

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΟΜΕΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

---

**Αξιολόγηση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας,  
ο ρόλος των ΤΟΜΥ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΣΚΟΥΤΕΡΗ ΑΓΓΕΛΙΚΗ**

**ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ: 20047**



**Community-based Primary Healthcare**

The key to unlocking health for all



**Ακαδημαϊκός Υπεύθυνος**

**Πιερράκος Γεώργιος**

**ΑΘΗΝΑ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2022**

UNIVERSITY OF West ATTICA



DIVISION

SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL CARE  
MANAGEMENT

DEPARTMENT

BUSSINESS ADMINISTRATION

---

**Primary Health Care Evaluation,  
The role of Local Health Units,**

**DIPLOMA THESIS**

**SKOUTERI AGGELIKI**

**Reg. NUMBER: 20047**



Community-based Primary Healthcare

The key to unlocking health for all



**Supervisor:**

**Pierrakos Georgios**

**ATHENS, OCTOBER 2022**

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

**Αξιολόγηση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας,**

**Ο ρόλος των ΤΟΜΥ**

**Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή**

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1.	ΔΡ. ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ	
2.	ΔΡ. ΓΟΥΛΑ ΑΣΠΑΣΙΑ	ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	
3.	ΔΡ. ΣΟΥΛΗΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ	ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ	

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη .....ΣΚΟΥΤΕΡΗ ΑΓΓΕΛΙΚΗ.... Του ΕΥΣΤΑΘΙΟΥ, με αριθμό μητρώου 20047, φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ του Τμήματος ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ της Σχολής ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

*\*Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι ..... και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.*

**\* Ονοματεπώνυμο /Ιδιότητα**

**Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα**

Ο/Η Δηλών/ούσα



(Υπογραφή)

*\* Εάν κάποιος επιθυμεί απαγόρευση πρόσβασης στην εργασία για χρονικό διάστημα 6-12 μηνών (embargo), θα πρέπει να υπογράψει ψηφιακά ο/η επιβλέπων/ουσα καθηγητής/τρια, για να γνωστοποιεί ότι είναι ενημερωμένος/η και συναινεί. Οι λόγοι χρονικού αποκλεισμού πρόσβασης περιγράφονται αναλυτικά στις πολιτικές του Ι.Α. (σελ. 6):*

[https://www.uniwa.gr/wp-content/uploads/2021/01/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CC%81%CF%82\\_%CE%99%CE%B4%CF%81%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%85%CC%81\\_%CE%91%CF%80%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CC%81%CE%BF%CF%85\\_final.pdf](https://www.uniwa.gr/wp-content/uploads/2021/01/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CC%81%CF%82_%CE%99%CE%B4%CF%81%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%85%CC%81_%CE%91%CF%80%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CC%81%CE%BF%CF%85_final.pdf)

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα και εκπλήρωση της πορείας της μεταπτυχιακής μου φοίτησης στο Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής. Τόσο οι σπουδές μου, όσο και η εκπόνηση εργασιών κατά τη διάρκεια των σπουδών, μου έδωσαν τα απαραίτητα εφόδια για τη μελλοντική μου επαγγελματική πορεία και συνέβαλαν σημαντικά στη βελτίωση μου τόσο ως επαγγελματίας υγείας όσο και ως άνθρωπος. Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους τους καθηγητές μου και ειδικότερα τον καθηγητή κύριο Πιερράκο Γεώργιο για την επίβλεψη και σημαντική συμβολή του στην ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας.

## **ΑΦΙΕΡΩΣΕΙΣ**

*Στο σύζυγό μου και πατέρα των παιδιών μας, Δημήτρη Κομηνό και τους γονείς μου,  
για την αμέριστη συμπαράστασή τους καθ' όλη τη διάρκεια και ολοκλήρωση των σπουδών  
αυτών.*

*Στα παιδιά μου, Ιωάννη και Ευστάθιο Κομηνό,  
που μου δίνουν τη δύναμη να γίνομαι καλύτερος άνθρωπος, πρώτα για τα ίδια και μετά για  
την κοινωνία ...*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στο πρώτο μέρος της παρούσας εργασίας, αναλύεται ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ). Περιγράφεται η πορεία της ΠΦΥ στην Ελλάδα αλλά και παγκοσμίως μέσα από την ανασκόπηση εθνικών νόμων (4486/17) αλλά και διακηρύξεων και εκθέσεων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) (Alma –Ata, Astana, ΡΑΗΟ) που το κύριο μέλημα τους είναι η ολιστική προσέγγιση στην πρόοδο στον τομέα της υγείας(κοινωνική, σωματική και ψυχική), που αφορά όλους. Τί είναι, που αποσκοπούν, τι αρμοδιότητες έχουν και σε τι επίπεδο έχουμε φτάσει μέχρι και σήμερα μέσα από μία σύντομη ανασκόπηση της πορείας τους.

Στην συνέχεια αναλύεται ο ρόλος των ΤΟΜΥ -των τοπικών ομάδων υγείας, ένας θεσμός για την υγεία ο οποίος ξεκίνησε το 2018, σε μια προσπάθεια να έρθει η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας πιο κοντά στον πολίτη, μέσα στην κοινότητά του ή ακόμα και στο σπίτι του. Τι είναι ακριβώς τα ΤΟΜΥ, ποιες είναι οι δικαιοδοσίες του, από ποιους αποτελείται η διεπιστημονική ομάδα και ποιους αφορά.

Στο δεύτερο μέρος αναλύεται μια μελέτη του Υπουργείου Υγείας η οποία έγινε το 2020 από μια επιστημονική ομάδα με συντονιστή τον κύριο Πιερράκο Γεώργιο, και αφορά την λειτουργία των ΤΟΜΥ για την τριετία 2018 έως 2020. Η μελέτη αυτή έγινε σε πολλά ΤΟΜΥ της Ελλάδας, κατά την οποία συλλέχθηκαν 362 ερωτηματολόγια με κλειστές και ανοιχτές απαντήσεις από όλους τους εργαζόμενους των ΤΟΜΥ, διαφορετικών ειδικοτήτων.

Πάνω στα αποτελέσματα των απαντήσεων θα γίνει ποιοτική και ποσοτική ανάλυση και θα αναδειχθούν τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία της λειτουργίας των ΤΟΜΥ από την αρχή λειτουργίας τους έως και την ημέρα που έλαβε μέρος η μελέτη.

**ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ:** Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), κοινότητα, πολίτες, Τοπικές Ομάδες Υγείας (ΤΟΜΥ), Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤοΜΥ), διεπιστημονική ομάδα, προαγωγή και αγωγή υγείας.

## **ABSTRACT**

In the first part of this paper, the role of Primary Health Care (PHC) is analyzed. The course of PHY in Greece and worldwide is described through the review of national laws (4486/17), as well as declarations and reports of the World Health Organization (WHO) (Alma-Ata, Astana, PAHO), whose main concern is the holistic approach to progress in health (social, physical and mental), which concerns everyone. What they are, what they aim for, what responsibilities they have and what level we have reached until today through a brief review of their course.

Then the role of TOMY - the local health groups- an institution for health that started in 2018, in an effort to bring primary health care closer to the citizen, within his community or even at his home, is analyzed. What exactly is TOMY, what are its jurisdictions, who does the interdisciplinary team consist of and who does it concern?

The second part analyzes a study of the Ministry of Health which was carried out in 2020 by a scientific group coordinated by Mr. Pierrakos Georgios, and concerns the operation of TOMY for the three years 2018 to 2020. This study was carried out in several TOMY in Greece, during which 362 questionnaires with closed and open questions and answers were collected from all employees of TOMY, different specialties.

Based on the results of the answers, a qualitative and quantitative analysis will be made and the strengths and weaknesses of the operation of TOMY from the beginning of their operation until the day the study took part will be highlighted.

**KEY WORDS:** Primary Health Care (PHC), community, citizens, Local Health Teams (LHTs), Local Health Units (LHTs), interdisciplinary team, health promotion and education.



## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

<b>ΕΕ</b>	Ευρωπαϊκή Ένωση
<b>ΕΟΠΥΥ</b>	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
<b>ΕΣΥ</b>	Εθνικό Σύστημα Υγείας
<b>ΕΦΚΑ</b>	Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης
<b>ΙΚΑ</b>	Ίδρυμα Κοινωνικής Ασφάλισης
<b>ΙΣΑ</b>	Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών
<b>ΚΕΠΕ</b>	Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών
<b>ΜΕΘ</b>	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
<b>ΠΟΥ</b>	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
<b>ΠΦΥ</b>	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
<b>ΤΟΜΥ</b>	Τοπικές Μονάδες Υγείας
<b>ΥΠΕ</b>	Υγειονομικές Περιφέρειες Ελλάδας
<b>ΠΕΔΥ</b>	Πρωτοβάθμια Εθνικά Δίκτυα Υγείας
<b>ΛΥΥ</b>	Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας
<b>ΡΑΗΟ</b>	Panamerican Health Organisaton
<b>SARS-CoV-2</b>	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
<b>WHO</b>	World Health Organisation

## **ΠΙΝΑΚΕΣ:**

Πίνακας 1.1: Υπηρεσίες που παρέχονται από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....σελ:9	
Πίνακας 3.1. Κατάταξη υγειονομικών κρίσεων από τον WHO βάσει εκλυτικού αιτίου.....σελ:38	

## **ΣΧΗΜΑΤΑ/ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ:**

Διάγραμμα 1.1: Δομή και λειτουργία του Συστήματος Υγείας.....σελ:6.	
Σχήμα 1.2: Υπηρεσίες που παρέχονται από την ΠΦΥ.....σελ:10	
Σχήμα 2.1: Κατανομή Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα.....σελ:24.	
Σχήμα 2.2: Στόχοι συστήματος υγείας (Ευρωπαϊκό Υγειονομικό Μοντέλο).....σελ:26	
Σχήμα 2.3: ΝΟΜΟΣ 4486/17. Δίκτυα Τοπικών Μονάδων Υγείας (Το.Μ.Υ.).....σελ:33	

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	iv
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	v
ΑΦΙΕΡΩΣΕΙΣ.....	vi
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	vii
ABSTRACT.....	viii
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	xiii
ΠΙΝΑΚΕΣ/ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ.....	x
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</b>	<b>σελ:1</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.....</b>	<b>σελ:4</b>
1.1 Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	σελ:4
1.2. Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	σελ:5
1.3. Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΦΥ.....	σελ:7
1.3.1. Ορισμός των Τοπικών Ομάδων Υγείας (TOMY).....	σελ:11
1.3.2. Ορισμός των Κέντρων Υγείας.....	σελ:12
1.4. ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΠΦΥ.....	σελ:12
1.5. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΠΦΥ.....	σελ:13
1.5.1. Η ΠΦΥ μέσα από την διακήρυξη της Alma-Ata.....	σελ:14
1.5.2. Η ΠΦΥ μέσα από την διάσκεψη της Astana 2018.....	σελ:17
1.5.3. Η ΠΦΥ μέσα από τον ΡΑΗΟ.....	σελ:19
1.6. Η ΠΦΥ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ.....	σελ:21
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ.....</b>	<b>σελ:23</b>
2.1. ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	σελ: 23
2.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	σελ:26
2.3. Η ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΠΦΥ ΥΠΟ ΤΟ ΠΡΙΣΜΑ ΤΗΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	σελ:27
2.4. Ο ΝΟΜΟΣ 4486/2017 ΣΤΗΝ ΠΦΥ.....	σελ:30
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ TOMY.....</b>	<b>σελ:36</b>
3.1. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ TOMY.....	σελ:36
3.1.1. Πώς και σε ποια έκταση συζητήθηκε η παρούσα έκθεση των TOMY...σελ:36	

3.1.2. Θετικά στοιχεία της διαδικασίας.....σελ:38	σελ:38
3.1.3. Αρνητικά στοιχεία της διαδικασίας.....σελ: 39	σελ: 39
3.1.4. Προτάσεις για βελτίωσης της διαδικασίας.....σελ:41	σελ:41
3.2. ΣΤΟΧΟΘΕΣΙΑ ΤΩΝ ΤΟΜΥ:ΠΟΙΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΡΟΥΝ ΑΝΑΣΤΑΛΤΙΚΑ Ή ΑΠΟΤΡΕΠΤΙΚΑ ΣΤΗΝ ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΤΩΝ ΣΤΟΧΩΝ.....σελ:42	σελ:42
3.2.1. Δυνατά σημεία της λειτουργίας των ΤΟΜΥ.....σελ:44	σελ:44
3.2.2. Αδύνατα σημεία της λειτουργίας των ΤΟΜΥ.....σελ:46	σελ:46
3.3. ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΤΟΜΥ.....σελ:48	σελ:48
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ4: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....σελ:79</b>	<b>σελ:79</b>
<b>ΑΝΑΦΟΡΕΣ/ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΗΚΕΣ ΠΗΓΕΣ.....σελ:85</b>	<b>σελ:85</b>



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

*«Νιώθοντας υγιής, γίνεσαι υγιής... Ας μην ευχόμαστε απλώς για υγεία αλλά να τη ζούμε, να τη νοιώθουμε, να τη χαιρόμαστε, να την απολαμβάνουμε και να εργαζόμαστε εντατικά γι' αυτήν. Και τότε θα υπάρξει...!»*

Σε μία εποχή οικονομικής και επιστημονικής ανάπτυξης, όπως χαρακτηρίζεται ο 21<sup>ος</sup> αιώνας για την Ευρώπη, ο

Οι προκλήσεις και οι πιέσεις για βελτίωση των προϋπάρχοντων υγειονομικών συστημάτων, είναι πολλαπλές, τόσο σε κοινωνικό όσο και σε οικονομικό επίπεδο. Οι μεγάλες κοινωνικές ανισότητες, η έλλειψη πρόληψης και υγιεινού τρόπου ζωής λόγω του στρες και όχι μόνο, τα χρόνια νοσήματα και η συνοσηρότητα, η γήρανση του πληθυσμού αλλά και η συνεχώς αυξανόμενη απαίτηση των πολιτών για καλύτερη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, περισσότερο ποιοτικών, δημιουργούν τεράστιες πιέσεις για την εξασφάλιση σύγχρονων υπηρεσιών και συστημάτων υγείας.

Η δημόσια υγεία παραδοσιακά θεωρείται να έχει τον κύριο ρόλο στις υπηρεσίες υγείας, περισσότερο όσον αφορά στην ανακούφιση και θεραπεία της ασθένειας παρά στην πρόληψή της. Είναι πλέον σαφές όμως ότι η πρόσβαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη υγείας σε αναπτυγμένες χώρες, μπορεί να έχει μεγαλύτερη σημασία όσον αφορά τις προληπτικές ιατρικές παρεμβάσεις για την πρόληψη των ασθενειών και την μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου και των καρδιαγγειακών παθήσεων (Gulliford, M., 2017).

Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε όλες αυτές τις προκλήσεις θεωρείται πολύ σημαντικός, γεγονός το οποίο έρχεται να επιβεβαιώσει και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, τονίζοντας την σημαντικότητα της και την ανάγκη για την ενδυνάμωσή της, αρχικά το 1978 στο διεθνές συνέδριο της Alma-Ata (WHO, USSR, 1978) και στην συνέχεια το 2008 με την έκθεσή του ΠΟΥ, με τίτλο «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας-τώρα περισσότερο από ποτέ» ([https://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](https://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf)). Η σημασία και ο σημαντικός ρόλος της ΠΦΥ διαφαίνεται ακόμα μία φορά στην Διακήρυξη της Αστάνα η οποία συντάχθηκε στην Παγκόσμια Διάσκεψη για την ΠΦΥ στην Αστάνα του Καζακστάν, στις 25 και 26 Οκτωβρίου 2018. (<https://www.who.int/docs/default-source/primary->

[health/declaration/gcphc-](#)

[declaration.pdf? x tr sl=en& x tr tl=el& x tr hl=el& x tr pto=nui](#)). Η Διακήρυξη με τίτλο: « Από την Alma-Ata προς την καθολική κάλυψη υγείας και τους στόχους της αειφόρου ανάπτυξης», έρχεται να επιβεβαιώσει τον σημαντικό ρόλο που έχουν οι παροχές υπηρεσιών υγείας σε όλους για την διατήρηση της ψυχοκοινωνικής και κοινωνικό-οικονομικής ανάπτυξης (Φιλαλήθης, Α., 2021). Οι χώρες που θα καταφέρουν την αναδιάρθρωση της ΠΦΥ θα έχουν καλύτερα αποτελέσματα απέναντι στις σύγχρονες απειλές όπως οι αναδυόμενες λοιμώδεις ασθένειες, οι περιβαλλοντικοί κίνδυνοι και οι παράγοντες κινδύνου για την υγεία (κάπνισμα, αλκοολ, ναρκωτικά, παχυσαρκία κ.α). Τα κέντρα πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης προσφέρουν επαγγελματική ιατρική περίθαλψη, συνήθως από γενικούς γιατρούς, σε άτομα μιας συγκεκριμένης περιοχής ή κοινότητας, πριν τα μεταφέρουν σε πιο προηγμένη νοσοκομειακή περίθαλψη. Στην πραγματικότητα, η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη είναι η βασική πτυχή στο εθνικό σύστημα υγείας, και ταυτόχρονα βοηθά την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη της τοπικής κοινότητας. Τέλος, η ποιότητα της υπηρεσίας που προσφέρεται σε σχέση με το κόστος και την αποτελεσματικότητα, είναι πρωταρχικής σημασίας για όλες οι δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας (Kwakwa, A., 2019).

Η Ελλάδα θέλοντας να υιοθετήσει τις οδηγίες της Alma -Ata, με σκοπό την διατήρηση και προαγωγή της υγείας όλων των πολιτών, άρχισε να θέτει μεταρρυθμιστικό ρόλο στην ΠΦΥ με μία σειρά από νόμους, προάγοντας την παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους και κυρίως στις ασθενέστερες ομάδες καθώς και δίνοντας έμφαση στην πρόληψη και στην προαγωγή υγείας μέσα από την κοινότητα. Η ανάπτυξη της ΠΦΥ στην Ελλάδα έγινε το 1983 με την δημιουργία του ΕΣΥ και την δημιουργία 172 Κέντρων Υγείας, των οποίων το 2011 με την δημιουργία του ΕΟΠΠΥ οι αρμοδιότητες πέρασαν στους δήμους, ενώ το 2017 με τον νόμο 4486/2017 δημιουργήθηκαν τα ΤΟΜΥ και ξαναπροσδιορίστηκε ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού (Μαλαβάζος, Θ. κ.α., 2019). Διάφορες προσπάθειες πραγματοποιήθηκαν για την αναδιάρθρωση της ΠΦΥ από τη δημιουργία του ΕΣΥ έως και σήμερα όπου στην παρούσα χρονική περίοδο τρέχει το από το Υπουργείο Υγείας το Επιδοτούμενο Ευρωπαϊκό Στρατηγικό Πρόγραμμα/ ΕΣΠΑ 2021-2027 (ΕΣΠΑ 2021-2027). Το Υγεία στο ΕΣΠΑ 2021-2027 αποτελεί την συνέχεια του προηγούμενου στρατηγικού σχεδιασμού ΕΣΠΑ 2014 -2020 (ΕΣΠΑ 2014-2020). Και στα δύο Στρατηγικά Προγράμματα του Υπουργείου Υγείας δίνεται έμφαση στην ΠΦΥ και συγκεκριμένα στο 2021-2027 όπως αναφέρει: «δίνεται έμφαση στον οικογενειακό γιατρό στις αποκεντρωμένες

*ομάδες υγείας των Κ.Υ αποδίδοντας ρητή ευθύνη στους ιατρούς και στους άλλους επαγγελματίες υγείας για σαφώς καθορισμένες κοινότητες ή πληθυσμούς, καθιστώντας το τοπικό σύστημα υγείας υπεύθυνο (υπόλογο) για την παροχή ολοκληρωμένης, συνεχούς και προσωποκεντρικής φροντίδας για δεδομένο πληθυσμό.»*  
(<https://www.espa.gr/el/Pages/Sxediasmos21-27.aspx>).

Η στρατηγική αυτή έρχεται να συνεχίσει το έργο το οποίο ξεκίνησε πιλοτικά το 2017 με τον νόμο 4486/2017 και να τονίσει για μια ακόμα φορά την σημασία του οικογενειακού γιατρού και την παρουσία Ομάδων Υγείας μέσα στην κοινότητα. Μετά από 4 χρόνια λειτουργίας του πιλοτικού αυτού προγράμματος, με την παρούσα διπλωματική εργασία θα προσπαθήσουμε να αξιολογήσουμε την λειτουργία των ΤΟΜΥ και την αποτελεσματικότητά τους.



# 1. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

## 1.1. Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ως υγεία ορίζει τη *"κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας"*.

Ο ορισμός της υγείας αυτός δημοσιεύτηκε μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, όπου η έννοια της ειρήνης και της υγείας θεωρήθηκαν αλληλένδετες, και περιέχει μία θεωρία η οποία θεωρεί ότι η ασθένεια και η αναπηρία, όταν απομονωθούν από την υποκειμενική εμπειρία, είναι ελλιπής για να πετύχουν την υγεία. Η διεύρυνση της έννοιας της υγείας με την ψυχολογική και κοινωνική διάστασή της ήταν μια σημαντική πρόοδος, ωστόσο, αν και σημαντική εννοιολογικά, δεν είχε άμεση αξία (Saracci, 1997).

Ο διαχωρισμός της υγείας από την ευτυχία είναι δύσκολο να επιτευχθεί εξαιτίας των παρακάτω συμπερασμάτων: 1. Πρόβλημα υγείας μπορεί να θεωρηθεί η οποιαδήποτε διατάραξη της ευτυχίας, όσο μικρή και αν είναι. 2. Η αναζήτηση για την υγεία όπως και η αναζήτηση για την ευτυχία είναι συνεχής και χωρίς περιορισμού, και για αυτό το λόγο οι υπηρεσίες που αφορούν την υγεία έχουν βασικό ρόλο. 3. Θεωρώντας την υγεία και την ευτυχία ως οικουμενικό δικαίωμα και υποχρέωση της κοινωνίας, θα μπορούσε να οδηγήσει σε μείωση της προσωπικής αυτονομίας και κάτι τέτοιο θα μπορούσε να συμβεί μόνο σε απολυταρχικά καθεστάτα. 4. Η εξασφάλιση της ισότιμης προφοράς υπηρεσιών υγείας σε όλους έρχεται σε αντίθεση με την εξασφάλιση ατομικής ευτυχίας σε όλους καθώς θα κινδύνευαν οι πόροι. Η ισότητα στην υγεία και η μείωση των ανισοτήτων αποτελεί απαραίτητο έργο του συστήματος υγείας. (Zautra et al., 2010).

Η ασάφεια μεταξύ της έννοιας της υγείας και της ευτυχίας, γίνεται προσπάθεια να μειωθεί μέσω ενός άλλου ορισμού της υγείας, όπως είναι ο: *«Η υγεία είναι μια προϋπόθεση για την έλλειψη ασθένειας ή αναπηρίας και ένα κύριο και οικουμενικό ανθρώπινο δικαίωμα»*. (Zautra et al., 2010). Ο ορισμός αυτός συμβαδίζει με τον ορισμό του ΠΟΥ, δίνοντας και οι δύο την δυνατότητα μετρήσεων διαφόρων παραμέτρων μέσω συγκεκριμένων δεικτών όπως της αρρώστιας, του θανάτου και της ποιότητας ζωής. Οι παράμετροι αυτοί μπορούν να καθορίσουν το εύρος και τις διαστάσεις που έχει η υγεία σε μία κοινωνία-κοινότητα. Επομένως, αν δώσουμε βαρύτητα στην υγεία σαν βασικό δικαίωμα του ανθρώπου, τότε μας δίνεται η δυνατότητα να αξιολογήσουμε κατά πόσο η πρόσβαση στην υγεία ικανοποιεί

την απαίτηση για ισότητα (Zautra et al., 2010). Τέλος, πολύ εύστοχα προσεγγίζει την έννοια της υγείας ο Σούλης ο οποίος αναφέρει ότι «*Η υγεία είναι το προϊόν της αλληλεπίδρασης των φυσιολογικών-οργανικών και οικολογικών αναγκαιοτήτων και της υπάρχουσας κάθε φορά κοινωνικό-οικονομικής τάξης πραγμάτων*» (Σούλης 1987/Πιερράκος, 2018).

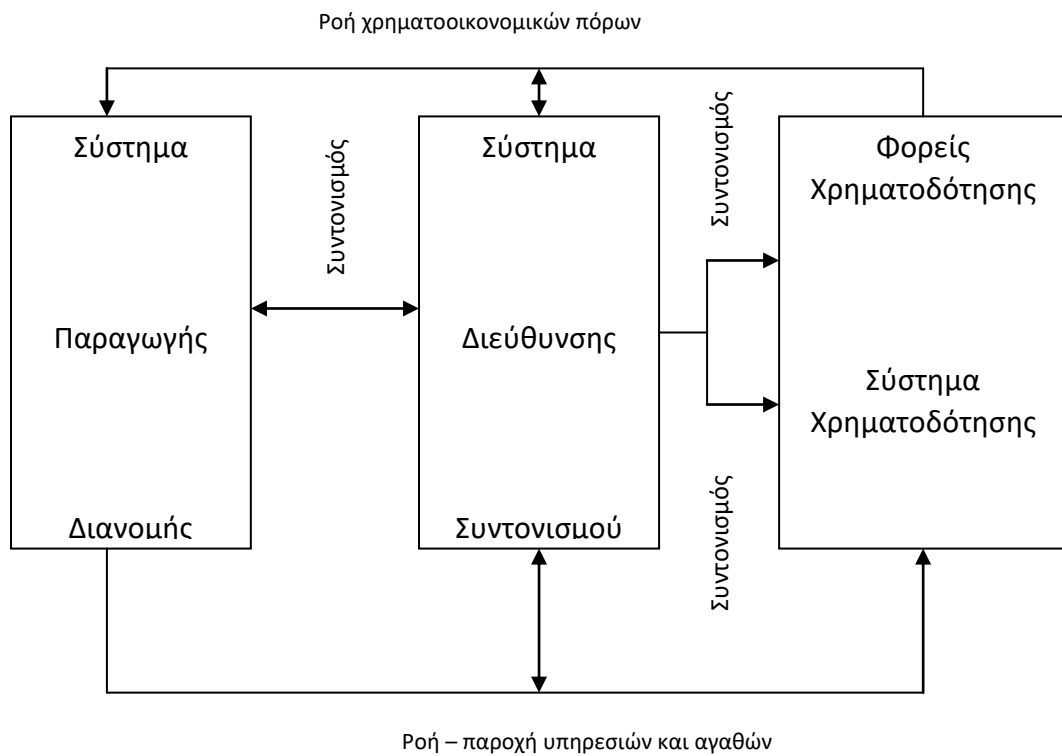
## **1.2. Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Ως Σύστημα Υγείας νοείται ένα σύνολο υγειονομικών μονάδων που συνεργάζονται αδιαλείπτως και αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους, έτσι ούτως ώστε να διατηρείται και να προάγεται η υγεία του πληθυσμού. Το σύστημα υγείας αποτελείται από τρία (3) υποσυστήματα που περιλαμβάνουν:

- 1) Τους παράγοντες που καθορίζουν και διαμορφώνουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού,*
- 2) Την παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών υγείας.*
- 3) Τους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών υγείας (Χλέτσος, Μ.)*

Οι Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. και Σούλης, Σ (2001, σ.72-73) αναφέραν ότι οι εξωτερικοί παράγοντες επηρεάζουν και επηρεάζονται από το σύστημα υγείας, καθώς το περιβάλλον επιδρά στην υγεία ενός πληθυσμού καθώς επίσης και στο σύστημα υγείας. Αυτό καθιστά το σύστημα υγείας να είναι ανοικτό και το περιβάλλον του να επηρεάζεται από το κοινωνικό, πολιτιστικό, οικονομικό και πολιτικό σύστημα. Νωρίτερα ο Μπουρσανίδης (1993), αναφέρει ότι το σύστημα υγείας αποτελείται από: 1) το σύστημα διεύθυνσης – συντονισμού 2) το σύστημα χρηματοδότησης και 3) το σύστημα παραγωγής και διανομής, όπως φαίνεται και στο παρακάτω διάγραμμα.

Διάγραμμα 1.1



(Μπουρσανίδης, 1996)

Είναι απαραίτητο να σημειωθεί ότι παρόλο που η γενική δομή ενός συστήματος υγείας ακολουθείται σε όλες τις χώρες, οι μεγάλες διαφορές που παρουσιάζουν όμως ως προς το εισόδημα και την ανάπτυξη τους, την κουλτούρα και την γενικότερη νοοτροπία των πολιτών καθώς επίσης και στην ανάπτυξη και εξειδίκευση του εργατικού δυναμικού, οδηγούν κάθε χώρα να οργανώνει το σύστημα υγείας με διαφορετικούς τρόπους, δείχνοντας διαφορές που αφορούν τη χρηματοδότηση, την οργάνωση, τον προγραμματισμό και τον συντονισμό, αλλά και τις ανάγκες, τις οποίες και καλούνται να καλύψουν (Πιερράκος, 2013).

### 1.3. Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ( ΠΦΥ)

Στο Διεθνές Συνέδριο του ΠΟΥ, το οποίο πραγματοποιήθηκε στην Alma-Ata της πρώην Σοβιετικής Ένωσης το Σεπτέμβριο του 1978, καθορίστηκε ο ορισμός της «Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας». Η Διακήρυξη της Άλμα-Άτα αναφέρει ότι η συνολική οικονομική και πολιτιστική ανάπτυξη της κοινότητας παράλληλα με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της χώρας θεωρούνται πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το σημείωσε αυτό σε μια δημοσίευση του 2008. Εξήγησαν περαιτέρω ότι το πολιτικό, πολιτιστικό και οικονομικό κλίμα κάθε χώρας επηρεάζει το σύστημα υγείας της. Η δήλωση αναφέρει περαιτέρω ότι η υγειονομική περίθαλψη πρέπει να περιλαμβάνει προληπτική, θεραπευτική και αποκαταστατική φροντίδα σε κοινοτικό επίπεδο. Οι άνθρωποι πρέπει επίσης να λαμβάνουν εκπαίδευση σχετικά με τις βασικές αρχές υγείας, καθώς και να ενθαρρύνονται να συμμετέχουν στο σχεδιασμό, την οργάνωση και τη λειτουργία των δικών τους περιφερειακών προγραμμάτων υγείας. Επιπλέον, αυτά τα προγράμματα πρέπει να είναι προσβάσιμα σε όλα τα μέλη της κοινότητας ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση. (Καλοκαιρινού–Αναγνωστοπούλου, 2015; Καρακόλιας, 2016).

Η λέξη πρωτοβάθμια περίθαλψη ορίζεται ως ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που περιλαμβάνει όλες τις πτυχές της περίθαλψης των ασθενών, από την πρόληψη ασθενειών έως τη διάγνωση και τη θεραπεία έως τη συντήρηση της κοινοτικής υγείας. Αυτό αναφέρει το Υπουργείο Υγείας (2017) στο πλαίσιο της ευρύτερης μεταρρύθμισης του νομοσχεδίου Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Είναι ένα αποκεντρωμένο, ολοκληρωμένο και πλήρως λειτουργικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που οργανώνεται, διαχειρίζεται και λειτουργεί σύμφωνα με τις διατάξεις του κεφαλαίου 1, άρθρο 1 του Σχεδίου Νόμου για τη Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ορισμένες πρόσθετες παράμετροι που προστίθενται σε αυτή τη φροντίδα είναι η προαγωγή της υγείας, η διάγνωση και η θεραπεία. Επιπλέον, η ολοκληρωμένη φροντίδα διατηρείται μέσω της συνέχειας της θεραπείας που παρέχεται. (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2017). Ο νόμος για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας κυκλοφόρησε στη νέα του μορφή στις 7 Αυγούστου 2017. Ο αριθμός που αποδόθηκε στην έκδοσή του είναι ΦΕΚ 4486/17 τεύχος Α'.

Η ΠΦΥ αποτελείται από τις δομές, τις τεχνολογίες και τους ανθρώπινους πόρους της κοινότητας που παρέχουν υγειονομική περίθαλψη. Είναι επίσης το πρώτο σημείο επαφής

για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης για την κοινότητα, καθώς και σημαντικό μέρος της συνολικής κοινωνικοοικονομικής δομής (Πολύζος, 2013). Ο Λιόνης κ.α.. αναφέρουν ότι το ελληνικό εθνικό σύστημα υγείας ξεκινά από την οικογένεια, τους φίλους και τους συναδέλφους κάθε πολίτη. Αυτό το αρχικό σημείο επαφής με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης αυξάνει την πρόσβαση στη φροντίδα όσο το δυνατόν πιο κοντά στο σπίτι του ασθενούς (με μικρές εξαιρέσεις). (Πιερράκος, 2013; 2014). Αυτό το πρώτο στάδιο δίνει τη δυνατότητα στους πολίτες να χρησιμοποιούν συνεχώς υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Υπουργείο Υγείας, 2017; Πετρέλης και Δομάγερ, 2016).

Η διάρθρωση, η ανάπτυξη, η οργάνωση και η λειτουργία των υπηρεσιών ΠΦΥ, βασίζονται στις συγκεκριμένες παρακάτω αρχές:

- 1) Η υγειονομική κάλυψη είναι δωρεάν για όλο το πληθυσμό και διατήρηση ίσων ευκαιριών χωρίς διακρίσεις στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.
- 2) Οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να λογοδοτούν και να φέρουν την ευθύνη.
- 3) Τομεοποίηση,
- 4) Ιατρική, Νοσηλευτική ή άλλη επαγγελματική δεοντολογία
- 5) Διατομεακότητα: Συνεργασία με τοπικούς, κοινωνικούς και επιστημονικούς φορείς πάνω σε διάφορους τομείς (Υπουργείο Υγείας, 2017).

Γενικά, οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που παρέχει το κράτος σε ολόκληρο τον πληθυσμό πρέπει να είναι υψηλής ποιότητας με σεβασμό στα δικαιώματα και τις ανάγκες ολόκληρου του πληθυσμού. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι βασική φροντίδα που μπορούν να αντέξουν οικονομικά οι άνθρωποι σε μια κοινότητα, με χαμηλό κόστος. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχει αναπτύξει την έννοια της ΠΦΥ, με αυξημένη εστίαση στη σημασία της δέσμευσης της κοινότητας εντοπίζοντας έναν αριθμό κοινωνικών, οικονομικών και περιβαλλοντικών καθοριστικών παραγόντων. Περιλαμβάνει βασικές υπηρεσίες που χρειάζονται για να καλύψουν τις καθημερινές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης, όπως τακτικές εξετάσεις με τον γιατρό ή επισκέψεις σε κλινικές υγείας χαμηλού εισοδήματος.

Στον πυρήνα της, η ΠΦΥ αφορά την ολιστική φροντίδα των ανθρώπων, όχι απλώς τη θεραπεία μιας συγκεκριμένης ασθένειας ή πάθησης. Η ΠΦΥ είναι συχνά το πρώτο σημείο επαφής των ανθρώπων με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Παρέχει ολοκληρωμένη, προσβάσιμη, βασισμένη στην κοινότητα φροντίδα που ανταποκρίνεται

στις ανάγκες υγείας ενός ατόμου κατά τη διάρκεια της ζωής του (Kwakwa, 2019), ενώ η πολιτική υγείας της ΠΦΥ στοχεύει στην ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού της ΠΦΥ, συνδέοντας τη δομή της ΠΦΥ με την κοινότητα και την οικονομική υποστήριξη του ΠΦΥ. (Πιερράκος, 2013). Οι πίνακες που παρατίθενται περιλαμβάνουν υπηρεσίες που μπορούν να παρέχει ειδικά η ΠΦΥ.

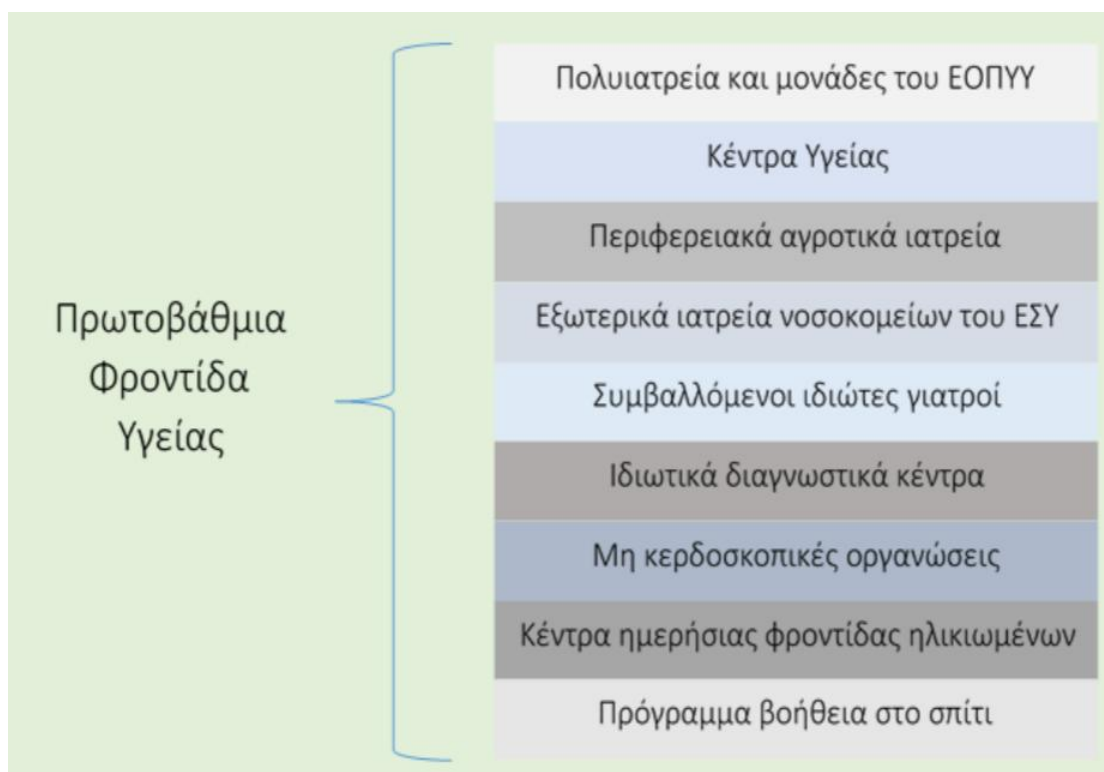
*Πίνακας 1.1*

<b>Υπηρεσίες που παρέχονται από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Υπηρεσίες υγείας που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αξιολόγηση των αναγκών υγείας των πολιτών και σχεδιασμός και εφαρμογή μέτρων και προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Οικογενειακός προγραμματισμός</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Απαραίτητη υποδομή για την προστασία και διαχείριση ιατρικών πληροφοριών και δεδομένων πληθυσμού</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική και Ορθοδοντική φροντίδα με έμφαση στην προληπτική οδοντιατρική</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Υπηρεσίες περίθαλψης και αποκατάστασης έκτακτης ανάγκης πριν και μετά την έξοδο από την έξοδο, κοντά στην ποιότητα και την ασφάλεια της κατοικίας, του τόπου κατοικίας και εργασίας</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Τακτική παρακολούθηση και διαχείριση χρονίως πασχόντων για τους οποίους δεν είναι απαραίτητη η νοσηλεία σε νοσοκομείο</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Παρηγορητικές υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Καθολική εφαρμογή εθνικών προγραμμάτων προληπτικού ελέγχου για συγκεκριμένες ασθένειες</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Παραπομπή, παρακολούθηση και κατάλληλη συνδιαχείριση δευτερογενών και τριτογενών ιατρικών συμβάντων</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εφαρμογή προγραμμάτων εμβολιασμού</li> </ul>

Πηγή: Υπουργείο Υγείας, 2017.

Επομένως, όλες αυτές οι υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων της ΠΦΥ, παρέχονται από κέντρα υγείας, τοπικές μονάδες υγείας (TOMY), περιφερειακά ιατρεία, περιφερειακές πολυκλινικές, περιφερειακά εξειδικευμένα ιατρεία, τοπικά ιατρεία και μονάδες υπηρεσιών ΠΦΥ, συμβασιούχους ιδιώτες ιατρούς και ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα. Στο δεύτερο επίπεδο, οι υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης παρέχονται από κέντρα υγείας (Υπουργείο Υγείας, 2017). Τα παραπάνω κονδύλια προέρχονται από άμεσες πληρωμές πολιτών, ιδιωτική ασφάλιση και σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ, τον μεγαλύτερο πάροχο υπηρεσιών υγείας (Economou, et al 2017). Παρατίθεται και το αντίστοιχο βοηθητικό σχήμα :

Σχήμα 1.2



Πηγή: Ειδική Υπηρεσία Τομέα Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπ. Υγείας

### 1.3.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΤΟΠΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (TOMY)

Ειδικότερα, οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (TOMY) ορίζονται από το Υπουργείο Υγείας (2017) ως «αποκεντρωμένες μονάδες κέντρων υγείας, όπως προτείνεται από τον Διοικητή και αποφασίζεται από κοινού από τους Υπουργούς Οικονομικών, Διοικητικής Ανασυγκρότησης και Υγείας με σύμφωνη γνώμοδότηση της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας και Κεντρικής Επιτροπής Υγειονομικών Περιφερειών.». Η TOMY λειτουργεί ως κατ' οίκον ιατρική μονάδα με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης και η στελέχωση της γίνεται από την ομάδα υγείας (Υπουργείο Υγείας, 2017).

Οι TOMY δημιουργήθηκαν για συγκεκριμένους σκοπούς. Αρχικά, είναι υπεύθυνες για την προώθηση και την αγωγή υγείας, την παροχή συμβουλών και υποστήριξης των πληθυσμών που καλύπτουν. Αυτός ο πληθυσμός αδορά την οικογένεια, τους εργαζόμενους, τα μέλη της σχολικής κοινότητας και γενικά ολόκληρη τη δομή κοινωνικής φροντίδας και αλληλεγγύης. Στη συνέχεια, ένας άλλος σκοπός της

δημιουργίας τους ήταν για να συνεργαστούν με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας για την πρόληψη, αξιολόγηση και διαχείριση του κινδύνου μεταδοτικών ή μη μεταδοτικών ασθενειών σε πληθυσμούς ή άτομα και η συστηματική παρακολούθηση της υγείας τους, καθώς και η αντιμετώπιση της οξείας υγείας και η παραπομπή σε κέντρο υγείας ή νοσοκομείο. Επίσης, η προγραμματισμένη φροντίδα ενηλίκων και παιδιών, η παρακολούθηση και διαχείριση χρόνιων παθήσεων, η εκπαίδευση και καθοδήγηση ατόμων και οικογενειών και η υγειονομική περίθαλψη στις μονάδες αλλά και στα σπίτια των οικογενειών είναι δύο άλλες αρχές των TOMY. Τέλος, οι TOMY συνεργάζονται με τον τομέα ψυχικής υγείας για τον εντοπισμό ψυχικών παθήσεων και εθισμών, σε συνδυασμό με τη δημόσια υπηρεσία υγείας βάσει των Διεθνών Κανονισμών Υγείας (Υπουργείο Υγείας, 2017). Οι TOMY διαθέτουν υψηλού επιπέδου επαγγελματικό ανθρώπινο δυναμικό.

Σε συνέχεια με τα παραπάνω, ορίζουμε ως Ομάδα Υγείας, η οποία και στελεχώνει μία TOMY, *«την ομάδα που αποτελείται από γιατρούς ειδικοτήτων Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας, Παιδιατρικής, από Νοσηλεύτη/-τρια, Επισκέπτη/-τρια Υγείας, Κοινωνικό/-ή Λειτουργό και από διοικητικό προσωπικό, με ελάχιστη σύνθεση έναν Οικογενειακό γιατρό, ένα Νοσηλεύτη ή Επισκέπτη Υγείας και έναν διοικητικό υπάλληλο»*, όπως επισημαίνεται από το Υπουργείο Υγείας (2017).

Η δημιουργία των TOMY είναι η μεγαλύτερη μεταρρύθμιση του δημόσιου τομέα τα τελευταία χρόνια. Χαρακτηριστική είναι η δήλωση του Σταμάτη Βαρδαρού, στην οποία, μεταξύ άλλων, επισημαίνει ότι *«οι τοπικές ομάδες υγείας βρίσκονται στο επίκεντρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η δημιουργία τους αποτελεί τη μεγαλύτερη μεταρρύθμιση του δημόσιου τομέα τα τελευταία χρόνια. Από την δημιουργία τους, οι οικογένειες έχουν εξοικονομήσει περισσότερα από 15 εκατομμύρια ευρώ»* (<https://www.onmed.gr/ygeia-politiki/story/376812/yπουργείο-ygeias-ikanopoiimenoι-oi-polites-apo-tin-leitoyrgia-ton-tomy>).

### **1.3.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Κέντρο υγείας είναι ένα κέντρο του οποίου ο κύριος σκοπός είναι η παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι υπηρεσίες αυτές περιλαμβάνουν οδοντιατρική περίθαλψη ενηλίκων και παιδιών, φροντίδα μητέρας, παιδιού και εφήβου, επαγγελματική



πρόληψη, φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία και λογοθεραπεία, ιατρική της εργασίας, κοινωνική ιατρική και δημόσια υγεία. Επίσης, στις υπηρεσίες περιλαμβάνονται και η ειδικευμένη περιπατητική φροντίδα για όλους τους ασθενείς που είτε επισκέπτονται οικειοθελώς τα Κέντρα Υγείας, είτε παραπέμπονται από τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ., τα έκτακτα και επείγοντα περιστατικά και ο εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος. (Υπουργείο Υγείας, 2017). Ένας από τους πρωταρχικούς τους ρόλους είναι το gatekeeping, δηλαδή ο έλεγχος της ροής των ασθενών στη δευτεροβάθμια περίθαλψη, με αποτέλεσμα καλύτερο έλεγχο του κόστους υγειονομικής περίθαλψης και καλύτερο σχεδιασμό των νοσοκομειακών υπηρεσιών (Πιερράκος,2013).

#### **1.4. ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΠΦΥ**

Πριν προχωρήσουμε στην Ιστορική Αναδρομή της ΠΦΥ καθώς και την ανασκόπηση εθνικών νόμων αλλά και διακηρύξεων και εκθέσεων του ΠΟΥ, θα επισημάνουμε εν συντομία τις βασικές αρχές της ΠΦΥ, που είναι:

1. Η ΠΦΥ είναι αλληλένδετη με τα πολιτιστικά, οικονομικά, πολιτικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά κάθε κράτους. Βασίζεται στην εφαρμογή ευρημάτων κοινωνικής, ιατρικής και βιοϊατρικής έρευνας και στην εμπειρία της δημόσιας υγείας.
2. Αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας της κοινότητας. Παρέχει υπηρεσίες προαγωγής υγείας, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης.
3. Συμπεριλαμβάνει: εκπαίδευση, μεθόδους πρόληψης και έλεγχο αυτών των προβλημάτων. Διευκολύνει την παροχή τροφής και τη προώθηση της σωστής διατροφής. Σχεδιάστηκε για να παρέχει νερό και στέγη, φροντίδα μητρότητας, παιδιού και οικογενειακού προγραμματισμού. Εμβολιασμοί κατά μεγάλων μολυσματικών ασθενειών. Πρόληψη και έλεγχος ασθενειών με κατάλληλη θεραπεία. Ειδικότερα, τα προγράμματα υγείας που ενσωματώνονται στο σχολικό περιβάλλον αποτελούν σημαντικό μέσο για την προαγωγή της υγείας και της αυτοεκτίμησης.
4. Περιλαμβάνει κάθε τομέα εθνικής και κοινωνικής ανάπτυξης (γεωργία, κτηνοτροφία, τρόφιμα, βιομηχανία, εκπαίδευση, στεγαστική πολιτική, δημόσια έργα) και απαιτεί από αυτούς τους τομείς να συνεργάζονται στις αντίστοιχες δράσεις τους.

5. Διευκόλυνση της συμμετοχής της κοινότητας και του ατόμου στο σχεδιασμό, τον προγραμματισμό και τον έλεγχο της ΠΦΥ και αξιοποίηση πόρων.
6. Η βελτίωση της υγείας όλων και όσων έχουν περισσότερο ανάγκη αποτελεί προτεραιότητα, μέσω ανάπτυξης συστημάτων που βασίζονται στην ενότητα και την υποστήριξη,
7. Οι επαγγελματίες υγείας που είναι πρωταρχικοί υποστηρικτές της ΠΦΥ πρέπει να διαθέτουν τα κατάλληλα προσόντα για να εργάζονται στις ομάδες υγείας και να ανταποκρίνονται στις ανάγκες υγείας της κοινωνίας. (Μαλαβάζος κ.α., 2019)

## **1.5. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΠΦΥ**

Η ΠΦΥ ξεκίνησε στις αρχές του 20ου αιώνα (Litsios, 2015). Η αδυναμία του συστήματος υγείας τότε να βελτιώσει περαιτέρω τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας, ο απρόσωπος και νοσοκομειακός χαρακτήρας του, η αδυναμία του να αντιμετωπίσει τις κοινωνικές ανισότητες και η τάση για υπερβολική εξειδίκευση της ιατρικής, οδήγησαν τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας να στραφεί στην ΠΦΥ. (Litsios, 2002), Έτσι, το 1978, με τη Διακήρυξη της Αλμά-Ατα του Καζακστάν, ορίστηκαν ο ορισμός και οι αρχές της ΠΦΥ (που αναλύσαμε παραπάνω), και 40 χρόνια αργότερα, το 2018, η συνάντηση της ΠΟΥ στην Αστάνα επιβεβαίωσε και εγγυήθηκε την δέσμευση στην ΠΦΥ για τη διασφάλιση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας και ευημερίας για ένα άτομο, οικογένεια ή κοινότητα, και φυσικά για την προαγωγή της υγείας, περιλαμβάνοντας επίσης την πρόληψη ασθενειών, θεραπεία, αποκατάσταση και παρηγορητική φροντίδα, όσο το δυνατόν πιο κοντά στο καθημερινό περιβάλλον των ανθρώπων (WHO, 2018). Επομένως, μια ισχυρή ΠΦΥ αυξάνει την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας και οδηγεί σε μείωση των συνολικών νοσηλειών, των νοσηλειών που μπορούν να προληφθούν και των επανεισαγωγών, ενώ περιορίζει τη χρήση των τμημάτων επειγόντων περιστατικών. (WHO, 2018β).

Όσον αφορά τα μακροοικονομικά, η καλύτερη υγεία των πολιτών σημαίνει πιο παραγωγική εργασία, η οποία με τη σειρά της σημαίνει οικονομική ανάπτυξη. Και σε ατομικό επίπεδο, η προσωπική υγεία μειώνει τις οικονομικές δυσκολίες (Dahrouge et al.,

2012). Αντίστοιχα, ο ελληνικός νόμος 4486/2017 ορίζει τη ΠΦΥ ως «ένα ολοκληρωμένο σύνολο υπηρεσιών εντός του εθνικού συστήματος υγείας με στόχο την παρακολούθηση, τη διατήρηση και τη βελτίωση της ανθρώπινης υγείας». Σαφώς, το εύρος των λειτουργικών παραμέτρων ενός ΡΗΥ είναι αρκετά μεγάλο, επομένως η αποτύπωσή τους με μετρήσιμες μετρήσεις υπογραμμίζει την πολυπλοκότητά του.

Η παγκόσμια οικονομική ανάπτυξη, η συνεχιζόμενη περιβαλλοντική καταστροφή, τα δημογραφικά προβλήματα και οι μετακινήσεις πληθυσμών έχουν δημιουργήσει ένα ασταθές περιβάλλον με πολλούς φορείς να εμπλέκονται και με ακανθώδη ζητήματα. Ωστόσο, με την ανθρωποκεντρική της φύση και την προσαρμοστικότητά της σε μεταβαλλόμενα περιβάλλοντα, η ΠΦΥ είναι ένα ανεκτίμητο εργαλείο για την αντιμετώπιση των συνεχών προκλήσεων. Τα συστήματα υγείας με ισχυρή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι πιο αποτελεσματικά και αποδοτικά (Starfield, et al, 2005).

### **1.5.1. Η ΠΦΥ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΗΣ ALMA-ATA**

Η ΠΦΥ, επί του παρόντος, έχει πλέον αναλάβει ενεργό δράση μετά τη σύγκυση που δημιουργήθηκε διεθνώς από την ύπαρξη κοινωνικών ανισοτήτων στον τομέα της υγείας. Η Διακήρυξη της Alma-Ata που πραγματοποιήθηκε στις 12 Σεπτεμβρίου του 1978, προέβη στην έγκριση της ΠΦΥ, θεωρώντας την ένα κυρίαρχο μέσο για την επίτευξη του στόχου που είχε τεθεί από τον ΠΟΥ. Πιο συγκεκριμένα, βασίζεται στην απόδοση κοινωνικής δικαιοσύνης και στην εκπλήρωση των επιθυμιών και αναγκών της, παρέχοντας άμεση πρόσβαση, αποτελεσματικότητα και συμμετοχή από το κοινωνικό σύνολο. Μέσω της διακήρυξης, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αναγνωρίζεται ως θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και βασικός παράγοντας για την επίτευξη της ισότητας στην υγεία για όλους (WHO, 2018). Η Διεθνής Διάσκεψη κατέστησε επιτακτική την ανάγκη να συσπειρωθούν και να προβούν σε ενέργειες όλες οι κυβερνήσεις, οι επαγγελματίες υγείας και η παγκόσμια κοινότητα γενικότερα προκειμένου να μπορέσει να προστατευθεί αφενός η παγκόσμια υγεία και αφετέρου να υπάρξει προαγωγή αυτής.

Ειδικότερα, γίνεται αναφορά ότις:

α) Η υγεία αποτελεί ανθρώπινο θεμελιώδες δικαίωμα και η εξασφάλιση αυτής σε όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο θα συνεισφέρει στο να μπορέσουν να επενδύσουν όσο το δυνατόν περισσότεροι οικονομικοί και κοινωνικοί τομείς για την ακόμα μεγαλύτερη εξέλιξη της.

β) Είναι χαρακτηριστικό, ότι οι χώρες που είναι ιδιαίτερα εξελιγμένες και αναπτυγμένες σε οικονομικό, κοινωνικό και πολιτικό επίπεδο αντιμετωπίζουν ανισότητες στον τομέα της υγείας, οι οποίες είναι ιδιαίτερα έντονες και ουσιαστικά βάζουν και τις υπόλοιπες χώρες στη διαδικασία περαιτέρω αντιμετώπισης όλων.

γ) Οι άνθρωποι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη σχεδίαση της υγειονομικής περίθαλψης που πρέπει να τους παρασχεθεί τόσο ατομικά όσο και συλλογικά, και είναι απαραίτητο να εκφράσουν τη γνώμη τους μιας και το θέμα αφορά άμεσα σε πολύ μεγάλο βαθμό τους ίδιους. Επειδή όμως το οικονομικό κόστος είναι ένας σημαντικός παράγοντας που πρέπει να σκεφτεί τόσο ο ασθενής όσο και η οικογένεια του, συχνά ο γιατρός έρχεται σε θέση «οικονομικού συμβούλου» του ασθενούς προτείνοντας του βέλτιστες και ασφαλείς λύσεις ( Hardeeetal, 2005).

δ) Η ΠΦΥ στηρίζεται σε επιστημονικές πρακτικές, μεθόδους και τεχνολογίες, οι οποίες βασίζονται στην πλήρη συμμετοχή των ατόμων τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο, ενώ το κόστος αποτελεί χρέος της χώρας και της κοινότητας στην οποία εντάσσονται τα άτομα και φυσικά πρέπει να χαρακτηρίζεται από την ισότιμη πρόσβαση όλων των φυλετικών ομάδων χωρίς διακρίσεις. Συγκεκριμένα, αποτελεί την πρώτη προσέγγιση του κοινωνικού συνόλου με το Εθνικό Σύστημα Υγείας και για το λόγο αυτό διενεργούνται οι απαραίτητες ενέργειες, έτσι ώστε η υγειονομική περίθαλψη να είναι σε θέση να εξυπηρετήσει τους ανθρώπους με βάση τον τόπο κατοικίας και εργασίας τους, κάτι το οποίο είναι αρκετά σημαντικό, πόσο μάλλον σε περιπτώσεις που απαιτείται συνεχής περίθαλψη (χρόνια νοσήματα).

ε) Η ΠΦΥ είναι σημαντικό να στελεχώνεται από άτομα, τα οποία έχουν την απαραίτητη εξειδίκευση για να μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες της κοινότητας και των ατόμων και μάλιστα σαν πρωταρχικό σκοπό να έχουν τη συλλογική συνεργασία, ώστε να αποβλέπει στο κοινό καλό. Επιπρόσθετα τονίζεται η ανάγκη κάθε μέλους ομάδας που ασχολείται με την ΠΦΥ να έχει την κατάλληλη εξειδίκευση και δεξιότητες για να ανταποκριθεί στις ανάλογες απαιτήσεις ,ενώ προτείνεται και η ενημέρωση για αποτελεσματικά μοντέλα και άλλων χωρών. (Υ.Υ., 2020.)

στ) Μέχρι και το 2000 ένα αποδεκτό επίπεδο υγείας για την ανθρωπότητα μπορούσε να επιτευχθεί μέσω καλύτερης χρήσης των παγκόσμιων πόρων, που ένα σημαντικό μέρος αυτών ως το 1978 δαπανούνταν για στρατιωτικό εξοπλισμό (Declaration of Alma-Ata, 1978).

Έτσι, η Διεθνής Διάσκεψη για την ΠΦΥ συνέβαλε στην προαγωγή μιας αποτελεσματικότερης εθνικής και διεθνούς δράσης που αποσκοπούσε στην ανάπτυξη και την εφαρμογή αυτής, διεθνώς και ειδικότερα στις χώρες που ήταν αναπτυγμένες μέσω της αυξημένης τεχνικής και οικονομικής στήριξης. Η ΠΦΥ αντανakλά τα βασικά υγειονομικά προβλήματα μίας κοινωνίας παρέχοντας προληπτικό, θεραπευτικό και αποκαταστατικό χαρακτήρα. Παράλληλα περιλαμβάνει ταυτόχρονα με τον τομέα της υγείας και άλλους τομείς όπως το φαγητό, τη βιομηχανία, την εκπαίδευση, τη δημόσια εργασία κ.ο.κ., απαιτείται η συνεργασία όλων αυτών των τμημάτων μαζί. Τέλος όλες οι χώρες οφείλουν να συνεργαστούν υπό το πρίσμα της συναδελφικότητας και συμφιλίωσης εξασφαλίζοντας πρωτοβάθμια φροντίδας υγείας για όλους, δεδομένου ότι μια ωφελημένη χώρα συμβάλλει και στην εξέλιξη των υπολοίπων. Παροτρύνει κυβερνήσεις, τον ΠΟΥ, τη UNICEF καθώς και άλλους διεθνείς οργανισμούς να στηρίζουν και υποστηρίζουν την εθνική και διεθνή συμφωνία για την ΠΦΥ και να διοχετεύσουν όσο περισσότερους οικονομικούς και τεχνολογικούς πόρους χρειάζεται, ιδίως στις χώρες που έχουν περισσότερη ανάγκη.

### **1.5.2. Η ΠΦΥ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΣΚΕΨΗ ΤΗΣ ΑΣΤΑΝΑ 2018**

Για τον εορτασμό της 40ης επετείου από τη Διακήρυξη της Αλμά-Ατα, στις 25 έως τις 26 Οκτωβρίου 2018, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, η UNICEF και η κυβέρνηση του Καζακστάν, οργάνωσαν μια παγκόσμια συνάντηση στην πόλη Αστάνα του Καζακστάν. Ενώ θα περίμενε κανείς να αναπτυχθούν νέες προοπτικές για την επανεξέταση του θέματος της παγκόσμιας υγείας και ότι θα πρέπει να δοθεί μια ευκαιρία σε κάθε μεμονωμένη οντότητα να λαμβάνει το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας, στην ουσία επαναλήφθηκαν οι ίδιες βασικές αρχές της ΠΦΥ. Παρόλα αυτά, κυβερνήσεις, ΜΚΟ και επαγγελματικές οργανώσεις, ακαδημαϊκοί και παγκόσμιοι φορείς υγείας και ανάπτυξης

ανέλαβαν νέες πολιτικές δεσμεύσεις όσον αφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (WHO, 2019).

Πιο συγκεκριμένα, οι στόχοι αυτής της Διάσκεψης ήταν οι εξής:

α) Οι κυβερνήσεις και οι κοινωνίες πρέπει να συμβάλλουν στην προώθηση και προστασία της υγείας και συνάμα στην ευημερία των ανθρώπων, κάτι που μπορεί να διευθετηθεί κυρίως μέσω των ισχυρών συστημάτων υγείας.

β) Υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας και πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παρέχουν ασφαλείς και συμβατές με τα πρότυπα υπηρεσίες, ώστε να είναι διαθέσιμες σε όλους, ενώ περιβάλλονται από επαγγελματίες και ανθρώπους που σέβονται και είναι αφοσιωμένοι στους ασθενείς και εκτελούν τα καθήκοντά τους μέσω μιας ποικιλίας ισχυρών μέσων.

γ) Ένα φιλικό προς την υγεία περιβάλλον, στην πραγματικότητα, παρέχει στην κοινωνία ως σύνολο την ευκαιρία να παρέμβει στον τομέα της υγείας προκειμένου να ανταποκριθεί στις ανάγκες του και να διατηρήσει και να ενισχύσει την ευημερία του. Δίνεται έμφαση στην πρόληψη ασθενειών και στην προαγωγή της υγείας και καλύπτουν συνολικά τις δια βίου ανάγκες υγείας όλων των ανθρώπων μέσω ολοκληρωμένων υπηρεσιών πρόληψης, προώθησης και θεραπείας, συμπεριλαμβανομένης της αποκατάστασης και της παρηγορητικής φροντίδας (Υ.Υ., 2019).

Μέσω της Διάσκεψης της Astana με αφορμή τη 40η επέτειο από την Alma-Ata κατοχυρώνεται η υγεία ως το υπέρτατο αγαθό και όλες οι χώρες δεσμεύονται στην τήρηση των αρχών, στη δικαιοσύνη και αλληλεγγύη και υπογραμμίζουν τη σοβαρότητα την υγείας για ειρήνη, ασφάλεια καθώς και κοινωνικό-οικονομική ανάπτυξη και ανεξαρτησία. Προάγεται η σκέψη ότι μόνο μέσω της ενίσχυσης της ΠΦΥ ο άνθρωπος θα μπορέσει να εξελιχθεί πνευματικά και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του. Τόνισαν ακόμη, ότι θα συνεισφέρουν στον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) με στόχο την παγκόσμια κάλυψη υγείας και υπογράμμισαν ότι όλοι οι άνθρωποι ανεξαιρέτως θα έχουν ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Επισημαίνεται ωστόσο το γεγονός, ότι παρά τα 40 χρόνια που έχουν περάσει, ακόμα υπάρχουν ανακρίβειες για τις ανθρώπινες ανάγκες, ειδικότερα στις αναπτυσσόμενες και φτωχές χώρες. Εκτός αυτού, μείζον θέμα συζήτησης αποτέλεσαν και οι μη μεταδοτικές ασθένειες που οδηγούν σε πρόωρο θάνατο λόγω του καπνίσματος, της

κατανάλωσης αλκοόλ, του ανθυγιεινού τρόπου ζωής και της έλλειψης σωματικής άσκησης. Σε συνδυασμό όλων των παραπάνω με πολέμους, βία, φυσικές καταστροφές κ.α., χρήζει ανάγκης να δράσουμε άμεσα, προωθώντας την υγεία και προλαμβάνοντας τις ασθένειες με ισοκατανομή υπαλλήλων υγείας. Εν συνεχεία, οι χώρες δεσμεύονται για ενίσχυση της ΠΦΥ. Παρ' όλα αυτά, σύμφωνα με την WONCA (World Organization of Family Doctors), η Διάσκεψη προέβη στην αφαίρεση του όρου «Οικογενειακή ιατρική» όπως και των όρων «Οικογενειακός γιατρός» και άλλων επαγγελματιών υγείας δημιουργώντας κατ' αυτό τον τρόπο αρνητικό αντίκτυπο, ειδικά για χώρες, οι οποίες δεν είναι ιδιαίτερα αναπτυγμένες και μάλιστα δεν διαθέτουν σύστημα ΠΦΥ συμβατό με τα παγκόσμια πρότυπα. Εν τέλει, με θετικό πρόσημο συμπεριλαμβάνεται η δέσμευση για ΠΦΥ και υγειονομικές υπηρεσίες υψηλής ποιότητας σύμφωνα με τους όρους που αναφέρονταν και στην παλαιότερη διακήρυξη της Alma-Ata του 1978 (<https://www.globalfamilydoctor.com/news/worldconference2018seoul-welcome.aspx>).

### **1.5.3. Η ΠΦΥ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΡΑΗΟ**

Στην πόλη Κίτο του Εκουαδόρ , στις 11 Δεκεμβρίου του 2017 συγκλήθηκε από τον Παναμερικανικό Οργανισμό Υγείας - PanAmerican Health Organization (PAHO) μία περιφερειακή συνάντηση με τίτλο «Καθολική Υγεία στον 21ο αιώνα» με αφορμή την επισήμανση της 40ης επετείου από την διακήρυξη της Alma-Ata. Σκοπός της συνάντησης αυτής ήταν η εξέλιξη των προτάσεων για το πώς θα καταστεί η υγεία ως θεμελιώδες αγαθό. Οι προτάσεις αυτές βασιζόνταν στις αναλύσεις, στην πρόοδο και τις προκλήσεις των συστημάτων υγείας στις Περιφέρειες της Αμερικής. Οι βασικές θεματικές ενότητες της σύγκλησης ήταν α) το μοντέλο φροντίδας υγείας, β) το θεσμικό μοντέλο, γ) το οικονομικό μοντέλο, δ) η υγεία και η κοινωνική προστασία και ε) το ανθρώπινο δυναμικό για την υγεία.

Στην επιτροπή κατατέθηκαν δέκα προτάσεις για την επίτευξη του στόχου «υγεία για όλους». Αυτή η συνάντηση είναι ένα σημαντικό ορόσημο για την ΠΦΥ (Αστάνα, 2018). Τα τελευταία 40 χρόνια από τη Διακήρυξη της Άλμα-Άτα, ενώ έχει συσσωρευτεί και παραχθεί μεγάλη γνώση και εμπειρία για την υγεία, ορισμένοι στόχοι παραμένουν ανεκπλήρωτοι και εκατομμύρια άνθρωποι δεν έχουν καν πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες υγείας. Έτσι, μέσω αυτής της συνάντησης, η ΠΦΥ προσδιορίζεται ως ο μόνος τρόπος για

την επίτευξη παγκόσμιας υγείας, για ένα αδιαμφισβήτητο δικαίωμα με ισότητα, ποιότητα και κοινωνική δικαιοσύνη και σημαντική συνεισφορά κρατικών και οικονομικών πόρων. Κοιτάζοντας πίσω, βλέπουμε ότι ενώ η Διακήρυξη της Άλμα-Άτα συνδέεται με τον όρο «Υγεία για Όλους», παραμένει ορόσημο για την αντιμετώπιση των σημερινών προκλήσεων και την άρθρωση του μηνύματος μιας νέας εποχής. Η Διακήρυξη ενέπνευσε και τις ΗΠΑ να αναπτύξει καινοτόμες στρατηγικές, παρέχοντας πληθώρα γνώσεων και εμπειρίας στην εφαρμογή και υποστήριξη που χαρακτηρίζει την ανάπτυξη της ΠΦΥ στις Η.Π.Α. Οι προτάσεις για τα τοπικά συστήματα υγείας το 1980, η Διακήρυξη στο Μοντεβιδέο το 2005, οι δημοσιεύσεις στον ΡΑΗΟ, είναι μερικά μόνο από τα παραδείγματα καινοτομίας που ακολούθησαν τη γραμμή της Alma-Ata . Παρά τη σημαντική πρόοδο των τελευταίων δεκαετιών, τα συστήματα κοινωνικής προστασίας και υγείας αδυνατούν να αντιμετωπίσουν τις κοινωνικές ανισότητες, η παροχή υπηρεσιών και το ανθρώπινο δυναμικό δεν είναι επαρκώς εξειδικευμένο στις στρατηγικές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Στις πιο πολλές χώρες η ασφάλεια του φαγητού, το πόσιμο νερό, τα προγράμματα ανοσοποίησης και ο έλεγχος των μεταδοτικών ασθενειών διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο τα τελευταία χρόνια καθώς ελάχιστη είναι η σημασία που τους δίνεται όπως ελάχιστες είναι και οι κοινωνικές παροχές. Η σοβαρότητα των μεταδοτικών ασθενειών σε συνδυασμό με τη φτώχεια, τον κοινωνικό αποκλεισμό και τις αλλαγές στις περιβαλλοντικές και οικονομικές συνθήκες σηματοδοτούν περιορισμούς στα συστήματα υγείας.

Οι άπιαστοι στόχοι αντανακλούν πολιτικές εφαρμογές οι οποίες δεν κατάφεραν να υπερασπιστούν τα ενδιαφέροντα και τα δικαιώματα του πληθυσμού για άμεση πρόσβαση στην υγεία, και να υπερπηδήσουν τα εμπόδια που παρουσιάζονται. Σύμφωνα, με τον ΡΑΗΟ αυτό έπρεπε να αλλάξει και να εφαρμοστεί μια καινοτομία που θα έχει ως στόχο τις απαιτήσεις ανταποκρινόμενες από πολιτικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες όπου θα αποφασίσουν για την υγεία και τις συνθήκες ισότητας στην υγεία για τον πληθυσμό στον 21ο αιώνα. Οι σύγχρονοι καθοριστικοί παράγοντες περιλαμβάνουν νέες κοινωνικοοικονομικές, πολιτικές και περιβαλλοντικές παραμέτρους. Η εδραίωση ενός νέου οικονομικού μοντέλου βασισμένο στην παγκοσμιοποίηση και η επέκταση του ιδιωτικού τομέα έχουν συνέπειες που περιλαμβάνουν ασταθείς περιβαλλοντικές συνθήκες και γενικότερη επιδείνωση σε συνδυασμό με κλιματική αλλαγή μαζί με οικονομικό αποκλεισμό, με μεταναστευτικά κύματα και ξεριζωμό των πληθυσμών. Όλα τα παραπάνω έχουν οδηγήσει σε αύξηση των μη μεταδοτικών ασθενειών, σε αύξηση των ψυχικών



διαταραχών, στη μη υγειονομική πρόσβαση των ατόμων με ειδικές ανάγκες και φυσικά στην αύξηση της βίας είτε φυλετικής, είτε συνδεδεμένης με παράνομες δραστηριότητες. Η Ατζέντα 2030, για αειφόρο ανάπτυξη όπου υιοθετήθηκε το 2015 από τον ΟΗΕ, αποτελεί επιστέγασμα για όλα τα παραπάνω. Η σκοπιά των Στόχων Βιώσιμης Ανάπτυξης σε συνδυασμό με αυτή την διάταξη απαιτεί ενσωματωμένες και συλλογικές προσεγγίσεις προκειμένου να αποσαφηνιστούν οι αιτίες για ανισότητα στην υγεία σε όλο το εύρος της περιοχής. Γι αυτό και το 2014, ο ΡΑΗΟ υιοθέτησε τη στρατηγική για άμεση πρόσβαση στην υγεία και καθολική περίθαλψη για όλους. Παρατίθενται οι προτάσεις της συνάντησης για τη διασφάλιση του δικαιώματος στην υγεία ως θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα:

- 1) Ενίσχυση της ίδρυσης ενός θεσμικού μοντέλου, το οποίο θα δίνει τη δυνατότητα στην πολιτεία να αντιληφθεί την υπευθυνότητα της στο να διασφαλίσει το δικαίωμα της υγείας στο πλαίσιο των ανθρώπινων δικαιωμάτων.
- 2) Ανάπτυξη ανθρωποκεντρικού και κοινωνικό-κεντρικού μοντέλου ΠΦΥ, το οποίο θα λαμβάνει υπόψη την ανθρώπινη διαφορετικότητα, την πολύ-πολιτισμικότητα (διαπολιτισμική κουλτούρα) και την εθνικότητα.
- 3) Δημιουργία μηχανισμών κοινωνικής συμμετοχής που θα αντιπροσωπεύουν μία άποψη της διαφορετικότητας για να εγγυηθούν την απόλυτη άσκηση του δικαιώματος της υγείας
- 4) Δημιουργία μηχανισμών επίβλεψης του ιδιωτικού τομέα που θα συσχετίζονται με τη διασφάλιση του δικαιώματος της υγείας.
- 5) Εξάλειψη των εμποδίων για άμεση παγκόσμια πρόσβαση στην υγεία.
- 6) Υπό εφαρμογή διαδικασίες κοινωνικής αποφασιστικότητας μέσω δια-τομεακών παρεμβάσεων στην υγεία όπου θα προωθούν αλλαγές στις περιβαλλοντικές, κοινωνικές, οικονομικές, στεγαστικές συνθήκες του πληθυσμού μίας δεδομένης περιοχής.
- 7) Επανατοποθέτηση της δημόσιας υγείας ως ο άξονας της Πολιτείας για μεταφορά συστημάτων υγείας
- 8) Αναγνώριση του ανθρώπινου δυναμικού ως το βασικό πρωταγωνιστή στην κατασκευή και εδραίωση του μοντέλου της ΠΦΥ.
- 10) Ανάπτυξη ενός οικονομικού μοντέλου όπου θα διασφαλίζει ισότητα, ποιότητα, αποτελεσματικότητα αλλά και βιωσιμότητα ( ΡΑΗΟ, 2017).

## 1.6. Η ΠΦΥ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Στην Ευρώπη, δεδομένου οι θεσμοί της ισότητας και της αλληλεγγύης διατηρούνται σχετικά καλά, σχεδόν όλες οι χώρες της, έχουν επιτύχει ή έστω κάνει σημαντική πρόοδο όσον αφορά την καθολική κάλυψη της υγείας. Στα συστήματα υγείας της δυτικής Ευρώπης, τα οποία διέπονται από φόρους ή κοινωνική ασφάλιση η ΠΦΥ υποστηρίζει την καθολική κάλυψη της υγείας. Στις χώρες της ανατολικής Ευρώπης και κεντρικής οι οποίες και επηρεάστηκαν από τη διάλυση της Σοβιετικής Ένωσης, παρατηρούμε μια σημαντική προσπάθεια προκειμένου να επιτευχθεί η καθολική κάλυψη της υγείας μέσω της προώθησης και ενδυνάμωσης της ΠΦΥ. Οι περισσότερες χώρες της Ευρώπης χρησιμοποιούν καινοτομίες στην οικονομία προκειμένου να μειωθούν οι ανισότητες και η αδικία όσον αφορά στην άμεση πρόσβαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας . Για παράδειγμα, το Βέλγιο, η Γαλλία, η Γερμανία και η Τουρκία παρέχουν μεγαλύτερες απολαβές στους γιατρούς που εργάζονται σε επαρχιακές και μη προνομιούχες περιοχές, Στην Κροατία και στο Μαυροβούνιο οι οικογενειακοί γιατροί που στην επαρχία έχουν μεγαλύτερη απαλλαγή φόρου από αυτούς που δουλεύουν σε μεγάλες πόλεις. Το ίδιο συμβαίνει και σε Αλβανία , Μολδαβία , Ρουμανία και Σερβία όπου πέρα από οικονομικά προνόμια, τους παρέχεται και στέγαση (Roland & Guthrie, 2016, Busse et al, 2010).

Κατά γενική ομολογία, πολλές αλλαγές επήλθαν στην Ευρώπη έπειτα από τόσα χρόνια μετά τη Διακήρυξη της Alma-Ata. Οι αλλαγές αυτές έχουν επιδημιολογικό, δημογραφικό, πολιτικό, οικονομικό, κοινωνικό-πολιτισμικό και τεχνολογικό περιεχόμενο και επιφέρουν συστημικές προκλήσεις στις οποίες καλείται η Ευρώπη να ανταποκριθεί με δια-τομεακές πολιτικές και δραστηκές παρεμβάσεις. Έχουμε στο προσκήνιο μια δημογραφική μετάβαση σε ολοένα και αυξανόμενους μεγαλύτερους πληθυσμούς . Τα άτομα ηλικίας 85 ετών και άνω αποτελούν το ταχύτερα αναπτυσσόμενο τμήμα του πληθυσμού στις ευρωπαϊκές χώρες, δημιουργώντας έτσι έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού για υπηρεσίες υγείας, με αποτέλεσμα τη μετανάστευση σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. (Christenson et al. 2009). Επιπλέον, τα τελευταία χρόνια, η επιδημιολογία έχει μετατοπιστεί από τις λοιμώξεις, τις περιγεννητικές και μητρικές προκλήσεις σε μη μεταδοτικές ασθένειες όπως ο καρκίνος, ο διαβήτης, τα καρδιαγγειακά και ψυχιατρικά νοσήματα και οι τραυματισμοί και οι αναπηρίες. Σε πολλά άτομα αυτές οι συνθήκες λαμβάνουν χώρα ταυτόχρονα οδηγώντας έτσι πολύ-νοσηρότητα κάτι που απαιτεί αντίληψη, μακροπρόθεσμη και ανθρωποκεντρική φροντίδα, και που είναι διαφορετικό από τη φροντίδα που παρέχεται στα περισσότερα

συστήματα υγείας όπου είναι σχεδιασμένα να εξυπηρετούν ατομικές ασθένειες.(Atun, 2015). Επιπρόσθετα, υπάρχει αλλαγή ως προς τις κοινωνικό-πολιτισμικές προσδοκίες. Οι πολίτες πλέον προσδοκούν μία φροντίδα με ενσυναίσθηση και ανθρωποκεντρική αντίληψη. Ακόμη, η παγκόσμια οικονομική κρίση, αφού όπως μας είναι γνωστό, από το 2008 υπάρχει ύφεση στις οικονομίες των ευρωπαϊκών χωρών, περιορίζοντας έτσι την ικανότητα τους να αναπτύξουν τα συστήματα υγείας και οδηγώντας τις κυβερνήσεις να επιβάλουν μέτρα λιτότητας. Τέλος η πανδημία Covid-19 που έπληξε στο πρώτο κύμα αρκετές χώρες τις Ευρώπης.

Ωστόσο, παρά τις προκλήσεις αυτές, ας μην λησμονούμε ότι οι αλλαγές γεννούν και ευκαιρίες όχι μόνο προβλήματα. η ταχεία άνοδος της επιστήμης συμπεριλαμβανομένου και του σημείου σύγκλισης των βιολογικών δεδομένων και φυσικών επιστημών επέφερε μια αναγέννηση και ασύλληπτη εξέλιξη στις τεχνολογίες υγείας, η οποία περιλαμβάνει ψηφιακές τεχνολογίες και πληροφορίες που δίνουν τη στα συστήματα υγείας να παρέχουν πιο αποτελεσματικές, δραστικές και προσωπικές παρεμβάσεις στη δημόσια υγεία. (Howitt, et al., 2012)

## **2. ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ**

### **2.1. ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Το Ελληνικό σύστημα υγείας εντάσσεται στην κατηγορία των μικτών συστημάτων, τόσο ως προς τη χρηματοδότηση όσο και ως προς τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών. Τα μικτά συστήματα είναι ουσιαστικά ένας συνδυασμός ιδιωτικών και δημοσίων μοντέλων (συστήματα τύπου Beveridge και Bismarck). Ως εκ τούτου, από την πλευρά της προσφοράς, οργανώνεται σύμφωνα με το μοντέλο Beveridge, ενώ η ζήτηση προέρχεται από το ασφαλιστικό ταμείο, δηλαδή ακολουθώντας το μοντέλο Bismarck. Επομένως, αποτελεί συνύπαρξη υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από ιδιωτικούς και δημόσιους φορείς (Πιερράκος, 2018). Σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), το ελληνικό σύστημα υγείας είναι μία μίξη ενός ολοκληρωμένου εθνικού συστήματος υγείας, ενός συστήματος ασφάλισης συμβολαίων και ενός συστήματος ασφάλισης αποζημιώσεων, που ενσωματώνει αρχές από διαφορετικά οργανωτικά πρότυπα. (Οικονόμου, 2012).

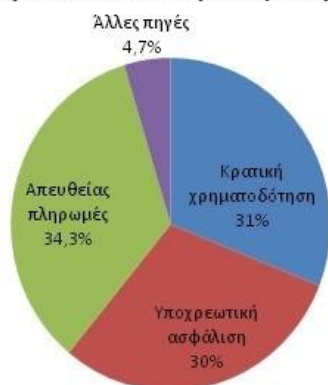
Στην Ελλάδα, οι υπηρεσίες υγείας χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό, ασφαλιστικά ταμεία (που καλύπτουν το μεγαλύτερο μέρος των εξωνοσοκομειακών δαπανών και νοσοκομειακής περίθαλψης) και ιδιωτικές πληρωμές, που μπορεί να προέρχονται από τους ίδιους τους ασφαλισμένους, μέσω εισοδήματος ή από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. (Κρίνα, 2017).

Ωστόσο, έχει παρατηρηθεί ότι υπάρχουν κάποιες στρεβλώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας και ότι υποχρηματοδοτείται, γεγονός που το επηρεάζει. Ειδικότερα, οι ανάγκες υγείας των πολιτών δεν μπορούν να καλυφθούν συνολικά και καθολικά και ταυτόχρονα, λόγω του διπλού μοντέλου των δημοσίων οικονομικών (φόρος και κοινωνική ασφάλιση), κυριαρχεί το διοικητικό κόστος, το κόστος χρόνου και το κοινωνικό κόστος. Η καθυστέρηση της ροής των πόρων φαίνεται να είναι υψηλή. Επιπλέον, η αβεβαιότητα και ο κίνδυνος παραμένουν σε υψηλά επίπεδα για τους πολίτες που επιλέγουν τις οδούς άμεσης πληρωμής και υπερπληρωμών κατά το δοκούν. Επιπλέον, δημιουργείται ένα περιοριστικό επενδυτικό περιβάλλον για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό του τομέα της υγείας. Ταυτόχρονα, το ΕΣΥ χάνει την ανταγωνιστική του θέση με τον ιδιωτικό τομέα, όπου δεν υπάρχει συνεργασία μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα. (ΣΔΙΤ) (Τούντας, 2021). Εμφανίζει επίσης και άλλες αδυναμίες λόγω της οικονομικής κρίσης της χώρας μας

και των συνεπειών της όπως χαμηλότερα εισοδήματα, υψηλότερη ανεργία και χαμηλότερο κόστος υγειονομικής περίθαλψης λόγω των δημοσίων ελλειμμάτων (Κυριόπουλος et al., 2011).

Σχήμα 2.1

### Κατανομή δαπανών Υγείας στην Ελλάδα



πηγή: onmed.gr

Μέτρα όπως μειώσεις μισθών και τιμών είχαν βραχυπρόθεσμο ρόλο και ήταν απαραίτητα την δεδομένη χρονική στιγμή για την γρήγορη μείωση των δαπανών. Τα μέτρα αυτά όμως δεν αποτελούν μόνιμη λύση, αλλά σπασμωδικές και υπο την πίεση των εξελίξεων λύσεις. Πλέον η αναδιάρθρωση και αναδιοργάνωση του συστήματος υγείας αλλά και του κοινωνικού και ασφαλιστικού, είναι απαραίτητη με καλό στρατηγικό σχεδιασμό και ολοκληρωμένη επιχειρησιακή δράση (Τούντας, 2021).

Τα τελευταία χρόνια, ωστόσο, έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες για τον εκσυγχρονισμό και τη βελτίωση του συστήματος υγείας, και ως εκ τούτου, καθίσταται όλο και πιο σημαντικό να μετράται η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης για να κατευθύνονται αποτελεσματικά οι πόροι για την επίτευξη των τριών βασικών στόχων του συστήματος υγείας. Όπως φαίνεται στο παρακάτω σχήμα, το σύστημα υγείας αποτελείται από:

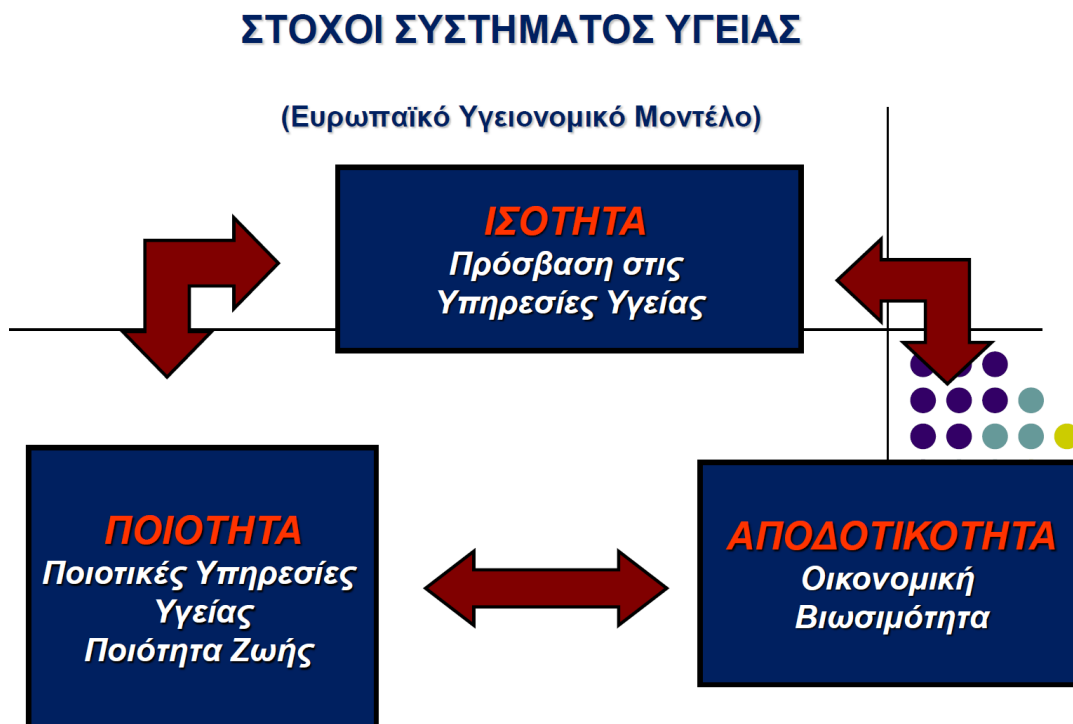
1, Βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Αυτός ο στόχος θα πρέπει να στοχεύει στη διατήρηση αυτής της κατάστασης καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου, συμπεριλαμβανομένης της βελτίωσης της μέσης υγείας ολόκληρου του πληθυσμού, καθώς και της δίκαιης κατανομής της καλής υγείας στον πληθυσμό με έμφαση στις ανισότητες υγείας.

2. Η ανταπόκριση του συστήματος υγείας στις προσδοκίες των πολιτών. Αυτές οι προσδοκίες σχετίζονται με την καθημερινή ενασχόληση των πολιτών με το σύστημα. Με

άλλα λόγια, ο στόχος αυτός αφορά τη σεβαστή και αξιοπρεπή μεταχείριση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας και τους επαγγελματίες υγείας και την ικανοποίηση των χρηστών αυτών των υπηρεσιών.

3. Δίκαιη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας και προστασία των πολιτών από οικονομικούς κινδύνους που συνεπάγεται η παρουσία ασθενειών (Σκανδάλη και Μαλλιώτης, 2016).

Σχήμα 2.2



Πηγή: Πιερράκος , “ Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας στην Τοπική Αυτοδιοίκηση,” 2021

## 2.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Καταρχάς, μπορούμε να μιλάμε για ελληνικό σύστημα υγείας από τον 19<sup>ο</sup> αιώνα, με την εμφάνιση των πρώτων ασφαλιστικών ταμείων, το 1836 συγκεκριμένα. Ωστόσο, άργησε αρκετά να εξελιχθεί αφού συνέβησαν διαδοχικά ιστορικά γεγονότα, (δύο παγκόσμιοι πόλεμοι, εμφύλιος, μικρασιατική καταστροφή, δικτατορία), τα οποία δημιουργούσαν σωρεία από κοινωνικά, πολιτικά και οικονομικά προβλήματα. Καθώς πλησίαζε ο 20ός αιώνας, άλλοι παράγοντες και γεγονότα οδήγησαν στην καθοδική εξέλιξη του συστήματος υγείας, όπως η διατήρηση μιας συντηρητικής κυβέρνησης στην εξουσία, ένα διχαστικό μετεμφυλιακό κλίμα, η εξάρτηση και η καθιέρωση ξένων μοντέλων υγείας χωρίς εκτίμηση των κοινωνικών αναγκών της Ελλάδας (Θεοδώρου & Μητροσύλη, 1999). Κατά τη μετάβαση στον 21<sup>ο</sup> αιώνα γεννήθηκε η ανάγκη δημιουργίας μεταρρυθμίσεων, μιας και το σύστημα υγείας απαιτούνταν να γίνει πιο βιώσιμο. Επί του παρόντος χρόνου, έχει σημειωθεί σαφέστατα πρόοδος και εξέλιξη, η οποία ωστόσο εγκιβωτίζεται στο εκάστοτε πολιτικό πλαίσιο, που σημαίνει ότι δεν μπορεί να ακολουθήσει μια σταθερή πορεία. Αυτό έχει οδηγήσει σε σημαντικά προβλήματα οργάνωσης και διαχείρισης, καθώς και προβλήματα με την αποτελεσματικότητα των υφιστάμενων πόρων και τη συνολική ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Το 1983, έγιναν προσπάθειες προκειμένου η ΠΦΥ να καταφέρει μια ενιαία ανάπτυξη. Από το 1983 έως και σήμερα το σύστημα της ΠΦΥ δέχεται συνεχώς παρεμβάσεις και μεταβολές. Αναπόφευκτα, η ύφεση σηματοδοτεί επίσης μια ταχεία αλλαγή στην ΠΦΥ καθώς η χώρα υποχρεούται να εφαρμόσει μεταρρυθμίσεις, να μειώσει το κόστος και να αυξήσει την αποτελεσματικότητα. Πιο συγκεκριμένα, χαρακτηριστικό είναι ότι κατά την περίοδο 2009 έως 2011 ιδρύεται ο ΕΟΠΥΥ και οι αρμοδιότητες της ΠΦΥ ανήκουν πλέον στα καθήκοντα Δήμων και Περιφερειών. Το 2012 ιδρύθηκε το ΠΕΔΥ για να παρέχει στους ασθενείς την κατάλληλη φροντίδα καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας από το τμήμα εξωτερικών ιατρειών του νοσοκομείου. Το 2017 ιδρύθηκαν οι τοπικές μονάδες υγείας, αποτελούμενες από μια διεπιστημονική ομάδα υγείας, συμπεριλαμβανομένου ενός οικογενειακού ιατρού. Οι ΤΟΜΥ είναι ο πρώτος κρίκος της κοινωνίας με το εθνικό σύστημα υγείας, ενώ όλες οι υπόλοιπες μονάδες όπως το ΠΕΔΥ και τα Κέντρα Υγείας ανήκουν και αποτελούν τη δεύτερη βαθμίδα των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. (Υπουργείο Υγείας, 2017).

### 2.3. Η ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΠΦΥ ΥΠΟ ΤΟ ΠΡΙΣΜΑ ΤΗΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Όπως όλοι γνωρίζουμε, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι η παλαιότερη μορφή υγειονομικής περίθαλψης. Από την παραπάνω σύντομη ιστορική αναδρομή, σημειώνουμε ότι η ΠΦΥ συνδέεται στενά με τη συνολική μεταρρύθμιση της πολιτικής υγείας στη χώρα μας και ότι οι αλλαγές στους κοινωνικούς και πολιτικούς τομείς έχουν επηρεάσει τη διαμόρφωση των αναγκών της κοινωνίας για υγεία και κοινωνική φροντίδα. Η εντολή του Υπουργείου Υγείας έχει αλλάξει κατά καιρούς, αλλά το Υπουργείο δεν έχει χάσει τον επιτελικό του ρόλο στη διαχείριση των υπηρεσιών υγείας (Οικονόμου, 2004). Οι διαδοχικές μεταρρυθμίσεις έχουν καταστήσει το σύστημα υγείας ασταθές.

Οι ανεπιτυχείς προσπάθειες για μεταρρυθμίσεις, το 2013 και το 2014, και η δραματική αύξηση των μεταναστών και προσφύγων που εισήλθαν στην χώρα και οδήγησαν σε σημαντικές πολιτικές, οικονομικές, κοινωνικές και υγειονομικές διαστάσεις, συνέβαλαν και ώθησαν στην θέσπιση νομοθεσίας, με τον νόμο 4486/2017, για πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη για όλες τις μειονότητες. Ο νόμος αυτός, αναφέρεται στις υπηρεσίες της ΠΦΥ, οι οποίες πρέπει να συμμορφώνονται στις αρχές της δωρεάν και καθολικής κάλυψης της υγείας. Συνδέεται δηλαδή με τη Διακήρυξη της Αστάνα, καθώς βασικά (κοινά) χαρακτηριστικά της είναι η άμεση παροχή υγειονομικής περίθαλψης στον πληθυσμό, ανεξαρτήτως οικονομικής ή κοινωνικής θέσης, και η ολοκληρωμένη υγειονομική περίθαλψη ατόμων και κοινωνιών.

Πριν ωστόσο προχωρήσουμε παρακάτω ώστε να εξετάσουμε αναλυτικότερα το συγκεκριμένο νόμο και τις μεταρρυθμίσεις που επέφερε στην ΠΦΥ, ας ανασκοπήσουμε, εν συντομία, τη σχετική νομοθεσία.

*N. 1397/1983: Δημιουργία ΕΣΥ. Η ΠΦΥ καλύπτει το σύνολο του πληθυσμού (Ελληνες υπηκόους και αλλοδαπούς). Ανεγέρθησαν και λειτούργησαν 172 κέντρα υγείας.*

*N. 1471/1984: Ρύθμιση θεμάτων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, αγροτικών ιατρείων και υγειονομικών σταθμών. Εκσυγχρονισμός ψυχικής νόσου και αποϊδρυματοποίηση. Κανονισμός της ΕΟΚ*

*N. 1579/1985: Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις. Άρθ.12 ο όρος «κέντρο υγείας» χρησιμοποιείται αποκλειστικά από το υπουργείο υγείας. Άρθ.13 παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας.*



- N. 1759/1988: Ασφαλιστική κάλυψη ανασφάλιστων ομάδων, βελτίωση της κοινωνικής και ασφαλιστικής προστασίας*
- N. 2071/1992: Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του συστήματος υγείας. Διεύρυνση της έννοιας της ΠΦΥ. Καθορισμός του πλέγματος υπηρεσιών και της νομικής μορφής του. Παροχή ΠΦΥ από ιδιωτικές και δημόσιες μονάδες*
- N. 2194/1994: Αποκατάσταση του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις. Τα κέντρα υγείας μετατρέπονται και λειτουργούν ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των γενικών νοσοκομείων του νομού.*
- N. 2345/1995: Οργανωμένες υπηρεσίες παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας.*
- N. 2519/1997: Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών. Ανάπτυξη της ΠΦΥ στις ημιαστικές και αστικές περιοχές με τη δημιουργία δικτύων ΠΦΥ και τη σταδιακή εισαγωγή του οικογενειακού γιατρού.*
- N. 2646/1998: Ανάπτυξη Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας (πρωτοβάθμια κοινωνική φροντίδα). N. 2716/1999 Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.*
- N. 2889/2001: Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ, στελέχωση, οργάνωση και παροχές υπηρεσιών υγείας. Δημιουργία 17 ΠΕΣΥ, μετατροπή των νοσοκομείων σε αποκεντρωμένες μονάδες, εφαρμογή του θεσμού του Διοικητή – Μάνατζερ.*
- N. 2920/2001: Ίδρυση του Σώματος Επιθεωρητών Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (ΣΕΥΥΠ).*
- N. 3106/2003: Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας.*
- N. 3172/2003: Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού. Σχεδιασμός, προστασία και προαγωγή της υγείας. Προάσπιση αναγκών διαφόρων ομάδων.*
- N. 3209/2003: Ρυθμίσεις θεμάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.*
- N. 3235/2004: ΠΦΥ: παροχή υπηρεσιών, οργάνωση κέντρων υγείας, οικογενειακός και προσωπικός γιατρός. Θέσπιση της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας. Οι μονάδες ΠΦΥ υπάγονται στις υγειονομικές περιφέρειες.*
- N. 3329/2005: Κατάργηση ΠΕΣΥ και αντικατάσταση με ΔΥΠΕ δημιουργώντας υγειονομικές περιφέρειες.*
- N. 3370/2005: Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Ίδρυση του κέντρου ελέγχου πρόληψης νοσημάτων ΚΕΕΛΠΝΟ.*
- N. 3527/2007: Η ΔΥΠΕ σε επτά υγειονομικές περιφέρειες.*

*Ν. 3852/2010: Πρόγραμμα «Καλλικράτης», μια σειρά αρμοδιοτήτων των ΔΥΠΕ και των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Υγείας υπάγεται υπό την ευθύνη του Δήμου. Διαμόρφωση και εφαρμογή πολιτικών ΠΦΥ.*

*Ν. 3918/2011: Διαμόρφωση ενιαίου και δημόσιου συστήματος ΠΦΥ με την υπαγωγή όλων των δημόσιων δομών υπό τον ΕΟΠΥΥ. Λειτουργική ενοποίηση όλων των υπαρχουσών μονάδων.*

*Ν. 4238/2014: ΠΕΔΥ Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας*

*Ν. 4272/2014: Ρυθμίσεις μεταμοσχεύσεων, ψυχικής υγείας, αναπαραγωγή.*

*Ν. 4316/2014: Ίδρυση του Εθνικού Παρατηρητηρίου Άνοιας, περιγεννητικά κέντρα στα νοσοκομεία, προαγωγή μητρικού θηλασμού.*

*Ν. 4486/2017: Μεταρρύθμιση της ΠΦΥ. Ίδρυση ΤΟΜΥ. Μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ. Πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το ΕΣΥ. Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού.*

*Ν. 4931/2022: Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες επείγουσες διατάξεις. Προσωπικός γιατρός.*

#### **2.4. Ο ΝΟΜΟΣ 4486/2017 ΣΤΗΝ ΠΦΥ**

Σύμφωνα με τον Ν. 4486/2017 για «Μεταρρύθμιση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Επείγουσες Ρυθμίσεις και Άλλες Διατάξεις Αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας» (ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017), καταβάλλονται προσπάθειες για την ανοικοδόμηση της δημόσιας ΠΦΥ, με μοντέλα παροχής υπηρεσιών υγείας με επίκεντρο τον άνθρωπο και με πυρήνα τον αποδέκτη των υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με την προαναφερθείσα νομοθεσία, οι βασικοί τομείς για μεταρρύθμιση είναι:

- ❖ Στρατηγική μεταρρύθμιση του συστήματος υπηρεσιών της ΠΦΥ.
- ❖ Διασφάλιση δωρεάν, καθολικής, ίσης και χωρίς διακρίσεις πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
- ❖ Διαφανής και δημοκρατική διοικητική οργάνωση και ηλεκτρονική διακυβέρνηση της ΠΦΥ,
- ❖ Οικονομική προστασία του πληθυσμού σε ιατρικές δαπάνες,
- ❖ Κοινωνικός έλεγχος και λογοδοσία των μονάδων εξυπηρέτησης ΠΦΥ

❖ Διασφάλιση προστασίας των δικαιωμάτων των αποδεκτών υπηρεσιών υγείας.

Μέσω του νόμου αυτού διασφαλίζεται η δημοσιότητα της υγείας και ελλείπει δημόσιων δομών, προβλέπει τον επικουρικό και συμπληρωματικό ρόλο του ιδιωτικού τομέα (ερμηνευτική έκθεση Ν.4486/2017, 2017). Σύμφωνα με το άρθρο 1 του νόμου, «Η ΠΦΥ σημαίνει όλες τις ολοκληρωμένες υπηρεσίες εντός του ΕΣΥ που στοχεύουν στην παρακολούθηση, τη διατήρηση και τη βελτίωση της ανθρώπινης υγείας. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν προαγωγή της υγείας, πρόληψη ασθενειών, διάγνωση, θεραπεία, ολοκληρωμένη φροντίδα και παρακολούθηση».

Ο νόμος έχει διάφορες καινοτομίες εκ των οποίων μία από τις σημαντικότερες αφορά τον διαχωρισμό της νέας δομής του συστήματος παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, σε δύο επίπεδα:

I. Το πρώτο επίπεδο είναι το σημείο εισόδου των ατόμων στο ΕΣΥ, το οποίο αποτελείται από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ), τα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΙ), τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΠΙ), τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (ΕΠΙ) και τα Τοπικά Ιατρεία (ΤΙ). Στο επίπεδο αυτό περιλαμβάνονται επαγγελματίες υγείας από μονάδες υπηρεσιών ΠΦΥ, καθώς και επαγγελματίες υγείας συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ. Ειδικά όσον αφορά τις ΤΟΜΥ αποτελούν περιφερειακές νέες αποκεντρωμένες δομές κέντρων υγείας, που λειτουργούν με βάση έναν εγγεγραμμένο πληθυσμό αναφοράς και αποτελούνται από μια διεπιστημονική ομάδα υγείας έως 12 μελών, συμπεριλαμβανομένου οικογενειακού ιατρού, νοσηλευτών, επισκεπτών υγείας, κοινωνικών λειτουργών και διοικητικών υπαλλήλων. Η προώθηση της διεπιστημονικής διαχείρισης της υγείας του πληθυσμού μέσω των ομάδων υγείας απαιτεί ευρύτερες γνώσεις και δεξιότητες στη δημόσια υγεία, τα βιοψυχοκοινωνικά πλαίσια και τον οικογενειακό προγραμματισμό, που δεν βασίζονται αποκλειστικά στην ιατρική επιστήμη, αλλά στη διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών.

Η ΤΟΜΥ είναι μια μονάδα οικογενειακής ιατρικής με επίκεντρο την προληπτική ιατρική, τη δημόσια υγεία, τους εμβολιασμούς, τη διαχείριση χρονίως πασχόντων ασθενών, την κατ' οίκον φροντίδα και νοσηλεία, τη συνεχή και ολιστική φροντίδα των πολιτών. Αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής των πολιτών με το ΕΣΥ, αλλά ταυτόχρονα πραγματοποιούν εξερχόμενες και κοινοτικές παρεμβάσεις όπως εμβολιασμό ευάλωτων τμημάτων του πληθυσμού, εκστρατείες ενημέρωσης για το γενικό πληθυσμό, τακτικές επισκέψεις σε σχολεία, ΚΑΠΗ και χώρους εργασίας. Κάθε ΤΟΜΥ ευθύνεται για πληθυσμό 10.000 - 12.000 κατοίκων, ενώ σε ειδικές περιπτώσεις, όπως πληθυσμοί νησιών

και βουνών, ο υπεύθυνος πληθυσμός μπορεί να είναι μεγαλύτερος ή μικρότερος από 10.000 - 12.000 κατοίκους. Το προσωπικό της Ομάδας Υγείας TOMY θα υπογράψει σύμβαση ιδιωτικού δικαίου δύο (2) ετών με δυνατότητα ανανέωσης για άλλα δύο χρόνια. Σε πρώτη φάση προβλέπεται η ανάπτυξη 239 TOMY σε 65 αστικές περιοχές, ενώ το έργο χρηματοδοτείται από πόρους ΕΣΠΑ 2014-2021..

II. Σε δεύτερο επίπεδο παρέχονται υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών από τα κέντρα υγείας και τις μονάδες υγείας του ΠΕΔΥ. Το τελευταίο άλλαξε και την επωνυμία του σε Κέντρο Υγείας, καθώς η ονομασία ΠΕΔΥ έχει καταργηθεί με τις διατάξεις του Ν. 4486/2017. Στο πλαίσιο του νέου συστήματος επανακαθορίζεται το περιεχόμενο του κλάδου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) που εισήχθη με τον Ν. 4238/2014. Σύμφωνα με το άρθρο 4 της νομοθεσίας, ο ΤΟΠΦΥ θα περιλαμβάνει πλέον όλες τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ και τα φαρμακεία που είναι συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ. Επιπλέον, αναμένεται ότι κάθε δήμος θα έχει τουλάχιστον ένα κέντρο υγείας και κάθε δημοτική μονάδα θα έχει τουλάχιστον μία TOMY ή άλλη δημόσια μονάδα ΠΦΥ.

Περαιτέρω, ο Ν. 4486/2017 επαναφέρει το σύστημα του οικογενειακού γιατρού γιατί, όπως ήδη είπαμε, η ομάδα υγείας TOMY περιλαμβάνει οικογενειακό γιατρό. Σύμφωνα με το άρθ. 6. οι οικογενειακοί ιατροί παρέχουν ολοκληρωμένη και συνεχή φροντίδα στα άτομα στο πλαίσιο της οικογένειας και της κοινότητας, με απώτερο σκοπό την πρόληψη ασθενειών και την προαγωγή της υγείας. Οικογενειακός γιατρός μπορεί να είναι γιατρός από το τμήμα ιατρών του ΕΣΥ που εξυπηρετεί δημόσια μονάδα ΠΦΥ ή γιατρός που παρέχει υπηρεσίες στο πλαίσιο των TOMY, (αρθ. 106, Ν. 4461/2017) «Μεταρρύθμιση Φορέων Διαχείρισης Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας», ή ιδιώτες ιατροί που είναι φυσικά συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ και έχουν την ευθύνη εγγραφής του πληθυσμού. Επίσης, προσδιορίζονται με σαφήνεια οι ιατρικές ειδικότητες που σχετίζονται με την ταυτότητα των οικογενειακών γιατρών. Για τους ενήλικες είναι γιατροί γενικής παθολογίας ενώ για τα παιδιά οι παιδίατροι. Ταυτόχρονα, ορίζονται οι αντίστοιχες εγγεγραμμένες ομάδες ευθύνης των οικογενειακών γιατρών που είναι: 1 γιατρός για κάθε 2250 ενήλικες ενώ για κάθε 1500 παιδιά πρέπει να υπάρχει 1 παιδίατρος. Στο συμπληρωματικό πλαίσιο του ιδιωτικού τομέα, ένα άλλο εξίσου σημαντικό μέρος της πράξης, αφορά το νέο πλαίσιο συμβάσεων μεταξύ ΕΟΠΥΥ και ιδιωτών ιατρών βάσει του άρθρου 11 του νόμου. Οι συμβάσεις αυτές θα χρησιμοποιηθούν επιπλέον σε περιοχές όπου οι TOMY δεν είναι διαθέσιμες ή δεν επαρκούν για την κάλυψη του πληθυσμού εκεί. Ως εκ τούτου, οι γενικοί

ιατροί, οι παθολόγοι και οι παιδίατροι που είναι οικογενειακοί ιατροί θα εγγράφουν τον υπεύθυνο πληθυσμό τους και θα αμείβονται ανάλογα με τον αριθμό των εγγεγραμμένων ατόμων. Για τις άλλες ειδικότητες, θα διαθέτουν χρόνο ώστε να μπορούν να δέχονται ασθενείς δωρεάν σε συγκεκριμένο ημερήσιο πρόγραμμα και συγκεκριμένο χρονικό πλαίσιο. Πέραν της έννοιας της εγγραφής του πληθυσμού σε οικογενειακό γιατρό, το άρθρο 19 του Ν. 4486/2017 ορίζει ότι η διαδικασία παραπομπής είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την εισαγωγή σε κέντρα υγείας και δημόσιες μονάδες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης, με εξαίρεση τα επείγοντα περιστατικά. και έκτακτης ανάγκης. Ως εκ τούτου, οι οικογενειακοί ιατροί είναι υπεύθυνοι για την παραπομπή των ασθενών σε άλλα επίπεδα του συστήματος υγείας. Σύμφωνα με την ερμηνευτική δήλωση του νόμου, αυτή η διαδικασία παραπομπής έχει ως στόχο να μειωθεί ο συνωστισμός στα νοσοκομεία, καθώς η πλειονότητα των περιπτώσεων που φτάνουν σήμερα στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων θα αναμενόταν να διεκπεραιωθεί νωρίτερα από δομές της ΠΦΥ. Στο παρακάτω σχήμα 2.3. παρατίθεται μία εικονική η περιγραφή της εφαρμογής του Ν. 4486/2017 στις υπηρεσίες ΠΦΥ στην Ελλάδα:

Σχήμα 2.3.



Πηγή: (Παρουσίαση διάλεξης , Πιερράκος 2021)

Ωστόσο, εκτός από τις παραπάνω αξιόλογες καινοτόμες μεταρρυθμίσεις, (TOMY, Διεπιστημονικές Ομάδες Υγείας, Οικογενειακοί Ιατροί και Συστήματα Παραπομπής) ο Νόμος 4486/2017 προβλέπει και πολλές άλλες καινοτομίες, όπως:

α) Το άρθρο 21 θεσπίζει τον Ατομικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας (ΑΗΦΥ), ο οποίος, υπό την ευθύνη των ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας, καταγράφει όλες τις πληροφορίες που κρίνονται απαραίτητες για την παρακολούθηση, τη θεραπεία, τη νοσηλεία και την ανάρρωση ως αποτέλεσμα της επίσκεψης και της εξέτασης ατόμων. .

β) Μέσω του άρθρου 10, διασφαλίζεται και η δημόσια οδοντιατρική περίθαλψη στη ΠΦΥ. Το οδοντιατρικό τμήμα κάθε κέντρου υγείας διαθέτει μια οδοντιατρική ομάδα που εξετάζει τη στοματική υγεία του υπεύθυνου πληθυσμού.

γ) Η μαιευτική φροντίδα αναβαθμίζεται, με τις μαιές να δίνουν έμφαση στη συμβουλευτική και υποστήριξη για την πρόληψη γυναικολογικών καρκίνων, την εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Σύμφωνα με το άρθρο 12 οι μαιές αποκτούν την δυνατότητα συνταγογράφησης τεστ Παπ.

δ) Σύμφωνα με το άρθρο 13 προβλέπεται αξιοποίηση του επισκέπτη υγείας σκοπός του οποίου είναι να προάγει την υγεία του ατόμου, της οικογένειας, της κοινότητας και του σχολικού πληθυσμού και να μπορεί να ενεργεί σε θέματα ΠΦΥ που αφορούν την κοινότητα.

ε) Με τα άρθρα 12 και 13 επαγγελματίες υγείας, όπως μαιές, νοσηλευτές και επισκέπτες υγείας που υπηρετούν σε δημόσιες δομές ΠΦΥ μπορούν να δημιουργήσουν δίκτυα, τα οποία παρέχουν τη δυνατότητα επικοινωνιακής δράσης τους στην κοινότητα που ανήκει η μονάδα, αλλά και στο ευρύτερο γεωγραφικό πλάτος από τη δομή στην οποία υπηρετούν.

στ) Το άρθρο 20 εισάγει τις έννοιες της δημόσιας λογοδοσίας και του κοινωνικού ελέγχου των μονάδων ΠΦΥ. Η λογοδοσία απαιτεί από έναν ορκωτό ελεγκτή να επανεξετάζει τακτικά τη βιωσιμότητα των οικονομικών καταστάσεων. Ο κοινωνικός έλεγχος επιτυγχάνεται με τον εντοπισμό προβλημάτων κακής λειτουργίας ή κακής διαχείρισης, λαμβάνοντας υπόψη τις απόψεις των πολιτών για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αφενός και διατυπώνοντας συστάσεις για τη βελτίωση της λειτουργίας τους, αφετέρου. Με ηλεκτρονικές έρευνες, οι πολίτες αξιολογούν τις υπηρεσίες που λαμβάνουν σε έρευνες, αλλά και μέσω της διαδικασίας ακρόασης των κοινωνικών φορέων και των πολιτών.

ζ) Το άρθρο 8 ρυθμίζει την ίδρυση και λειτουργία κεντρικού διαγνωστικού εργαστηρίου (ΚΔΕ) για την παροχή εργαστηριακών και απεικονιστικών ιατρικών διαγνωστικών υπηρεσιών στις συνδεδεμένες με αυτό μονάδες υπηρεσιών ΠΦΥ. Η συγκεκριμένη μεταρρύθμιση προσβλέπει στη δυνατότητα αναβάθμισης του εργαστηριακού κλάδου ΡΡΗ για να καλύψει περισσότερες ανάγκες των πολιτών και, τελικά, γιατί όχι με επιτυχία να γίνει ένας εργαστηριακός τομέας πιο ανταγωνιστικός από πλευράς εμπορικών συμφερόντων στον τομέα της εργαστηριακής διάγνωσης.

η) Το άρθρο 9 προβλέπει την ίδρυση και λειτουργία Κέντρων Ειδικής Φροντίδας (ΚΕΦ) για την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών νοσηλευτικής, ειδικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης σε έναν ή περισσότερους πληθυσμούς ευθύνης των ΤΟΠΦΥ. Ενδεικτικές μορφές τέτοιων κέντρων είναι τα οδοντιατρικά και παιδοδοντιατρικά κέντρα, τα φυσικοθεραπευτήρια και τα κέντρα ειδικής αγωγής (Ν. 4486/2017).

### **3. ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΤΟΜΥ.**

#### **3.1. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΤΟΜΥ.**

##### **3.1.1. ΠΩΣ ΚΑΙ ΣΕ ΠΟΙΑ ΕΚΤΑΣΗ ΣΥΖΗΤΗΘΗΚΕ Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΙΣ ΤΟΜΥ.**

Στην Μελέτη του Υπουργείου Υγείας που έγινε το 2020 για την αξιολόγηση της Λειτουργίας των ΤΟΜΥ από την Επιτελική Δομή ΈΣΠΑ του Υπουργείου Υγείας, συλλέχθηκαν 362 απαντήσεις. Η διαδικασία αυτοαξιολόγησης έγινε με τη συμμετοχή όλων των μελών των ΤΟΜΥ που έλαβαν μέρος, αρχικά με ατομικές απαντήσεις επί των ερωτημάτων της έκθεσης, η οποία στέλνονταν ηλεκτρονικά στα μέλη των μονάδων και διοχετευόταν στα μέλη της ομάδας της εκάστοτε μονάδας από τους διοικητικούς υπαλλήλους. Στην συνέχεια η διαδικασία αυτοαξιολόγησης γινόταν, είτε κατά τη διάρκεια προγραμματισμένων συναντήσεων της ομάδας είτε με συγκέντρωση του προσωπικού στο πέρας του ωραρίου εργασίας είτε άμεσα μέσω συνάντησης και τηλεφωνικής επικοινωνίας. Ελέγχθηκαν τα αρχεία δράσεων στους υπολογιστές των δομών και έγιναν συζητήσεις αρχικά ανά κλάδο ειδικότητας ατομικά και έπειτα ομαδικά, όσον αφορά τις διαμορφωμένες απόψεις των εργαζομένων κατά την συνολική διάρκεια της ανάληψης καθηκόντων τους. Το πρότυπο της έκθεσης αυτοαξιολόγησης εστάλη ηλεκτρονικά σε όλα τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, ώστε να γίνει πρώτα ατομικά η επεξεργασία της, κατά την οποία κάθε μέλος της διεπιστημονικής ομάδας των ΤΟΜΥ συμπλήρωσε κατά συνείδηση τη φόρμα αυτοαξιολόγησης και εν συνεχεία γυαλί πραγματοποιούνταν συναντήσεις, για ομαδική συζήτηση και επεξεργασία των ερωτημάτων ώστε να υπάρξει ενοποίηση των απαντήσεων και η σύνθεση και τελική επεξεργασία του κειμένου. Αφού διεξαγόταν η αξιολόγηση, επιβεβαιώνονταν και αξιολογόντουσαν τα ευρήματα και στη συνέχεια καθοριζόταν μια συνάντηση όπου μετά από συζήτηση των επιμέρους ερωτημάτων, οι συνεντευξιαζόμενοι καταλήγανε σε κοινώς αποδεκτά στοιχεία τα οποία χρησιμοποιήθηκαν για την εκπόνηση της συγκεκριμένης μελέτης. Στην έκθεση αυτοαξιολόγησης περιλαμβάνονται τόσο οι καταγραφείσες αποκλίσεις όσο και οι ενδεχόμενες προτάσεις βελτίωσης.

Όλα τα μέλη των ομάδων γίνονται μέτοχοι επειδή η έρευνα συζητείται καλά μεταξύ των μελών κατά τα στάδια επεξεργασίας και σύνταξης, συμβάλλουν ενεργά στη διαμόρφωση του περιεχομένου της και μέσω συνεχούς συζήτησης, υπάρχει συμφωνία για όσα



γράφονται.. Πολλαπλές συζητήσεις μεταξύ μελών των διαφόρων ομάδων TOMY διαφορετικών ειδικοτήτων, καλύπτουν πολλά θέματα, μεταξύ των οποίων, τη σημασία της αξιολόγησης και την ανάγκη ανάδειξης των θεμάτων και των ενεργειών που αντιμετωπίζει η κάθε ομάδα κατά τη διάρκεια της διαδικασίας. Αυτό πρέπει να συνεχιστεί να γίνεται και να ολοκληρώνεται μέσω οργανωμένου σχεδίου, με σκοπό τη συνεχή βελτίωση της δομής. Τα αποτελέσματα των συζητήσεων χρησιμοποιήθηκαν για την ολοκλήρωση της έκθεσης. Οι διοικητικοί υπάλληλοι συνήθως ολοκληρώσαν τη σύνταξη της έκθεσης, η τελική μορφή της οποίας παρουσιάζεται σε όλη την ομάδα σε κάθε TOMY. Για τη σύνταξη της έκθεσης αυτοαξιολόγησης 2018, 2019 και 2020, πραγματοποιήθηκαν συσκέψεις και συναντήσεις μεταξύ των μελών αρκετών TOMY της Ελλάδας και συγκεκριμένα οι TOMY που έλαβαν μέρος στην μελέτη είναι: 2<sup>ης</sup>, 4<sup>ης</sup>, 5<sup>ης</sup> και 6<sup>ης</sup> TOMY, 1<sup>ης</sup> TOMY Σπάρτης, 1<sup>ης</sup> TOMY Κορυδαλλού, 1<sup>ης</sup> TOMY Αιγάλεω, 1<sup>ης</sup> TOMY Βύρωνα, 1<sup>ης</sup> TOMY Κω, 1<sup>ης</sup> TOMY Κιλκίς, 1<sup>ης</sup> και 115<sup>ης</sup> TOMY Χανίων, 5<sup>ης</sup> TOMY Θεσσαλονίκης. Το πρόγραμμα και ο αριθμός των συναντήσεων και των συσκέψεων διαμορφωνόταν ανάλογα με την TOMY με την οποία γινόταν η αξιολόγηση και η διάρκεια των συναντήσεων κυμαινόταν από μία έως πέντε ώρες. Στις συναντήσεις συζητήθηκαν διεξοδικά οι επιμέρους ενότητες της αξιολόγησης, εκφράστηκαν οι απόψεις όλων των μελών της TOMY και εξήχθησαν ομοφώνως τα συμπεράσματα. Επίσης συζητήθηκαν όλες οι παράγραφοι της έκθεσης και συμπληρώθηκαν τα στοιχεία που προέκυψαν αποτυπώνοντας σε αυτά την επικρατούσα άποψη της πλειοψηφίας των μελών της κάθε ομάδας. Υπήρξαν βέβαια και περιορισμοί δεδομένης της έλλειψης χρόνου εξαιτίας των προγραμματισμένων ιατρικών επισκέψεων και του ελάχιστου χρόνου που ενίοτε δινόταν για τη σύνταξη της έκθεσης, καθώς και εξαιτίας των μετακινήσεων του προσωπικού λόγω εκτάκτων αναγκών πανδημίας Covid - 19. Μερικοί επίσης από τους εργαζόμενους έλλειπαν με κανονικές ή αναρρωτικές άδειες. Στις πρώτες συναντήσεις των ομάδων τιθόταν τα θέματα προς συζήτηση και γινόταν μια αρχική ανάλυση και τοποθέτηση των μελών και καταγραφή των απόψεων, κατά την οποία αναλύονταν εκτενώς οι παρεχόμενες υπηρεσίες που άπτονται στο φάσμα των αρμοδιοτήτων της εκάστοτε ειδικότητας, καθώς και οι προτεινόμενοι τρόποι βελτίωσης και περαιτέρω εξέλιξης της δομής. Επίσης, στα στάδια αυτά, συζητιόντουσαν τα στοιχεία και οι διαδικασίες που θα ήταν σκόπιμο να συμπεριληφθούν στην αυτοαξιολόγηση και οι τρόποι επίτευξης μιας συγκεντρωτικής διαδικασίας αποτίμησης της λειτουργικότητας της κάθε μονάδας. Σε δεύτερο χρόνο συντασσόταν ομαδικά η έκθεση χωρίς να παραλείπεται καμία άποψη.. Λαμβάνοντας στοιχεία και ιδέες από όλα τα μέλη της κάθε TOMY, οι διοικητικοί υπάλληλοι συνέτασσαν ένα προσχέδιο πάνω στο οποίο είχε διαβουλευτεί το

σύνολο των μελών, μέχρι την τελική διαμόρφωση του περιεχομένου. Τις περισσότερες φορές υπήρξε κοινός τόπος για όποια αντιφατικά σχόλια, ή διχογνωμίες/διαφωνίες ή διαφορές, με αυτά αποτελούν ευκαιρίες για εσωτερική ανασύνθεση και βελτίωση στην προσωπική και συνολική λειτουργία των μελών των TOMY.

### **3.1.2 ΘΕΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ.**

Στα θετικά στοιχεία της διαδικασίας συγκαταλέγονται η ομαδικότητα ο διάλογος η ανταλλαγή απόψεων και οι κοινοί στόχοι, στοιχεία που συναντήθηκαν πολλές φορές. Όλες οι διεπιστημονικές ομάδες είχαν την ευκαιρία, για γόνιμο διάλογο, ανταλλαγή απόψεων, ανακεφαλαίωση των όποιων προβλημάτων και για έναν εσωτερικό απολογισμό. Η δημοκρατική διαδικασία με ψηφοφορία σε περίπτωση διαφωνίας, η ειλικρινής ανταλλαγή απόψεων και ο ανοιχτός διάλογος ήταν χαρακτηριστικά που έλαβαν μέρος σχεδόν σε όλες τις φάσεις της διαδικασίας. Η αυτοκριτική και ο απολογισμός των πεπραγμένων και των προσφερόμενων υπηρεσιών βοήθησε στην αναγνώριση των δυσλειτουργιών και οδήγησε στην δημιουργία νέων προτάσεων για πιθανές λύσεις και επανακαθορισμό στόχων. Δόθηκε επίσης η ευκαιρία για να συζητηθεί στις διεπιστημονικές ομάδες ο απολογισμός των μέχρι τώρα πεπραγμένων, η δυνατότητα αναστοχασμού και η επισήμανση θετικών και αρνητικών στοιχείων της λειτουργίας της ομάδας της κάθε TOMY που έλαβε μέρος στην μελέτη. Σε κάποιες ομάδες τέθηκαν επίσης στόχοι για μετά την πανδημική εποχή. Μερικοί από αυτούς είναι η διεύρυνση του ωραρίου λειτουργίας εξυπηρέτησης πολιτών, η αλληλοβοήθεια εργαζομένων, π.χ. εξυπηρέτηση έκτακτων περιστατικών από άλλο γιατρό εν τη απουσία του οικογενειακού γιατρού στον οποίο είναι εγγεγραμμένος ο ασθενής, οι ενέργειες πρόληψης και ευαισθητοποίησης του κοινού, η ολιστική και διεπιστημονική αντιμετώπιση περιστατικών, η οργάνωση/συμπλήρωση/ ενημέρωση ηλεκτρονικού φακέλου ασθενή και ιστορικού, η άμεση τηλεφωνική επικοινωνία προσωπικού και πολιτών για διερεύνηση/λύση προβλημάτων και ταχύτερη εξυπηρέτηση κοινού και τέλος η επικέντρωση στον άνθρωπο και όχι στη νόσο μέσω της εξατομικευμένης προσέγγισης.

Σε όλη την διάρκεια της διαδικασίας της μελέτης οι εργαζόμενοι των TOMY έδειξαν θέληση για υποστήριξη μιας δυνατής δομής ΠΦΥ και θέληση για προσπάθεια επίλυσης των προβλημάτων και αναγκών. Σχεδόν όλες τις φορές, υπήρξε σύμπνοια στις σκέψεις, κοινοί στόχοι και συμπεράσματα από τα περισσότερα μέλη των διεπιστημονικών ομάδων. Επίσης μέσα από τη διαδικασία πολλές φορές υπήρξε ενδυνάμωση του πνεύματος

συνεργασίας, ομαδικότητας και συναδελφικότητας των μελών της εκάστοτε TOMY, ενώ έγινε και επαναληπτική επισκόπηση του νομοθετικού πλαισίου λειτουργίας των TOMY γενικότερα. Μέσω ποιοτικών και ποσοτικών αξιολογήσεων για τη διερεύνηση των δυνατοτήτων κάθε TOMY και τον εντοπισμό των αδυναμιών ή ελλείψεων της, καθώς και την αξιολόγηση του ανθρώπινου και υλικού δυναμικού της ομάδας παροχής υπηρεσιών και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, οδήγησε σε θετικά και αρνητικά στοιχεία της κάθε TOMY. Αυτό, οδήγησε με τη σειρά του, σε συζήτηση για τις απαραίτητες βελτιώσεις στη λειτουργία και την ποιότητα των υπηρεσιών, με στόχο την παροχή πιο αποτελεσματικών υπηρεσιών, την ελαχιστοποίηση των λαθών και τη μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων. Τέλος, επισημαίνεται η χρησιμότητα των δεδομένων ηλεκτρονικών αρχείων για την απόκτηση της απαραίτητης ενημέρωσης των πολιτών και η χρησιμότητα του ΑΗΦΥ και η ανάγκη αναβάθμισης του εξοπλισμού και λογισμικού.

### **3.1.3. ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ.**

Ο ανεπαρκής χρόνος προετοιμασίας της έκθεσης, που οφειλόταν τις περισσότερες φορές στην υψηλή επισκευσιμότητα των μονάδων και στον μη επαρκή χρόνο συναντήσεων της διεπιστημονικής ομάδας, ήταν κάποια από τα αρνητικά στοιχεία της διαδικασίας. Αυτή η έλλειψη χρόνου από τα μέλη των διεπιστημονικών ομάδων οδήγησε κάποιες φορές σε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα για τη σύνταξη της έκθεσης αυτοαξιολόγησης της TOMY διότι, σε συνδυασμό με τη μεγάλη προσέλευση του κόσμου υπήρχε ο χρονικός περιορισμός στην συμπλήρωσή τους. Η αξιολόγηση προβλέπεται να γίνεται από το σύνολο των μελών της κάθε TOMY, οπότε η αξιολόγηση αποτελεί προϊόν συμβιβασμού πολλές φορές δισταμένων απόψεων, γεγονός που οδηγούσε σε αποκλίσεις στη βαθμολόγηση της διαδικασίας. Υπήρξαν επίσης και μη κατανοητές ή δυσνόητες ερωτήσεις, που δυσκόλευαν τα μέλη της ομάδας να δώσουν σαφείς απαντήσεις καθώς παρατήρησαν, ότι πολλά από τα ερωτήματα που περιέχονται στην έκθεση αυτό αξιολόγησης είναι διατυπωμένα με ασαφή ή επαναλαμβανόμενο τρόπο. Επίσης υπήρξε κάποια δυσπραγία ανταλλαγής πληροφοριών μεταξύ των επαγγελματιών λόγω φόρτου εργασίας εξαιτίας της πανδημίας κορονοϊού SARS-Cov-2. Το γεγονός αυτό οδήγησε σε αρνητική χρονική συγκυρία και έλλειψη feedback.

Ένα από τα κύρια αρνητικά της διαδικασίας είναι η υποστελέχωση επαγγελματιών υγείας όπως ιατρικό προσωπικό και παραϊατρικοί, η έλλειψη κοινωνικών λειτουργών και

επισκεπτών υγείας. Χαρακτηριστικά, σε κάποια από τις εξεταζόμενες δομές υπήρχε ένας γιατρός για 2250 ασθενείς και ένας παιδίατρος για 1500 παιδιά, με ανεπαρκή χρονική διάρκεια επισκέψεων 15 λεπτών και 20 λεπτών. Αυτό δείχνει μία ανισοκατανομή του νοσούντος πληθυσμού στους γιατρούς στις TOMY και μικρή διάρκεια ιατρικής επίσκεψης. Υπήρξε επίσης και ελλιπής εξοπλισμός καθώς και έλλειψη κατάλληλων επαρκών χώρων για την στέγαση των TOMY. Κάποιες φορές επίσης φάνηκε η αδυναμία ορισμού ηλεκτρονικού ραντεβού καθώς υπήρχε μια τηλεφωνική γραμμή και ένας υπάλληλος για κανονίσει ραντεβού για πάνω από 6000 εγγεγραμμένους.

Οι εργαζόμενοι που έλαβαν μέρος στη μελέτη, κατά ένα πολύ μεγάλο μέρος, εμφάνισαν ανασφάλεια σε σχέση με το μη μόνιμο της εργασίας καθώς και εξαιτίας της αργοπορίας εκ μέρους της κεντρικής υπηρεσίας για την έγκριση επιδομάτων. Αυτά τα στοιχεία συν τη μη ικανοποιητική μισθολογική και βαθμολογική εξέλιξη του ιατρικού προσωπικού οδηγούσαν σε εργασιακό άγχος το προσωπικό των TOMY. Επίσης λόγω έλλειψης οικονομικών πόρων, υπήρχε δυσκολία στην κάλυψη εξόδων μετακίνησης για δράσεις καθώς και δυσκολίες για την πραγματοποίηση δράσεων στο σχολικό περιβάλλον και στην κοινότητα. Για τις κατ' οίκον επισκέψεις και θεραπείες φάνηκε να υπάρχει μια έλλειψη πλαισίου που δυσκόλευε την ομάδα να ξεκινήσει δράσεις.

Αρνητικά στοιχεία υπήρχαν επίσης και όσον αφορά τις κτιριακές εγκαταστάσεις αρκετών μονάδων. Ανεπαρκείς χώροι, στενοί διάδρομοι πρόσβασης στη μονάδα, δυσκολία στο παρκάρισμα, μικρή αίθουσα αναμονής, έλλειψη κλιματισμού στο χώρο αναμονής, έλλειψη ηλεκτρονικών υπολογιστών για εξυπηρέτηση των πολιτών, ελλιπές εγκαταστάσεις και υποδομές, έλλειψη προτζέκτορα για χρήση σε δράσεις, έλλειψη χώρου/εξεταστήριο και έλλειψη λειτουργικού WC, ήταν μερικά από τα αρνητικά στοιχεία που παρατηρήθηκαν. Στον ιατρικό εξοπλισμό επίσης, κάποιες φορές υπήρχαν σημαντικές ελλείψεις όπως έλλειψη καρδιογράφου ή οξυμέτρου κ.α.

Παρατηρήθηκε επίσης έλλειψη εκπαίδευσης των γιατρών σχετικά με την ολοκληρωμένη χρήση της εφαρμογής του οικογενειακού γιατρού στην ΗΔΙΚΑ.. Η πανδημία λόγω SARS Cov-2 με λοκ ντάουν από το Μάρτιο του 2020, επηρέασε τον τρόπο λειτουργίας των TOMY μειώνοντας τον αριθμό των δράσεων τους. Υπήρξαν προβλήματα με τον ηλεκτρονικό φάκελο καθώς και περιορισμένη διασύνδεση με άλλες δομές υγείας όπως η δευτεροβάθμια, γεγονός το οποίο μειώνει πολύ το έργο των TOMY.

### 3.1.4. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ.

Μέσα από την διαδικασία της αυτοαξιολόγησης, έγιναν και προτάσεις για την βελτίωση της διαδικασίας. Αυτές οι προτάσεις αφορούσαν κυρίως την προσαρμογή της φόρμας αξιολόγησης στις ειδικές συνθήκες εργασίας που επέβαλε η πανδημία covid 19, την πληρέστερη και καλύτερη πληροφόρηση για τον τρόπο συμπλήρωσης με περισσότερο σαφείς ερωτήσεις και όχι αλληλοκαλυπτόμενες, καθώς και την επιμόρφωση των στελεχών στα θέματα αξιολόγησης. Προτάθηκε επίσης, να υπάρχει περισσότερη σαφήνεια στις ερωτήσεις της εσωτερικής αξιολόγησης με αλλαγή της δομής του τύπου των απαντήσεων, δηλαδή για κάποιες ερωτήσεις αντί για ναι ή όχι, θα ήταν πιο χρήσιμο να περιείχαν «πολύ», «αρκετά», «λίγο», «καθόλου» ή κλίμακα αξιολόγησης. Προτάθηκε να υπάρξει δημιουργία ατομικών αυτό-αξιολογήσεων, ερωτηματολόγια κοινού καθώς και να υπάρχουν ξεχωριστά ερωτήματα για την κάθε ειδικότητα των μελών της TOMY και να απαντώνται αρμοδίως και στη συνέχεια να γίνεται κατηγοριοποίηση των θετικών και αρνητικών στοιχείων ανά τμήμα π.χ. ιατρικό, νοσηλευτικό κ.τ.λ. Επίσης θα ήταν ενισχυτικό, αντίστοιχη διαδικασία αυτοαξιολόγησης να πραγματοποιείται ανά δίμηνο ή εξάμηνο έτσι ώστε να εξοικειωθεί το προσωπικό με την διαδικασία αφού έχει πρώτα προηγηθεί ατομική εσωτερική αυτοαξιολόγηση. Στο πλαίσιο αυτό, έγινε μια άλλη πρόταση ότι η αξιολόγηση των TOMY στην αρχική φάση του προγράμματος θα πρέπει να εξετάζεται σε 2 φάσεις. Η πρώτη περίοδος θα περιλαμβάνει το τέλος του πρώτου έτους λειτουργίας της και η δεύτερη περίοδος θα είναι η δεύτερη περίοδος. Αυτό κρίθηκε απαραίτητο για να μπορούσαμε να συγκρίνουμε την αποτίμηση των έργων που παρήγαγε η TOMY σε 2 διαφορετικές περιόδους και έτσι να ξεκαθαρίσουμε τη συνολική ικανότητα της TOMY, ώστε να μην δοθεί μια πιθανώς εσφαλμένη εικόνα της πραγματικής της ικανότητας. Τέλος, θα πρέπει να υπάρχει περισσότερος χρόνος για την συμπλήρωση των αξιολογήσεων με ατομικά ερωτηματολόγια για κάθε μέλος της ομάδας και καθορισμός συγκεκριμένων και χρονικά οριοθετημένων στόχων, με ευδιάκριτους και μετρήσιμους δείκτες αποδοτικότητας.

Η διαδικασία πλήρους εσωτερικής αξιολόγησης είναι μια διαδικασία εξαιρετικά βοηθητική για την διασφάλιση παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας στους πολίτες. Θα πρέπει να εφαρμόζεται κάθε χρόνο και να αναδεικνύονται τα προβλήματα και οι ελλείψεις. Η προϊσταμένη αρχή θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις επισημάνσεις προτάσεις που προκύπτουν από τη διαδικασία και να προβαίνει σε μεταρρυθμίσεις προς όφελος των ωφελούμενων πολιτών. Η διαδικασία αυτοαξιολόγησης θα ήταν ενδεχομένως, πιο

ευέλικτη με τη χρήση ηλεκτρονικής πλατφόρμας στην οποία θα έχουν πρόσβαση όλοι οι υπάλληλοι για την ανώνυμη καταχώρηση της άποψής τους.

### **3.2. ΣΤΟΧΟΘΕΣΙΑ ΤΩΝ ΤΟΜΥ: ΠΟΙΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΡΟΥΝ ΑΠΟΤΡΕΠΤΙΚΑ Ή ΑΝΑΣΤΑΛΤΙΚΑ ΣΤΗΝ ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΤΩΝ ΣΤΟΧΩΝ.**

Μέσα από τη διαδικασία αυτοαξιολόγησης, φανερώθηκαν επίσης ποιοι παράγοντες δρουν αποτρεπτικά ή ανασταλτικά στην επίτευξη των στόχων των ΤΟΜΥ. Η υποστελέχωση των δομών, η λειτουργία μόνο της πρωινής βάρδιας ορισμένων δομών, η έλλειψη υποδομών και κτιριακών εγκαταστάσεων και η έλλειψη ιατροτεχνολογικού και υλικοτεχνολογικού εξοπλισμού είναι μερικοί από αυτούς τους παράγοντες. Επίσης ο πληθυσμός ευθύνης που αντιστοιχεί ανά γιατρό της κάθε ΤΟΜΥ, είναι άνισος και οδηγεί πολλές φορές, παρά την προσπάθεια του ιατρικού προσωπικού, σε μειωμένη ποιότητα παροχής υγείας. Ο προβληματισμός για την αβέβαιη και βραχεία λειτουργία των ΤΟΜΥ και η μη ύπαρξη του συνολικού αριθμού των γιατρών όπως προβλέπεται στην υπουργική απόφαση σε συνδυασμό με την έλλειψη χρηματοδότησης για τις δράσεις που πρέπει να γίνουν, δρουν σαν τροχοπέδη στην λειτουργία των ΤΟΜΥ. Επιπλέον υπάρχει και η παγιωμένη νοοτροπία πολλών εγγεγραμμένων που πιστεύουν ότι τα ΤΟΜΥ εκτελούν μόνο συνταγογραφήσεις τύπου ΙΚΑ. Στην συνέχιση αυτής της παγιωμένης νοοτροπίας συμβάλλει πολλές φορές και η έλλειψη χώρου στέγασης που οδηγεί σε συστέγαση με το κέντρο υγείας με αποτέλεσμα να υπάρχει σύγχυση στους ΛΥΥ, όπως επίσης και η έλλειψη χρηματοδότησης για την σωστή ενημέρωση και αντίληψη των πολιτών ως προς τον θεσμό και τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, λόγω του νεότευκτου του θεσμού, το οποίο σημαίνει ότι απαιτείται χρόνος και δράσεις έτσι ώστε να γίνει γνωστή η λειτουργία των ΤΟΜΥ.

Η μικρή χρονική διάρκεια των ραντεβού και οι χρονοβόρες γραφειοκρατικές διαδικασίες όπως και η έλλειψη επιστημονικής καθοδήγησης και εκπαίδευσης σε θέματα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και συνεργασίας των πολιτών δυσκόλευαν επιπλέον το έργο των ΤΟΜΥ. Όπως είπαμε και παραπάνω, η έλλειψη χρηματοδότησης για δράσεις π.χ. όπως υλικού ή αφισών ή λογότυπου ΤΟΜΥ και η έλλειψη χρηματοδότησης για εξοπλισμό γυαλί υλικό-τεχνολογικό όπως πολύπριζα, διακλάδωσης καλωδίων και συστήματα προβολής ενημερωτικού δράσεων όπως βιντεοπροβολέα, δεν επέτρεπαν σε πολλά ΤΟΜΥ να λειτουργήσουν ολοκληρωτικά σύμφωνα με τις δυνατότητές τους.

Με αφορμή την πανδημία πολλοί από το προσωπικό των TOMY μετακινήθηκαν σε άλλες υπηρεσίες σε κέντρα υγείας ή σε νοσοκομεία με αποτέλεσμα να υπάρξουν επιπλέον ελλείψεις σε ιατρονοσηλευτικό προσωπικό από το πρώτο τρίμηνο του 2020. Επιπλέον η τήρηση των μέτρων προστασίας λόγω της πανδημίας, απέτρεψε τους λήπτες υγείας να επισκεφτούν δια ζώσης γιατρούς, νοσηλευτές αλλά και κοινωνικό λειτουργό και γενικότερα δομές υγείας.

Σε μερικές περιπτώσεις αν και δεν υπήρχαν επίσημα διατυπωμένοι στόχοι στις TOMY, δεν παρατηρείται αξιοσημείωτη απόκλιση των στόχων που επιδιώκει η κάθε TOMY από τους επίσημα διατυπωμένους στόχους της ΠΦΥ. Η επίτευξη των στόχων θεωρείται ιδιαίτερα ικανοποιητική με βάση το προσωπικό και τις υποδομές που διαθέτει όμως θα πρέπει να αναφερθεί ότι την αποστολή των TOMY δυσχεραίνουν: 1) Η έλλειψη επαρκούς στελέχωσης της δομής (γενικοί γιατροί παιδίατροι) 2) δεν πραγματοποιούνται επισκέψεις στον τόπο κατοικίας των ασθενών 3) έλλειψη προγραμμάτων εκπαίδευσης του προσωπικού 4) Ελλείψεις σε συστήματα και εφαρμογές πληροφορικής που σχετίζονται με λειτουργίες TOMY (ΗΔΙΚΑ) 5) μικρός χρόνος ιατρικών ραντεβού μέσα στον οποίο περιλαμβάνεται η λήψη ιατρικού ιστορικού, η κλινική εξέταση, η χορήγηση συνταγής ή και παραπεμπτικών εξετάσεων, ιατρικών συστάσεων οδηγιών για πρόληψη ή αντιμετώπιση νοσημάτων και η συμπλήρωση του ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου 6) έλλειψη υποδομών και κτιριακών εγκαταστάσεων και 7) έλλειψη χρηματοδότησης για δράσεις-παρεμβάσεις. Όλα αυτά έρχονται σε αντίθεση με το όραμα ποιοτικής προσφοράς στις TOMY στον ωφελούμενο πληθυσμό, καθώς ο οικογενειακός γιατρός πέραν των άλλων πρέπει να έχει τον χρόνο να αναδείξει τυχόν κοινωνικά προβλήματα που είναι συχνά στις ευάλωτες ομάδες και να τα παραπέμπει στην κοινωνική λειτουργό της ομάδας.

### **3.2.1. ΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ TOMY**

Ανεξάρτητα από την ασφαλιστική κάλυψη, οι δωρεάν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η άμεση πρόσβαση σε αποδέκτες υγειονομικής περίθαλψης και η γρήγορη, υψηλής ποιότητας υγειονομική περίθαλψη είναι μερικά από τα πλεονεκτήματα της λειτουργίας TOMY. Η ομαδικότητα, η συνεργατικότητα, η γνώση αντικειμένου και ο επαγγελματισμός οδηγούν στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών, σε αποτελεσματικό συντονισμό και σε μια ανθρωποκεντρική προσέγγιση. Με την ανθρωποκεντρική προσέγγιση που είναι ένας από τους κύριους στόχους της λειτουργίας των TOMY υπάρχει

η προσωπική επαφή και αμεσότητα με τους ασθενείς, δημιουργείται σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα στο προσωπικό και τους ωφελούμενους και δίνεται έμφαση στην πρόληψη και τη γρήγορη ανίχνευση των προβλημάτων υγείας των ΛΥΥ σε προ συμπτωματικό στάδιο. Επιπλέον, η διεπιστημονική προσέγγιση των ωφελούμενων, τα προγράμματα αγωγής υγείας στον πληθυσμό, η δυνατότητα συνεργασιών με λοιπούς φορείς και δομές καθώς και ο ενεργός ρόλος της κοινωνικής υπηρεσίας αποτελούν πρωτόγνωρο γεγονός για δομή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Η γρήγορη και φιλική εξυπηρέτηση από επιστημονικό προσωπικό με υψηλά ακαδημαϊκά προσόντα και χρόνια εμπειρία, διεπιστημονικές διασυνδέσεις ομάδων, εξυπηρέτηση ευάλωτων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, παροχή συμβουλών και υποστήριξη σε άτομα και οικογένειες και η αποκεντρωμένη φύση της δομής είναι μερικά από τα επιπλέον θετικά των ΤΟΜΥ. Όλα αυτά οδηγούν στην αποσυμφόρηση του νοσοκομείου από ασθενείς που χρήζουν υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας όπως συνταγογράφηση, εμβολιασμό και την ιατρική εξέταση σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας σε ευπαθείς ομάδες και ΑΜΕΑ, πλέον και με την άυλη συνταγογράφηση, προγραμματισμός προληπτικών εξετάσεων αιματολογικές ακτινολογικές κ.α. Η δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης μεταξύ ΛΥΥ και προσωπικού των ΤΟΜΥ και η ανθρωποκεντρική προσέγγιση συστηματικής παρακολούθησης από διεπιστημονική ομάδα καθώς και η παραπομπή του εγγεγραμμένου πληθυσμού σε κατάλληλες κατά περίπτωση δομές και φορείς υγείας, βοηθούν επιπλέον την αποσυμφόρηση της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.

Τα καθήκοντα ασκούνται πάντα μέσα στο ισχύον θεσμικό πλαίσιο για βέλτιστη, δωρεάν, καθολική, κατάλληλη, αποτελεσματική, ποιοτική και ανθρωποκεντρική υγειονομική περίθαλψη. Θετικοί παράγοντες είναι επίσης οι επιτυχημένες παρεμβάσεις και δράσεις για την προαγωγή της υγείας των οικογενειών, των χώρων εργασίας, των σχολικών μονάδων και της ευρύτερης κοινότητας και για τη διασφάλιση της προσβασιμότητας και της πληροφόρησης των πληθυσμών ευθύνης. Η καθιέρωση οργανωσιακής κουλτούρας, η ολιστική και ποιοτική ανθρωποκεντρική φροντίδα των ληπτών υγείας δίνοντας έμφαση εκτός από την παρακολούθηση στην αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων και όχι απλά στη συνταγογράφηση φαρμακευτικής αγωγής, καθώς και στην πρόληψη και σε θέματα που άπτονται της δημόσιας υγείας π.χ. εμβολιασμοί, συνηγορούν στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. Όλα αυτά υποστηρίζονται από διατήρηση αρχείου από το νοσηλευτικό προσωπικό και καταγραφή αρχείου περιστατικών από την κοινωνική λειτουργό, πολύ



καλή μηχανοργάνωση και εφαρμογή αυτοματοποιημένων διαδικασιών στην γραμματεία. Η δημιουργία ατομικού ιατρικού φακέλου υγείας αποδεικνύεται πως είναι απαραίτητη για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας και τη διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας του ασθενή.

Κατά την διάρκεια της πανδημίας Covid-19, στα πλαίσια της λειτουργίας ΠΦΥ, τα TOMY εμφάνισαν άμεση εξυπηρέτηση ωφελούμενων και καθοδήγηση σε πιθανά κρούσματα Covid -19 κάνοντας παρακολούθηση επιβεβαιωμένων κρουσμάτων με ήπια συμπτώματα που δεν χρήζουν νοσηλείας κατόπιν σύστασης του ΕΟΔΥ, γεγονός που βοήθησε στην αποσυμφόρηση των τακτικών ραντεβού στα νοσοκομεία και υποκατάσταση σε μεγάλο βαθμό των κλειστών τακτικών ιατρικών λόγω Covid-19. Έγινε καθιέρωση πρωτοκόλλου βάσει οδηγιών για την μείωση διασποράς του κορονοϊού και εξέταση των ενδεχόμενων κρουσμάτων σε διαφορετικό χώρο, τήρηση των μέτρων ατομικής προστασίας και χρήση μάσκας από το προσωπικό πριν ακόμα γίνει υποχρεωτική, εφαρμογή διαφορετικού τρόπου λειτουργίας λόγω κορονοϊού με χρήση άυλης συνταγογράφησης, προκειμένου να αποφευχθεί ο συγχρωτισμός και η φυσική παρουσία ασθενών πολύ υψηλού κινδύνου και γενικότερα τηρήθηκαν αυστηρά από την αρχή της πανδημίας έως και σήμερα όλα τα μέτρα κατά της πανδημίας. Τέλος, γίνεται τηλεφωνική επικοινωνία και όταν κρίνεται αναγκαίο και δια ζώσης αξιολόγηση με διαρκείς ενημερώσεις για την αλλαγή κατευθυντήριων οδηγιών του ΕΟΔΥ, των επιστημονικών φορέων και του ιατρικού συλλόγου και προσαρμογή τους στη λειτουργία της δομής.

### **3.2.2. ΑΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ TOMY**

Η έλλειψη ιατρικού προσωπικού και προσωπικού γενικότερα, η έλλειψη πληροφοριακών δομών και η διενέργεια περιορισμένου αριθμού δράσεων στην κοινότητα λόγω των έκτακτων μέτρων αποφυγής και διάδοσης του κορονοϊού αποτέλεσαν μερικά από τα αδύνατα σημεία της λειτουργίας των TOMY. Η πανδημία μετέβαλε τις δράσεις στην κοινότητα, καθώς αφενός δεν κατέστη δυνατή η πραγματοποίηση αυτών που είχαν προγραμματιστεί προς εφαρμογή, και αφετέρου επηρεάστηκε η πραγματοποίηση δράσεων από τους εναπομείναντες επαγγελματίες υγείας, είτε λόγω της αναγκαιότητας παραμονής

τους εντός της δομής για τη διατήρηση της εύρυθμης λειτουργίας της είτε εξαιτίας της μετακίνησης τους σε άλλες μονάδες υγείας προς κάλυψη έκτακτων αναγκών με αποτέλεσμα να περιοριστεί η παροχή υπηρεσιών κάλυψης στους λήπτες υπηρεσιών υγείας λόγω της λήψης γενικευμένων μέτρων για την αντιμετώπισή της πανδημίας.

Ένα μεγάλο πρόβλημα αποτέλεσε η μη εφαρμογή της κατ οίκον φροντίδας υγείας, κυρίως λόγω έλλειψης νομοθετικού πλαισίου αλλά και λόγω έλλειψης χρηματοδότησης για τις μετακινήσεις του προσωπικού και υλικοτεχνικού εξοπλισμού. Επίσης υπάρχει μεγάλη αναντιστοιχία του αριθμού των διαθέσιμων οικογενειακών γιατρών των δομών σε σχέση με το σύνολο του γενικού πληθυσμού που πρέπει να εξυπηρετηθεί και απουσία του θεσμού σε δυσπρόσιτες και απομακρυσμένες περιοχές γεγονός που μειώνει το έργο των ΤΟΜΥ. Άλλα αδύνατα σημεία αποτέλεσαν το μη επαρκές διαθέσιμο έντυπο ενημερωτικό υλικό και η ανεπάρκεια ιατρικού εξοπλισμού. Επιπλέον η έλλειψη καθηκοντολογίου και η ανισοβαρής κατανομή ρόλων καθώς και η γραφειοκρατία δράσεων και έλλειψη πόρων για την υλοποίησή τους, είχαν αρνητικό αντίκτυπο στις παρεμβάσεις που έκανε κάθε ΤΟΜΥ. Υπήρξε επίσης ανασφάλεια σε σχέση με το μέλλον της κάθε δομής καθώς πολλοί εξυπηρετούμενοι ρωτούν αν και ποτέ θα καταργηθούν οι ΤΟΜΥ. Το χαλαρό θεσμικό νομοθετικό πλαίσιο (π.χ. έχει παρατηρηθεί ότι πολίτες που έχουν επιλέξει συγκεκριμένο οικογενειακό ιατρό, σε σύντομο χρονικό διάστημα και πριν το πέρας του εξαμήνου, ζητούν άλλο οικογενειακό ιατρό κατά βούληση ακόμα και σε διαφορετική Τοπική Ομάδα Υγείας), η απουσία υποχρεωτικής παραπομπής σε ειδικό ιατρό και σε δομές δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας και τα ίσα εργασιακά δικαιώματα με τους αντίστοιχους συναδέλφους των Κέντρων Υγείας (π.χ μεταφορά κανονικής άδειας στο επόμενο έτος, οι συμβάσεις εργασίας της Ομάδας Υγείας είναι ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου και όχι αόριστου χρόνου) οδηγούν σε εργασιακό στρες των εργαζομένων και άρα πιθανή μείωση της αποδοτικότητάς τους.

Η αδυναμία πρόσβασης στον ατομικό ιατρικό φάκελο υγείας και η απουσία ηλεκτρονικής διασύνδεσης εμπλεκόμενων φορέων όπως είναι η ηλεκτρονική διασύνδεση μεταξύ πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς και η αδυναμία εξαγωγής θανάτων από τις λίστες των οικογενειακών γιατρών προς απελευθέρωση θέσεων και κατάληψης αυτών από πολίτες που έχουν εκδηλώσει την επιθυμία να εγγραφούν, δυσχεραίνουν περισσότερο το έργο τους. Σε αυτό βέβαια, μερικές φορές συνηγορεί και το γεγονός ότι υπάρχει έλλειψη εκπαίδευσης των γιατρών σχετικά με την ολοκληρωμένη χρήση της εφαρμογής του Οικογενειακού ιατρού στην ΗΔΙΚΑ καθώς και η μη πρόσβαση

του νοσηλευτικού προσωπικού στον ΑΗΦΥ, ώστε να διευκολύνεται το έργο της δομής και η ολιστική προσέγγιση στις παρεχόμενες υπηρεσίες.. Επιπλέον, δεν υπάρχει ελαστικότητα στο πρόγραμμα λόγω αυξημένου αριθμού τακτικών ραντεβού οπότε δημιουργείται πρόβλημα με τη διαχείριση των έκτακτων περιστατικών ειδικά τους χειμερινούς μήνες με τις αυξημένες λοιμώξεις και πολύ λίγος χρόνος μεταξύ των ραντεβού έτσι ώστε να υπάρχει ολιστική παρακολούθηση και εξέταση του ασθενή. Πιο συγκεκριμένα ένα αρνητικό στοιχείο που αναφέρθηκε αρκετές φορές ήταν η πίεση χρόνου λόγω μικρής διάρκειας των ραντεβού (15') που δεν επιτρέπει την ποιοτική παροχή ιατρικών υπηρεσιών προαγωγής υγείας και πρόληψης.

Τέλος η έλλειψη υποδομών και κτιριακών εγκαταστάσεων αποτελούν ένα από τα βασικά αρνητικά της λειτουργίας των ΤΟΜΥ. Πολλές φορές παρατηρήθηκε η ακαταλληλότητα κτιρίου λόγω χωροταξικής διαρρύθμισης χώρου και έλλειψη επάρκειας χώρων για το προσωπικό ανά τμήμα και κατ'επέκταση έλλειψη τήρησης απορρήτου της ατομικής συνάντησης του εξυπηρετούμενου με τον γιατρό ή την κοινωνική λειτουργό. Η ελλιπής κτιριακή και τεχνική υποδομή οδήγησε πολλές φορές σε συστέγαση με άλλες υπηρεσίες όπως το Κέντρο Υγείας της περιοχής, με αποτέλεσμα να δημιουργείται σύγχυση στους πολίτες για το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών από τα ΤΟΜΥ καθώς και συνωστισμός στους χώρους της δομής.

### **3.3. ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΤΟΜΥ.**

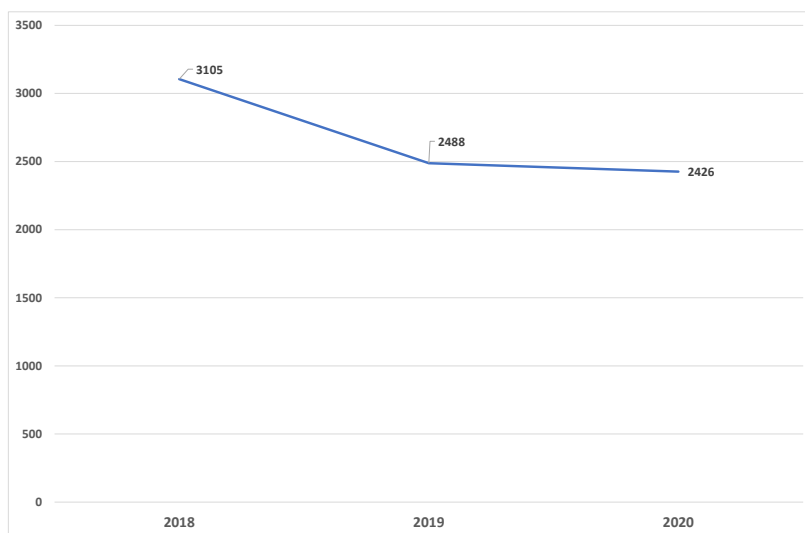
Στην συνέχεια θα κάνουμε μετά ανάλυση μίας ήδη υπάρχουσας μελέτης του Υπουργείου Υγείας που έχει γίνει για την αξιολόγηση των ΤΟΜΥ στην Ελλάδα και αφορά 362 ερωτηματολόγια σε τρεις περιόδους 2018, 2019 και 2020. Στην συγκεκριμένη μελέτη θα γίνει ανάλυση τόσο των ποσοτικών όσο και των ποιοτικών δεδομένων. Από τα ποσοτικά δεδομένα, προκύψαν τα παρακάτω διαγράμματα/γραφήματα:

### **Γραφήμα 1. Αριθμός TOMY ανά ΥΠΕ**

	2018	2019	2020
1η ΥΠΕ	12	11	11
2η ΥΠΕ	18	20	20
3η ΥΠΕ	20	19	20
4η ΥΠΕ	13	13	13
5η ΥΠΕ	14	15	16
6η ΥΠΕ	29	33	31
7η ΥΠΕ	12	10	12
	118	121	123

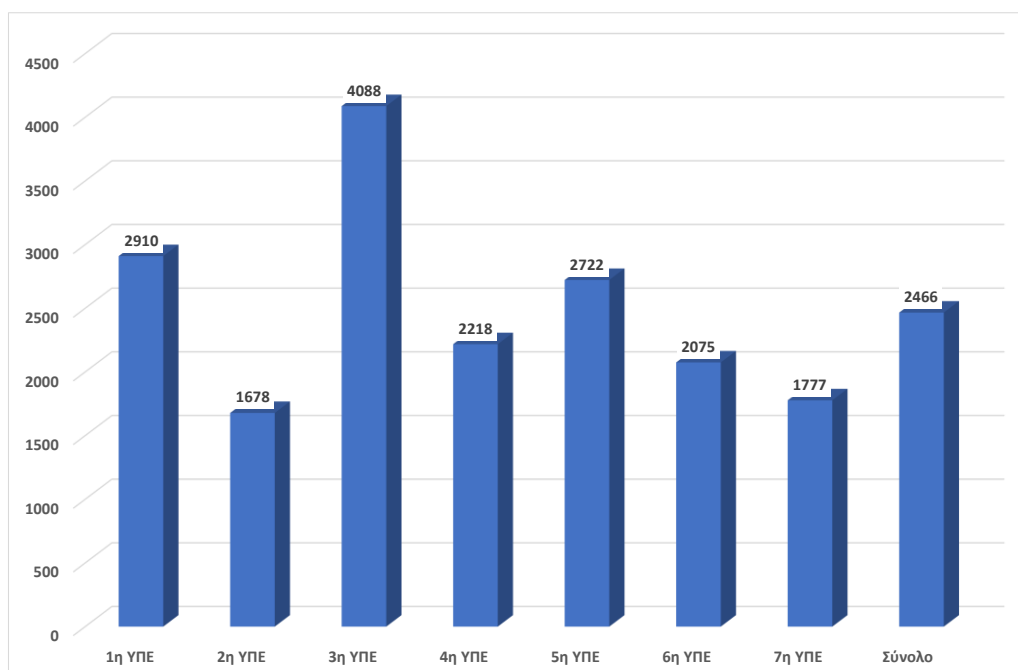
Στο γράφημα 1. βλέπουμε την κατανομή των TOMY ανά έτος από το 2018 έως το 2020 και ανά υγειονομική υπηρεσία. Βλέπουμε ότι ενώ ξεκίνησαν με 118 TOMY με στόχο να φτάσουν τα 232 εντέλει μέσα σε δύο χρόνια προστέθηκαν μόνο πέντε TOMY ακόμα.

### **Γράφημα 2. Μέση τιμή συνόλου εγγεγραμμένου πληθυσμού ανά TOMY**



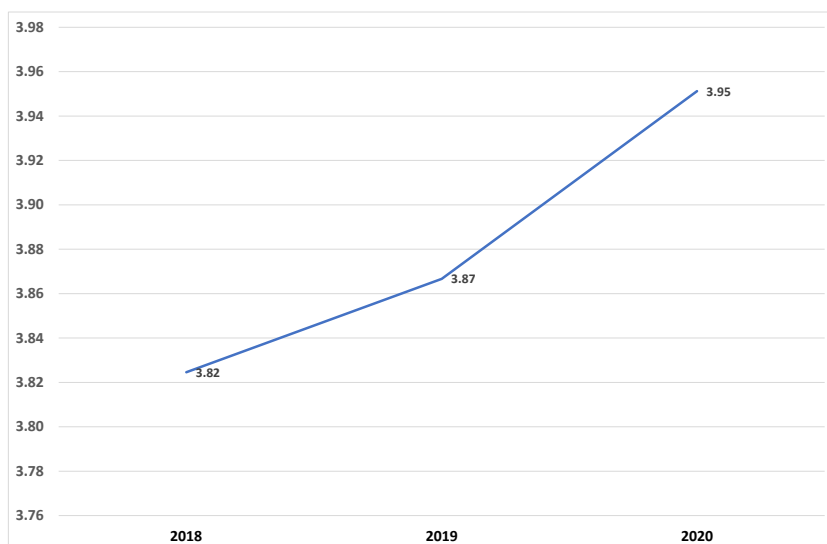
Στο γράφημα 2. Φαίνεται πως το ποσοστό του εγγεγραμμένου πληθυσμού στα TOMY από την δημιουργία τους έως το 2020 είχε πτωτική πορεία και αυτό δικαιολογείται με όσα έχουν αναφερθεί παραπάνω.

**Γράφημα 3. Μέση τιμή συνόλου εγγεγραμμένου πληθυσμού στην τριετία 2018-2020 ανά ΥΠΕ**



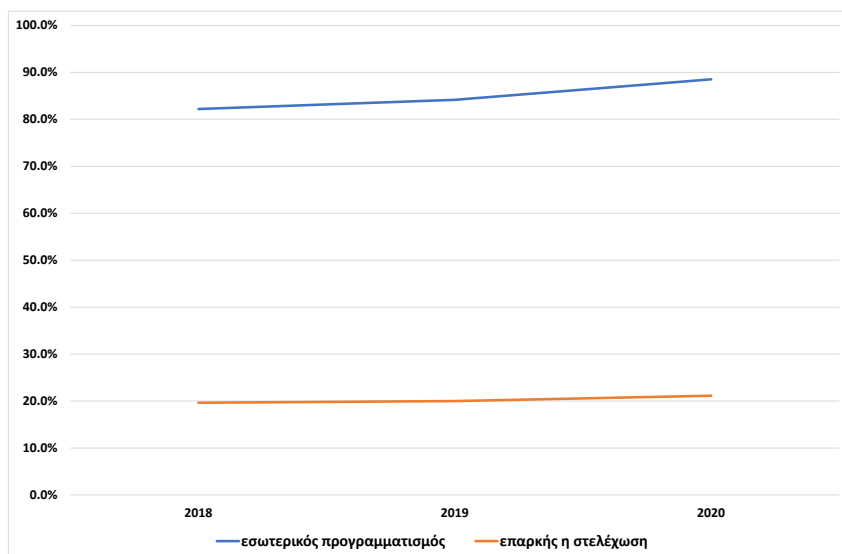
Στο παραπάνω γράφημα φαίνεται η κατανομή του συνόλου του εγγεγραμμένου πληθυσμού ανά υγειονομική περιφέρεια με την 3<sup>η</sup> ΥΠΕ που αφορά την Περιφέρεια της Μακεδονίας να έχει τις περισσότερες εγγραφές και να την ακολουθεί η 1<sup>η</sup> ΥΠΕ της Αθήνας.

**Γράφημα 4. Χρηστικό πλαίσιο λειτουργίας**



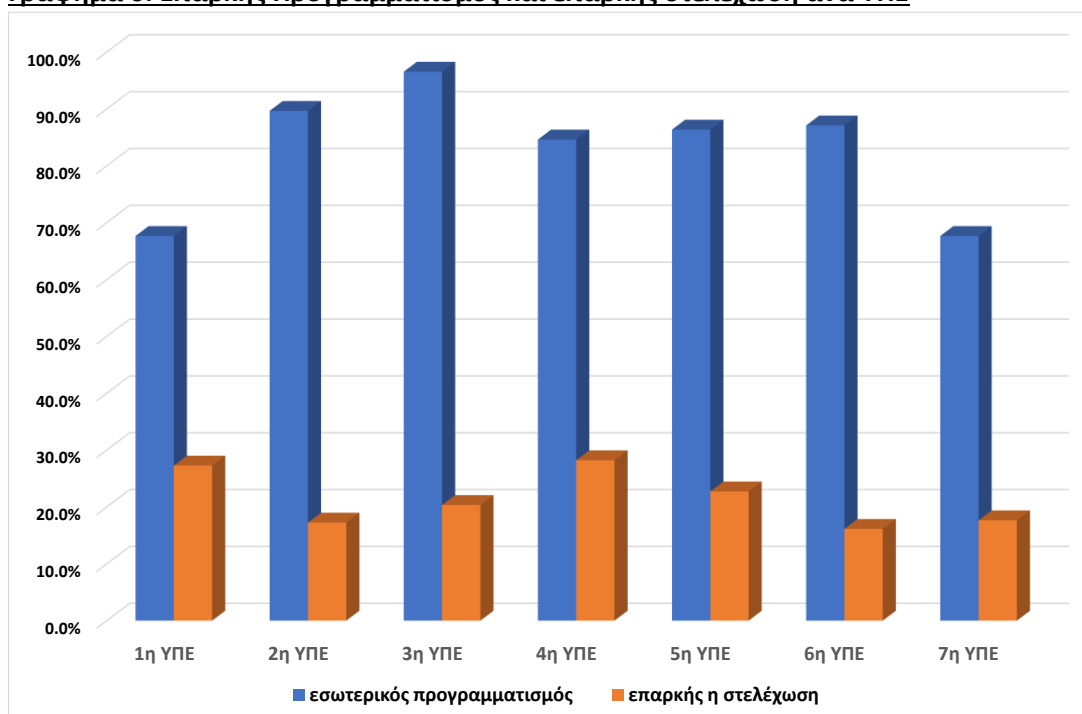
Στο παραπάνω γράφημα φαίνεται μια ανοδική πορεία σε ότι αφορά το χρηστικό πλαίσιο λειτουργίας των ΤΟΜΥ καθώς όπως διαπιστώνεται και από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αλλά και από τις κυβερνητικές τοποθετήσεις υπάρχει συνεχώς μια προσπάθεια για καλύτερευση της ποιότητας των παροχών υγείας που δίνονται από τα ΤΟΜΥ.

**Γράφημα 5. Αξιολόγηση της επάρκειας του προγραμματισμού και της στελέχωσης από 2018-2020**



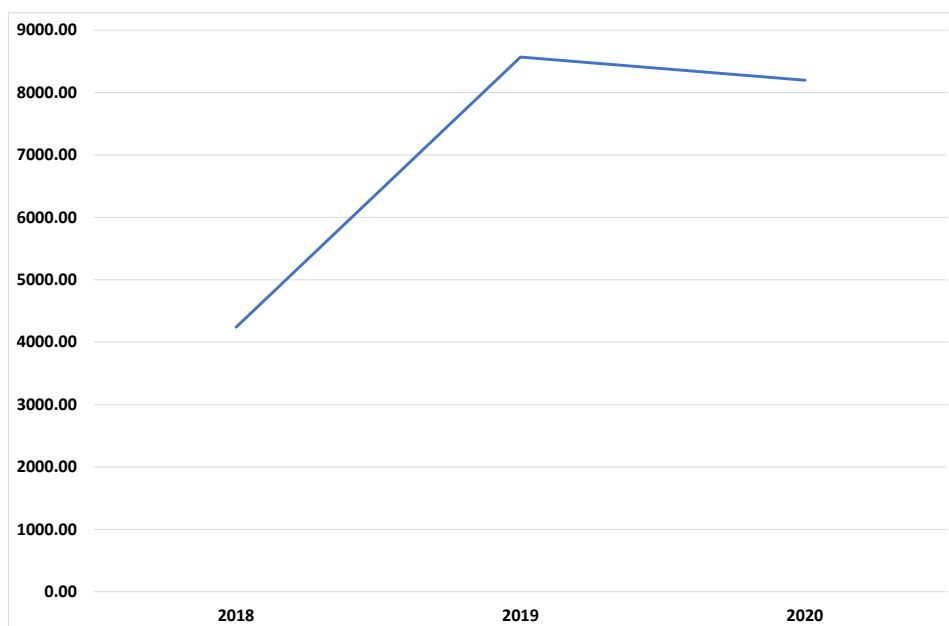
Ο εσωτερικός προγραμματισμός μέσα από τους εργαζόμενους των ΤΟΜΥ είναι σε καλά επίπεδα από το ξεκίνημα των και συνεχίζει να έχει μια ανοδική πορεία. Σε αντίθεση η επαρκής στελέχωση είναι σε πολύ κακά επίπεδα τα οποία δεν αλλάζουν παρά τις ανάγκες που υπάρχουν.

**Γράφημα 6. Επαρκής Προγραμματισμός και επαρκής στελέχωση ανά ΥΠΕ**



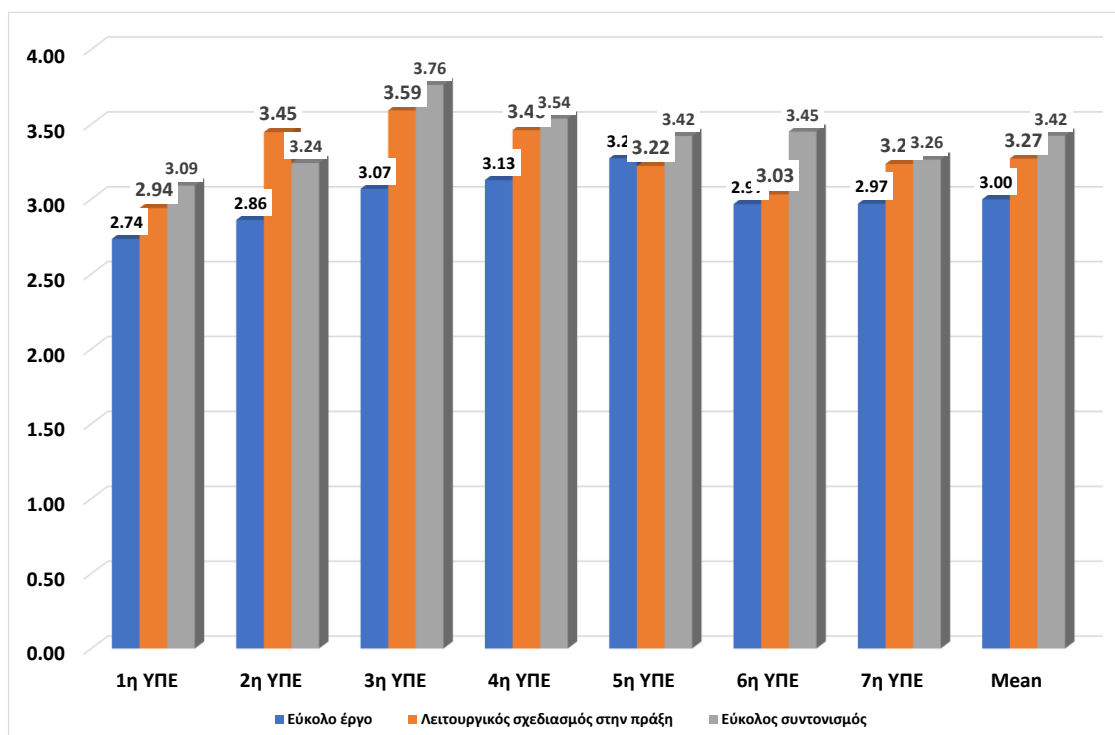
Σε συνέχεια του γραφήματος 5, στο παραπάνω γράφημα βλέπουμε και πάλι την 3<sup>η</sup> ΥΠΕ να βρίσκεται πρώτη στον εσωτερικό προγραμματισμό (ίσως εκεί να οφείλονται και τα αυξημένα ποσοστά εγγεγραμμένου πληθυσμού) ενώ η 1<sup>η</sup> και η 4<sup>η</sup> ΥΠΕ έχει την πρώτη θέση όσον αφορά την επαρκή στελέχωση, η οποία όμως δεν ξεπερνάει το 20% των υπαρχουσών αναγκών.

**Γράφημα 7. Μέση τιμή ιατρικών επισκέψεων κατ' έτος**



Οι ιατρικές επισκέψεις ξεκίνησαν με 4000 το 2018 φτάνοντας στην κορυφή των 8.500 το 2019 για να κρατήσουν μια πτωτική πορεία στην συνέχεια, αποτέλεσμα μάλλον, της έλλειψης προσωπικού.

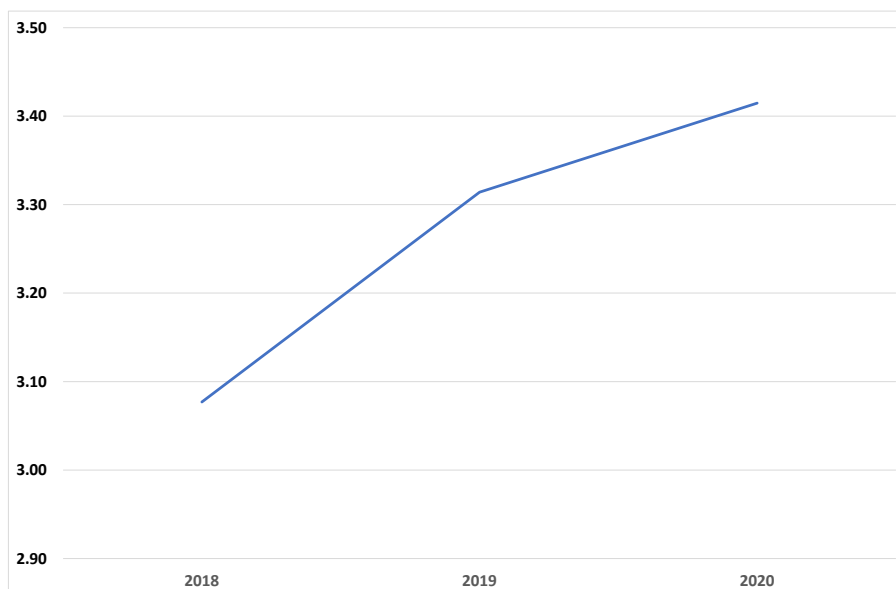
**Γράφημα 8. Συνολική αξιολόγηση Λειτουργικού Σχεδιασμού στην πράξη, ευκολία έργου και ευκολία συντονισμού συνολικά την τριετία 2018-2020 ανά ΥΠΕ .**



Βλέπουμε σε αυτό το γράφημα ότι όλες οι ΥΠΕ εκτός από την 5<sup>η</sup> έχουν χαμηλότερα αποτελέσματα όσον αφορά την ευκολία του έργου. Αυτό πιθανώς να οφείλεται στην έλλειψη προσωπικού και κτιριακών εγκαταστάσεων, πρόβλημα που ακόμα υφίσταται. Στην συνέχεια

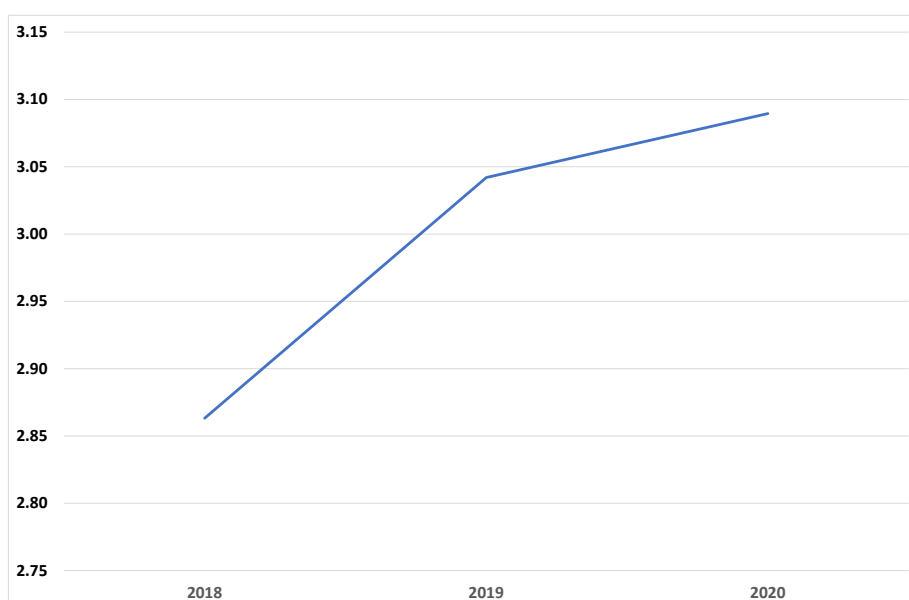
βλέπουμε ότι πολλές ΥΠΕ δυσκολευτήκαν και με το λειτουργικό σχεδιασμό στην πράξη ενώ σε καλύτερα επίπεδα βρίσκεται η ευκολία του συντονισμού.

### **Γράφημα 9. Εύκολος λειτουργικός Σχεδιασμός στην πράξη**



Ο λειτουργικός σχεδιασμός στην πράξη ξεκίνησε το πρώτο έτος λειτουργίας των ΤΟΜΥ το 2018, σε αρκετά καλό επίπεδο ενώ στη συνέχεια και με την εμπειρία που αποκτιόταν ανέβαινε σε καλύτερα επίπεδα τα επόμενα έτη.

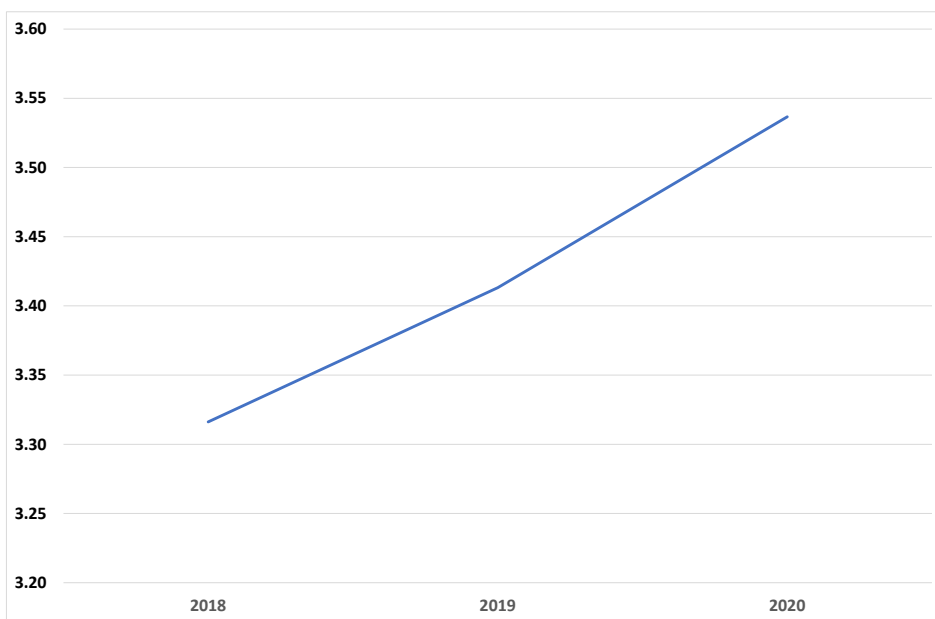
### **Γράφημα 10: Πόσο εύκολο το έργο σας;**



Στην ερώτηση πόσο εύκολο θεωρούν το έργο τους οι εργαζόμενοι στα ΤΟΜΥ διαπιστώνουμε πάλι μια ανοδική πορεία από το 2018 έως το 2020, γεγονός που μπορεί να οφείλεται στην απόκτηση μεγαλύτερης εμπειρίας και διόρθωσης τυχόν παραλείψεων κατά τα πρώτα έτη λειτουργίας.

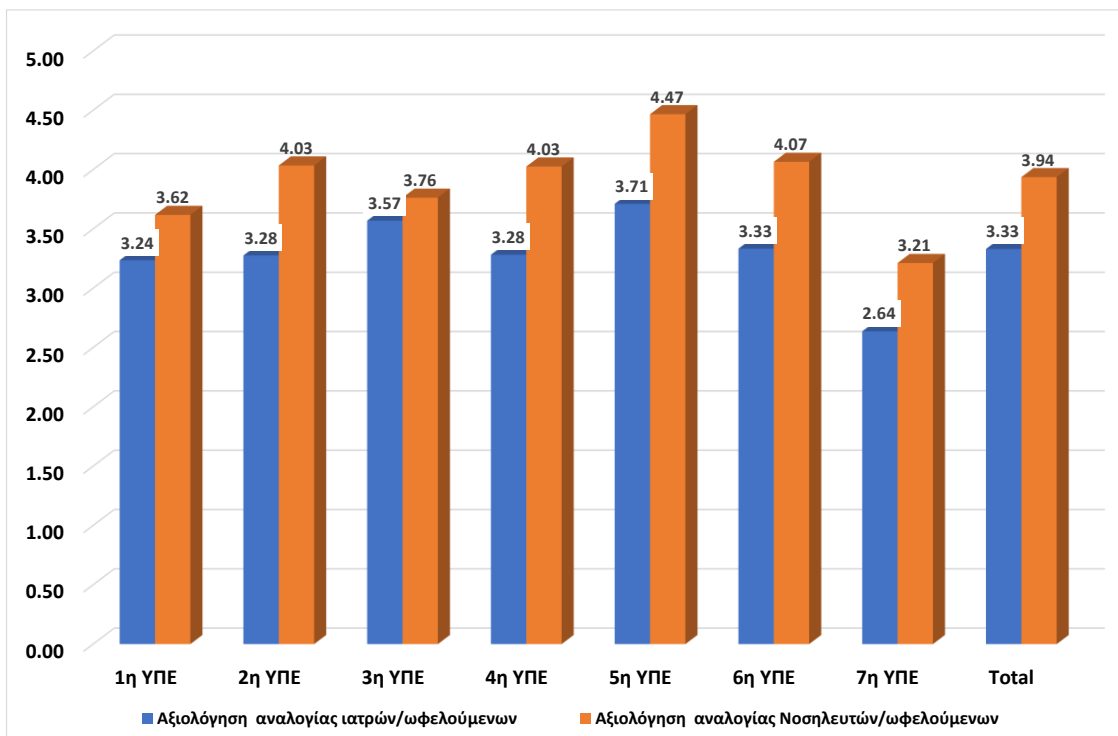


### Γράφημα 11: Εύκολος συντονισμός



Και εδώ διαπιστώνουμε για άλλη μία φορά την ανοδική πορεία που εμφανίζει και ο εύκολος συντονισμός των λειτουργιών των ΤΟΜΥ μέσα στην τριετία.

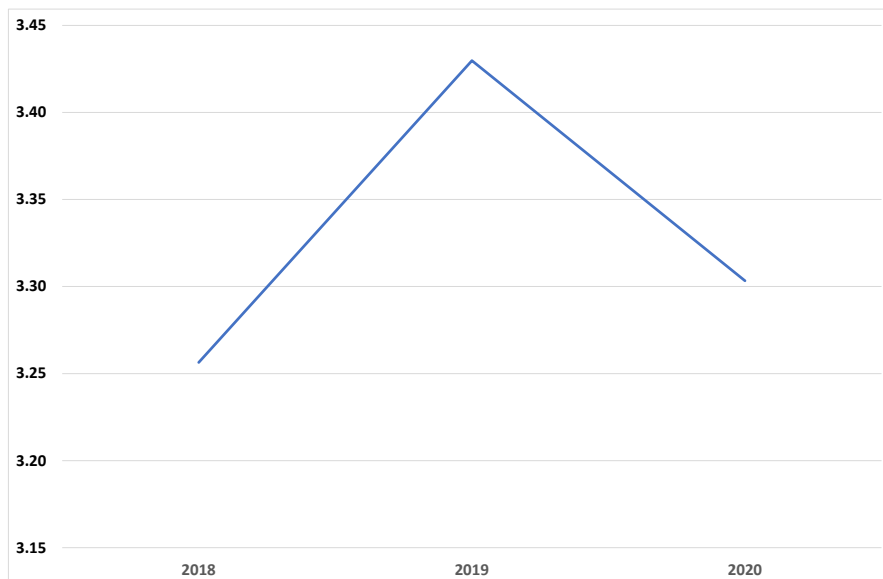
### Γράφημα 12: Αξιολόγηση αναλογίας Ιατρών και Νοσηλευτών ως προς τους ωφελούμενους με βάση την εγγεγραμμένο πληθυσμό



Φαίνεται σε αυτό το γράφημα ότι η αναλογία γιατρών/ωφελούμενων βρίσκεται σε χαμηλότερα επίπεδα από ότι η αναλογία νοσηλευτών/ωφελούμενων και συγκεκριμένα στην 7<sup>η</sup> ΥΠΕ τα ποσοστά και των δύο ομάδων είναι αρκετά χαμηλά. Διαπιστώνεται λοιπόν ότι σύμφωνα με τον

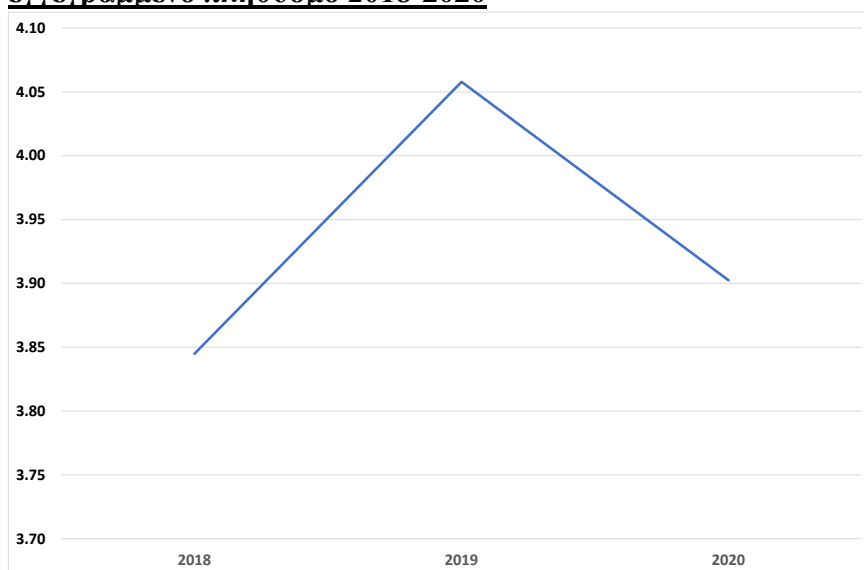
εγγεγραμμένο πληθυσμό, ειδικά οι γιατροί είναι αρκετά λιγότεροι και δεν αρκούν για να καλύψουν όλο τον πληθυσμό της κοινότητας.

**Γράφημα 13: Αξιολόγηση αναλογίας Ιατρών ωφελουμένων με βάση την εγγεγραμμένο πληθυσμό 2018-2020**



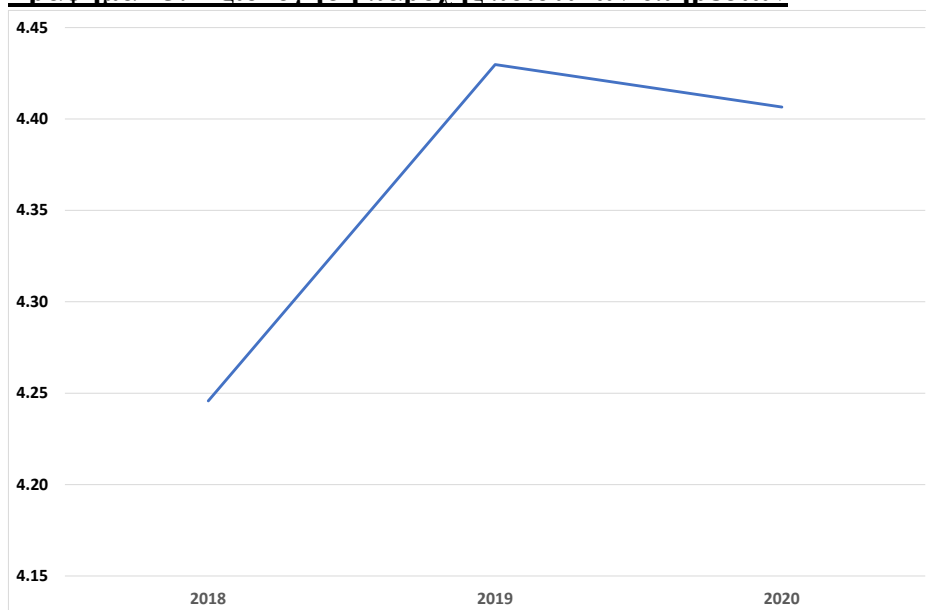
Εδώ διαπιστώνεται πως ενώ έγινε μία προσπάθεια αρχικά να προσληφθούν περισσότεροι γιατροί για να καλύψουν τον εγγεγραμμένο πληθυσμό, από το 2019 και μετά υπάρχει μείωση της αναλογίας άρα και μείωση των εργαζόμενων γιατρών στα ΤΟΜΥ ή αύξηση του εγγεγραμμένου πληθυσμού χωρίς την ανάλογη αύξηση προσλήψεων ιατρικού προσωπικού, με αποτέλεσμα οι γιατροί να μην φτάνουν να καλύψουν τις ανάγκες του πληθυσμού.

**Γράφημα 14: Αξιολόγηση αναλογίας Νοσηλευτών ωφελουμένων με βάση την εγγεγραμμένο πληθυσμό 2018-2020**



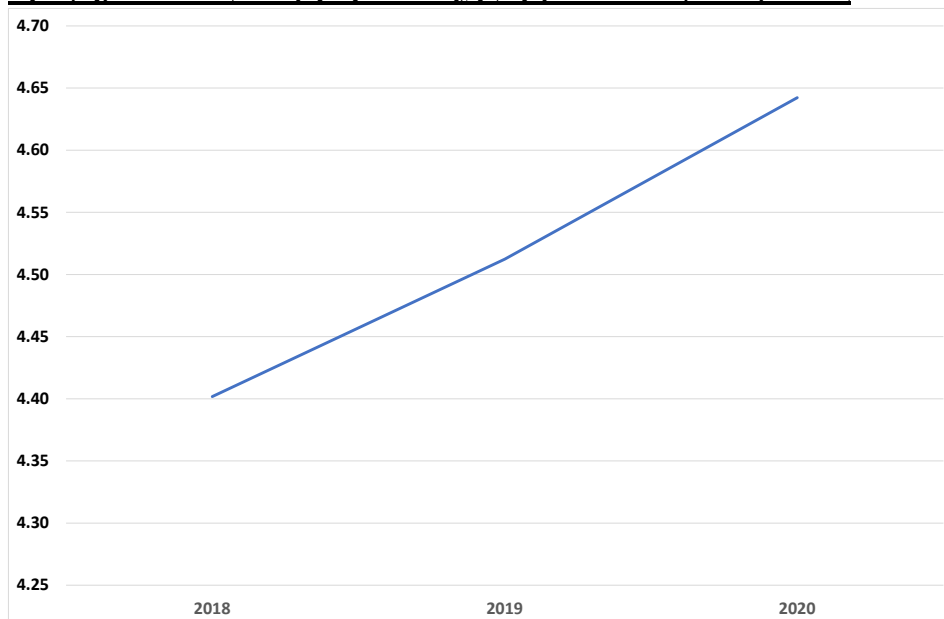
Το ίδιο ακριβώς παρατηρείται και με την αναλογία νοσηλευτών προς εγγεγραμμένο πληθυσμό.

**Γράφημα 15: Αξιολόγηση παροχής ποιοτικών υπηρεσιών**



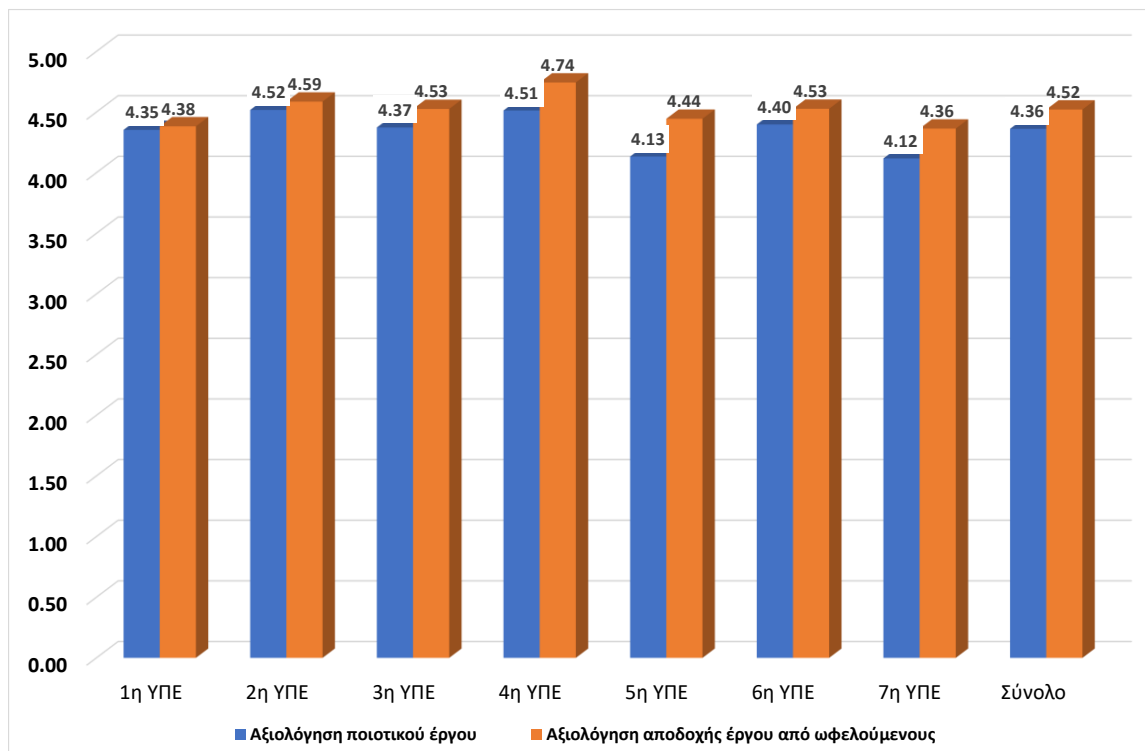
Στην ερώτηση που έγινε στους εργαζόμενους των ΤΟΜΥ όσον αφορά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, οι απαντήσεις τους δείχνουν μία ανοδική πορεία για τον πρώτο χρόνο λειτουργίας των ΤΟΜΥ, ενώ στην συνέχεια από το 2019 και μετά παρατηρούμε μία πτωτική πορεία της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

**Γράφημα 16: Αξιολόγηση αποδοχής έργου από ωφελούμενους**



Η αξιολόγηση του έργου που προσέφεραν οι εργαζόμενοι των ΤΟΜΥ από τους ωφελούμενους, έχει μία ανοδική πορεία από το 2018 έως το 2020.

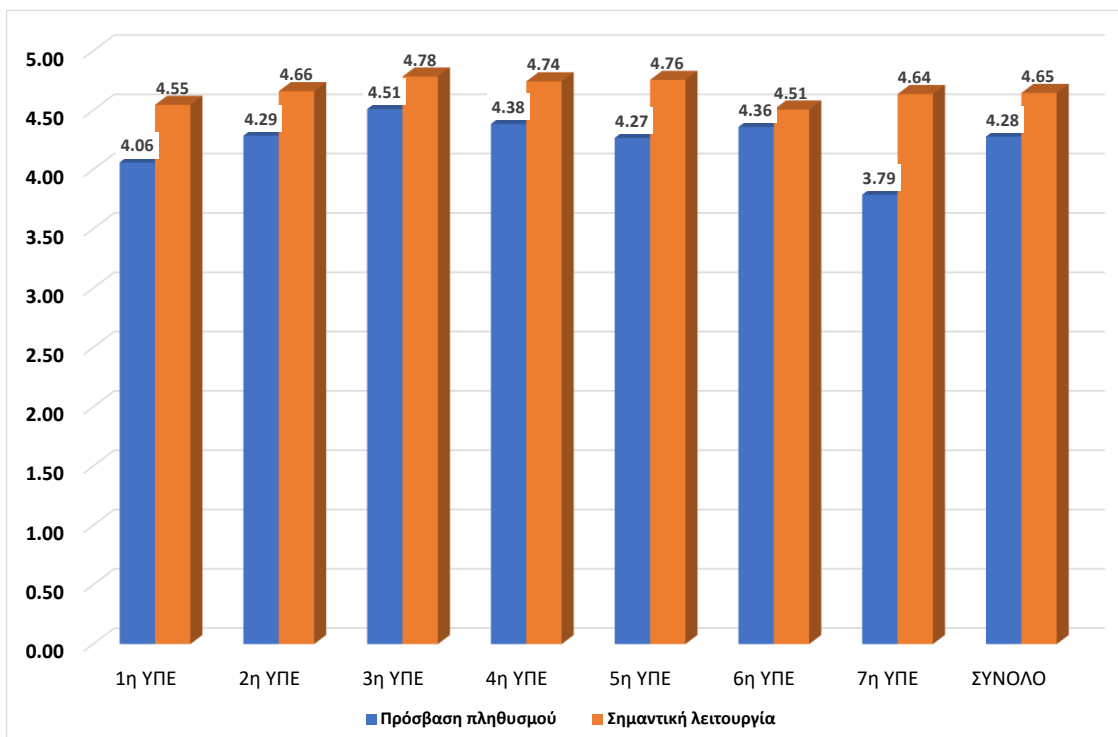
**Γράφημα 17: Αξιολόγηση παροχής ποιοτικών υπηρεσιών και αποδοχή έργου από ωφελούμενους**



Στην συνέχεια οι εργαζόμενοι ερωτήθηκαν για την αξιολόγηση ποιοτικού έργου και την αξιολόγηση αποδοχής του έργου τους από τους ωφελούμενους. Οι απαντήσεις τους μοιράστηκαν ανά ΥΠΕ που ανήκαν. Έτσι σε αυτό το γράφημα διαπιστώνουμε ότι σε όλες τις ΥΠΕ

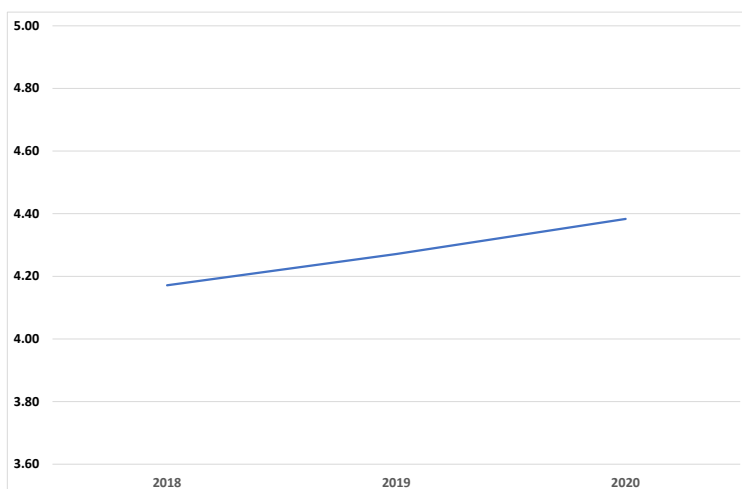
της Ελλάδας τα ποσοστά και των δυο παραμέτρων κινούνται σχεδόν στα ίδια επίπεδα με περιθώριο βελτίωσης.

**Γράφημα 18: Αξιολόγηση υποστήριξης πρόσβασης μέσω TOMY στις υπηρεσίες υγείας και σημαντική λειτουργία των TOMY για τον πληθυσμό ανά ΥΠΕ**



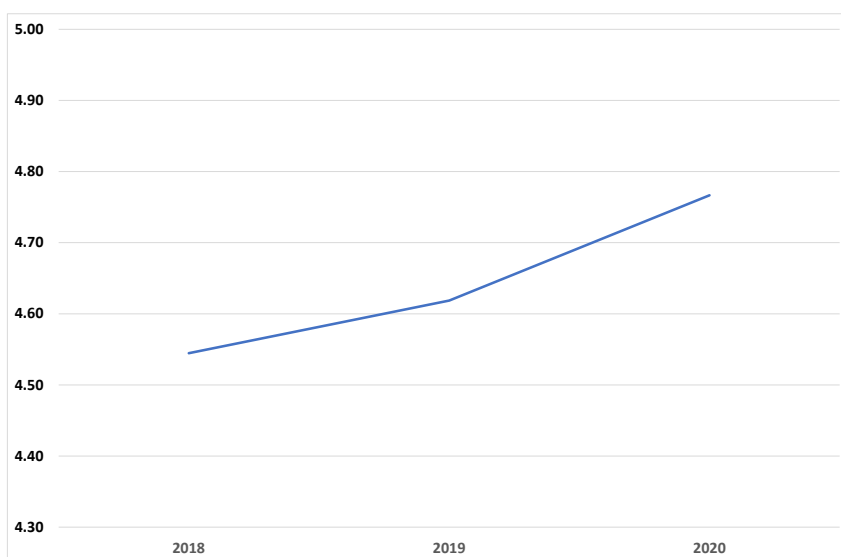
Η πρόσβαση μέσω των TOMY στις υπηρεσίες υγείας (gatekeeping) βρίσκεται σε αρκετά καλά επίπεδα με περιθώριο βελτίωσης ειδικά στην 7<sup>η</sup> ΥΠΕ. Επίσης διαπιστώνεται για μία ακόμη φορά πόσο σημαντική θεωρούν την λειτουργία των TOMY για τον πληθυσμό, οι εργαζόμενοι των TOMY.

**Γράφημα 19: Αξιολόγηση υποστήριξης πρόσβασης στο διάστημα 2018-2020**



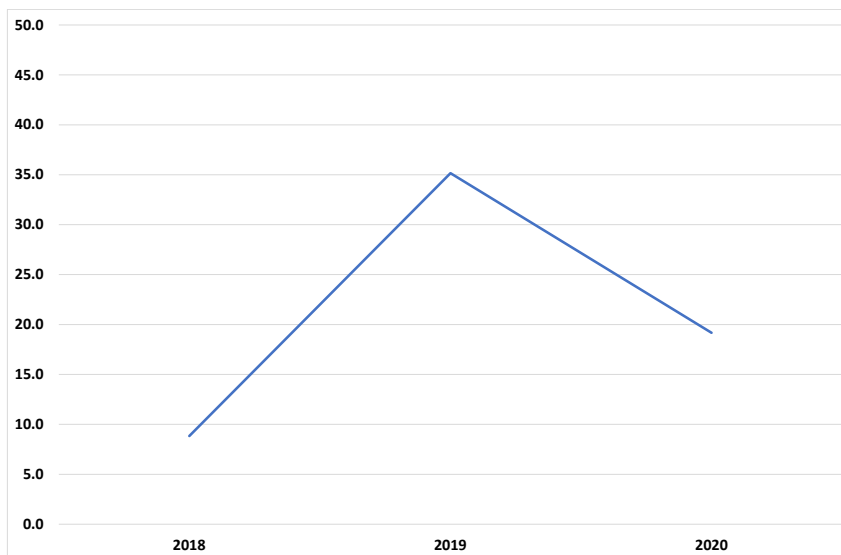
Στην ερώτηση για την αξιολόγηση υποστήριξης στην πρόσβαση στα TOMY, φαίνεται να υπάρχει μία ανοδική πορεία από την αρχή έως το τέλος της τριετίας. Παρ' όλα αυτά όμως, η υποστήριξη φαίνεται να κυμαίνεται σε αρκετά χαμηλά επίπεδα, σχεδόν στο μισό της κλίμακας.

**Γράφημα 20: Αξιολόγηση ως προς τη σημαντική λειτουργία των TOMY για τον πληθυσμό ανά ΥΠΕ στο διάστημα 2018-2020**



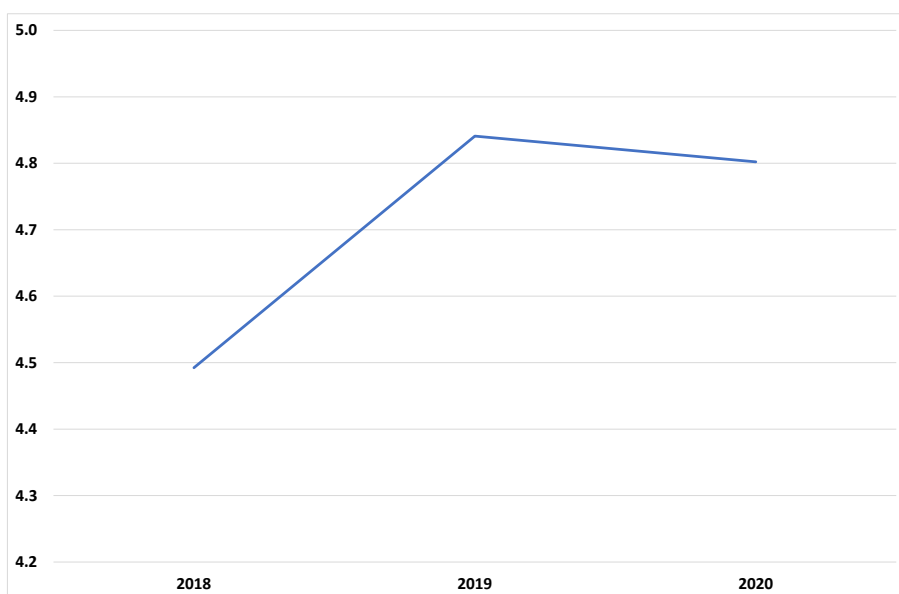
Η αξιολόγηση που έγινε από τους εργαζόμενους για την σημαντικότητα της λειτουργίας των TOMY, εμφανίζει ανοδική πορεία από το 2018 έως το 2020.

**Γράφημα 21: Μέσος Συνολικός αριθμός δράσεων**



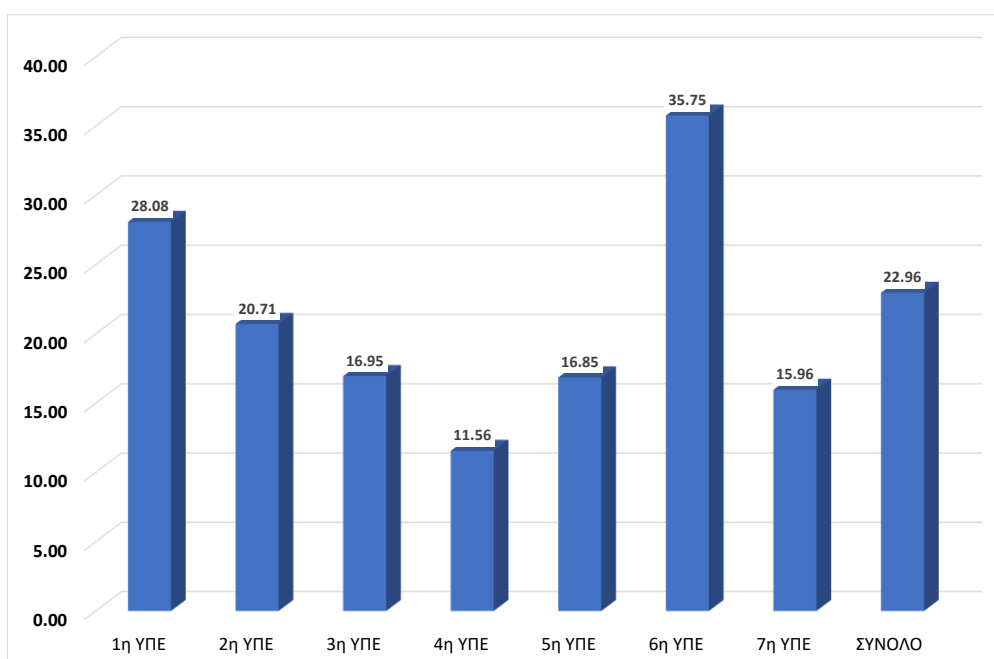
Σε αυτό το γράφημα φαίνεται πως ενώ το 2018 έχουμε μεγάλη αύξηση του συνολικού αριθμού των δράσεων στην κοινότητα με κορυφή το 2019, στην συνέχεια και κυρίως το 2020 διαπιστώνεται μεγάλη πτώση του αριθμού των δράσεων, το πιθανότερο λόγω της πανδημίας COVID-19.

## Γράφημα 22: Αξιολόγηση συνεργασίας με Φορείς



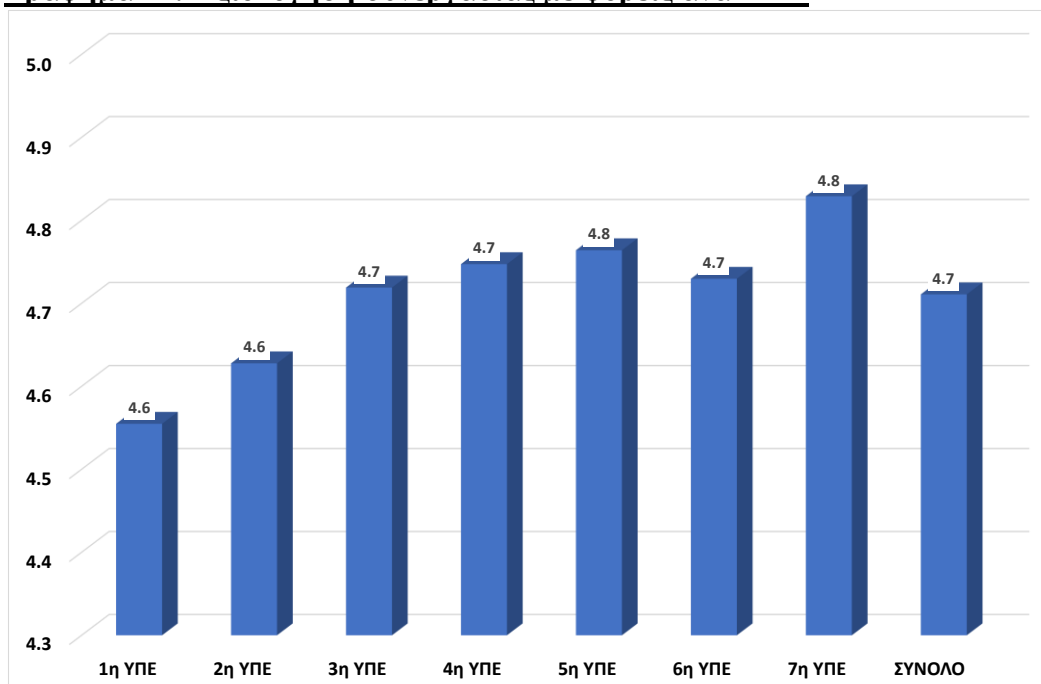
Η αξιολόγηση της συνεργασίας με τους υπόλοιπους φορείς φαίνεται να εμφανίζει ανοδική πορεία από την αρχή λειτουργίας των ΤΟΜΥ μέχρι και το 2019. Στην συνέχεια όμως η καμπύλη εμφανίζεται στάσιμη με μικρή πτωτική κλίση για τα έτη 2019 και 2020.

## Γράφημα 23: Μέσος συνολικός αριθμός δράσεων ανά ΥΠΕ



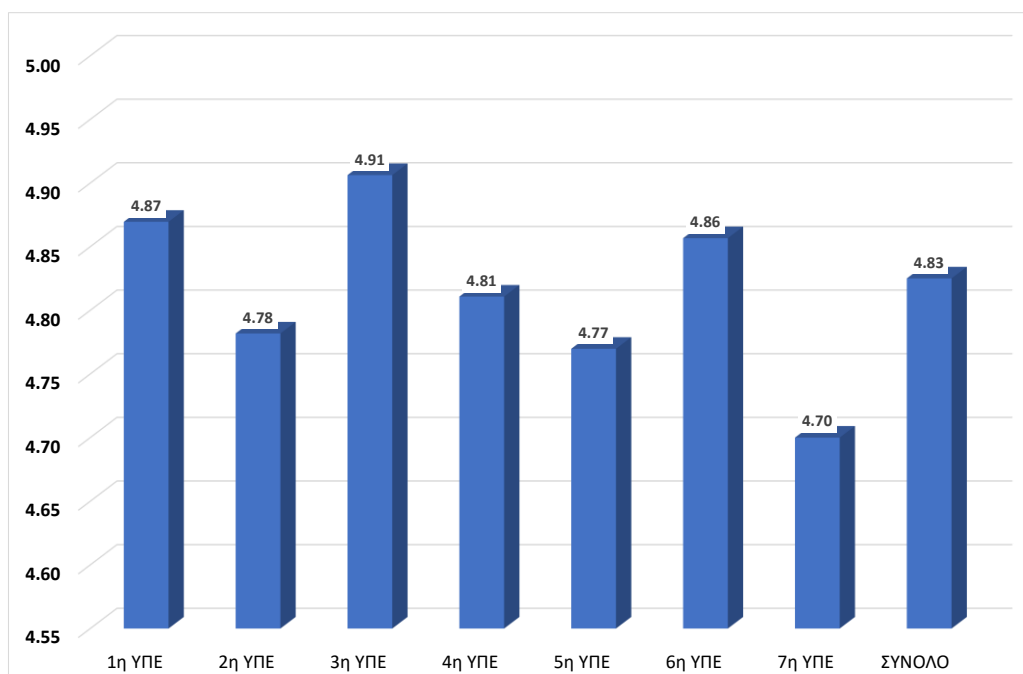
Σε αυτό το γράφημα βλέπουμε τον μέσο συνολικό αριθμό δράσεων ανά ΥΠΕ. Πρώτη θέση στις δράσεις κατέχει η 6<sup>η</sup> ΥΠΕ με 35,75 μέσο συνολικό αριθμό δράσεων, ενώ αντιθέτως η 4<sup>η</sup> ΥΠΕ εμφανίζει πολύ μικρό αριθμό δράσεων. Το σύνολο του μέσου συνολικού αριθμού δράσεων όλων των ΥΠΕ κυμαίνεται στα 22,96, πράγμα το οποίο δείχνει ότι βρίσκεται στα μεσαία επίπεδα και θα πρέπει να αρχίσουν να γίνονται περισσότερες δράσεις.

**Γράφημα 24: Αξιολόγηση συνεργασίας με φορείς ανά ΥΠΕ**



Συγκεντρωτικά ανά ΥΠΕ, η αξιολόγηση συνεργασίας με τους υπόλοιπους φορείς φαίνεται να κυμάνθηκε σε αρκετά καλά επίπεδα για τις περισσότερες ΥΠΕ, με μέσο συνολικό όρο το 4,7, αποτέλεσμα που συνάδει με την πρωτική πορεία που εμφανίζεται στο γράφημα 22.

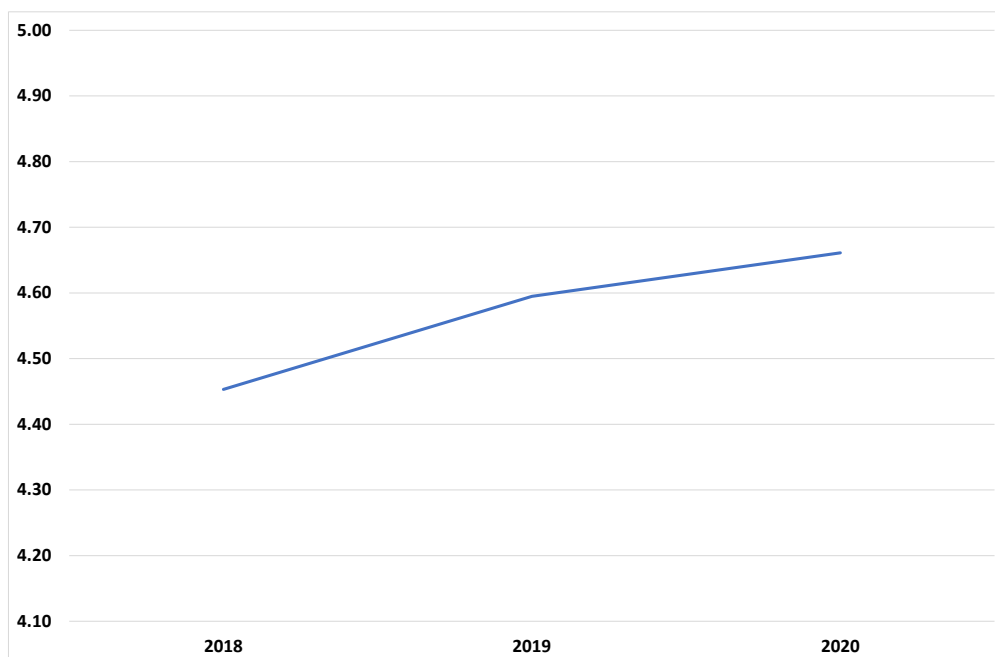
**Γράφημα 25: Συνολική αξιολόγηση δράσεων ανά ΥΠΕ**



Η συνολική αξιολόγηση δράσεων ανά ΥΠΕ έχει σύνολο 4,83, αποτέλεσμα που υποδεικνύει ότι η αξιολόγηση των δράσεων ήταν αρκετά καλή στις περισσότερες ΥΠΕ, αφήνοντας βέβαια περιθώριο καλυτέρευσης.

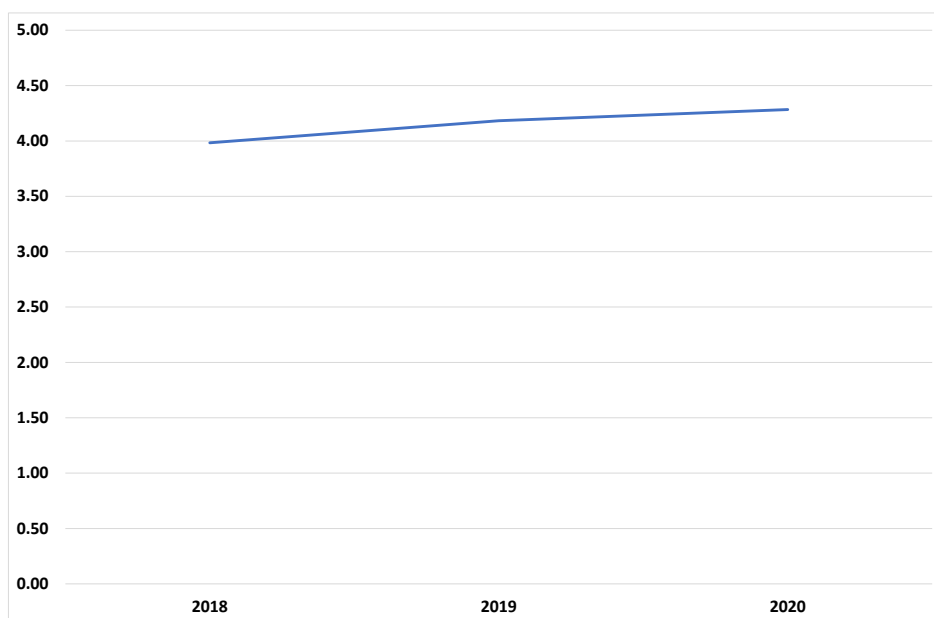


### **Γράφημα 26: Αξιολόγηση διοικητικών υπηρεσιών**



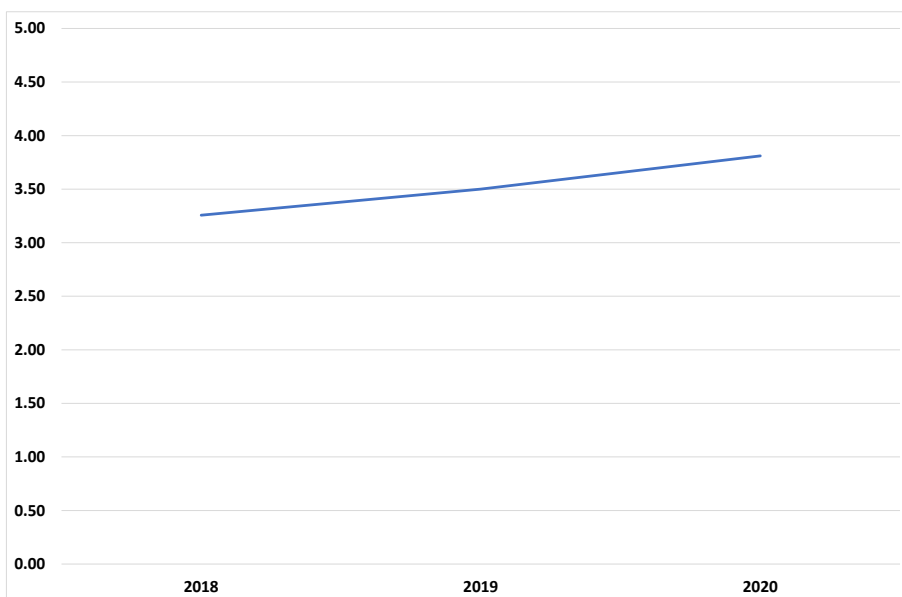
Στην αξιολόγηση των διοικητικών υπηρεσιών ανάμεσα στην τριετία 2018 – 2020, παρατηρούμε να διατηρείται μια ανοδική πορεία, η οποία φαίνεται όμως να αρχίζει να εμφανίζει μία στασιμότητα για το έτος 2020.

### **Γράφημα 27: Αξιολόγηση συνεργασίας με τον υπεύθυνο συντονισμού**



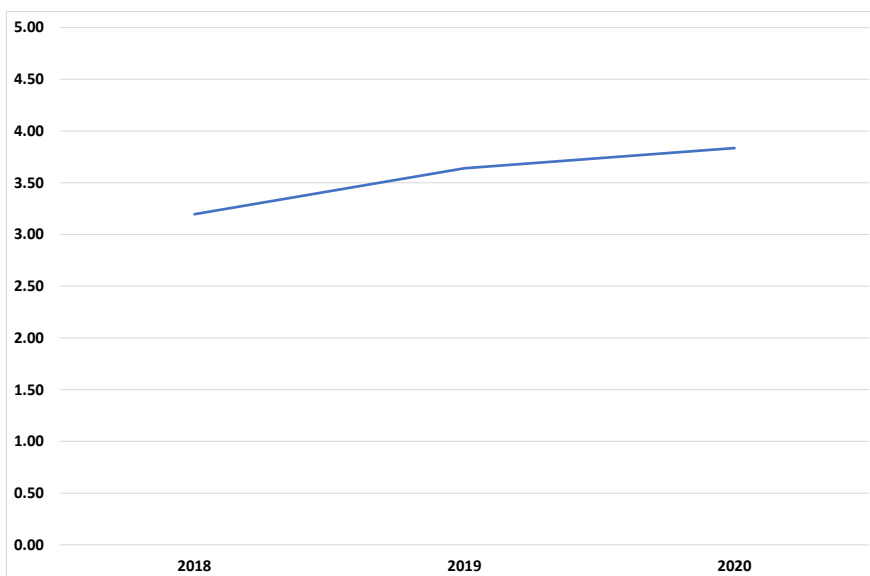
Η αξιολόγηση συνεργασίας της υπόλοιπης ομάδας με τον υπεύθυνο συντονισμού και για τα τρία χρόνια, εμφανίζει πολύ καλά επίπεδα από την αρχή λειτουργίας των ΤΟΜΥ.

### **Γράφημα 28: Αξιολόγηση υποστήριξης υποδομών και υπηρεσιών πληροφορικής**



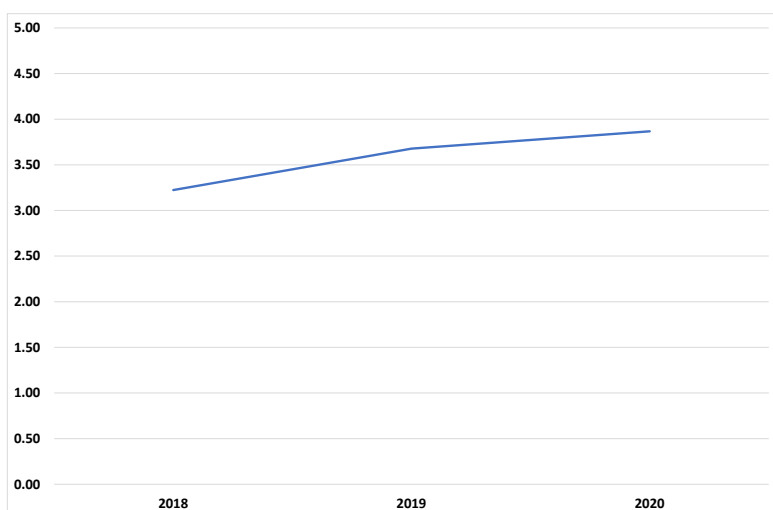
Το 2018 φαίνεται να υπάρχει μία σχετική έλλειψη των υποδομών και υπηρεσιών πληροφορικής, που όμως τα επόμενα χρόνια εμφανίζει ανοδική πορεία, αφήνοντας όμως περιθώριο και για άλλη καλυτέρευση.

### **Γράφημα 29: Αξιολόγηση επάρκειας ιατρικού εξοπλισμού**



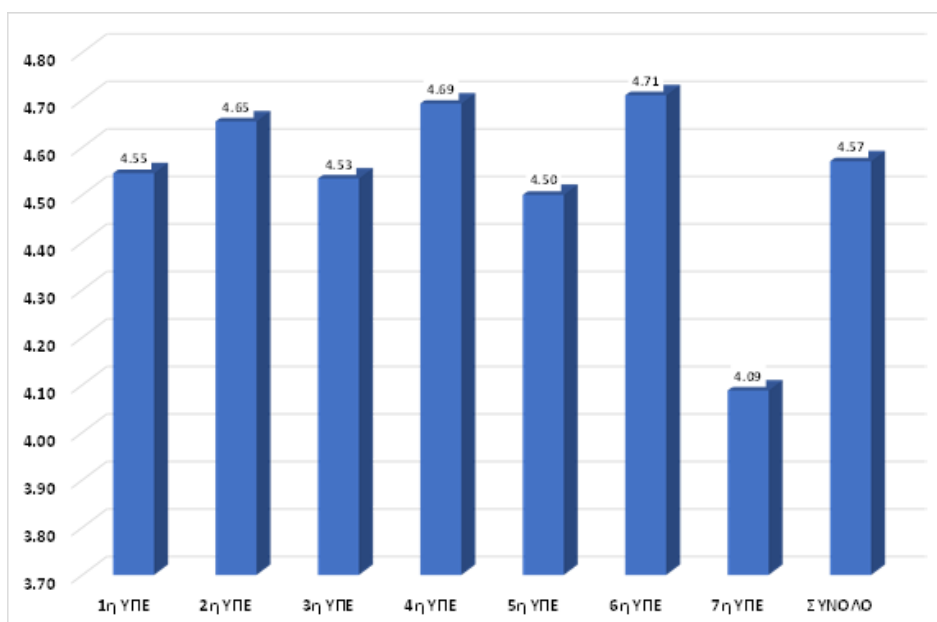
Στο διάγραμμα αυτό φαίνεται ότι παρά τις προσπάθειες να καλυφθούν επαρκώς οι μονάδες των ΤΟΜΥ όσον αφορά τον ιατρικό εξοπλισμό, τελικώς κατά την αξιολόγηση φαίνεται ότι υπήρξαν αρκετές ελλείψεις.

### **Γράφημα 30: Αξιολόγηση ποιότητας υποδομών και υπηρεσιών πληροφορικής**



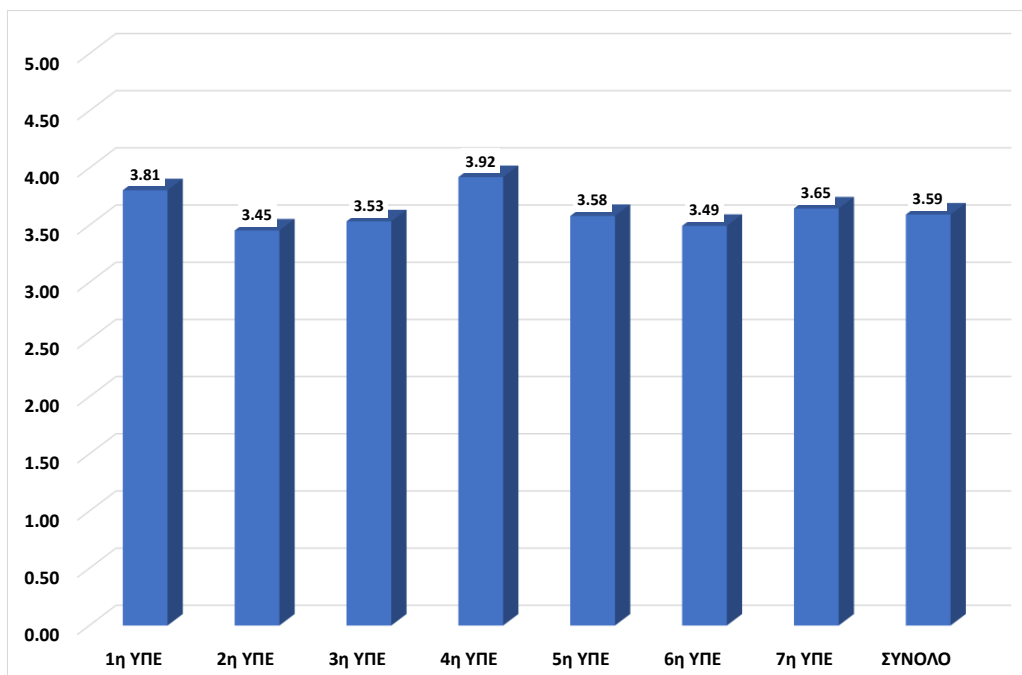
Και κατά την αξιολόγηση της ποιότητας υποδομών και υπηρεσιών πληροφορικής, σε συνέχεια του γραφήματος 28, εμφανίζεται μία παρόμοια εικόνα κατά την οποία διατηρείται μία στασιμότητα όσον αφορά την ποιότητα των δύο παραμέτρων και για τα τρία έτη. Παρόλα αυτά η ποιότητα των παραμέτρων εμφανίζεται να είναι πάνω από την μέση της κλίμακας.

### **Γράφημα 31: Συνολική αξιολόγηση διοικητικών υπηρεσιών**



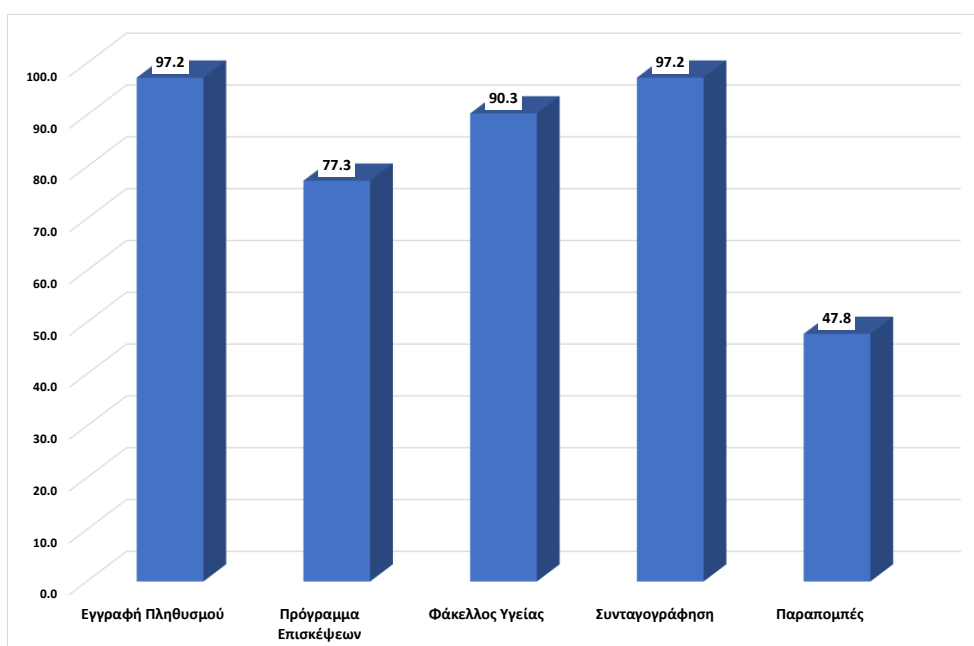
Στην συνολική αξιολόγηση των διοικητικών υπηρεσιών ανά ΥΠΕ, βλέπουμε την 6<sup>η</sup>, 4<sup>η</sup> και 2<sup>η</sup> ΥΠΕ να εμφανίζουν πολύ καλά αποτελέσματα ενώ στο σύνολό τους οι ΥΠΕ επίσης εμφανίζουν καλά αποτελέσματα αξιολόγησης διοικητικών υπηρεσιών, με περιθώρια βελτίωσης.

**Γράφημα 32: Συνολική αξιολόγηση επάρκειας και ποιότητας των υποδομών Τεχνολογιών και Πληροφορικής**



Στη συνολική αξιολόγηση επάρκειας και ποιότητας των υποδομών Τεχνολογιών και Πληροφορικής ανά ΥΠΕ, φαίνεται να υπάρχουν αρκετές ελλείψεις σε όλες τις ΥΠΕ που τα αποτελέσματα όλων κυμαίνονται στα ίδια επίπεδα.

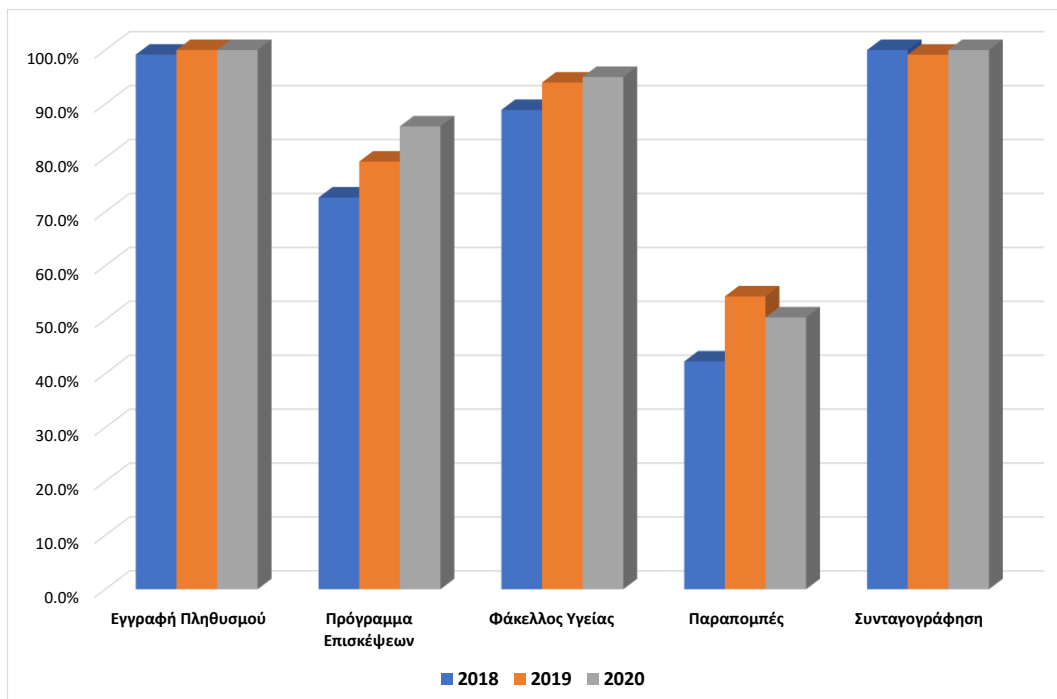
**Γράφημα 33: Λειτουργίες της Τ.ΟΜ.Υ. που υποστηρίζονται από Τεχνολογίες Πληροφορικής και Επικοινωνιών (ΤΠΕ)**



Σε αυτό το γράφημα βλέπουμε τις λειτουργίες της Τ.ΟΜ.Υ. που υποστηρίζονται από Τεχνολογίες Πληροφορικής και Επικοινωνιών (ΤΠΕ). Οι εγγραφές πληθυσμού, η

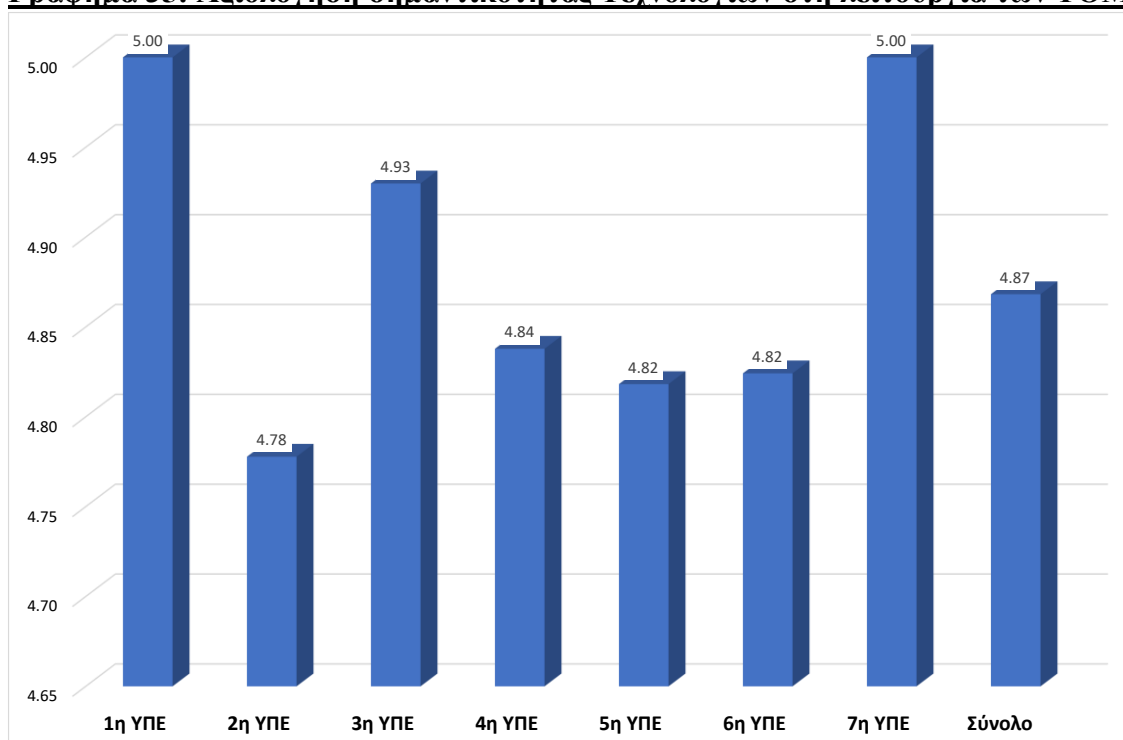
συνταγογράφηση αλλά και ο φάκελος υγείας φαίνεται να υποστηρίζονται εξ ολοκλήρωσ από τις ΤΠΕ. Το πρόγραμμα επισκέψεων διατηρεί αρκετά καλά επίπεδα όσον αφορά την υποστήριξη από τις ΤΠΕ, δεν μπορούμε όμως να πούμε το ίδιο για τις παραπομπές που μάλλον γίνονται οι περισσότερες χειρόγραφα καθώς το αποτέλεσμα της βρίσκεται κάτω από την μέση της κλίμακας.

**Γράφημα 34: Λειτουργίες της Τ.Ο.Μ.Υ. που υποστηρίζονται από Τεχνολογίες Πληροφορικής και Επικοινωνιών (ΤΠΕ)**



Σε συνέχεια του γραφήματος 33, αναλύοντας χρονολογικά τα αποτελέσματα, όσον αφορά την τριετία 2018-2020, διαπιστώνουμε πως οι λειτουργίες της ΤΟΜΥ που υποστηρίζονται από τις ΤΠΕ όσον αφορά: α) στις εγγραφές του πληθυσμού φαίνεται να κυμαίνονται στα ίδια πολύ καλά επίπεδα και τις τρεις χρονιές, β) στο πρόγραμμα επισκέψεων παρατηρούμε μία άνοδο της τάξεως του 15% από το 2018 έως το 2020, γ) άνοδος υπάρχει και στον φάκελο υγείας μέσα στην τριετία, δ) στις παραπομπές φαίνεται πάλι να υπάρχουν αρκετά χαμηλά επίπεδα, με μία προσπάθεια βελτίωσης το 2019 που όμως το 2020 δεν διατηρήθηκε και τέλος ε) στην συνταγογράφηση βλέπουμε πάρα πολύ καλά αποτελέσματα και τις τρεις χρονιές.

**Γράφημα 35: Αξιολόγηση σημαντικότητας Τεχνολογιών στη λειτουργία των TOMY**



Όπως φαίνεται στο παραπάνω γράφημα, όλες οι ΥΠΕ φαίνεται να θεωρούν πολύ σημαντική την συμβολή των τεχνολογιών στην λειτουργία των TOMY, με την 1<sup>η</sup> και 7<sup>η</sup> ΥΠΕ να την θεωρούν 100% σημαντική.

(Μελέτη Υ.Υ., 2020)

#### **4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:**

Η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η επίτευξη καθολικής υγειονομικής κάλυψης αποτελούν σήμερα σημαντικές πρωτοβουλίες παγκόσμιας πολιτικής υγείας. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι βασική και οικονομικά προσιτή υγειονομική περίθαλψη προσβάσιμη σε όλους σε μια κοινότητα, συμπεριλαμβανομένης της προαγωγής της υγείας, της πρόληψης ασθενειών, της διατήρησης της υγείας, της εκπαίδευσης και της αποκατάστασης. Όπως αναφέρεται στις διακηρύξεις της Αλμά-Ατα, της Αστάνα και του Παναμερικανικού Οργανισμού Υγείας, η έννοια της καθολικής υγειονομικής κάλυψης είναι η παροχή βασικών υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας και ασφαλών, αποτελεσματικών και οικονομικά φαρμάκων και εμβολίων για όλους, ενώ η επιθυμία για εξασφάλιση μείωσης οικονομικών κινδύνων προστατεύεται με την παροχή φροντίδας, είτε το άτομο είναι σε θέση να πληρώσει είτε όχι. Είναι σαφές από αυτούς τους δύο ορισμούς ότι υπάρχει επικάλυψη μεταξύ των στόχων της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της καθολικής κάλυψης υγείας. Στην πραγματικότητα, πολλοί έχουν σημειώσει ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι κρίσιμη για την επίτευξη καθολικής κάλυψης υγείας.

Αυτές οι δύο ατζέντες έχουν εξελιχθεί σε μεγάλο βαθμό ανεξάρτητα η μία από την άλλη, αλλά και οι δύο στοχεύουν στο να επιτρέψουν στους υγιέστερους ανθρώπους να ζουν σε πιο υγιείς κοινότητες. Έχουν υποβληθεί πολλές προτάσεις για τη μεταρρύθμιση του συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αλλά σχεδόν όλες δεν έχουν φθάσει στο επιθυμητό επίπεδο θεσμικού εκσυγχρονισμού. Χρειάζεται να δημιουργηθεί ένα σύγχρονο και ενιαίο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης όπου η καθολική κάλυψη ολόκληρου του πληθυσμού, η ελεύθερη επιλογή χρηστών και χρόνος πρόσβασης (σχεδόν) μηδενικού κόστους και η ολοκληρωμένη και συνεχή υγειονομική περίθαλψη, αποτελούν απαραίτητα στοιχεία. (ΕΟΠΠΥ, 2013). Πολλοί υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής και χρηματοδότες υγειονομικής περίθαλψης έχουν κακή κατανόηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, δυσκολεύονται να ποσοτικοποιήσουν και να αξιολογήσουν τη συνεισφορά της στα συστήματα υγείας. Εδώ, τονίζεται η σημασία των δεικτών απόδοσης για την παρακολούθηση της μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας για να δείξουμε πόσο η ισχυρή ΠΦΥ συμβάλλει στην υλοποίηση της καθολικής κάλυψης υγείας (van Weel, & Kidd, 2018).

Οι Pierrakos et al (2012) διεξήγαγαν μια συγκριτική ανάλυση δύο μελετών για την ικανοποίηση ασθενών με εξωτερικούς ασθενείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε επιλεγμένα

νοσοκομεία της Αττικής, από τις οποίες φαίνεται ότι οι ΛΥΥ έχουν υψηλά επίπεδα εμπιστοσύνης στις στάσεις των γιατρών και του παραιατρικού προσωπικού που χαρακτηρίζονται από την ευγένεια, την κατανόηση και την ενσυναίσθηση τα οποία φαίνεται να είχαν θετικό αντίκτυπο στην υγεία του πολίτη. Αντίθετα, η αντίληψη του ασθενούς ΛΥΥ για τη συνολική εικόνα των παρεχόμενων υπηρεσιών επηρεάστηκε αρνητικά από την πολυπλοκότητα των διαδικασιών διοικητικής υπηρεσίας και τον ανεπαρκή συντονισμό. Σε αυτή τη συγκριτική μελέτη επιβεβαιώνονται και πάλι οι εγγενείς αδυναμίες του συστήματος υγείας, καθώς τα νοσοκομεία (δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη) καλούνται να καλύψουν το κενό της ΠΦΥ, με αποτέλεσμα να επιβαρύνεται περαιτέρω το λειτουργικό τους βάρος πέρα από αυτό που μπορούν να αντέξουν οικονομικά, με επιπλέον αποτέλεσμα την πρόσθετη ταλαιπωρία για τους ασθενείς (π.χ. λίστες αναμονής), αλλά και αυξημένο λειτουργικό κόστος (Pierrakos et al, 2013).

Σε αυτό το πλαίσιο, ο πρώην αναπληρωτής υπουργός Υγείας Βασίλης Κοντοζαμάνης ανέθεσε σε 13 καθηγητές με άρτια γνώση του πολύπαθου κλάδου υγείας να αποτυπώσουν σε έκθεση τα προβλήματα του συστήματος και να οδηγήσουν στη δημιουργία ενός νέου χάρτη υγείας που θα οδηγήσει σε ριζική αναδιοργάνωση και στη δημιουργία ενός ισχυρού και ευέλικτου συγκροτήματος υπηρεσιών για την κάλυψη των προσδοκιών των πολιτών και των σύγχρονων αναγκών.

Η αντίληψη των απαιτήσεων ποιότητας από όλο το ανθρώπινο δυναμικό, η δέσμευση της διοίκησης και φυσικά ο παραπάνω προβληματισμός των χρηστών υπηρεσιών, είναι απαραίτητα χαρακτηριστικά μιας αποτελεσματικής ΠΦΥ. Προφανώς, η έλλειψη μιας σαφούς και ξεκάθαρης πολιτικής διαχείρισης ποιότητας δεν αναδεικνύει την απόλυτη ικανοποίηση των χρηστών, αφήνοντας μια ασαφή εικόνα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Εκτιμάται ότι ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών στους χρήστες (διοικητικές υπηρεσίες) επηρεάζει και το τελικό προϊόν που παρέχει η ΠΦΥ, επηρεάζοντας σημαντικά την αντίληψη και την τελική ικανοποίησή των ΛΥΥ από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Τα εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών θεωρούνται σημαντικά για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στους χρήστες, επομένως η συμπερίληψη των εργαλείων μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών είναι απαραίτητη και συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με άμεσο και έμμεσο τρόπο. Η αλόγιστη χρήση γραφειοκρατικών διαδικασιών σε κρίσιμα σημεία στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί τροχοπέδη. (Pierrakos et al, 2013).



Στόχος της ΠΦΥ είναι οι υπηρεσίες της να παρέχονται ανεξάρτητα από την ασφαλιστική κάλυψη. Οι Τοπικές Ομάδες Υγείας έρχονται ακριβώς μέσα στην κοινότητα για να φέρουν αυτήν την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας πιο κοντά στον πολίτη. Η άμεση πρόσβαση των ΛΥΥ και οι ταχείες ποιοτικές παροχές υπηρεσιών υγείας όπως επίσης η ομαδικότητα, η συνεργατικότητα, η γνώση αντικειμένου και ο επαγγελματισμός οδηγούν στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών, σε αποτελεσματικό συντονισμό και σε μια ανθρωποκεντρική προσέγγιση. Με την ανθρωποκεντρική προσέγγιση που είναι ένας από τους βασικούς στόχους της λειτουργίας των TOMY υπάρχει η προσωπική επαφή και αμεσότητα με τους ασθενείς και δημιουργείται μία σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα στο προσωπικό και τους ωφελούμενους δίνοντας έτσι έμφαση στην πρόληψη και τη γρήγορη ανίχνευση των προβλημάτων υγείας των ΛΥΥ σε προσυμπτωματικό στάδιο.

Η ανάπτυξη διεπιστημονικής ομάδα, η ομαδικότητα και η καλή συνεργασία εντός των TOMY αναγνωρίζεται ως ένα από τα σημαντικά δυνατά σημεία της λειτουργίας των TOMY. Διαφορετικά επιστημονικά πεδία και διαφορετικές επαγγελματικές βάσεις συνθέτονται και επαγγελματίες υγείας συνεργάζονται δημιουργικά προς όφελος των ασθενών. Με το τρόπο αυτό αντισταθμίζονται διαφορετικές γνώσεις σε δεξιότητες και διαφορετικά πεδία γνώσεων. Για να ενδυναμωθεί ακόμα περισσότερο αυτή η δυναμική απαιτείται να δοθεί έμφαση σε πολιτικές εκπαίδευσης ομάδας ανάπτυξης οργανωτικού πλαισίου που να επιτρέπουν τη βελτίωση των αξιόπιστων σχέσεων μεταξύ διαφορετικών επαγγελματιών, μεταφορά ευθυνών, εργασιών και υπευθυνοτήτων σε διαφορετικά μέλη της ομάδας, ενσωμάτωσή στην ομάδα εκπαιδευομένων, ανάπτυξη μηχανισμών συντονισμού μεταξύ των επαγγελματιών όπως για παράδειγμα πρωτόκολλα και κλινικές διαδρομές και τέλος ενίσχυση της χρήσης της τεχνολογίας και των πληροφοριακών συστημάτων.

Ως προς την επικοινωνία με τους χρήστες η καλή πρόσβαση, η φιλική συνεργασία και η ολιστική προσέγγιση του ασθενούς αποτελούν απαραίτητα στοιχεία. Τα στοιχεία αυτά συνάδουν με τις κατευθύνσεις του WHO για την καλύτερη δυνατή φροντίδα στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας καθώς η τελευταία δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο στην κλινική θεραπεία. Ο ρόλος των Νοσηλευτών είναι καθοριστικός στη διαχείριση της καθημερινότητας του ασθενούς και της κατάστασής του αλλά και στην εφαρμογή των προληπτικών μέτρων που προωθούν ένα ασφαλές ιατρικό περιβάλλον στην καθημερινότητά τους. Στην ίδια λογική οι δράσεις αγωγής υγείας ως επικοινωνία των TOMY με την κοινωνία αλλά και την βελτίωση της ευαισθητοποίησης της Τοπικής κοινωνίας σε θέματα υγείας θεωρείται ως ένα από τα δυνατά σημεία των TOMY. Εδώ θα

πρέπει να τονιστεί ότι η αγωγή υγείας δεν είναι μόνο η μεταφορά της πληροφορίας σε ομάδες στόχου πληθυσμού αλλά και η ενίσχυση των κινήτρων, των δεξιοτήτων και της αυτοφροντίδας που είναι απαραίτητα στοιχεία για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας της Τοπικής Κοινωνίας. Στο πλαίσιο αυτό, η αγωγή υγείας θα πρέπει να συνδέεται με την αντίχρεωση των υποκείμενων κοινωνικών, οικονομικών και περιβαλλοντικών συνθηκών καθώς και άλλων μεμονωμένων παραγόντων κινδύνου και συμπεριφορών κινδύνου που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας της Τοπικής κοινωνίας. Εδώ ο ρόλος των ΤΟΜΥ είναι καθοριστικός στη σταδιακή χαρτογράφηση αυτών των αναγκών και σε συνδυασμό με την πρόσβαση του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας θα πρέπει να αναπτύσσει ένα ευρύτερο φάσμα προγραμμάτων αγωγής υγείας τόσο σε επίπεδο προαγωγής υγείας και ενημέρωσης όσο και σε επίπεδο εξατομικευμένης αγωγής υγείας και ανάπτυξης ατομικών δεξιοτήτων και συμπεριφορών.

Έμμεσος στόχος όλων των παραπάνω είναι η διευκόλυνση της πρόσβασης και αποσυμφόρηση των Νοσοκομείων. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι ένα σημαντικό ζήτημα καθώς αυτό εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως το είδος της ασθένειας, τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού αναφοράς, της διαθεσιμότητας της συγκεκριμένης υπηρεσίας κλπ. Υπάρχουν σημαντικά εμπόδια στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας ειδικά σε εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας, μεγάλοι χρόνοι αναμονής, δυσκολίες πρόσβασης των ευάλωτων ομάδων υγείας πληθυσμού και των απομακρυσμένων περιοχών. Σε πολλές περιπτώσεις οι ασθενείς αναζητούν άμεσα υπηρεσίες υγείας στα επείγοντα των Νοσοκομείων, που τείνουν να δρουν ανεξάρτητα από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Υπό αυτές τις συνθήκες, ο ρόλος των ΤΟΜΥ και του οικογενειακού ιατρού ως ρυθμιστή των ροών των ασθενών στη Νοσοκομειακή περίθαλψη είναι περιορισμένος. Ωστόσο η ενδυνάμωση των ΤΟΜΥ θα βελτιώσει και τις συνθήκες καθώς οι ασθενείς όλο και περισσότερο εμπιστεύονται και βασίζονται σε αυτές για τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας. Ειδικά για τις χρόνιες ασθένειες, ασθενείς που δεν είχαν πρόσβαση στις κατάλληλες υπηρεσίες υγείας πριν τη λειτουργία των ΤΟΜΥ μπορούν σταδιακά να αξιοποιήσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες ειδικά αν αναπτυχθεί η κατ' οίκον φροντίδα.

Ο νέος νόμος για τη ΠΦΥ 4931/2022 καλύπτει όλα τα παραπάνω κενά. Σκοπός του νέου νόμου είναι η τροποποίηση των υφιστάμενων κανονισμών και η θέσπιση νέων για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της λειτουργικής λειτουργίας του συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης, της διάγνωσης και της

θεραπείας με τη συμμετοχή και τη συνεργασία του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, για την παροχή υπηρεσιών υψηλών προδιαγραφών για τους πολίτες, με τους εξής βασικούς άξονες:

α) Η ορθολογική και αποτελεσματική δομή, στελέχωση και διαχείριση των συστημάτων δημόσιας και τοπικής μονάδας υγείας που παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με ειδική μέριμνα για φτωχές και προβληματικές περιοχές,

β) Εισαγωγή ενός συστήματος προσωπικού ιατρού για κάθε πολίτη που θα αναλαμβάνει την πρόληψη, ενημέρωση και καθοδήγηση των υπηρεσιών υγείας των πολιτών,

γ) Εφαρμογή κινήτρων και αντικινήτρων για εγγραφή σε οικογενειακούς ιατρούς, οι οποίοι λειτουργούν επίσης ως «πύλες» για παραπομπές σε εγκαταστάσεις δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας υγείας.

δ) Παροχή κατ' οίκον νοσηλείας και φροντίδας μέσω της ενίσχυσης και τον εκσυγχρονισμό του πλαισίου των φορέων που τις παρέχουν,

ε) Την ενίσχυση του ρόλου των απογευματινών χειρουργείων και ιατρείων στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας,

στ) Συνεισφορά ιδιωτικών παρόχων και ιατρών που συνάπτουν συμβάσεις με εθνικούς οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας για την κάλυψη των αναγκών του εθνικού συστήματος υγείας,

ζ) Αντιμετώπιση των θεμάτων των Κεντρικών Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας και των εποπτευόμενων φορέων του για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των λειτουργιών τους.

η) Παρέχει και επικαιροποιεί συγκεκριμένα, αυστηρά πρότυπα ποιότητας για τη σύνταξη και τη διατήρηση συμβάσεων για ιδιωτικούς παρόχους υγειονομικής περίθαλψης,

θ) Το επίπεδο αποζημίωσης για ιατρικές υπηρεσίες, προϊόντα ιατρικής τεχνολογίας και υλικά σε σχέση με τον βαθμό στον οποίο οι ιδιωτικοί πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης ανταποκρίνονται στα καθιερωμένα πρότυπα ποιότητας,

ι) Ο έλεγχος κατά γενικό κανόνα, των παρόχων εθνικών υπηρεσιών υγείας, είτε προληπτικά είτε σε περίπτωση τιμολόγησης, μέχρι το εκατό τοις εκατό (100%) των δαπανών που υποβάλλονται, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στον έλεγχο σε πραγματικό χρόνο μέσω χρήσης νέων τεχνολογιών και στατιστικών μεθόδων.

Μέσω αυτών των τροποποιήσεων υφιστάμενων διατάξεων και της δημιουργίας νέων διατάξεων, ο νόμος στοχεύει στην επίτευξη καθολικής πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη και ίσης και ποιοτικής πρόσβασης στους εθνικούς παρόχους υπηρεσιών υγείας και στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Ν. 4931/2022)..

Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι η πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι το θεμέλιο κάθε συστήματος υγείας και ο ρόλος της γίνεται ακόμη πιο σημαντικός σε καταστάσεις κρίσης υγείας, όπως η τρέχουσα πανδημία του Covid-19 και απαιτούνται περαιτέρω έρευνες και μελέτες προκειμένου να αποτυπωθούν οι ελληνικές πρωτογενείς σκέψεις και ανησυχίες των επαγγελματιών υγείας. Μπορούμε πλέον να πούμε με βεβαιότητα ότι, στη μεταπανδημική εποχή, έχουν συσσωρευτεί σημαντικά αναπάντητα ερωτήματα μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας. Απαιτείται επείγοντως ένας νέος χάρτης υγείας, ο οποίος θα οδηγήσει σε μια «ριζική αναδιοργάνωση» για τη δημιουργία ενός εύρωστου και ευέλικτου συμπλέγματος υπηρεσιών που θα ανταποκρίνεται στις αστικές και κοινωνικές προσδοκίες και τις σύγχρονες ανάγκες του αύριο. Και επειδή η ασθένεια του συστήματος είναι γνωστή, η μεγαλύτερη πρόκληση σήμερα είναι η εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων

Εν τω μεταξύ, η έκθεση των ειδικών – την οποία συνυπογράφουν οι καθηγητές Γ. Τούντας, Ι. Υφαντόπουλος, Κ. Αθανασάκης, Α. Βοζίκης, Μ. Γείτονα, Α. Γούλα, Θ. Ζαούτης, Χ. Ζηλίδης, Δ. Καϊτελίδου, Χ. Οικονόμου, Γ. Πιερράκος, Ν. Πολύζος και Κ. Σουλιώτης – μετά από ανάθεση από τον πρώην αναπληρωτή υπουργό Υγείας, Βασίλης Κοντοζαμάνη- είναι πλέον ολοκληρωμένη και αποτελεί το «κύτταρο» των προγραμματισμένων αλλαγών καθώς λειτουργεί ως πυξίδα για τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας. Για να γίνει όμως αυτό, κρίνονται απαραίτητες γενναίες παρεμβάσεις, οι οποίες συνοψίζονται ως συνένωση νοσοκομείων και κλινικών και αλλαγή του ρόλου συγκεκριμένων μονάδων υγείας. Οι ειδικοί συμπυκνώνουν τις «αμαρτίες» του παρελθόντος και τεκμηριώνουν τις σύγχρονες ανάγκες, που περιλαμβάνουν τεχνικές και κτιριακές αναβαθμίσεις στα νοσοκομεία και βελτιωμένη ποιότητα υπηρεσιών (ισοτιμία αγοραστικής δύναμης) που παρέχονται μέσω αναπτυξιακών ταμείων και συμπράξεων δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

Σε κάθε περίπτωση, οι ειδικοί θέτουν στο υψηλότερο σημείο, την ισότητα των πολιτών και την εύκολη πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υγειονομικές υπηρεσίες, την παροχή νοσοκομειακών υπηρεσιών που να αντιστοιχούν και να ικανοποιούν τις ανάγκες υγείας

του πληθυσμού σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο, αλλά και τη διασφάλιση της λειτουργικής και οικονομικής αποδοτικότητας όλων των μονάδων υγείας του ΕΣΥ.

## ΑΝΑΦΟΡΕΣ/ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

### Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία

- Εθνική Στρατηγική Υγείας και δράσεις του τομέα υγείας στο ΕΣΠΑ 2014-2020, Υπουργείο Υγείας, Επιτελική Δομή ΕΣΠΑ.
- ΕΟΠΥΥ (2013). *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας & ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ 4 Βήματα για τη μεταρρύθμιση*, Αθήνα.
- Θεοδώρου, Μ & Μητροσύλη, Μ., (1999). *Δομή και λειτουργία του ελληνικού συστήματος υγείας*, εκδ. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
- Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Μ. και Σούλης, Σ. (2001). *Συστήματα Υγείας*, εκδ. Παπαζήση.
- Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α., (2015): Εφαρμογές καλών πρακτικών ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας : ρόλοι, δραστηριότητες, δεξιότητες μελών ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, Αθήνα.
- Καρακόλιας, Σ., (2016). «Συστήματα αποζημίωσης των παροχών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας: διεθνής εμπειρία και εφαρμογή στην ελληνική πραγματικότητα.», Διατριβή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης (ΔΠΘ). Σχολή Κοινωνικών, Πολιτικών & Οικονομικών Επιστημών. Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης & Πολιτικής Επιστήμης.
- Κρίνα, Ι. (2017). *Διοίκηση και δομή δημόσιων και ιδιωτικών φορέων υγείας στην Ελλάδα: Ένα μοντέλο βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών*. Μεταπτυχιακή εργασία. Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Πειραιά Τ. Τ., Πειραιάς.
- Κυριόπουλος, Γ., Μανιαδάκης, Μ. και Στουρνάρας, Γ. (2011). *Δαπάνες υγείας και πολιτικές υγείας την περίοδο του μνημονίου στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών.
- Μαλαβάζος Θ., Μαρκασιώτη Β., Μαλλιάρου Μ., Σαράφης Π., Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ALMA-ATA ΣΤΗΝ ASTANA. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας (2019) Τόμος 11, Τεύχος 3, 39-56.
- Μελέτη του Υπουργείου Υγείας για την αξιολόγηση της Λειτουργία των ΤΟΜΥ Επιτελική Δομή ΈΣΠΑ του Υπουργείου Υγείας 2020.

- Μπουρσανίδης, Χ. (1996). «Ο ενιαίος φορέας υγείας ως ζήτημα βέλτιστης κοινωνικο-πολιτικής δόμησης του συστήματος υγείας», στα Πρακτικά Ημερίδας «Η υγειονομική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα», Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Θεσ/κη.
- Οικονόμου, Χ., (2012). *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενοείας στην Ελλάδα. Η λειτουργία και ο ρόλος του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ. Αθήνα.
- Πετρέλης, Μ., Δομάγερ, Φ., Ρ. (2016). *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης*. ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ, 15 (4).
- Πιερράκος, Γ. (2018) Σημειώσεις μαθήματος: «Οργάνωση και Διοίκηση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», ΕΚΔΔΑ, Αθήνα.
- Πιερράκος, Γ., (2013). *Μοντέλα διοίκησης μακροχρόνιας φροντίδας Υγείας στην Τοπική Κοινωνία*. Παπαζήσης, Αθήνα.
- Πολύζος, Ν., (2013). «Μελέτη Οργάνωσης-Χρηματοδότησης Μονάδων ΠΦΥ που Συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ». Κομοτηνή – Αθήνα, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.
- Σαμαρά, Ι., (2021). *Ευρωπαϊκός Οργανισμός Διοίκησης Ολικής Ποιότητας και εφαρμογή στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη*. Διπλωματική Εργασία. Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας, ΠΑΔΑ.
- Σκανδάλη, Ε. και Μαλλιώτης, Ν. (2016). *Πρόσβαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*. Πτυχιακή εργασία, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Πελοποννήσου, Καλαμάτα.
- Τούντας, Γ., (2021). *Το νέο ΕΣΥ: Η ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην εποχή της πανδημίας*. Διανέοσις, Οργανισμός Έρευνας και Ανάλυσης.
- Τσακίρη, Κ., (2021). *ΠΦΥ και Διαχείριση Υγειονομικών Κρίσεων : Επιπτώσεις πανδημίας covid-19 στα ιδιωτικά ιατρεία ΠΦΥ στην Ελλάδα*. Διπλωματική εργασία. ΕΑΠ.
- Υγεία στο ΕΣΠΑ 2021-2027, (2019), Προγραμματική περίοδος 2021-2027, Προτάσεις Στρατηγικής του Υπουργείου Υγείας.
- Υπουργείο Υγείας (2017). *ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΜΟΥ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ*. Αθήνα (ΦΕΚ Α' 115 4486, 1).

- Υπουργείο Υγείας (2019), *ΕΘΝΙΚΟ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ 2019-2022*.
- Φιλαλήθης, Α. (2021) *Ορόσημα στην εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*, ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, 38(5):675-682.
- Χλέτσος, Μ., «ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ : Η ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΔΙΑΦΑΙΝΟΜΕΝΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ», Κύκλος διαλέξεων: Οικονομία και κοινωνία, ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ.

### Ξενογλώσση βιβλιογραφία

- Atun, R., (2015). *Transitioning health systems for multimorbidity*. Lancet.
- Busse, R., Blumel, M., Scheller-Kreinsen, D., Zentner, A. (2010). *Tackling chronic disease in Europe*. Copenhagen , WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., Vaupel, JW., (2009). *Ageing populations: the challenges ahead*. Lancet.
- Cutter, S. L., Boruff, B. J., & Shirley, W. L. (2012). *Social vulnerability to environmental hazards* (pp. 143-160). Routledge.
- Dahrouge, S., Hogg, W. E., Russell, G., Tuna, M., Geneau, R., Muldoon, L. K., Kristjansson, E., & Fletcher, J. (2012). *Impact of remuneration and organizational factors on completing preventive manoeuvres in primary care practices*. Canadian Medical Association journal. 184(2), 135–143.
- Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, (1978), Alma-Ata, USSR.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M. and Maresso, A. (2017). Greece: Health system review. *Health Systems in Transition*. 19 (5): 1–192.
- Gulliford Martin, (2017), *Access to primary care and public health*, The Lancet, 2 (12):532-533.
- Haffajee, R., Parmet, W. & Mello, M., (2014). *What Is a Public Health "Emergency"?*. The New England journal of medicine. 371. 986-988.
- Haldane, V., De Foo, C., Abdalla, S. M., Jung, A. S., Tan, M., Wu, S., & Legido-Quigley, H. (2021). *Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries*. Nature Medicine, 1-17.



- Howitt, P., Darzi, A., Guang-Zhong, Y., Ashrafian, H., Atun, R., Barlow, J. (2012). *Technologies for Global health*. Lancet.
- Kwakwa Anthony (2019), *The Importance And Benefit Of Primary Health Care*, Academic Article, University of Cape Coast
- Kwakwa, A., (2019). *The Importance And Benefit Of Primary Health Care*, University of Cape Coast.
- Lionis, C., Symvoulakis, E., Markaki, A., Vardavas, C., Papadakaki, M., Daniilidou, N., Souliotis, K., Kyriopoulos, I. (2009). *Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review*. International Journal of Integrated Care, 9(3).
- Litsios, S., (2002). *The Long and Difficult Road to Alma-Ata: A Personal Reflection*. International Journal of Health Services, 32 (4).
- Litsios, S., (2015). *On the Origin of Primary Health Care*. Health For All: The Journey of Universal Health Coverage.
- Liu, Y. C., Kuo, R. L., & Shih, S. R. (2020). *COVID-19: The first documented coronavirus pandemic in history*. Biomedical journal, 43(4), 328-333.
- Nelson, C., Lurie, N., Wasserman, J., Zakowski, S. (2007). *Conceptualizing and defining public health emergency preparedness*. Am J Public Health: S9-S11.
- PAHO (2017). *Universal Health in the 21st Century: 40 Years of Alma-Ata.* Report of the High-Level Commission. Revised edition. Quito, Ecuador.
- Pierrakos, G., Sarris, M., Soulis, S., Goula, A., Latsou, D., Pateras, I., Vourliotou, K., & Giannoulatos, P. (2013). *Comparative analysis of two studies of outpatient satisfaction in primary medical care*. Archives of Hellenic Medicine. 30. 316-324.
- Roland, M., Guthrie, B., (2016). *Quality and Outcomes Framework : what have we learnt?* BMJ.
- Rose, D. A., Murthy, S., Brooks, J., & Bryant, J. (2017). *The evolution of public health emergency management as a field of practice*. American journal of public health, 107(S2), S126-S133.
- Runkle, J. D., Zhang, H., Karmaus, W., Martin, A. B., & Svendsen, E. R. (2012). *Prediction of unmet primary care needs for the medically vulnerable post-disaster: an interrupted time-series analysis of health system responses*. International journal of environmental research and public health, 9(10), 3384-3397.

- Saracci, R. (1997) The World Health Organisation needs to reconsider its definition of health. *British Medical Journal (BMJ)*, 314, 1409-1410.
- Schipper, L., & Pelling, M. (2006). *Disaster Risk, Climate Change and International Development: Scope For, and Challenges To, Integration*. *Disasters*. 30. 19-38.
- Starfield, B., Shi, L. & Macinko, J., (2005). *Contribution of primary care to health systems and health*. *Milbank Q.* 83(3):457-502.
- Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G., & Gao, G. F. (2020). *A novel coronavirus outbreak of global health concern*. *The lancet*, 395(10223), 470-473.
- WHO (2019). *Health Emergency and Disaster Risk Management Framework*
- WHO (2020) *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) strategic preparedness and response plan: Accelerating readiness in the Eastern Mediterranean Region*.
- World Health Organization. (2021). *Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: interim report*, 22 April 2021.
- van Weel, C. & Kidd, M., (2018). *Why strengthening primary health care is essential to achieving universal health coverage*. *CMAJ*. 16;190(15):E463-E466.
- Zautra, Alex & Hall, John & Murray, Kate. (2010). *Resilience: A new definition of health for people and communities*. *Handbook of Adult Resilience*.

## Νομοθεσία

- ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 4486/2017, «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις.» τεύχος Α'.
- ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ στο σχέδιο νόμου «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις».
- ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 4662/2020, «Εθνικός Μηχανισμός Διαχείρισης Κρίσεων και Αντιμετώπισης Κινδύνων, αναδιάρθρωση της Γενικής Γραμματείας Πολιτικής Προστασίας, αναβάθμιση συστήματος εθελοντισμού πολιτικής προστασίας, αναδιοργάνωση του Πυροσβεστικού και άλλες διατάξεις.» Μέρος Α, Άρθρο 1.

- ΦΕΚ 5148/B/19-11-2020-Υπουργική Απόφαση Αριθμ. Δ4/Γ.Π. οικ. 74407. «Αναγκαστική διάθεση κλινών νοσηλείας, κλινών εντατικής θεραπείας, εγκαταστάσεων και θαλάμων, στο Ελληνικό Δημόσιο από ιδιώτες παρόχους υπηρεσιών υγείας, για την κάλυψη της έκτακτης και επιτακτικής ανάγκης δημόσιας υγείας, από την έξαρση του κορωνοϊού COVID-19».
- ΦΕΚ 1659/B/23-4-2021- Κοινή Υπουργική Απόφαση Γ.Π./οικ.26046/2021. «Επίταξη προσωπικών υπηρεσιών ιδιωτών ιατρών ειδικοτήτων Πνευμονολογίας, Παθολογίας και Γενικής Ιατρικής για την αντιμετώπιση της πανδημίας του κορωνοϊού COVID-19».
- ΝΟΜΟΣ ΥΠ'ΑΡΙΘΜ. 4683/2020 Κύρωση της από 20.3.2020 Π.Ν.Π. «Κατεπείγοντα μέτρα για την αντιμετώπιση των συνεπειών του κινδύνου διασποράς του κορωνοϊού COVID-19, τη στήριξη της κοινωνίας και της επιχειρηματικότητας και τη διασφάλιση της ομαλής λειτουργίας της αγοράς και της δημόσιας διοίκησης» (Α' 68) και άλλες διατάξεις, κωδικοποιημένος με τον 4715/2020.
- ΝΟΜΟΣ ΥΠ'ΑΡΙΘΜ. 4931/2022. « Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες επείγουσες διατάξεις.»

### **Ιστοσελίδες**

- [https://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](https://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf)
- [https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf?\\_x\\_tr\\_sl=en&\\_x\\_tr\\_tl=el&\\_x\\_tr\\_hl=el&\\_x\\_tr\\_pto=nui](https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=el&_x_tr_hl=el&_x_tr_pto=nui)
- <https://www.onmed.gr/yegeia-politiki/story/376812/ypoyrgeio-yegeias-ikanopoiimeno-i-polites-apo-tin-leitoyrgia-ton-tomy>
- <https://www.espa.gr/el/Pages/Sxediasmos21-27.aspx>
- <https://www.globalfamilydoctor.com/news/worldconference2018seoul-welcome.aspx>
- <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- [http://iobe.gr/research\\_a.asp](http://iobe.gr/research_a.asp)
- <https://www.ecdc.europa.eu/en/about-us/what-we-do/ecdc-activities-preparedness>
- [www.eody.gr](http://www.eody.gr)
- <https://www.isathens.gr/syndikal/10306-epistimoniki-imerida-isa-eody.html>