας της περιοχής. Όπως και στις προηγούμενες περιπτώσεις, οι περισσότεροι συνεντευξιαζόμενοι (27) δήλωσαν ότι υπάρχει έλλειμμα όσον αφορά τον αριθμό των ασθενοφόρων, καθώς όλοι ανεξαιρέτως οι ερωτώμενοι που έδωσαν αρνητική απάντηση δεν έχουν μεταφερθεί ποτέ με ασθενοφόρο στους δημόσιους φορείς υγείας, είτε εξαιτίας μετάβασής τους με το ιδιωτικό τους όχημα είτε λόγω έλλειψης ή βλάβης των διαθέσιμων ασθενοφόρων. Χαρακτηριστική είναι η απάντηση ενός κατοίκου: «Η έλλειψη στα ασθενοφόρα είναι εμφανής από τη στιγμή που υπάρχουν 6 διαθέσιμα για

τις ανάγκες όλου του Δήμου. Κατ' εμένα πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον 2 σε κάθε φορέα, καθώς η γρήγορη διακομιδή μπορεί να σώσει μια ζωή. Για να καταλάβεις το μέγεθος της έλλειψης ασθενοφόρων, πριν από ένα μήνα έγινε ένα πολύ σοβαρό τροχαίο ατύχημα και μου είχε κάνει ιδιαίτερα άσχημη εντύπωση πως η μεταφορά των τραυματιών γινόταν από ιδιώτες που έσπευσαν να βοηθήσουν». Υπάρχουν όμως και 13 κάτοικοι που πιστεύουν ότι ο υπάρχον αριθμός ασθενοφόρων είναι επαρκής, αναλογικά με τη μειωμένη χρηματοδότηση και την οικονομική κατάσταση της χώρας.

Συνεχίζοντας, ζητήθηκε από τους συνεντευξιαζόμενους να αναφέρουν αν έχουν Οικογενειακό ιατρό. Από τις απαντήσεις που δόθηκαν παρατηρούμε πως όλοι οι ερωτώμενοι (40) δεν έχουν κάποιο Οικογενειακό ιατρό, καθώς υποστήριζαν ότι δεν είχαν γνώση για τη συγκεκριμένη μορφή ιατρού. Όλοι ανεξαιρέτως παρέμεναν σε εικασίες σχετικά με τις υπηρεσίες που παρέχουν οι Οικογενειακοί ιατροί, χωρίς να είναι ενημερωμένοι για τον ακριβή ρόλο και τα καθήκοντα του συγκεκριμένου θεσμού. Βασικός παράγοντας που συμβάλλει στην ελλιπή ενημέρωση των συγκεκριμένων κατοίκων είναι ότι κανείς ιατρός στην περιοχή δεν εργάζεται ως Οικογενειακός ιατρός, καθώς ο θεσμός δεν έχει καθιερωθεί και οι περισσότεροι ιατροί ασκούν τις υπηρεσίες τους κατά το δοκούν, επαναπαυόμενοι από τη γενική κατάσταση χαλαρότητας που επικρατεί στην ΠΦΥ της περιοχής.

Έχει ενδιαφέρον να δούμε πως αντέδρασαν και τι απάντησαν οι συνεντευξιαζόμενοι όταν ρωτήθηκαν αν θεωρούν ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας από τους φορείς ΠΦΥ του Δήμου Κύμης-Αλιβερίου επαρκούν ή καταφεύγουν στο πλησιέστερο Νοσοκομείο της περιοχής τους. Φαίνεται λοιπόν, ότι για τη μεγαλύτερη μερίδα των κατοίκων και συγκεκριμένα για 36 από τους 40, οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας δεν επαρκούν ώστε να καλύψουν τις ανάγκες τους, με συνέπεια να καταφεύγουν σε Νοσοκομεία ή σε ιδιωτικά ιατρεία. Μεταξύ των 36 αυτών ατόμων, υπάρχουν και 7 που δήλωσαν ότι η ανεπάρκεια των δημόσιων υπηρεσιών υγείας της περιοχής, τους έχει οδηγήσει αποκλειστικά στον ιδιωτικό ιατρικό τομέα. Από τους υπόλοιπους 4 ερωτώμενους, οι 2 ανέφεραν ότι οι υπηρεσίες υγείας είναι επαρκείς, ενώ οι άλλοι 2 δεν υιοθετούν μία εντελώς θετική ή αρνητική θέση, αλλά μία ενδιάμεση και περισσότερη διαλλακτική, καθώς υποστήριζαν ότι ναι μεν οι υπηρεσίες χρειάζονται βελτίωση, αλλά από την άλλη οι δημόσιοι φορείς υγείας είναι η μόνη λύση για δωρεάν υγεία.

Μέσα από την ανάλυση της συγκεκριμένης ενότητας, μπορούμε να εξάγουμε το συμπέρασμα πως οι ερωτώμενοι κάτοικοι θεωρούν τους δημόσιους φορείς ΠΦΥ του Δήμου ανεπαρκείς. Επίσης είναι αποθαρρυντικό το γεγονός ότι ο συνδυασμός αρκετών παραγόντων, όπως η ανεπάρκεια του ωραρίου λειτουργίας των Αγροτικών ιατρείων, η έλλειψη ιατρών, ο μικρός αριθμός ασθενοφόρων και γενικά η υπάρχουσα οργάνωση των φορέων υγείας, έχει οδηγήσει το μεγαλύτερο μέρος των συνεντευξιζόμενων κατοίκων να αναζητούν τρόπους για την κάλυψη των υγειονομικών τους αναγκών μέσω των Νοσοκομείων και του ιδιωτικού τομέα.

6.1.3 Εμπιστοσύνη στις υπηρεσίες υγείας

Εκτός από την ικανοποίηση και την επάρκεια των υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η διερεύνηση της εμπιστοσύνης που δείχνουν οι ερωτώμενοι κάτοικοι στην ΠΦΥ του Δήμου.

Αρχικά ζητήθηκε σε κάθε συνεντευξιζόμενο να αναφέρει αν έχει αναπτύξει σχέση εμπιστοσύνης με κάποιον ιατρό που υπάγεται σε οποιοδήποτε δημόσιο φορέα υγείας της περιοχής. Όπως λοιπόν φάνηκε από τις απαντήσεις τους, οι περισσότεροι κάτοικοι (22) έχουν αναπτύξει σχέσεις εμπιστοσύνης με κάποιον ιατρό, καθώς υποστήριξαν ότι κατά την επίσκεψη τους στους δημόσιους φορείς ΠΦΥ της περιοχής, ζητούν πρωτίστως την ιατρική γνώμη του ιατρού που εμπιστεύονται. Αντίθετες αντιλήψεις σχετικά με το εν λόγω θέμα έχουν οι υπόλοιποι 18 από τους ερωτώμενους. Η συγκεκριμένη άποψη εκφράζεται έντονα από έναν κάτοικο ο οποίος δήλωσε: «Κανένας δημόσιος ιατρός της περιοχής μου, δε μου ενέπνευσε εμπιστοσύνη και ο λόγος είναι η έλλειψη ιατρικής γνώσης και εμπειρίας. Τις περισσότερες φορές ο ένας ιατρός σε παραπέμπει στον άλλο, με συνέπεια να επισκέπτομαι κάποιον ιδιώτη. Λυπάμαι πολύ που θα το πω, αλλά οι δημόσιες υπηρεσίες της περιοχής μπορούν να χαρακτηριστούν επιεικώς ως ανεπαρκείς». Εντούτοις 4 εξ' αυτών δήλωσαν πως έχουν δείξει παλαιότερα εμπιστοσύνη σε δημόσιους ιατρούς του Δήμου, αλλά πλέον δεν υπάρχει κάποιος από τους διαθέσιμους που να μπορούν να τον εμπιστευτούν.

Στην προκειμένη περίπτωση κρίνεται σκόπιμο να εξεταστεί η συσχέτιση των ιατρών που εμπνέουν εμπιστοσύνη με το δημόσιο φορέα ΠΦΥ στον οποίο εργάζονται. Από τις απαντήσεις που έδωσαν είναι ξεκάθαρο πως και οι 22 ερωτώμενοι εμπιστεύονται

ιατρούς των ΚΥΑ και ΚΥΚ. Ωστόσο, η διαπίστωση αυτή γεννά ένα νέο ερώτημα σχετικά με την εμπιστοσύνη των υπηρεσιών υγείας. Είναι ο φορέας ή ο ιατρός που κερδίζει την εμπιστοσύνη των κατοίκων; Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτώμενων, η εμπιστοσύνη προς τους δημόσιους ιατρούς του Δήμου οφείλεται αποκλειστικά και μόνο στην ικανότητα των ιατρών, καθώς όλοι οι κάτοικοι υποστήριξαν την ίδια άποψη. Ιδιαίτερα σαφής είναι η δήλωση ενός κατοίκου: «Εμπιστεύομαι απόλυτα έναν ιατρό του ΚΥΑ, γιατί υπάρχει αμοιβαίος σεβασμός, μου παρέχει τις απαραίτητες πληροφορίες ώστε να μπορώ να εκτιμήσω την κατάσταση της υγείας μου και μου δίνει τη δυνατότητα να έχω ενεργό συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων».

Στη συνέχεια ζητήθηκε από τους ερωτώμενους κατοίκους να αναφέρουν το φορέα υπηρεσιών υγείας του Δήμου που επισκέπτονται όταν συμβεί κάποιο έκτακτο περιστατικό. Μέσα από τις συνεντεύξεις προέκυψε ότι η πλειονότητα των κατοίκων (25) επισκέπτεται σε μια έκτακτη περίπτωση πρώτα τα ΚΥ της περιοχής. Ωστόσο, οι απαντήσεις των συγκεκριμένων κατοίκων παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις σχετικά με το λόγο της επίσκεψής τους, καθώς οι 7 από αυτούς ανέφεραν ως κύριο λόγο τη γρήγορη πρόσβαση, οι 8 την 24ωρη λειτουργία των ΚΥ, οι 5 την εμπιστοσύνη τους στους δημόσιους φορείς υγείας και οι υπόλοιποι 5 την αναγκαία μετάβαση τους λόγω χαμηλού εισοδηματικού επιπέδου. Υπάρχουν βέβαια και 15 κάτοικοι που δήλωσαν πως σε περίπτωση έκτακτου περιστατικού επισκέπτονται πρώτα κάποιο Νοσοκομείο ή κάποιον ιδιώτη ιατρό. Όπως προέκυψε από τις απαντήσεις τους, η μη μετάβαση τους στις Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας του Δήμου, συνίσταται στην έλλειψη εμπιστοσύνης, στην ανεπάρκεια των ιατρικών ειδικοτήτων και τέλος στην απουσία κατάλληλου βιοϊατρικού εξοπλισμού. Χαρακτηριστική η δήλωση ενός κατοίκου: «Σε περίπτωση έκτακτου ορθοπεδικού ή χειρουργικού περιστατικού πάντα επισκέπτομαι πρώτα το νοσοκομείο της Χαλκίδας. Ο λόγος είναι η εξοικονόμηση χρόνου, καθώς όσες φορές είχα επισκεφτεί πρώτα τα ΚΥ πάντα αυτά με έστελναν στο Νοσοκομείο της Χαλκίδας».

Ποια όμως είναι η άποψη των κατοίκων για την εμπιστοσύνη που τους εμπνέει ο δημόσιος και ο ιδιωτικός υγειονομικός τομέας; Σύμφωνα με τη μεγαλύτερη μερίδα των συνεντευξιζόμενων (29), ο ιδιωτικός τομέας απορρέει περισσότερη εμπιστοσύνη για την κάλυψη των υγειονομικών τους αναγκών. Ενδεικτικά ένας από αυτούς ανέφερε: «Εμπιστεύομαι τον ιδιωτικό υγειονομικό τομέα γιατί μου παρέχει τον κατάλληλο ιατρό

για την κάθε ασθένεια, την κατάλληλη στιγμή». Οι υπόλοιποι ερωτώμενοι δήλωσαν πως εμπιστεύονται περισσότερο το δημόσιο τομέα υγείας, καθώς η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι υψηλού επιπέδου, χωρίς να έρχονται αντιμέτωποι με την ιδιοτέλεια και την κερδοσκοπία που πιθανώς χαρακτηρίζει τον ιδιωτικό τομέα.

Ιδιαίτερη σημασία στα πλαίσια της έρευνας έχει η άποψη των κατοίκων για το ΕΣΥ. Για τη διερεύνηση του εν λόγω ζητήματος, ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να αναφέρουν την άποψη τους για τις αδυναμίες και τις αστοχίες που παρουσιάζει σήμερα το σύστημα υγείας. Όπως διαπιστώθηκε οι απαντήσεις των ερωτώμενων παρουσιάζουν ποικιλομορφία και διανέμονται σε 3 κατηγορίες. Αρχικά, οι περισσότεροι κάτοικοι (20) θεωρούν ότι οι αδυναμίες του συστήματος οφείλονται στην ανεπαρκή οργάνωση, στην έλλειψη επιλογής ιατρού και στην κακή διαχείριση των διαθέσιμων πόρων. Η δεύτερη ομάδα απαντήσεων (17) υποδεικνύει την αρνητική-παθητική στάση του κράτους για περαιτέρω ενίσχυση του δημόσιου τομέα υγείας. Η συγκεκριμένη προσέγγιση των κατοίκων αναφέρεται στη διαχρονική θέση που έχουν οι εκάστοτε κυβερνήσεις απέναντι στον τομέα της υγείας. Στον αντίποδα, η μειονότητα των συνεντευξιαζόμενων (3) ανέφερε πως το ΕΣΥ λειτουργεί αρμονικά και οι όποιες αδυναμίες εμφανίζονται είναι πρόσκαιρες και μεμονωμένες, αποτέλεσμα της προσωπικής αδυναμίας που έχουν κάποια «γρανάζια» του συστήματος υγείας. Άξιο αναφοράς είναι ότι και οι 3 κάτοικοι «φωτογράφησαν» τους ιατρούς ως τους κύριους υπεύθυνους για τις αδυναμίες του συστήματος.

Κλείνοντας τη συνέντευξη, οι κάτοικοι ερωτήθηκαν σχετικά με το τι έχουν να προτείνουν οι ίδιοι για τη βελτίωση της ΠΦΥ του Δήμου Κύμης-Αλιβερίου. Οι περισσότεροι από τους συνεντευξιαζόμενους (31), θεωρούν ότι πρέπει να υπάρξει πληθώρα αλλαγών ώστε η δημόσια ΠΦΥ της περιοχής να μπορεί να καλύψει πλήρως τις ανάγκες τους. Συγκεκριμένα, προτείνεται η αύξηση της κρατικής χρηματοδότησης ώστε να επιτευχθεί η κάλυψη των ιατρικών ειδικοτήτων εκεί όπου υπάρχουν ελλείψεις, η αγορά βιοϊατρικού εξοπλισμού και η στελέχωση των Αγροτικών ιατρείων με κατάλληλο προσωπικό/εξοπλισμό, προκειμένου αυτά να γίνουν ικανά για παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας υγείας. Ενδεικτική είναι η άποψη ενός ερωτώμενου ο οποίος δήλωσε: «Πιστεύω ότι πρωτίστως πρέπει να χορηγηθούν κρατικά κονδύλια για να καλυφθούν τα κενά των ιατρικών ειδικοτήτων και στη συνέχεια να οργανωθούν καλύτερα τα Αγροτικά ιατρεία». Μια άλλη μερίδα κατοίκων (7) ανέφερε ότι η

βελτίωση των υπηρεσιών υγείας θα επέλθει μέσα από την αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων. Χαρακτηριστικά ένας εξ' αυτών των κατοίκων υποστήριξε: «Πρέπει να υπάρξει καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων. Επειδή βρισκόμαστε σε μια δύσκολη οικονομικά περίοδο, το καλύτερο που μπορεί να γίνει είναι να υπάρξει σωστή οργάνωση που θα αξιοποιήσει τα διαθέσιμα μέσα. Για την επίτευξη του σκοπού αυτού προτείνω κυκλική μετάθεση ιατρών μεταξύ των δημόσιων φορέων, για την κάλυψη ιατρικών ειδικοτήτων στις οποίες υπάρχουν ελλείψεις και την αποσυμφόρηση εκεί που υπάρχει κορεσμός. Επίσης θεωρώ πως η επισκευή και η καλύτερη αξιοποίηση του διαθέσιμου βιοϊατρικού εξοπλισμού θα συντελέσει στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας». Τέλος, οι υπόλοιποι συνεντευξιαζόμενοι (2) δε θεωρούν αναγκαίες κάποιες αλλαγές στις παρεχόμενες υπηρεσίες ΠΦΥ στο Δήμο Κύμης-Αλιβερίου, καθώς η κάλυψη των υγειονομικών τους αναγκών γίνεται με επάρκεια από τις ήδη υπάρχουσες.

Συμπερασματικά λοιπόν διαπιστώνουμε ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι αν και σε μια έκτακτη περίπτωση επισκέπτονται πρώτα τους δημόσιους φορείς υγείας της περιοχής, εντούτοις δε δείχνουν εμπιστοσύνη στο υπάρχον δημόσιο σύστημα υγείας για την κάλυψη των υγειονομικών τους αναγκών. Επιπρόσθετα προέκυψε ότι η ΠΦΥ της περιοχής εμφανίζει αδυναμίες και αστοχίες οι οποίες θα πρέπει άμεσα να διορθωθούν προκειμένου οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας να απορρέουν εμπιστοσύνη, να είναι επαρκείς και να προκαλούν την ικανοποίηση των ερωτώμενων κατοίκων του Δήμου Κύμης-Αλιβερίου.

6.2 Τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων ιατρών

Προκειμένου να υπάρχει πολύπλευρη διερεύνηση του υπό εξέταση θέματος, κρίθηκε αναγκαία η διεξαγωγή συνεντεύξεων με ιατρούς που υπάγονται στους δημόσιους φορείς ΠΦΥ του Δήμου Κύμης-Αλιβερίου. Όπως στην περίπτωση των κατοίκων, έτσι και σε αυτή χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της χιονοστιβάδας, με αποτέλεσμα να διεξαχθούν 21 συνεντεύξεις.

Όπως παρατηρούμε και στον Πίνακα 11(βλ. Παράρτημα), οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες ιατρούς στην έρευνα είναι άντρες (14). Σχετικά με την ηλικιακή κατανομή του δείγματος, 7 από τους ερωτώμενους ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 26-35 ετών, 4 στην ομάδα 36-45 ετών, 6 ερωτώμενοι στην ομάδα 46-55 ετών και οι

υπόλοιποι 4 είναι 56 ετών και άνω. Όσον αφορά την ειδικότητα τους, διαπιστώνουμε ότι η ηλικία είναι άμεσα συνδεδεμένη με την απόκτηση ειδικότητας, καθώς και οι 7 ιατροί που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 26-35 ετών είναι ανειδίκευτοι. Από τους υπόλοιπους 14, οι 4 είναι Παθολόγοι, οι 4 είναι Γενικοί ιατροί, 3 έχουν την ειδικότητα του Οδοντιάτρου, 2 είναι Παιδίατροι και ένας είναι Μικροβιολόγος. Τέλος, σχετικά με το δημόσιο φορέα υγείας που εργάζονται, παρατηρούμε ότι οι 7 ανειδίκευτοι ιατροί υπάγονται στα ΚΥ της περιοχής, αλλά εργάζονται στα Αγροτικά ιατρεία, ενώ από τους ιατρούς με ειδικότητα 5 εργάζονται στο ΚΥΑ, 6 στο ΚΥΚ, και 3 στους Ασφαλιστικούς οργανισμούς (ΙΚΑ, ΔΕΗ).

6.2.1 Ικανοποίηση από τις παρεχόμενες Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας

Ξεκινώντας λοιπόν τη διαδικασία των συνεντεύξεων, ζητήθηκε από τους ιατρούς να αναφέρουν κατά πόσο είναι ικανοποιητικός ο αριθμός των διαθέσιμων ιατρών στην υπηρεσία που εργάζονται. Από τις απαντήσεις που δόθηκαν, φαίνεται ότι οι ιατροί που υπάγονται στα ΚΥ της περιοχής (18), ανεξαρτήτως αν εργάζονται σε ΚΥ ή σε Αγροτικό ιατρείο θεωρούν ότι ο υπάρχων αριθμός ιατρών είναι ικανοποιητικός για να προσφέρει υπηρεσίες υγείας. Αντίθετη με αυτή την άποψη είναι η δήλωση των 3 ιατρών που υπάγονται σε Ασφαλιστικούς Οργανισμούς, καθώς υποστήριξαν ότι στις υπηρεσίες που εργάζονται ο αριθμός των ιατρών είναι αρκετά μικρός. Χαρακτηριστικά ένας εξ' αυτών ανέφερε: «Στο ΙΚΑ Αλιβερίου όπου εργάζομαι, ο αριθμός των υπάρχοντων ιατρών δεν είναι ικανοποιητικός. Είμαστε μόλις 5 ιατροί και όλοι με συμβάσεις πεντάωρης εργασίας».

Στη συνέχεια οι συνεντευξιζόμενοι ρωτήθηκαν σχετικά με την καταλληλότητα του βιοϊατρικού εξοπλισμού της υπηρεσίας που εργάζονται. Τα αποτελέσματα της έρευνας είναι αποθαρρυντικά, καθώς η πλειονότητα των ιατρών (18) υποστηρίζει ότι ο διαθέσιμος εξοπλισμός δεν είναι κατάλληλος για κάλυψη αναγκών υγείας. Πρέπει ωστόσο να επισημανθεί ότι η άποψη αυτή υιοθετείται από όλους τους ερωτώμενους ιατρούς των Αγροτικών ιατρείων και των Ασφαλιστικών Οργανισμών. Διαφορετική ωστόσο άποψη επί του θέματος φαίνεται να έχουν οι υπόλοιποι 3 ιατροί, καθώς ανέφεραν ότι ο υπάρχων εξοπλισμός είναι κατάλληλος και αποτελεσματικός, πεποίθηση την οποία υποστηρίζει σε ακραίο βαθμό ένας εξ' αυτών των ιατρών: «Ο

βιοϊατρικός εξοπλισμός στην υπηρεσία που εργάζομαι είναι ο πλέον κατάλληλος και αποτελεσματικός. Μπορεί η άποψη μου να επηρεάζεται από τον εξοπλισμό που διατίθεται για την ειδικότητα μου, αλλά και πάλι θεωρώ ότι η υπηρεσία μου διαθέτει όλα τα απαραίτητα μέσα για την παροχή ικανοποιητικών υπηρεσιών υγείας στους κατοίκους του Δήμου».

Επιπλέον οι ιατροί ερωτήθηκαν για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ. Πολλοί είναι εκείνοι και συγκεκριμένα 14, οι οποίοι ανέφεραν ως κύρια δυσκολία την έλλειψη κατάλληλου βιοϊατρικού εξοπλισμού. Τέλος, οι υπόλοιποι 7 ανέφεραν αρκετές δυσκολίες οι οποίες συνοψίζονται στις εξής: ανεπαρκής οργάνωση της υπηρεσίας που εργάζονται, έλλειψη και καθυστέρηση στην προμήθεια βασικού υγειονομικού υλικού, ακατάλληλος βιοϊατρικός εξοπλισμός και απόσταση από το χώρο κατοικίας τους. Είναι άξιο αναφοράς ότι και οι 7 ιατροί που εντοπίζουν περισσότερες δυσκολίες στην παροχή υπηρεσιών υγείας από τους υπόλοιπους ερωτώμενους, εργάζονται σε Αγροτικά ιατρεία του Δήμου. Όπως αναφέρει και ένας από τους Αγροτικούς ιατρούς: «Οι δυσκολίες στα Αγροτικά ιατρεία είναι πολλές, ο χώρος δεν είναι κατάλληλα εξοπλισμένος και δεν υπάρχουν τα απαραίτητα βιοϊατρικά υλικά. Επίσης υπάρχουν δυσκολίες λόγω της απόστασης. Ο αγροτικός ιατρός πρέπει να καλύψει τις ανάγκες όχι μόνο του χωριού που εδρεύει το ιατρείο αλλά και των γύρω, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να προσφέρει υπηρεσίες υγείας στο βαθμό που επιθυμεί».

Εστιάζοντας στην οργάνωση των δημόσιων φορέων υγείας, οι συνεντευξιζόμενοι ερωτήθηκαν σχετικά με την οργάνωση και λειτουργία της υπηρεσίας που εργάζονται. Όπως δηλώνουν οι περισσότεροι ερωτώμενοι (12), η λειτουργία των δημόσιων φορέων της περιοχής δεν είναι ικανοποιητική καθώς οι αδυναμίες που υπάρχουν οφείλονται κυρίως στην κακή διαχείριση και οργάνωση των υπηρεσιών που εργάζονται. Από τους ιατρούς αυτούς, 7 εργάζονται σε Αγροτικά ιατρεία, 3 υπάγονται σε Ασφαλιστικούς Οργανισμούς, ενώ 2 εργάζονται σε ΚΥ του Δήμου. Αντίθετα, 9 ιατροί θεωρούν ότι οι αδυναμίες των δημόσιων φορέων υγείας είναι αποτέλεσμα της χαμηλής χρηματοδότησης από την πλευρά του κράτους. Από τις απαντήσεις που δόθηκαν παρατηρούμε ότι οι ερωτώμενοι ιατροί θεωρούν ότι η οργάνωση των ΚΥ της περιοχής είναι ικανοποιητική, ενώ το αντίθετο συμβαίνει για τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς και τα Αγροτικά ιατρεία.

Ποια είναι όμως η άποψη των ιατρών για την ικανοποίηση των κατοίκων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας; Ιδιαίτερη έκπληξη προκάλεσε το γεγονός ότι μόνο ένας ιατρός ανέφερε ότι οι κάτοικοι δε γίνεται να είναι ικανοποιημένοι από τους δημόσιους φορείς υγείας, λόγω έλλειψης ιατρικών ειδικοτήτων και αδυναμίας άμεσης εξυπηρέτησης. Οι υπόλοιποι υποστήριξαν πως οι κάτοικοι είναι ικανοποιημένοι, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με τα λεγόμενα τους περί έλλειψης ιατρών και δυσκολιών στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Η πιο ακραία άποψη που αναφέρθηκε είναι η εξής: «Οι κάτοικοι είναι πολύ ικανοποιημένοι, κάτι το οποίο το εκλαμβάνω καθημερινά με τα υλικά δώρα που μου φέρνει ο κόσμος για να μου δείξει την εκτίμηση του. Για να καταλάβεις, το γραφείο μου είναι γεμάτο μαγκούρες που μου έχουν φέρει πολλοί γέροντες για να με ευχαριστήσουν».

Τέλος, ζητήθηκε από τους ερωτώμενους η άποψη τους για το νέο νόμο για την υγεία (Ν.3918/2011). Όπως διαπιστώθηκε, η μεγαλύτερη μερίδα των συνεντευξιζόμενων (16), δήλωσε ότι ο συγκεκριμένος νόμος είναι ανεπαρκής, χωρίς προδιαγραφές για ουσιαστικές αλλαγές. Υπάρχει ωστόσο και μια μικρή μερίδα (3) η οποία έχει μια πιο ενδιάμεση θέση, υποστηρίζοντας ότι ναι μεν ο νόμος μπορεί να επιφέρει ουσιαστικές αλλαγές για τη βελτίωση της ΠΦΥ, αλλά δεν πρόκειται να εφαρμοστεί στην πράξη, κάτι το οποίο συμβαίνει εδώ και χρόνια. Υπάρχουν όμως και 2 ιατροί, οι οποίοι θεωρούν ότι ο νέος νόμος είναι η λύση στο προβληματικό σύστημα υγείας. Όπως δήλωσαν, η σύσταση του ΕΟΠΥΥ και η ηλεκτρονική συνταγογράφηση είναι δυο ουσιαστικά βήματα για την αναβάθμιση των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας υγείας.

6.2.2 Επάρκεια των υπηρεσιών υγείας

Στη συνέχεια θα εξετάσουμε τις απόψεις των ιατρών σχετικά με την επάρκεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στο Δήμο Κύμης-Αλιβερίου. Αρχικά τους ζητήθηκε να αναφέρουν αν επαρκούν οι διαθέσιμες ιατρικές ειδικότητες στην υπηρεσία που εργάζονται. Από τους συνολικά 21 ερωτώμενους της έρευνας μας, οι 7 θεωρούν ότι οι υπάρχουσες ειδικότητες είναι αρκετές για να καλύψουν τις υγειονομικές ανάγκες. Αντίθετη γνώμη έχουν 10 ιατροί, οι οποίοι ανέφεραν ότι υπάρχουν σημαντικά κενά όσον αφορά τις ειδικότητες. Χαρακτηριστική είναι η απάντηση που έδωσε ένας από τους ιατρούς με τη συγκεκριμένη άποψη: «Υπάρχουν αρκετές ελλείψεις στις

ειδικότητες με συνέπεια σε αρκετές περιπτώσεις να καλύπτουμε ανάγκες άλλων ειδικοτήτων, κάτι το οποίο είναι αρκετά δύσκολο και επικίνδυνο, αν σκεφτείς ότι παίρνεις ευθύνη για κάτι που ουσιαστικά δε σου αναλογεί». Ωστόσο, υπάρχουν και 4 συνεντευξιαζόμενοι με μια πιο ενδιάμεση στάση, καθώς δήλωσαν ότι υπάρχουν ειδικότητες στις οποίες υπάρχει επάρκεια, όπως για παράδειγμα οι Παθολόγοι, ενώ υπάρχουν και ορισμένες στις οποίες υπάρχουν ελλείψεις. Από τις απαντήσεις που έδωσαν, φαίνεται ότι δεν αναφέρονται στη συνολική επάρκεια των ιατρικών ειδικοτήτων, αλλά επικεντρώνονται στην επάρκεια που παρουσιάζει κάποια ειδικότητα.

Συνεχίζοντας παρατηρούμε ότι τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με το βιοϊατρικό εξοπλισμό, μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι επικρατεί ανεπάρκεια και αυτό γιατί η πλειονότητα των συνεντευξιαζόμενων (18) ανέφερε ότι ο εξοπλισμός δεν επαρκεί, λόγω ελλείψεων και μη συντήρησης του υπάρχοντος. Άξια αναφοράς η δήλωση ενός ιατρού: «Ο ιατρός κατά τη γνώμη μου είναι άμεσα εξαρτώμενος από τον βιοϊατρικό εξοπλισμό. Όταν υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις, κάτι που συμβαίνει και στην υπηρεσία μου, στην ουσία σημαίνει ότι δε μου δίνεται η δυνατότητα να προσφέρω τις υπηρεσίες υγείας που θέλω και μπορώ». Στον αντίποδα, υπάρχουν και 3 ιατροί οι οποίοι θεωρούν ότι ο υπάρχον βιοϊατρικός εξοπλισμός είναι σε θέση να καλύψει τις ανάγκες υγείας των κατοίκων της περιοχής.

Εντελώς αντίθετα είναι τα αποτελέσματα από τις απαντήσεις των συνεντευξιαζόμενων ιατρών σχετικά με το αν επαρκούν οι ώρες λειτουργίας των Αγροτικών ιατρείων. Διαπιστώνουμε λοιπόν, ότι όλοι σχεδόν οι ερωτώμενοι (20) θεωρούν ότι το ωράριο λειτουργίας των συγκεκριμένων ιατρείων είναι επαρκές για να καλύψει τις ανάγκες των κατοίκων. Ωστόσο, υπάρχει και ένας ερωτώμενος, ο οποίος υποστήριξε ότι το ωράριο δεν επαρκεί και πρότεινε για τη βελτίωση των υπηρεσιών την καθημερινή οκτάωρη λειτουργία.

Ποια είναι όμως η άποψη των ιατρών για τα διαθέσιμα ασθενοφόρα στην υπηρεσία που εργάζονται; Μοιρασμένοι φαίνονται λοιπόν οι ερωτώμενοι αναφορικά με το ζήτημα αυτό, καθώς ποικίλες ήταν οι απαντήσεις που δόθηκαν. Όπως διαπιστώθηκε από τις συνεντεύξεις, 17 ιατροί ανέφεραν ότι ο αριθμός των διαθέσιμων ασθενοφόρων στις υπηρεσίες που εργάζονται είναι αρκετά μικρός, με αποτέλεσμα σε πολλές περιπτώσεις η διακομιδή των χρηστών υγείας να γίνεται με αυτοκίνητα ιδιωτικής χρήσης, ή με ιδιωτικό ασθενοφόρο που έχουν ορισμένες επιχειρήσεις στην περιοχή.

Από την άλλη μεριά, υπάρχουν 2 ερωτώμενοι οι οποίοι ανέφεραν ότι τα υπάρχοντα ασθενοφόρα στις υπηρεσίες τους είναι αρκετά για να καλύψουν τις ανάγκες των κατοίκων. Τέλος οι υπόλοιποι ιατροί υποστήριξαν ότι στις υπηρεσίες που εργάζονται δεν υπάρχει διαθέσιμο ασθενοφόρο, με σημαντική επισήμανση το γεγονός ότι και οι 2 εργάζονται σε Ασφαλιστικούς οργανισμούς του Δήμου.

Επιδιώκοντας την εμβάθυνση της μελέτης, σχετικά με την επάρκεια από τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας του Δήμου, ζητήθηκε από τους συνεντευξιαζόμενους να αναφέρουν την προσωπική τους άποψη πάνω στο εν λόγω ζήτημα. Από τις απαντήσεις που δόθηκαν γίνεται σαφές ότι η μεγαλύτερη μερίδα των ιατρών και συγκεκριμένα 18 πιστεύει ότι οι υπάρχουσες υπηρεσίες υγείας δεν επαρκούν για τις υγειονομικές ανάγκες των κατοίκων του Δήμου, λόγω μειωμένης κρατικής χρηματοδότησης και κακής διαχείρισης των διαθέσιμων πόρων. Ωστόσο για τους άλλους 3 ιατρούς, οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας είναι επαρκείς για τους κατοίκους της περιοχής. Χαρακτηριστικά ο ένας εξ' αυτών δήλωσε: «Κατά την προσωπική μου άποψη οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από το ΚΥΑ είναι επαρκείς. Δεν μπορώ να γενικεύσω για το σύνολο των δημόσιων φορέων υγείας του Δήμου, αλλά θεωρώ ότι η υπηρεσία στην οποία εργάζομαι έχει όλα τα απαραίτητα μέσα για να προσφέρει πλήρη κάλυψη ΠΦΥ».

Κλείνοντας την ενότητα της επάρκειας, κρίθηκε ιδιαίτερα χρήσιμο να αναφέρουν οι ερωτώμενοι αν οι διαθέσιμοι πόροι προς τους δημόσιους φορείς υγείας του Δήμου είναι επαρκείς ή όχι. Διαπιστώθηκε λοιπόν ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι ιατροί (18) ανέφεραν ότι οι διαθέσιμοι πόροι δεν επαρκούν, με αποκορύφωμα τη σταδιακή αύξηση της μείωσης των δαπανών των λειτουργικών εξόδων. Αντίθετη ήταν η άποψη των υπολοίπων (3) οι οποίοι κρίνουν τους διαθέσιμους πόρους ως ικανοποιητικούς, διευκρινίζοντας ωστόσο, πως οποιαδήποτε επιπλέον οικονομική ενίσχυση θα συμβάλλει στη βελτίωση των υπηρεσιών ΠΦΥ του Δήμου.

Είναι ξεκάθαρο από τις απαντήσεις των ιατρών ότι οι παρεχόμενες δημόσιες υπηρεσίες υγείας δεν επαρκούν για να καλύψουν τις ανάγκες των κατοίκων. Αν και το ωράριο λειτουργίας των Αγροτικών ιατρείων δεν αποτελεί πρόβλημα, η ανεπάρκεια των υπηρεσιών σύμφωνα με τους ερωτώμενους ιατρούς οφείλεται στην κακή οργάνωση των φορέων υγείας της περιοχής, στην έλλειψη ιατρικών ειδικοτήτων, στη μειωμένη

χρηματοδότηση από την πλευρά του κράτους, στην έλλειψη βιοϊατρικού εξοπλισμού και στο μικρό αριθμό διαθέσιμων ασθενοφόρων.

6.2.3 Εμπιστοσύνη στις υπηρεσίες υγείας

Εκτός από τα παραπάνω, αξίζει να μελετηθεί η άποψη των ερωτώμενων ιατρών για την εμπιστοσύνη που εμπνέουν οι δημόσιοι φορείς υγείας του Δήμου Κύμης-Αλιβερίου. Από τις απαντήσεις που δόθηκαν παρατηρούμε ότι οι μισοί περίπου ερωτώμενοι (10) υποστήριξαν πως οι κάτοικοι του Δήμου δείχνουν εμπιστοσύνη στο σύστημα υγείας της περιοχής, κυρίως λόγω ύπαρξης ικανών ιατρών, αλλά και της γενικότερης οργάνωσης του φορέα υγείας που εργάζονται. Αντίθετη άποψη έχουν οι υπόλοιποι 11 ιατροί, οι οποίοι ανέφεραν ότι η ανεπάρκεια των υπηρεσιών υγείας έχει οδηγήσει τους κατοίκους στην αναζήτηση υγειονομικής λύσης μέσω του ιδιωτικού τομέα.

Ποια όμως είναι η άποψη των συνεντευξιαζόμενων για την ικανότητα αντιμετώπισης ενός έκτακτου περιστατικού από τους δημόσιους φορείς υγείας της περιοχής; Οι απαντήσεις που δόθηκαν ποικίλουν καθώς μπορούν να ταξινομηθούν σε 3 ομάδες. Αρχικά οι περισσότεροι ερωτώμενοι (16) δήλωσαν ανίκανοι να αντιμετωπίσουν μια έκτακτη περίπτωση, από τη στιγμή που δεν έχουν τα απαραίτητα μέσα, όπως εξοπλισμό και υγειονομικό υλικό. Στους 16 ιατρούς με τη συγκεκριμένη άποψη περιλαμβάνονται όλοι οι ιατροί των Ασφαλιστικών Οργανισμών, αλλά και των Αγροτικών ιατρείων. Οι υπόλοιποι 5 ερωτώμενοι, έχουν μια πιο ενδιάμεση στάση, καθώς ανέφεραν ότι η υπηρεσία που εργάζονται εμπνέει εμπιστοσύνη αλλά όχι για όλες τις μορφές έκτακτων περιστατικών που μπορεί να προκύψουν. Ενδεικτικά η δήλωση ενός ιατρού: «Δείχνω εμπιστοσύνη στις δυνατότητες που έχει η υπηρεσία μου για να αντιμετωπίσει ένα έκτακτο περιστατικό, αλλά το γεγονός αυτό εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό και από το είδος του περιστατικού, καθώς είναι πιθανόν να απαιτούνται ιατρικές εξετάσεις και πράξεις που ξεφεύγουν από τα όρια των δυνατοτήτων μας».

Ιδιαίτερη σημασία έχει η γνώμη των ιατρών για την εμπιστοσύνη που απορρέουν τα Αγροτικά ιατρεία. Τα αποτελέσματα από τις απαντήσεις που δόθηκαν οδηγούν αδιαμφισβήτητα στο συμπέρασμα ότι τα Αγροτικά ιατρεία της περιοχής δεν εμπνέουν εμπιστοσύνη τόσο στους ίδιους όσο και στους κατοίκους, καθώς όλοι οι ερωτώμενοι (21) δήλωσαν ότι τους προκαλεί αβεβαιότητα η έλλειψη οργάνωσης σε όλα τα επίπεδα.

Άξια αναφοράς η δήλωση ενός ιατρού: «Ο κόσμος της περιοχής, επισκέπτεται μόνο τα ΚΥ χωρίς να δίνει καμία σημασία στα συγκεκριμένα ιατρεία κάτι που είναι πολύ φυσιολογικό από τη στιγμή που δεν υπάρχει απαραίτητο υγειονομικό υλικό, όπως είναι για παράδειγμα οι φλεβοκαθετήρες». Αυτό που προκαλεί ιδιαίτερη εντύπωση είναι ότι τη συγκεκριμένη άποψη ενστερνίζονται όλοι οι Αγροτικοί ιατροί που εργάζονται σε αυτά. Το γεγονός αυτό αποτελεί σημείο αναφοράς, καθώς οι Αγροτικοί ιατροί έχουν προσωπική επαφή και εμπειρία με τα εν λόγω ιατρεία.

Αν και παρατηρήσαμε ότι οι ερωτώμενοι ιατροί είναι σχεδόν μοιρασμένοι σχετικά με την εμπιστοσύνη που απορρέουν οι δημόσιοι φορείς υγείας προς τους κατοίκους του Δήμου, θέλουμε να διερευνήσουμε πως σχολιάζουν την άποψη ότι τα ΚΥ θεωρούνται διαμετακομιστικά κέντρα προς τα Νοσοκομεία. Αυτό που προέκυψε λοιπόν από την έρευνα είναι ότι οι περισσότεροι ιατροί (17) αποκρίθηκαν θετικά στην ερώτηση αυτή, ενώ υπάρχουν και 4 ιατροί, οι οποίοι θεωρούν ότι κάτι τέτοιο δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Χαρακτηριστικά ο ένας από τους 4 ιατρούς δήλωσε: «Πιστεύω ότι δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα και χαρακτηρίζω την συγκεκριμένη άποψη ως υπερβολική. Τα ΚΥ καλύπτουν τις Πρωτοβάθμιες ανάγκες και στέλνουν τους χρήστες υγείας στα Νοσοκομεία μόνο σε περιπτώσεις που απαιτείται η συνδρομή της Δευτεροβάθμιας υγείας».

Στα πλαίσια της έρευνας παρουσιάζει ενδιαφέρον και η άποψη των ιατρών για το ΕΣΥ. Πιο συγκεκριμένα ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να αναφέρουν την άποψη τους για τις αδυναμίες και τις αστοχίες που παρουσιάζει σήμερα το σύστημα υγείας. Όπως διαπιστώθηκε, η πλειονότητα των συνεντευξιαζόμενων και συγκεκριμένα 16 ιατροί, θεωρούν ότι οι αδυναμίες του συστήματος υγείας, οφείλονται στην ανεπαρκή χρηματοδότηση της υγείας, στην κακή κατάσταση των κτιρίων, στην ανεπαρκή οργάνωση και τέλος στις χαμηλές αμοιβές των ιατρικών και νοσοκομειακών υπαλλήλων. Ωστόσο, υπάρχει και μια άλλη μερίδα ιατρών (4) η οποία ανέφερε την κακή διαχείριση των διαθέσιμων πόρων ως πρωτεύοντα παράγοντα που δημιουργεί την αναποτελεσματική λειτουργία του ΕΣΥ. Τέλος, υπάρχει και ένας ιατρός ο οποίος αποδίδει τις αδυναμίες του συστήματος στην έλλειψη μηχανοργάνωσης και λογιστικής.

Κλείνοντας τη διαδικασία της συνέντευξης, ζητήθηκε από τους ιατρούς να παραθέσουν τις προτάσεις τους για τη βελτίωση των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας υγείας. Και σε αυτήν την περίπτωση οι απόψεις δίστανται, καθώς οι περισσότεροι ιατροί (15),

πρότειναν αύξηση της κρατικής χρηματοδότησης, βελτίωση της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας, κατάλληλη στελέχωση των Αγροτικών ιατρείων και τέλος μείωση των δαπανών των λειτουργικών εξόδων. Από τους υπόλοιπους ερωτώμενους, οι 4, πρότειναν την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, τον τακτικό έλεγχο για την καταπολέμηση της διαφθοράς, τη μείωση των δαπανών και τέλος την πρόσληψη ιατρών με διαφορετικές ειδικότητες από τις υπάρχουσες. Χαρακτηριστικά ο ένας από αυτούς ανέφερε: «Τα χρήματα που δίνονται στην υγεία είναι πολλά σε σχέση με τις υπηρεσίες που προσφέρονται στους πολίτες. Χρειάζεται οργάνωση και έλεγχος για να περιοριστούν οι σπατάλες και να καλύψει το σύστημα τις ελλείψεις του». Επίσης, υπάρχουν και 2 ερωτώμενοι οι οποίοι πρότειναν να αναλάβουν άμεσα καθήκοντα επαγγελματίες manager για την κατάρτιση του προϋπολογισμού, ενώ παράλληλα επισήμαναν την αναγκαιότητα εισαγωγής συστημάτων μηχανοργάνωσης και λογιστικής τελευταίας τεχνολογίας με στόχο τον εξορθολογισμό των δαπανών αλλά και την αποφυγή συσσώρευσης χρεών προς τους προμηθευτές.

Συμπερασματικά λοιπόν, διαπιστώνουμε ότι οι συνεντευξιαζόμενοι ιατροί εκφέρονται ποικιλοτρόπως απέναντι στο ζήτημα της εμπιστοσύνης που δείχνουν οι ίδιοι και οι κάτοικοι της περιοχής στους φορείς ΠΦΥ του Δήμου. Ωστόσο, αν παρατηρήσει κανείς τις απαντήσεις των ερωτώμενων, γίνεται κατανοητό ότι οι ιατροί δε δείχνουν σε γενικές γραμμές εμπιστοσύνη στις υπηρεσίες που εργάζονται. Το γεγονός αυτό φαίνεται μέσα από τις απαντήσεις που έδωσε η πλειονότητα των ερωτώμενων περί αδυναμίας των δημόσιων φορέων να αντιμετωπίσουν ένα έκτακτο περιστατικό υγείας, καθώς και από τη σύμφωνη γνώμη των περισσότερων στην άποψη πως τα ΚΥ θεωρούνται διαμετακομιστικά κέντρα προς τα Νοσοκομεία. Όπως λοιπόν γίνεται εμφανές, πρέπει να υπάρξουν αλλαγές προς την ουσιαστική βελτίωση της ΠΦΥ της περιοχής.

6.3 Συμπεράσματα από την έρευνα πεδίου

Μελετώντας τα αποτελέσματα της έρευνας πεδίου μπορούμε να εξάγουμε ορισμένα βασικά συμπεράσματα που αφορούν τις απόψεις των συνεντευξιαζόμενων απέναντι στην ΠΦΥ του Δήμου Κύμης-Αλιβερίου. Η πληρέστερη κατανόηση των

αποτελεσμάτων θα γίνει δυνατή παρακάτω με την ανάλυση SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats), όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 11.⁶⁹

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Η ανάλυση SWOT των φορέων ΠΦΥ στο Δήμο Κύμης-Αλιβερίου

<p>Δυνατά σημεία</p> <ul style="list-style-type: none"> • Επαρκής αριθμός ιατρών σε ορισμένες ιατρικές ειδικότητες • Η χωροταξική κατανομή των ΚΥ • Η επίσκεψη στα ΚΥ σε περίπτωση έκτακτου περιστατικού • Παροχή υπηρεσιών υγείας από τα ΚΥ όλο το 24ωρο • Σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ των ιατρών και των κατοίκων της περιοχής • Άμεση εξυπηρέτηση από τα ΚΥ 	<p>Αδύνατα σημεία</p> <ul style="list-style-type: none"> • Έλλειψη βασικών ιατρικών ειδικοτήτων • Πεπαλαιωμένος βιοϊατρικός εξοπλισμός • Έλλειψη ασθενοφόρων • Κακή οργάνωση • Δυσκολίες στην πρόσβαση • Η λειτουργία των Αγροτικών Ιατρείων και των Ασφαλιστικών Οργανισμών • Η ανεπάρκεια από τις υπηρεσίες υγείας • Η έλλειψη εμπιστοσύνης στις υπηρεσίες υγείας • Έλλειψη υγειονομικού υλικού • Έλλειψη Οικογενειακού Ιατρού
<p>Ευκαιρίες</p> <ul style="list-style-type: none"> • Οι μεταρρυθμίσεις του κράτους με στόχο τη βελτίωση της ΠΦΥ 	<p>Απειλές</p> <ul style="list-style-type: none"> • Η ενίσχυση του ιδιωτικού τομέα υγείας • Η μειωμένη κρατική χρηματοδότηση

⁶⁹ Η ανάλυση SWOT, είναι ένα εργαλείο στρατηγικού σχεδιασμού το οποίο χρησιμοποιείται για την ανάλυση του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος μίας επιχείρησης-οργάνωσης όταν η επιχείρηση-οργάνωση πρέπει να λάβει μία απόφαση σε σχέση με τους στόχους που έχει θέσει ή με σκοπό την επίτευξή τους. Κατά την ανάλυση SWOT μελετώνται τα δυνατά και αδύνατα σημεία μίας επιχείρησης, ή οργανισμού, καθώς και οι ευκαιρίες και οι απειλές που υπάρχουν. Τα δυνατά και αδύνατα σημεία αφορούν το εσωτερικό περιβάλλον της επιχείρησης καθώς προκύπτουν από τους εσωτερικούς πόρους που αυτή κατέχει (π.χ. ικανότητες προσωπικού και στελεχών, ιδιότητες και χαρακτηριστικά της επιχείρησης, τεχνογνωσία, χρηματοοικονομική υγεία και ικανότητα να ανταποκριθεί σε νέες επενδύσεις, κλπ.). Αντιθέτως οι ευκαιρίες και οι απειλές αντανακλούν μεταβλητές του εξωτερικού περιβάλλοντος της επιχείρησης τις οποίες η επιχείρηση θα πρέπει να εντοπίσει, να προσαρμοστεί σε αυτές ή ακόμα και να τις προσαρμόσει όπου κάτι τέτοιο είναι εφικτό (π.χ. είσοδος νέων ανταγωνιστών, ρυθμίσεις στο νομικό περιβάλλον, δημιουργία ή και εμφάνιση νέων αγορών, κλπ.), πληροφορίες από το διαδίκτυο: http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%91%CE%BD%CE%AC%CE%BB%CF%85%CF%83%CE%B7_SWOT, (πρόσβαση στις 22/07/2011).

Όσον αφορά τους κατοίκους, αρχικά παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι επισκέπτονται τακτικά τους δημόσιους ιατρούς του Δήμου, κάτι το οποίο δείχνει την προσωπική επαφή και εμπειρία με την ΠΦΥ της περιοχής.

Αναφορικά με την ικανοποίηση των ερωτώμενων κατοίκων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες ΠΦΥ, διαπιστώνουμε ότι στην πλειονότητα τους δεν είναι ικανοποιημένοι, κυρίως λόγω έλλειψης ιατρικών ειδικοτήτων, χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών και δυσκολιών κατά την πρόσβαση τους στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Συγκεκριμένα, κατά τη λήψη των συνεντεύξεων όλο το σύνολο των κατοίκων ανέφερε την απουσία ιατρικών ειδικοτήτων από τους φορείς ΠΦΥ του Δήμου, ενώ και η πλειονότητα των ερωτώμενων, με εξαίρεση αυτούς που διαμένουν στις περιοχές που εδρεύουν τα ΚΥ, υποστήριξαν ότι υπάρχουν δυσκολίες στην πρόσβαση λόγω της μεγάλης απόστασης.

Σχετικά με την επάρκεια των παρεχόμενων υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας υγείας, παρατηρούμε ότι η πλειονότητα των συνεντευξιζόμενων θεωρεί ανεπαρκή την υπάρχουσα οργάνωση και λειτουργία όλων ανεξαιρέτως των φορέων ΠΦΥ του Δήμου Κύμης-Αλιβερίου, με αποτέλεσμα οι περισσότεροι από αυτούς να αναζητούν τρόπους κάλυψης των υγειονομικών του αναγκών μέσω των Νοσοκομείων και του ιδιωτικού τομέα. Κυριότερη αιτία είναι η κακή λειτουργία και οργάνωση των φορέων υγείας, με επιμέρους στοιχεία την έλλειψη ικανοποιητικού αριθμού ιατρών, την ύπαρξη πεπαλαιωμένου βιοϊατρικού εξοπλισμού, την απουσία ασθενοφόρων, τη μη εφαρμογή του θεσμού του Οικογενειακού ιατρού, αλλά και την αδυναμία των Αγροτικών ιατρείων να παρέχουν υπηρεσίες υγείας. Δευτερευόντως η ανεπάρκεια οφείλεται στην αδυναμία που παρουσιάζεται από τους Ασφαλιστικούς οργανισμούς του Δήμου, καθώς όλο το σύνολο των συνεντευξιζόμενων που είναι ασφαλισμένοι σε κάποιον από τους οργανισμούς αυτούς, δηλώνουν δυσαρεστημένοι από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που τους παρέχουν.

Επίσης αρνητική είναι η μεγαλύτερη μερίδα των κατοίκων απέναντι στο ζήτημα της εμπιστοσύνης που απορρέει η δημόσια ΠΦΥ της περιοχής, στάση η οποία γίνεται πλήρως κατανοητή αν λάβουμε υπόψη μας ότι οι περισσότεροι από τους συνεντευξιζόμενους πιστεύουν ότι ο ιδιωτικός τομέας του Δήμου εμπνέει περισσότερη εμπιστοσύνη απ' ότι ο δημόσιος. Ωστόσο, είναι ενθαρρυντικό το γεγονός ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι έχουν αναπτύξει σχέσεις εμπιστοσύνης με κάποιον ιατρό και σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης επισκέπτονται πρώτα τα ΚΥ του Δήμου, έστω και αν η

επίσκεψη μπορεί να οφείλεται στην οικονομική αδυναμία που έχουν ορισμένοι από τους συνεντευξιαζόμενους.

Τέλος εστιάζοντας στις προτάσεις που εκφράστηκαν από τους ερωτώμενους αναφορικά με τη βελτίωση των υπηρεσιών ΠΦΥ, παρατηρούμε ότι διατυπώθηκαν ποικίλες απόψεις οι οποίες στην πλειονότητα τους φανερώνουν την πεποίθηση των κατοίκων απέναντι στην ανάγκη λήψης πρωτοβουλιών από το κράτος. Οι προτάσεις αυτές συνοψίζονται στην αύξηση της κρατικής χρηματοδότησης, έτσι ώστε να καλυφθούν τα κενά των ιατρικών ειδικοτήτων, να οργανωθούν καλύτερα τα Αγροτικά ιατρεία, να γίνει αγορά κατάλληλου βιοϊατρικού εξοπλισμού και τέλος να υπάρξει καλύτερη οργάνωση των δημόσιων φορέων ΠΦΥ.

Σχετικά με το αν οι ερωτώμενοι ιατροί είναι ικανοποιημένοι από την οργάνωση της υπηρεσίας που εργάζονται, προέκυψε το συμπέρασμα ότι οι δημόσιοι φορείς ΠΦΥ του Δήμου Κύμης-Αλιβερίου δεν έχουν ικανοποιητική οργάνωση, καθώς όπως ανέφεραν οι περισσότεροι αντιμετωπίζουν αρκετές δυσκολίες στην παροχή Πρωτοβάθμιας υγείας, λόγω έλλειψης βιοϊατρικού εξοπλισμού, μη αποτελεσματικής οργάνωσης, καθυστέρησης προμήθειας υγειονομικού υλικού και μεγάλης απόστασης από τους χώρους κατοικίας τους. Ωστόσο, η πλειονότητα των ερωτώμενων έχει διαφορετική άποψη για την ικανοποίηση που έχουν οι κάτοικοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, καθώς μόνο ένας από τους συνεντευξιαζόμενους θεωρεί ότι οι κάτοικοι δεν μπορεί να είναι ικανοποιημένοι από τους δημόσιους φορείς ΠΦΥ του Δήμου.

Ιδιαίτερη εντύπωση προκάλεσαν οι απαντήσεις των συνεντευξιαζόμενων σχετικά με τις αλλαγές που έφερε στην ΠΦΥ ο νόμος 3918/2011, καθώς η μεγαλύτερη μερίδα των ερωτώμενων ιατρών δήλωσε ότι ο συγκεκριμένος νόμος είναι ανεπαρκής, χωρίς προδιαγραφές για ουσιαστικές αλλαγές.

Όπως επίσης διαπιστώθηκε, η μεγαλύτερη μερίδα των ιατρών υποστηρίζει την άποψη ότι η ΠΦΥ του Δήμου Κύμης-Αλιβερίου δεν επαρκεί για να καλύψει πλήρως της υγειονομικές ανάγκες των κατοίκων του συγκεκριμένου Δήμου. Η ανεπάρκεια αυτή οφείλεται πρωτίστως στην μειωμένη κρατική χρηματοδότηση και δευτερευόντως στην κακή διαχείριση των διαθέσιμων πόρων, με συνέπεια την ανεπάρκεια στις ιατρικές ειδικότητες, στο βιοϊατρικό εξοπλισμό και στον αριθμό των διαθέσιμων ασθενοφόρων. Ωστόσο διάκεινται θετικά απέναντι στο ωράριο λειτουργίας των Αγροτικών ιατρείων, καθώς όπως ανέφεραν το ωράριο είναι επαρκές για τις ανάγκες των κατοίκων.

Επιπλέον, ένα άλλο ζήτημα το οποίο διερευνήθηκε είναι οι απόψεις των ιατρών για την εμπιστοσύνη που εμπνέουν οι φορείς ΠΦΥ του Δήμου τόσο στους ίδιους όσο και στους κατοίκους της περιοχής. Από τις απαντήσεις που δόθηκαν είναι ξεκάθαρο ότι αν και εκφράζονται ποικιλοτρόπως, ουσιαστικά επικρατεί ανασφάλεια, καθώς οι περισσότεροι υποστήριξαν ότι στις υπηρεσίες που εργάζονται δεν υπάρχει η δυνατότητα να αντιμετωπιστεί ένα σοβαρό έκτακτο περιστατικό και ότι τα ΚΥ του Δήμου θεωρούνται διαμετακομιστικά κέντρα προς τα Νοσοκομεία.

Τέλος, μέσα από τις προτάσεις των ερωτώμενων ιατρών αναφορικά με τη βελτίωση της ΠΦΥ, παρατηρούμε ότι η πλειονότητα τους πρότεινε την αύξηση της κρατικής χρηματοδότησης και την αξιολόγηση των υπηρεσιών, με σκοπό τη βελτίωση της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας, την κατάλληλη στελέχωση των Αγροτικών ιατρείων, την προσθήκη βιοϊατρικού εξοπλισμού και τέλος τη μείωση των δαπανών των λειτουργικών εξόδων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Βασική επιδίωξη της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη της ΠΦΥ στην Ευρωπαϊκή Ένωση και στην Ελλάδα, καθώς και η παρουσίαση με όσο το δυνατόν αναλυτικότερο τρόπο των απόψεων και προτάσεων των κατοίκων και ιατρών του Δήμου Κύμης-Αλιβερίου απέναντι στην ΠΦΥ της περιοχής.

Σχετικά με τις υποθέσεις εργασίας που είχαμε θέσει αρχικά, η παρούσα εργασία οδήγησε στην επιβεβαίωση της πρώτης υπόθεσης σύμφωνα με την οποία οι παρεχόμενες υπηρεσίες από τους δημόσιους φορείς πρωτοβάθμιας υγείας στο Δήμο Κύμης-Αλιβερίου δεν επαρκούν για την κάλυψη των αναγκών των ερωτώμενων κατοίκων, γεγονός το οποίο επιβεβαιώνεται από τα ερευνητικά μας αποτελέσματα.

Το ίδιο υφίσταται και με τη δεύτερη υπόθεση εργασίας, κατά την οποία θεωρήσαμε ότι η πλειονότητα των ερωτώμενων κατοίκων και ιατρών του Δήμου Κύμης-Αλιβερίου θεωρεί τα ΚΥ ως διαμετακομιστικά κέντρα προς τα Νοσοκομεία, ακόμα και για περιστατικά που σε κανονικές συνθήκες θα έπρεπε να αντιμετωπίζονται από αυτά. Το συμπέρασμα αυτό προκύπτει από τις απαντήσεις που δόθηκαν από τις δυο ομάδες συνεντευξιζόμενων, καθώς οι μεν κάτοικοι ανέφεραν πως οι παρεχόμενες υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας υγείας του Δήμου δεν επαρκούν ώστε να καλύψουν τις ανάγκες τους, με συνέπεια να καταφεύγουν σε Νοσοκομεία ή σε ιδιωτικά ιατρεία, ενώ οι περισσότεροι ιατροί υποστήριξαν ότι οι κάτοικοι του Δήμου επισκέπτονται πρώτα τα Νοσοκομεία λόγω της έλλειψης εμπιστοσύνης στη δημόσια ΠΦΥ της περιοχής.

Εστιάζοντας στην τρίτη υπόθεση εργασίας, στην οποία υποστηρίζεται ότι η μεγαλύτερη μερίδα των ερωτώμενων κατοίκων και ιατρών δεν εμπιστεύεται τους δημόσιους φορείς ΠΦΥ του Δήμου, μπορούμε με βάση τα ερευνητικά μας δεδομένα να την επιβεβαιώσουμε. Το γεγονός αυτό προκύπτει πρωτίστως από τους κατοίκους, η πλειονότητα των οποίων δήλωσε ότι εμπιστεύεται περισσότερο τον ιδιωτικό τομέα για την κάλυψη των υγειονομικών της αναγκών και δευτερευόντως από τους ιατρούς, όπου οι περισσότεροι από αυτούς ανέφεραν ότι η υπηρεσία στην οποία εργάζονται δεν έχει τη δυνατότητα να αντιμετωπίσει μια έκτακτη περίπτωση κυρίως λόγω έλλειψης υλικοτεχνικής υποδομής.

Όσον αφορά την τελευταία υπόθεση εργασίας, σύμφωνα με την οποία η ελλιπής χρηματοδότηση είναι ο κύριος λόγος δυσλειτουργίας του συστήματος υγείας για τους

κατοίκους και ιατρούς του Δήμου, είμαστε σε θέση να την απορρίψουμε, καθώς όπως διαπιστώθηκε η ελλιπής χρηματοδότηση αποτελεί ένα από τα αίτια που κάνουν το σύστημα υγείας να δυσλειτουργεί, αλλά δεν είναι το κυριότερο. Σύμφωνα με την πλειονότητα των συνεντευξιζόμενων οι αδυναμίες του συστήματος υγείας οφείλονται στην κακή οργάνωση από την πλευρά των υπηρεσιών, στην κακή κατάσταση των νοσοκομειακών μονάδων, στην ελλιπή χρηματοδότηση και στην κακή διαχείριση των διαθέσιμων πόρων.

Συνοψίζοντας, παρατηρούμε ότι η ΠΦΥ αν και αποτελεί τη «ραχοκοκαλιά» κάθε συστήματος υγείας, στην Ελλάδα παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα και δυσλειτουργίες με ιδιαίτερα έντονη την εικόνα του «μη συστήματος», καθώς η ανάπτυξη και η διαμόρφωση της δομής του συστήματος υγείας έγινε αποσπασματικά και είναι παράλληλη με την πορεία ανάπτυξης του Ελληνικού κράτους. Η διαπίστωση αυτή φανερώνει την ανάγκη λήψης κρατικών πρωτοβουλιών, με στόχο την πρόληψη της αρρώστιας και την προαγωγή του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και όχι απλά τη δημιουργία υπηρεσιών και μονάδων με μοναδικό σκοπό την περίθαλψη.

Οι προτάσεις που θα παρουσιαστούν μέσα από τη συγκεκριμένη εργασία με σκοπό τη βελτίωση της οργάνωσης, της διαχείρισης και της αποτελεσματικότητας της ΠΦΥ, διαμορφώνονται πάνω σε ορισμένες βασικές αρχές οι οποίες καθορίζουν τη φυσιογνωμία της ΠΦΥ και συνίστανται στις εξής: α) διατήρηση του δημόσιου χαρακτήρα του συστήματος, β) επάρκεια των υπηρεσιών, γ) βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών, δ) εξασφάλιση της ικανοποίησης των χρηστών υγείας, ε) δυνατότητα συνεχούς παροχής φροντίδας όλο το 24ωρο και στ) διάθεση όλων των απαραίτητων διαγνωστικών και θεραπευτικών μέσων ώστε ένα κοινό πρόβλημα υγείας να επιλύεται στους φορείς ΠΦΥ και να αποφεύγεται η άσκοπη διακομιδή προς τα Νοσοκομεία.

Αρχικά προτείνεται η διοικητική αυτονόμηση των ΚΥ και η απεξάρτησή τους από τα Νοσοκομεία, ώστε να δίνεται η δυνατότητα στα ΚΥ να διαθέτουν το αναγκαίο προσωπικό και τις κατάλληλες υποδομές για να καλύψουν τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού.

Επίσης προτείνεται η καθιέρωση του θεσμού του Οικογενειακού ιατρού, κάτι το οποίο θα αποφέρει διπλά οφέλη, καθώς αφενός θα διατηρηθεί υπό έλεγχο το κόστος της υγειονομικής φροντίδας, αφού οι οικογενειακοί ιατροί χρησιμοποιούν λιγότερους πόρους από ότι οι ειδικευμένοι ιατροί, επειδή γνωρίζουν καλύτερα τον ασθενή, τον

εργασιακό του χώρο και την οικογένεια και αφετέρου το δικαίωμα παραπομπής που του δίνεται, θα έχει ως αποτέλεσμα τον έλεγχο της ροής των χρηστών υγείας προς τη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας με κατάληξη την απαλλαγή των Νοσοκομείων από το βάρος της παροχής ΠΦΥ.

Επιπλέον, κρίνεται σκόπιμο να προταθεί η σύσταση ειδικής επιτροπής η οποία θα αξιολογεί τη συνολική οργάνωση των δημόσιων φορέων υγείας, με στόχο την καταπολέμηση της διαφθοράς, την ορθολογική κατανομή των διαθέσιμων πόρων και τη μείωση των άσκοπων λειτουργικών εξόδων.

Τέλος προτείνεται η συνεχής μετεκπαίδευση του προσωπικού που εργάζεται στην ΠΦΥ, για τη διατήρηση υψηλού επιπέδου γνώσεων και τη διαρκή ενημέρωση τους σχετικά με τις εξελίξεις στην υγεία, καθώς και ο σχεδιασμός ενός πλαισίου οργάνωσης και λειτουργίας, το οποίο θα διακρίνεται από σεβασμό στον χρήστη και τις ανάγκες του (εύκολη πρόσβαση, ταχύτατη εξυπηρέτηση, σύστημα ραντεβού, δικαίωμα επιλογής ιατρού, κατάλληλοι χώροι και κατάλληλος βιοϊατρικός εξοπλισμός).

Η παρουσίαση της σύγχρονης κατάστασης της ΠΦΥ στην Ελλάδα, από την επιτόπια έρευνα αλλά και από τη μελέτη της βιβλιογραφίας, ενισχύει την πεποίθηση της αναγκαίας μεταρρύθμισης της. Εάν οι παραπάνω προτάσεις σε συνδυασμό με ανάλογες μεταρρυθμίσεις στη χρηματοδότηση, οργανωθούν προσεκτικά και εφαρμοστούν, τότε είναι πολύ πιθανόν να οδηγήσουν σε σημαντική βελτίωση της ΠΦΥ στην Ελλάδα.

ΠΗΓΕΣ-ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΗΓΕΣ

Α΄ ΕΓΚΥΚΛΙΟΙ

«Εφαρμογή Ν. 3868/2010 «Αναβάθμιση του ΕΣΥ & άλλες διατάξεις» και ειδικότερα Κεφ. Ζ περί μέτρων ολικής απαγόρευσης του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους, τροποποίηση των Ν. 3730/2008 και Ν. 3370/2005», (19 Αυγούστου 2010).

Β΄ ΦΕΚ

ΦΕΚ 31 Α/11

ΦΕΚ 143/83

Γ΄ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

<http://www.who.int/en/>, (πρόσβαση στις 14/12/2010).

World Health Organization: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/primary-health-care/policy>, (πρόσβαση στις 01/06/2011).

www.wikipedia.gr, (πρόσβαση στις 22/07/2011).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα (Παπαζήσης) 2001.

Ιωακείμογλου Η., *Υπηρεσίες Υγείας*, Αθήνα (ΙΝΕ ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ) 2010.

Κυριόπουλος Γ., *Η πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών*, Αθήνα (Θεμέλιο) 1995.

Κυριόπουλος Γ., Λιόνης Χ., Σουλιώτης Κ., *Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στη δημόσια υγεία*, Αθήνα (Παπαζήσης) 2010.

Νιάκας Δ., *Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη*, Αθήνα (Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας) 1993.

Οικονόμου Χ., *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες*, Αθήνα (Διόνικος) 2004.

Πιερράκος Γ., *Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τοπική κοινωνία*, Αθήνα (Παπαζήσης) 2008.

Ρομπόλης Σ., *Υγεία & Οικονομία*, Αθήνα (Καμπύλη) 1999.

Σουλιώτης Κ., *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας*, Αθήνα (Παπαζήσης) 2000.

Σουλιώτης Κ., *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας*, Αθήνα (Παπαζήσης) 2006

Στασινοπούλου Ο., *Εισαγωγή στην κοινωνική πολιτική*, σημειώσεις επιστημονικών παραδόσεων για το μάθημα "Εισαγωγή στην κοινωνική πολιτική" του Τμήματος Κοινωνικής Πολιτικής, Αθήνα (Πάντειο Πανεπιστήμιο) 2005.

Τσαούσης Γ., *Ευβοϊκή Εγκυκλοπαίδεια*, τόμ. Α΄, Αθήνα (Βασιλόπουλος) 1990.

Arrow K., «Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care», *American Economic Review*, vol. 53, issue 5, December 1963, http://www.kaiserhealthnews.org/Columns/2010/September/~media/Files/2010/May%20to%20September/1963Arrow_AER.pdf, 941-973 (πρόσβαση στις 10/4/2011).

Beveridge W., *Social Insurance and Allied Service*, Beveridge Report, London (Majesty's Stationery Office) 1942, http://news.bbc.co.uk/2/shared/bsp/hi/pdfs/19_07_05_beveridge.pdf, (πρόσβαση στις 14/04/2011).

Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, USSR, 1978, http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf (πρόσβαση στις 30/11/2010).

Geneva (WHO, International Development Research Centre) 1991, http://idl-bnc.idrc.ca/dspace/bitstream/10625/35108/1/86160_pt1.pdf, (πρόσβαση στις 10/4/2011).

Ham C., Honigsbaum F., *Priority setting and rationing health services*, στο Saltman R., Figueras J., Sakellarides C., *Critical challenges for health care reform in Europe*, Buckingham (Open University Press) 1998.

Murray C., Frenk J., *A WHO framework for health system performance assessment*, (Evidence and Information for Policy World Organization), <http://www.who.int/healthinfo/paper06.pdf>, (πρόσβαση στις 09/04.2011).

Roemer M., *National Health Systems of the World*, Volume 2 The Issues, Oxford (Oxford University Press) 1993.

Varkevisser C.M., Pathmanathan I., Brownlee A., *Designing and conducting health systems research projects*, *Health systems research training services*, vol. 2, part 1, WHO, *Global strategy for Health for All by the year 2000*, No 3, Geneva 1981, <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800038.pdf> (πρόσβαση στις 08/04/2011).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Παράρτημα 1 Οδηγός συνέντευξης για τους κατοίκους του Δήμου Κύμης-Αλιβερίου

Ενότητα 1 Δημογραφικά-Κοινωνικά στοιχεία

- 1) Φύλο Α Γ
- 2) Ηλικία
- 3) Εκπαιδευτικό επίπεδο
- 4) Επαγγελματική κατάσταση
- 5) Οικογενειακή κατάσταση
- 6) Περιοχή κατοικίας

Ενότητα 2 Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας

- 1) Κάθε πότε επισκέπτεστε τον ιατρό;
- 2) Γνωρίζετε κάθε πότε λειτουργούν τα Αγροτικά ιατρεία στο Δήμο Κύμης-Αλιβερίου;
- 3) Η πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας της περιοχής σας είναι εύκολη;
- 4) Τα Κέντρα Υγείας Αλιβερίου και Κύμης διαθέτουν ιατρικό προσωπικό διαφόρων ειδικοτήτων; Αν όχι μπορείτε να αναφέρετε που υπάρχουν ελλείψεις;
- 5) Υπάρχει άμεση εξυπηρέτηση από του δημόσιους φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας; Ποιόν από τους φορείς υγείας επισκέπτεστε πιο τακτικά;
- 6) Είστε ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην περιοχή σας;
- 7) Είστε ικανοποιημένοι από τις αλλαγές που έφερε στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ο νέος νόμος για την υγεία (Ν.3918/2011);

Ενότητα 3 Επάρκεια των υπηρεσιών υγείας

- 1) Θεωρείτε ότι ο αριθμός του ιατρικού προσωπικού επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες υγείας των κατοίκων;
- 2) Θεωρείτε ότι ο βιοϊατρικός εξοπλισμός επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες υγείας των κατοίκων του Δήμου; Έχετε παρατηρήσει ελλείψεις στο υγειονομικό υλικό των φορέων Πρωτοβάθμιας υγείας;
- 3) Πιστεύετε ότι η οργάνωση των Αγροτικών ιατειών του Δήμου είναι επαρκής;
- 4) Πιστεύετε ότι οι ώρες λειτουργίας των Αγροτικών ιατειών είναι αρκετές; Αν όχι, αναφέρεται πόσες ώρες ή ημέρες λειτουργίας θεωρείτε ότι επαρκούν.
- 5) Θεωρείτε ότι η οργάνωση και η λειτουργία των Ασφαλιστικών Οργανισμών του Δήμου επαρκούν για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών;
- 6) Θεωρείτε ότι ο αριθμός των διαθέσιμων ασθενοφόρων επαρκεί;
- 7) Έχετε Οικογενειακό ιατρό;
- 8) Θεωρείτε ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας από τους φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Δήμου Κύμης-Αλιβερίου επαρκούν ή καταφεύγετε στο πλησιέστερο νοσοκομείο της περιοχής σας; Εξηγήστε.

Ενότητα 4 Εμπιστοσύνη στις υπηρεσίες υγείας

- 1) Έχετε αναπτύξει σχέση εμπιστοσύνης με κάποιον ιατρό που υπάγεται σε οποιοδήποτε δημόσιο φορέα υγείας του Δήμου Κύμης-Αλιβερίου;
- 2) Σε περίπτωση έκτακτου περιστατικού επισκέπτεστε πρώτα τους φορείς Πρωτοβάθμιας υγείας; Εξηγήστε.
- 3) Εμπιστεύεστε περισσότερο το δημόσιο ή τον ιδιωτικό τομέα για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών σας;
- 4) Που θεωρείτε ότι το σύστημα υγείας χρήζει βελτίωσης;
- 5) Εσείς τι έχετε να προτείνετε για τη βελτίωση των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας υγείας;

Παράρτημα 2 Ο οδηγός συνέντευξης για τους ιατρούς που υπάγονται στους δημόσιους φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Δήμου Κύμης-Αλιβερίου

Ενότητα 1 Δημογραφικά-Κοινωνικά στοιχεία

- 1) Φύλο Α Γ
- 2) Ηλικία
- 3) Οικογενειακή κατάσταση
- 4) Περιοχή κατοικίας
- 5) Ειδικότητα.....
- 6) Είστε μόνιμος ή αγροτικός ιατρός; Αν μόνιμος, τι βαθμό έχετε;
- 7) Πόσα χρόνια εργάζεστε στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας;.....
- 8) Σε ποιο δημόσιο φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας του Δήμου εργάζεστε;

Ενότητα 2 Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας

- 1) Θεωρείτε ότι είναι ικανοποιητικός ο αριθμός των διαθέσιμων ιατρών στην υπηρεσία που εργάζεστε, προκειμένου να καλύψει τις ανάγκες υγείας των κατοίκων;
- 2) Υπάρχει ο κατάλληλος βιοϊατρικός εξοπλισμός στην υπηρεσία που εργάζεστε;
- 3) Ποιες είναι οι κυριότερες δυσκολίες που αντιμετωπίζετε στην παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας υγείας;
- 4) Είστε ικανοποιημένοι από την οργάνωση της υπηρεσίας που εργάζεστε;
- 5) Θεωρείτε ότι οι κάτοικοι του Δήμου Κύμης-Αλιβερίου είναι ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες;
- 6) Είστε ικανοποιημένοι από τις αλλαγές που έφερε στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ο νέος νόμος για την υγεία (Ν.3918/2011);

Ενότητα 3 Επάρκεια των υπηρεσιών υγείας

- 1) Στην υπηρεσία που εργάζεστε υπάρχει επάρκεια σχετικά με τις ειδικότητες του ιατρικού προσωπικού;
- 2) Πιστεύετε ότι ο διαθέσιμος βιοϊατρικός εξοπλισμός επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες υγείας των κατοίκων;
- 3) Θεωρείτε ότι οι ώρες λειτουργίας των Αγροτικών και ιατρείων είναι αρκετές; Αν όχι, αναφέρεται πόσες θεωρείτε ότι επαρκούν.
- 4) Επαρκεί ο αριθμός των ασθενοφόρων στην υπηρεσία σας;
- 5) Θεωρείτε ότι επαρκούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας από τους δημόσιους φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο Δήμο Κύμης-Αλιβερίου;
- 6) Πιστεύετε ότι επαρκούν οι διαθέσιμοι πόροι προς τους δημόσιους φορείς υγείας του Δήμου; Θα προτείνατε να γίνουν αλλαγές;

Ενότητα 4 Εμπιστοσύνη στις υπηρεσίες υγείας

- 1) Θεωρείτε ότι οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας του Δήμου Κύμης-Αλιβερίου δείχνουν εμπιστοσύνη στους δημόσιους φορείς Πρωτοβάθμιας υγείας;
- 2) Δείχνετε εμπιστοσύνη στις δυνατότητες που έχει η υπηρεσία σας να αντιμετωπίσει ένα έκτακτο περιστατικό;
- 3) Θεωρείτε ότι οι κάτοικοι των δημοτικών διαμερισμάτων εμπιστεύονται τα Αγροτικά ιατρεία ή επισκέπτονται μόνο τα Κέντρα Υγείας;
- 4) Πως σχολιάζετε την άποψη ότι τα Κέντρα Υγείας θεωρούνται διαμετακομιστικά κέντρα προς τα Νοσοκομεία;
- 5) Που θεωρείτε ότι το σύστημα υγείας χρήζει βελτίωσης;
- 6) Εσείς τι έχετε να προτείνετε για τη βελτίωση των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας υγείας;

Παράρτημα 3 Πίνακες

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Διαφορές δημόσιου και ιδιωτικού συστήματος υγείας

	Ιδιωτικό	Δημόσιο
Κεντρικός σχεδιασμός		•
Κεντρική χρηματοδότηση		•
Ιδιωτική δαπάνη	•	
Κεντρικός συντονισμός και έλεγχος		•
Περιφερικοποίηση των υπηρεσιών		•
Καθολική κάλυψη των πολιτών		•
Ισότιμη κάλυψη των πολιτών		•
Δημόσια υγεία και προληπτική δράση		•
Ελεύθερη επιλογή ιατρού	•	
Ελεύθερη επιλογή ασθενή από ιατρό	•	
Άσκηση ιδιωτικής ιατρικής	•	
Λειτουργία ιδιωτικών κλινικών	•	
Ελεύθερη εγκατάσταση ιατρού	•	
Ελεύθερη τιμολόγηση υπηρεσιών	•	

Πηγή: Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα (Παπαζήσης) 2001, 91.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Άρθρο 129 της Συνθήκης του Μάαστριχτ

1. Η κοινότητα συμβάλλει στην εξασφάλιση υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας του ανθρώπου, ενθαρρύνοντας τη συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών και, αν αυτό απαιτείται, υποστηρίζοντας τη δράση τους. Η δράση της Κοινότητας αφορά την πρόληψη των ασθενειών και ιδίως των μεγάλων πληγών της ανθρωπότητας, συμπεριλαμβανομένης της τοξικομανίας, ευνοώντας τη διερεύνηση των αιτιών και των τρόπων μετάδοσης τους καθώς και την ενημέρωση και τη διαπαιδαγώγηση στον τομέα της υγείας. Οι απαιτήσεις στον τομέα της προστασίας της υγείας αποτελούν συνιστώσα των άλλων πολιτικών της Κοινότητας.
2. Τα κράτη μέλη συντονίζουν μεταξύ τους, σε συνδυασμό με την Επιτροπή, τις πολιτικές και τα προγράμματα τους στους τομείς που αναφέρονται στην παράγραφο 1. Η Επιτροπή μπορεί να αναλαμβάνει, σε στενή επαφή με τα κράτη μέλη, κάθε χρήσιμη πρωτοβουλία για την προώθηση του συντονισμού αυτού.
3. Η Κοινότητα και τα κράτη μέλη ευνοούν τη συνεργασία με τις τρίτες χώρες και τους αρμόδιους διεθνείς οργανισμούς σε θέματα δημόσιας υγείας.
4. Για να συμβάλει στην υλοποίηση των στόχων του παρόντος άρθρου, το Συμβούλιο:
 - αποφασίζοντας με τη διαδικασία του άρθρου 189 Β και μετά από διαβούλευση με την Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και την Επιτροπή των Περιφερειών, θεσπίζει δράσεις ενθάρρυνσης, χωρίς να εναρμονίσει τις νομοθετικές και κανονιστικές διατάξεις των κρατών μελών,
 - αποφασίζοντας με ειδική πλειοψηφία προτάσεις της Επιτροπής, διατυπώνει συστάσεις.

Πηγή: Οικονόμου Χ., *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες*, Αθήνα (Διόνικος) 2004, 120.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Άρθρο 152 της Συνθήκης του Άμστερνταμ

1. Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Κοινότητας, εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου. Η δράση της Κοινότητας, η οποία συμπληρώνει τις εθνικές πολιτικές, αποβλέπει στη βελτίωση της δημόσιας υγείας, καθώς και στην πρόληψη της ανθρώπινης ασθένειας σε όλες τις μορφές της και στην αποτροπή των πηγών κινδύνου για την ανθρώπινη υγεία. Η δράση αυτή καλύπτει την καταπολέμηση των μεγάλων πληγών της ανθρωπότητας στον τομέα της υγείας, ευνοώντας τη διερεύνηση των αιτιών τους, της μετάδοσης και της πρόληψής τους, καθώς και την ενημέρωση και τη διαπαιδαγώγηση στον τομέα της υγείας. Η Κοινότητα συμπληρώνει τη δράση των κρατών μελών για τη μείωση της βλάβης που προκαλούν στην υγεία τα ναρκωτικά, συμπεριλαμβανομένης της ενημέρωσης και της πρόληψης.
2. Η Κοινότητα ενθαρρύνει τη συνεργασία μεταξύ κρατών μελών στους τομείς που αναφέρει το παρόν άρθρο και, εν ανάγκη, στηρίζει τη δράση τους. Τα κράτη μέλη συντονίζουν μεταξύ τους, σε συνδυασμό με την Επιτροπή, τις πολιτικές και τα προγράμματα τους στους τομείς που αναφέρονται στην παράγραφο 1. Η Επιτροπή μπορεί να αναλαμβάνει, σε στενή επαφή με τα κράτη μέλη, κάθε χρήσιμη πρωτοβουλία για την προώθηση του συντονισμού αυτού.
3. Η Κοινότητα και τα κράτη μέλη ευνοούν τη συνεργασία με τις τρίτες χώρες και τους αρμόδιους διεθνείς οργανισμούς σε θέματα δημόσιας υγείας.
4. Το Συμβούλιο, ενεργώντας σύμφωνα με τη διαδικασία του άρθρου 251 και μετά από διαβούλευση με την Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και την Επιτροπή των Περιφερειών, συμβάλλει στην υλοποίηση των στόχων του παρόντος άρθρου θεσπίζοντας: **α)** μέτρα με υψηλές προδιαγραφές όσον αφορά την ποιότητα και την ασφάλεια των οργάνων και ουσιών ανθρώπινης προέλευσης, του αίματος και των παραγώγων του. Αυτά τα μέτρα δεν εμποδίζουν τα κράτη μέλη να διατηρούν ή να εισάγουν αυστηρότερα προστατευτικά μέτρα, **β)** κατά παρέκκλιση από το άρθρο 37, μέτρα στον κτηνιατρικό και φυτοϋγειονομικό τομέα, με άμεσο στόχο την προστασία της δημόσιας υγείας, **γ)** μέτρα ενθάρρυνσης της προστασίας και της βελτίωσης της υγείας του ανθρώπου, εκτός οιασδήποτε εναρμόνισης των νομοθετικών και κανονιστικών διατάξεων των κρατών μελών. Το Συμβούλιο, αποφασίζοντας με ειδική πλειοψηφία μετά από πρόταση της Επιτροπής, διατυπώνει επίσης συστάσεις για τους σκοπούς του παρόντος άρθρου.
5. Η δράση της Κοινότητας στον τομέα της δημόσιας υγείας αναπτύσσεται χωρίς να θίγονται στο παραμικρό οι αρμοδιότητες των κρατών μελών σε ότι αφορά την οργάνωση και την παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών και της ιατρικής περίθαλψης. Ειδικότερα, τα μέτρα περί των οποίων η παράγραφος 4, στοιχείο α) δεν θίγουν τις εθνικές διατάξεις περί δωρεάς ή ιατρικής χρήσεως οργάνων και αίματος.

Πηγή: Οικονόμου Χ., *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες*, Αθήνα (Διόνικος) 2004, 123.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5 Το Άρθρο 179 για τη δημόσια υγεία

1. Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Κοινότητας, εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου. Η δράση της Κοινότητας, η οποία συμπληρώνει τις εθνικές πολιτικές, αποβλέπει στη βελτίωση της δημόσιας υγείας, καθώς και στην πρόληψη της ανθρώπινης ασθένειας σε όλες τις μορφές της και στην αποτροπή των πηγών κινδύνου για την ανθρώπινη υγεία. Η δράση αυτή καλύπτει την καταπολέμηση των μεγάλων πληγών της ανθρωπότητας στον τομέα της υγείας, ευνοώντας τη διερεύνηση των αιτιών τους, της μετάδοσης και της πρόληψής τους, καθώς και την ενημέρωση και τη διαπαιδαγώγηση στον τομέα της υγείας. Η Κοινότητα συμπληρώνει τη δράση των κρατών μελών για τη μείωση της βλάβης που προκαλούν στην υγεία τα ναρκωτικά, συμπεριλαμβανομένης της ενημέρωσης και της πρόληψης.
2. Η Ένωση ενθαρρύνει τη συνεργασία μεταξύ κρατών μελών στους τομείς που αναφέρει το παρόν άρθρο και, εν ανάγκη, στηρίζει τη δράση τους. Τα κράτη μέλη συντονίζουν μεταξύ τους, σε συνδυασμό με την Επιτροπή, τις πολιτικές και τα προγράμματα τους στους τομείς που αναφέρονται στην παράγραφο 1. Η Επιτροπή μπορεί να αναλαμβάνει, σε στενή επαφή με τα κράτη μέλη, κάθε χρήσιμη πρωτοβουλία για την προώθηση του συντονισμού αυτού και ιδίως πρωτοβουλίες με στόχο τον καθορισμό των κατευθυντήριων γραμμών και δεικτών, την οργάνωση της ανταλλαγής βέλτιστων πρακτικών και την προετοιμασία των αναγκαίων στοιχείων για την τακτική παρακολούθηση και αξιολόγηση. Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο τηρείται πλήρως ενήμερο.
3. Η Ένωση και τα κράτη μέλη ευνοούν τη συνεργασία με τις τρίτες χώρες και τους αρμόδιους διεθνείς οργανισμούς σε θέματα δημόσιας υγείας.
4. Ευρωπαϊκός νόμος ή νόμος-πλαίσιο συμβάλλει στην υλοποίηση των στόχων του παρόντος άρθρου θεσπίζοντας τα ακόλουθα μέτρα για την αντιμετώπιση των κοινών προκλήσεων όσον αφορά την ασφάλεια: **α)** μέτρα με υψηλές προδιαγραφές όσον αφορά την ποιότητα και την ασφάλεια των οργάνων και ουσιών ανθρώπινης προέλευσης, του αίματος και των παραγώγων του. Αυτά τα μέτρα δεν εμποδίζουν τα κράτη μέλη να διατηρούν ή να εισάγουν αυστηρότερα προστατευτικά μέτρα, **β)** μέτρα στον κτηνιατρικό και φυτοϋγειονομικό τομέα, με άμεσο στόχο την προστασία της δημόσιας υγείας. Ο ευρωπαϊκός νόμος ή ο νόμος-πλαίσιο εκδίδεται μετά από διαβούλευση με την Επιτροπή των Περιφερειών και την Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή.
5. Ευρωπαϊκός νόμος ή νόμος-πλαίσιο μπορεί επίσης να θεσπίζει μέτρα ενθάρρυνσης της προστασίας και της βελτίωσης της υγείας του ανθρώπου και καταπολέμησης των μεγάλων διασυνοριακών πληγών στον τομέα της υγείας, αποκλειόμενης οιασδήποτε εναρμόνισης των νομοθετικών και κανονιστικών διατάξεων των κρατών μελών. Εκδίδεται μετά από διαβούλευση με την Επιτροπή των Περιφερειών και την Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή.
6. Για τους σκοπούς του παρόντος άρθρου, το Συμβούλιο των Υπουργών, μετά από πρόταση της Επιτροπής, μπορεί να διατυπώνει επίσης συστάσεις.
7. Η δράση της Ένωσης στον τομέα της δημόσιας υγείας αναπτύσσεται χωρίς να θίγονται στο παραμικρό οι αρμοδιότητες των κρατών μελών σε ότι αφορά την οργάνωση και την παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών και της ιατρικής περίθαλψης. Ειδικότερα, τα μέτρα που προβλέπονται στην παράγραφο 4, στοιχείο α) δεν θίγουν τις εθνικές διατάξεις που διέπουν τις δωρεές οργάνων και αίματος ή την ιατρική χρήση τους.

Πηγή: Οικονόμου Χ., *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες*, Αθήνα (Διόνικος) 2004, 129-130.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6 Ο σκοπός των Κέντρων Υγείας όπως ορίζεται στο άρθρο 15 του νόμου 1397/83

Η παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής τους και σε όσους προσωρινά διαμένουν σε αυτή.
Η νοσηλεία και η παρακολούθηση αρρώστων που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδο 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 οποιαδήποτε 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 δεν λειτουργεί φαρμακείο στην περιοχή.

Πηγή: Σουλιώτης Κ., Πολιτική και Οικονομία της Υγείας, Αθήνα (Παπαζήσης) 2006, 449.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7 Το φάσμα παροχής υπηρεσιών των Κέντρων Υγείας στην Ελλάδα

Πρόληψη	Διάγνωση-Θεραπεία
Αγωγή υγείας	Διάγνωση
Συμβουλευτική ιατρική	Θεραπεία
Γενετική συμβουλευτική	Παρακολούθηση των χρόνιων ασθενών
Περιγεννητική φροντίδα	Πρώτες βοήθειες
Εμβολιασμοί παιδιών και ενηλίκων	Διακομιδή ασθενών σε νοσοκομεία
Μαζικός προσυμπτωματικός έλεγχος παιδιών και εφήβων	Βραχεία νοσηλεία
Μαζικός προσυμπτωματικός έλεγχος χρόνιων νοσημάτων	Σύστημα παραπομπών σε ειδικές υπηρεσίες υγείας
Οικογενειακός προγραμματισμός	Οδοντιατρική φροντίδα
Πρόληψη σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων	
Δημόσια και περιβαλλοντική υγιεινή	
Επαγγελματική υγιεινή	
Οδοντιατρική πρόληψη	
Αποκατάσταση-Κοινωνική φροντίδα	
Κατ' οίκον νοσηλεία	
Τελική φροντίδα	
Φυσικοθεραπεία και αποκατάσταση	
Κοινωνική εργασία	

Πηγή: Σουλιώτης Κ., *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας*, Αθήνα (Παπαζήσης) 2006, 450.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8 Εξέλιξη πραγματικού πληθυσμού της Εύβοιας 1951-2001

Νομός Ευβοίας	1951	1961	1971	1981	1991	2001
Δήμος Χαλκιδέων	26.248	28.576	36.300	44.867	51.646	53.584
Δήμος Αιδηψού	6.540	6.214	6.236	6.129	6.123	6.670
Δήμος Αμαρύνθου	5.462	4.986	5.244	6.114	6.860	7.356
Δήμος Ανθηδώνος	2.835	3.073	3.366	4.021	4.978	6.104
Δήμος Αρτεμισίου	4.183	4.468	4.062	4.307	4.432	4.167
Δήμος Αυλίδος	3.426	3.408	3.850	4.653	7.862	8.300
Δήμος Αυλώνος	6.815	6.725	5.809	5.639	5.640	5.335
Δήμος Διρφύων	8.461	8.177	6.629	6.656	7.219	7.308
Δήμος Δυστίων	4.785	4.924	4.632	4.710	5.074	5.579
Δήμος Ελυμνίων	5.871	5.746	5.509	5.461	5.432	5.648
Δήμος Ερέτριας	1.819	2.078	2.320	3.711	4.987	5.969
Δήμος Ιστιαίας	9.594	9.753	8.872	8.109	7.716	7.353
Δήμος Καρύστου	6.615	6.304	5.830	6.158	7.016	7.144
Δήμος Κηρέως	7.075	7.052	8.027	8.401	7.548	6.671
Δήμος Κονιστρών	6.288	5.898	4.538	4.034	4.204	4.077
Δήμος Κύμης	11.709	11.084	8.562	8.106	9.684	8.772
Δήμος Ληλαντίων	8.224	8.461	9.718	11.823	13.972	15.568
Δήμος Μαρμαρίου	4.466	3.858	3.256	3.095	2.846	3.152
Δήμος Μεσσαπίων	11.620	11.988	11.748	12.778	13.307	13.756
Δήμος Νέας Αρτάκης	3.068	3.558	4.162	5.935	7.394	8.646
Δήμος Νηλέως	3.956	3.941	3.307	3.221	3.179	2.730
Δήμος Σκύρου	3.193	2.882	2.352	2.757	2.901	2.602
Δήμος Στυραίων	4.107	3.557	3.235	2.996	3.161	3.346
Δήμος Ταμνέων	8.212	9.771	9.724	9.442	9.704	9.764

Νομός Ευβοίας	1951	1961	1971	1981	1991	2001
Δήμος Ωρεών	3.894	3.851	3.283	3.369	3.703	3.392
Κοινότητα Καφηρέως	1.491	1.326	1.076	902	667	1.003
Κοινότητα Λιχάδος	846	919	938	1.016	1.153	1.140
Σύνολο	170.803	172.578	172.585	188.410	208.408	215.136

Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9 Περιοχές της Εύβοιας⁷⁰ που διαθέτουν Νοσοκομείο ή Κέντρο Υγείας

Δήμος Χαλκιδέων	Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας
Δήμος Χαλκιδέων	Κέντρο Ψυχικής Υγείας
Δήμος Καρύστου	Γενικό Νοσοκομείο-Κέντρο Υγείας Καρύστου
Δήμος Κύμης-Αλιβερίου	Γενικό Νοσοκομείο-Κέντρο Υγείας Κύμης
Δήμος Διρφύων-Μεσσαπίων	Κέντρο Υγείας Ψαχνών
Δήμος Μαντουδίου-Λίμνης-Αγίας Άννας	Κέντρο Υγείας Μαντουδίου
Δήμος Ιστιαίας-Αιδηψού	Κέντρο Υγείας Ιστιαίας
Δήμος Κύμης-Αλιβερίου	Κέντρο Υγείας Αλιβερίου

⁷⁰ Οι Δήμοι που αναφέρονται, συστάθηκαν με το Πρόγραμμα Καλλικράτης.

Πηγή: Νομαρχία Ευβοίας.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 10 Η κατανομή των ερωτώμενων ανά φύλο, ηλικιακή ομάδα,
επαγγελματική κατηγορία και μορφωτικό επίπεδο**

Φύλο							
Άντρες				Γυναίκες			
22				18			
Ηλικιακή ομάδα							
16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	65+		
6	7	9	4	6	8		
Επαγγελματική κατάσταση							
Ανεργος/η	Οικιακά	Φοιτητής/ τρια	Εργάτης/ τρια	Δημόσιος υπάλληλος	Ιδιωτικός υπάλληλος	Συνταξι- ούχος	Ελεύθερος επαγγ/τίας
6	3	5	4	8	4	8	2
Εκπαιδευτικό επίπεδο							
Δημοτικό		Γυμνάσιο/Λύκειο			Α.Ε.Ι/Τ.Ε.Ι/Ι.Ε.Κ		
5		16			19		

Πηγή: Στοιχεία Επιτόπιας Έρευνας.

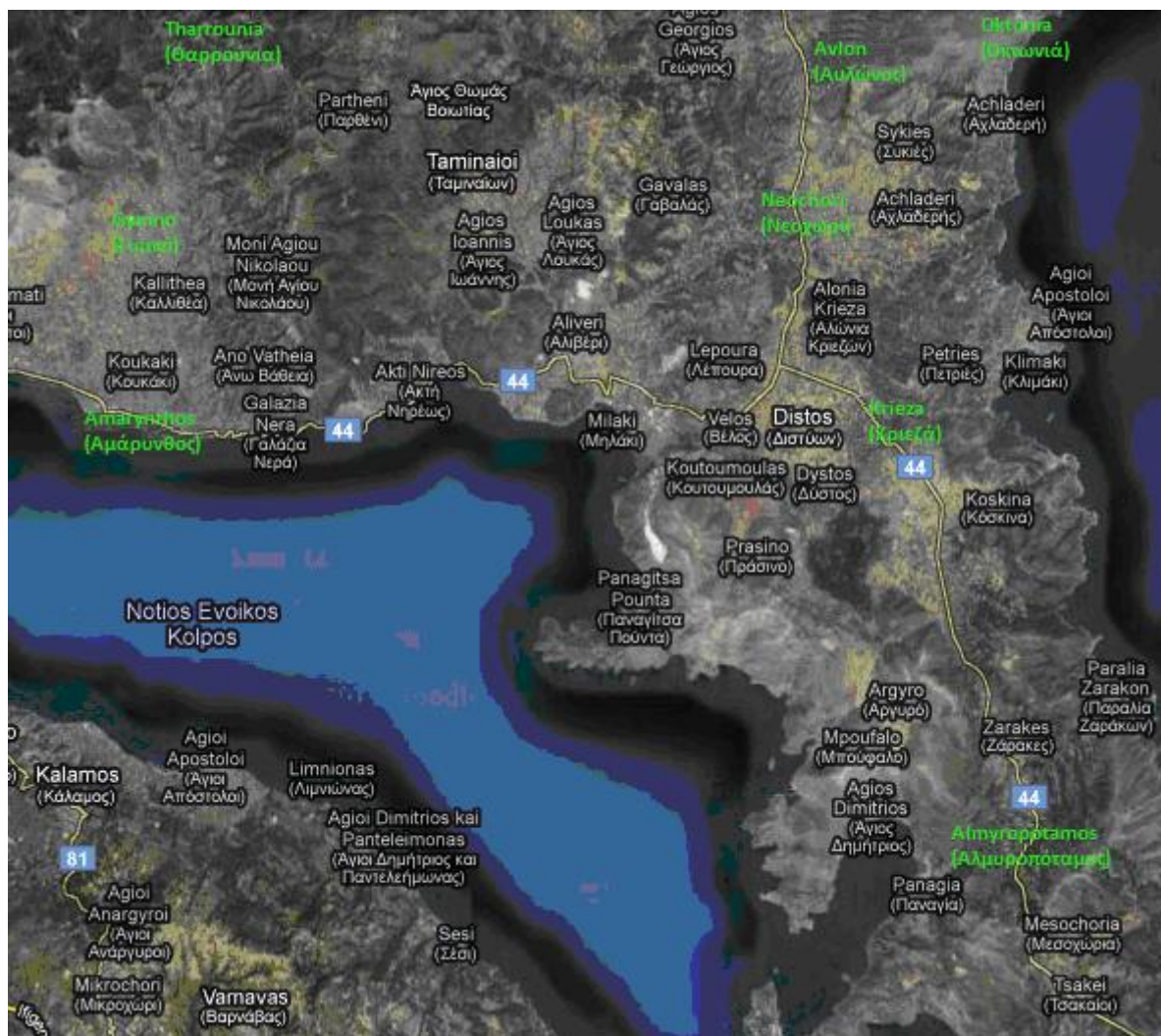
**ΠΙΝΑΚΑΣ 11 Η κατανομή των ερωτώμενων ιατρών ανά φύλο, ηλικιακή ομάδα,
ιατρική ειδικότητα και φορέα εργασίας**

Φύλο					
Άντρες			Γυναίκες		
14			7		
Ηλικιακή ομάδα					
16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	65+
0	7	4	6	4	0
Ειδικότητα					
Ανειδίκευτος	Παθολόγος	Γενικός	Οδοντίατρος	Μικροβιολόγος	Παιδίατρος
7	4	4	3	1	2
Φορέας Εργασίας					
ΚΥΑ	ΚΥΚ	ΙΚΑ/ΔΕΗ		Αγροτικό	
5	6	3		7	

Πηγή: Στοιχεία Επιτόπιας Έρευνας.

Παράρτημα 4 Αεροφωτογραφίες του Δήμου Κύμης-Αλιβερίου

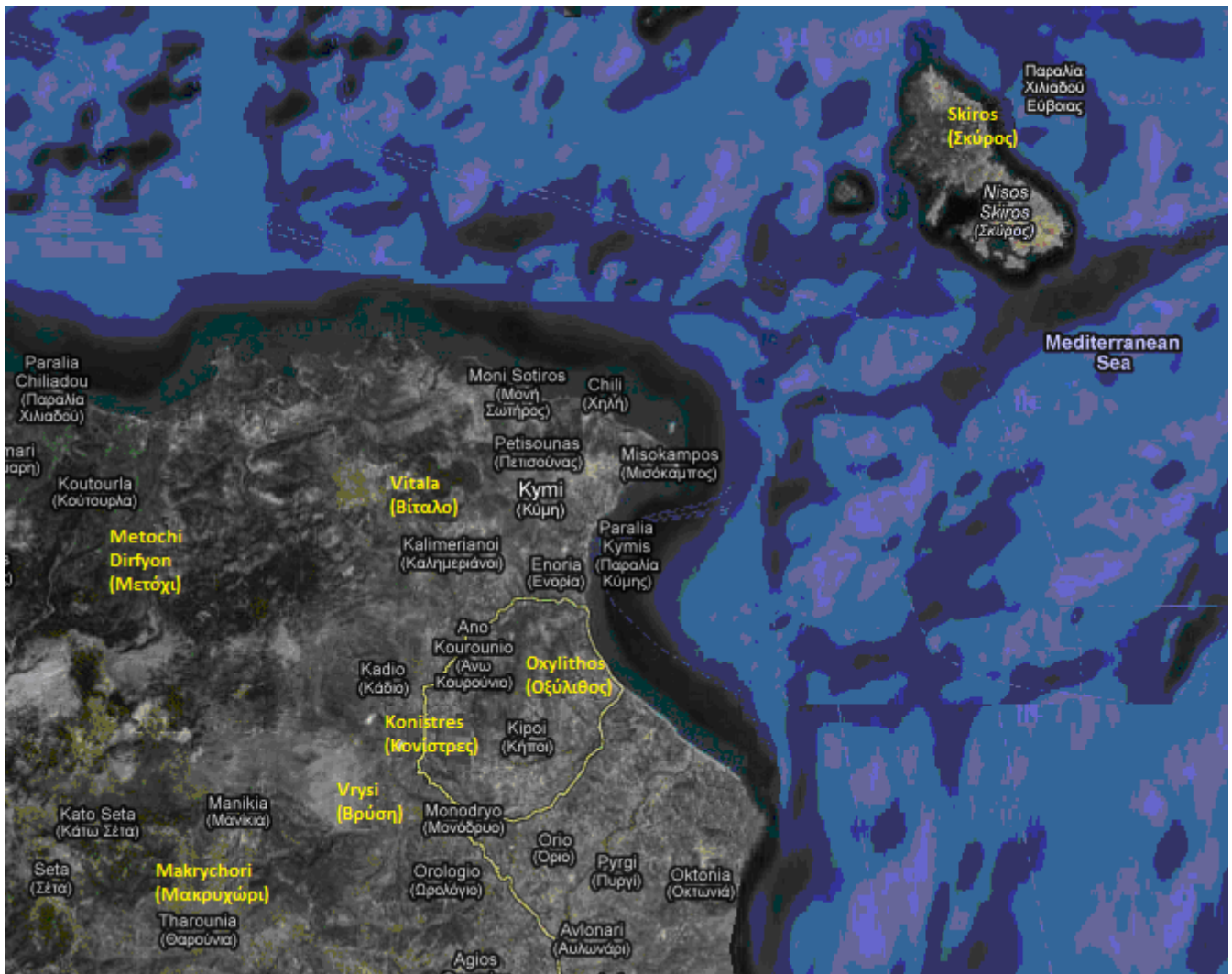
Εικόνα 5 Τα Αγροτικά ιατρεία που υπάγονται στο ΚΥΑ⁷¹



⁷¹ Με πράσινη γραμματοσειρά συμβολίζονται τα Δημοτικά Διαμερίσματα του Δήμου Κύμης-Αλιβερίου, στα οποία λειτουργούν Αγροτικά ιατρεία του ΚΥΑ.

Πηγή: Google maps.

Εικόνα 7 Τα Αγροτικά ιατρεία που υπάρχουν στο ΚΥΚ⁷³



⁷³ Με κίτρινη γραμματοσειρά συμβολίζονται τα Δημοτικά Διαμερίσματα του Δήμου Κύμης-Αλιβερίου, στα οποία λειτουργούν Αγροτικά ιατρεία του ΚΥΚ.
Πηγή: Google maps.

Primary Health Care in EU and Greece, the example of Municipality of Kymi-Aliveri

Tsouroulas Konstantinos

ABSTRACT

The subject dealt with in this project is Primary Health Care (PHC), that is, the first level of individual, family and community contact with the National Health System. Throughout periods many attempts of improvement-upgrading of PHC have been made as it is an integral part not only of a National Health System but also of a general social-economic structure.

The study of PHC is conducted in the framework of EU and Greece through Health Policies which where or have been pursued until today. In addition, the project studies the public's outlook on the subject of PHC and more particularly the views and beliefs of the inhabitants and doctors of a specific municipality, the Municipality of Kymi-Aliveri on that major subject.

Consequently, the aim of this project consists in the search of the outlooks and views of the inhabitants and doctors of the Municipality of Kymi-Aliveri on the satisfaction, efficiency and trust that possibly derives from public PHC bodies in the area so that it will be understandable whether the inhabitants in question consider the provided PHC by the municipality effective or ineffective.

Methodologically the subject for perusal is searched through the review of the Greek but also foreign language bibliography, as well as the retrieval of relevant to the subject information through the electronic bibliography. However, it will also be undertaken to investigate the views of the inhabitants and the doctors of the Municipality of Kymi-Aliveri on the PHC through conducting quality search.

Keywords:

Health, Primary Health Care, Health Systems, Health Centres, Medical Specialities, Legislation.