

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

**«Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, ΑΡΧΕΣ
ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ»**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΣΕΤΣΟΥ ΝΙΚΗ

ΑΘΗΝΑ 2023-2024

GREEK REPUBLIC

UNIVERSITY OF WEST ATTICA



SCHOOL

MANAGEMENT OF ECONOMICS
AND SOCIAL SCIENCES

DEPARTMENT OF BUSINESS
ADMINISTRATION

DIVISION

OF SOCIAL POLICY



MSc

MANAGEMENT ADMINISTRATION
OF HEALTH SOCIAL CARE SERVICES

**PRIMARY HEALTH CARE IN GREECE, PRINCIPLES OF
ORGANIZATION AND PROSPECTS"**

POSTGRADUATE DIPLOMATIC THESIS

TSETSOU NIKI

ATHENS 2023-2024

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

Επιβλέπων Γιώργος Πιερράκος Καθηγητής
Καθηγητής

Μέλος Ασπασία Γούλα Καθηγήτρια

Μέλος Αναστάσιος Σεπετής Επίκουρος Καθηγητής

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη **ΤΣΕΤΣΟΥ ΝΙΚΗ** του **ΓΕΩΡΓΙΟΥ**, με αριθμό μητρώου **21057** φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών **ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ** του Τμήματος **ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ** της Σχολής **ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ, 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».

Η Δηλούσα



ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Όλοι οι άνθρωποι, ανεξαιρέτως, έχουν το δικαίωμα να επιτύχουν το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας. Αυτή είναι και η θεμελιώδης αρχή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ). Η επίτευξη της «Υγείας» των πολιτών συνάδει με την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας και προϋποθέτει τη συνεργασία και το συντονισμό τομέων όπως ο κοινωνικός, ο οικονομικός και ο υγειονομικός.

Ο βασικός πυλώνας του οικοδομήματος της υγείας σε μία κοινωνία είναι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, η οποία αποτελεί την πρώτη επαφή του ατόμου με το σύστημα υγείας και αφορά την παροχή βασικών υπηρεσιών υγείας. Ο στόχος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι η πρόληψη, η διάγνωση, η θεραπεία και η διαχείριση των βασικών υγειονομικών ανησυχιών. Αυτό φανερώνει το πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος της για τη διατήρηση της γενικής υγείας, του συνόλου της κοινωνίας και την αντιμετώπιση ασθενειών σε πρώιμα στάδια.

Η παρούσα εργασία αποσκοπεί στη σκιαγράφηση της πορείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε παγκόσμιο και εγχώριο επίπεδο. Η εξέταση των Διεθνών Διακηρύξεων και εκθέσεων σε συνδυασμό με την ελληνική νομοθεσία στοχεύει στην σφαιρική κατανόηση του λειτουργικού πλαισίου της ΠΦΥ στην Ελλάδα. Θα δοθεί έμφαση στην προσβασιμότητα των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας παράλληλα με τα εκάστοτε προβλήματα που προκύπτουν από αυτή τη διαδικασία.

Στόχος είναι να διερευνηθούν και να αποτυπωθούν οι πρακτικές εφαρμογές του Εθνικού Συστήματος Υγείας με σκοπό την επίτευξη ενός ανώτερου βιοτικού επιπέδου με ταυτόχρονη διατήρηση της πνευματικής και ψυχικής υγείας των πολιτών. Σε αυτό το πλαίσιο θα προταθούν νέες προοπτικές, οι οποίες θα ανανεώσουν και θα εκσυγχρονίσουν το Ελληνικό Σύστημα Υγείας.

Λέξεις κλειδιά: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), Σύστημα Υγείας (ΣΥ).

ABSTRACT

All people have the right to achieve the highest possible level of health. This is the fundamental principle of Primary Health Care (PHC). Achieving the "Health" of citizens is consistent with the social and economic development of a country and requires the cooperation and coordination of sectors such as social, economic and health.

The main pillar of the building of health in a society is Primary Health Care, which is the first step of the individual with the health system and concerns the provision of basic health services. The goal of Primary Health Care is the prevention, diagnosis, treatment and management of basic health concerns. This shows how important its role is in maintaining general health and treating diseases at early stages.

This thesis aims to outline the course of Primary Health Care at a global and domestic level. The examination of international declarations and reports in combination with Greek legislation aims at a global understanding of the operational framework of PPH in Greece. Emphasis will be placed on citizens' accessibility to health services alongside the problems arising from this process.

The aim is to investigate and capture the practical applications of the National Health System in order to achieve a higher standard of living while maintaining the spiritual and mental health of the citizens. In this context, new perspectives will be proposed, which will renew and modernize the Greek Health System.

Key words: Primary Health Care (PHC), World Health Organization (WHO), Health System (HS)

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της παρούσας μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω τους ανθρώπους που συνέβαλλαν, ο καθένας ξεχωριστά , με τον δικό του μοναδικό τρόπο, στην ολοκλήρωση των σπουδών μου.

Αρχικά , θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κύριο Γεώργιο Πιερράκο, Καθηγητή στο Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων και Διευθυντή του Τομέα Κοινωνικής Πολιτικής στο Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγηση του, κατά την διαδικασία εκπόνησης της παρούσας εργασίας.

Επίσης , θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την συνεχή, σημαντική και πολύπλευρη στήριξη της, καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Περιεχόμενα

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	i
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	ii
ABSTRACT	iii
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	iv
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ Ή ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ.....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	6
ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ	6
1.1 Υγεία	6
1.2 Σύστημα Υγείας	10
1.3 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	13
1.3.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας - Πρωτοβάθμια Περίθαλψη	15
1.3.2 Στρατηγικές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	16
1.3.3 Βασικές προϋποθέσεις για να λειτουργήσει η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	18
ΑΡΧΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	18
2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	18
2.1.1 Διακήρυξη της Alma-Ata	18
2.1.2 Η Διακήρυξη της Αστάνα	20
2.2 ΑΡΧΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΦΥ	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	28
Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	28
3.1 Το σύστημα υγείας της Ελλάδας.....	28
3.2 Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα	34
3.3 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) και η Δημόσια Υγεία.....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	43
ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΠΦΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	43
4.1 Προοπτικές και όραμα	43
4.2 Εθνικό Σχέδιο Δράσης Δημόσιας Υγείας 2021 – 2025	44
4.3 Το περιεχόμενο του Προγράμματος πρόληψης «Σπύρος Δοξιάδης»	55
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	67
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	70

Πίνακας εικόνων

ΕΙΚΟΝΑ 4.1	ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ 2021-2025	48
ΕΙΚΟΝΑ 4.2	ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ 2021-2025	49
ΕΙΚΟΝΑ 4.3	ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ 2021-2025	49
ΕΙΚΟΝΑ 4.4	ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ 2021-2025	500
ΕΙΚΟΝΑ 4.5	ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ 2021-2025	50
ΕΙΚΟΝΑ 4.6	ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ 2021-2025	51
ΕΙΚΟΝΑ 4.7	ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ 2021-2025	52
ΕΙΚΟΝΑ 4.8	ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ 2021-2025	533
ΕΙΚΟΝΑ 4.9	ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ 2021-2025	54
ΕΙΚΟΝΑ 4.10	ΤΑ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΔΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ 5ΕΤΟΥΣ ΣΧΕΔΙΟΥ ΔΡΑΣΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ 2021-2025	56
ΕΙΚΟΝΑ 4.11	ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ "ΣΠΥΡΟΣ ΔΟΞΙΑΔΗΣ"	57
ΕΙΚΟΝΑ 4.12	ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΟΥ 5ΕΤΟΥΣ ΣΧΕΔΙΟΥ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ	622
ΕΙΚΟΝΑ 4.13	ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΚΟΣΤΟΥΣ ΤΟΥ 5ΕΤΟΥΣ ΣΧΕΔΙΟΥ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΑΝΑ ΤΑΜΕΙΟ	622
ΕΙΚΟΝΑ 4.14	ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΚΟΣΤΟΥΣ ΤΟΥ 5ΕΤΟΥΣ ΣΧΕΔΙΟΥ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΑΝΑ ΕΤΟΣ	633

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ Ή ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΑ

ΑΜΚΑ	Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΦΚΑ	Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης
ΙΚΑ	Ίδρυμα Κοινωνικής Ασφαλίσεως
ΚΕΠΕ	Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών
ΜΕΘ	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
ΠΕΔΥ	Πρωτοβάθμια Εθνικά Δίκτυα Υγείας
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΣΗΣ	Σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης
ΤΟΜΥ	Τοπικές Μονάδες Υγείας
ΥΠΕ	Υγειονομικές Περιφέρειες Ελλάδας

ΔΙΕΘΝΗ

CQC	Care Quality Commission
GPs	General Practitioners
HPA	Health Protection Agency
HS	Health System
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NHS	National Health System
NICs	National Insurance Contributions
PCTs	Primary Care Trusts
PHC	Primary Health Care
UHC	Universal Health Coverage
UNICEF	United Nations Children's Fund
WHO	World Health Organization

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία, ως ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα κάθε ατόμου, είναι στενά συνδεδεμένη με την κοινωνική και οικονομική πρόοδο μιας χώρας. Η αύξηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας συντελεί στην αύξηση του επιπέδου των συνθηκών διαβίωσης αλλά και της ποιότητας ζωής των πολιτών. Στη σημερινή εποχή, με τις συνεχώς αυξανόμενες απαιτήσεις για τη παροχή πιο εξατομικευμένων υπηρεσιών υγείας και τη βελτίωση της ποιότητας τους, δημιουργείται η ανάγκη ενός ανθρωποκεντρικού σχεδιασμού, προκειμένου να αυξηθεί η αποδοτικότητα ενός συστήματος υγείας. Σε αυτό στοχεύει η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), η οποία θεωρείται ως ο κεντρικός πυλώνας όλων των συστημάτων υγείας, καθώς συνιστά τη πρώτη επαφή του πολίτη με τις μονάδες υγείας. Η ΠΦΥ στοχεύει στην κάλυψη των αναγκών υγείας ενός ατόμου, *«από την προαγωγή της υγείας έως την πρόληψη ασθενειών, τη θεραπεία, την αποκατάσταση και την παρηγορητική φροντίδα»* (WHO, 2022).

Σύμφωνα με συγκριτικές μελέτες έχει αποδειχθεί πως στα συστήματα υγείας που εφαρμόζουν την ΠΦΥ επιτυγχάνουν την καλύτερη υγεία των πολιτών, την εύκολη προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, τον περιορισμό του κόστους και την βέλτιστη αξιοποίηση των υπηρεσιών σε άλλους τομείς του συστήματος υγείας (Ellen Kuhlmannetal, 2018). Οι Διεθνείς εξελίξεις στο τομέα της υγείας προσανατολίζονται σε ένα σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας με επίκεντρο τον άνθρωπο, επιδιώκοντας την ισότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας, στην ποιοτική και αποτελεσματική εξυπηρέτηση των πολιτών-ασθενών τους με τεχνικά αποδοτικότερη διοίκηση, παραγωγή και λειτουργία των υπηρεσιών υγείας (Πιερράκος Γ., 2013).

Η διακήρυξη της Άλμα Άτα, το 1978, προχώρησε στην αποδοχή της πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης και έτσι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αναγνωρίστηκε ως βασικό ανθρώπινο δικαίωμα και σημαντικός παράγοντας για την προαγωγή της ισότητας στην υγεία για όλους (WHO, 2018). Στην Ελλάδα με το Νόμο 4486/2017 (ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017) για τη *«Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις»* ξεκίνησε μια προσπάθεια ανασυγκρότησης της ΠΦΥ σε ένα μοντέλο παροχών και υπηρεσιών υγείας με βασικό δέκτη τον άνθρωπο .

Οι τρεις σημαντικότεροι σκοποί κάθε συστήματος υγείας είναι η δυνατότητα των πολιτών-ασθενών να χρησιμοποιούν ισότιμα όλες τις απαιτούμενες υπηρεσίες υγείας, η

προσβασιμότητα σε αυτές, χωρίς οικονομική επιβάρυνση, καθώς και η μέγιστη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων. Λαμβάνοντας υπόψιν αυτούς τους σκοπούς μπορεί να θεωρηθεί ότι το ελληνικό σύστημα υγείας ανταποκρίνεται μόνο στο πρώτο σκοπό (Κοντιάδης Ξ., 2008). Η έλλειψη οργανωμένων υπηρεσιών ΠΦΥ στη χώρα δεν οφείλεται σε υστέρηση επιστημονικής ή τεχνοκρατικής κατάρτισης, αλλά απορρέει από την απώλεια πολιτικής βούλησης η οποία θα μπορούσε να προωθήσει και να εφαρμόσει ένα ολοκληρωμένο, ανθρωποκεντρικό και προσβάσιμο σύστημα υγείας (Καρακόλιας Σ. και συν, 2018).

Στη σημερινή εποχή η οικονομική ύφεση στην Ελλάδα προκαλεί πολλά προβλήματα στη οικονομική ενίσχυση των υπηρεσιών υγείας. Από την άλλη, ο αντίκτυπος αυτής της κατάστασης σε συνδυασμό με τις διαρκώς αυξανόμενες δαπάνες υγείας και η επιτακτική ανάγκη να βρεθούν λύσεις στα προβλήματα των Νοσοκομειακών μονάδων προκαλεί μια ασφυκτική κατάσταση στο σύστημα υγείας. Η εύρεση τρόπων για ποιοτικότερες παροχές υπηρεσιών υγείας, η δημιουργία πιλοτικών συστημάτων πρόληψης και αντιμετώπισης της ασθενείας εκτός νοσοκομείου και η μακροχρόνια φροντίδα, δημιουργούν μια διέξοδο του Συστήματος που αξίζει να διερευνηθεί (Πιερράκος Γ., 2008:34).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

1.1 Υγεία

Η υγεία, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ορίζεται όχι μόνο ως η απουσία νόσου ή αναπηρίας αλλά επιπλέον ως «*κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας*» (WHO, 1958). Η υγεία μπορεί να χαρακτηριστεί και ως μία «*κατάσταση ύπαρξης*» μέσα στην οποία το άτομο βρίσκει τη δύναμη να ξεπεράσει τις κρίσεις και «*τις διαταραχές της ισορροπίας του*» και να δημιουργήσει νέες αξίες και κανόνες. Η υγεία ξεκινά «*από το σπίτι, το σχολείο, την εργασία*» και τα άτομα πρέπει να ψάχνουν συνεχώς «*καλύτερους τρόπους πρόληψης και αποφυγής της αρρώστιας, της αναπηρίας ή της ανικανότητας*». Αυτό κατά συνέπεια απαιτεί την ισομερώς κατανομή των πόρων για την υγεία και την πρόσβαση στη φροντίδα υγείας απ' όλους (Σαρρής Μ., 2001:67).

Παράλληλα κάθε κράτος εγγυάται συνταγματικά την προστασία της υγείας των κατοίκων του, διότι πρόκειται για «*θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα*», η άσκηση του οποίου διασφαλίζει και προφυλάσσει την ίδια την ύπαρξη κάθε ανθρώπου. Με την ανεπαρκή παροχή υπηρεσιών υγείας και στοιχειώδους κάλυψης έστω και σε ένα άτομο μπορεί από τη μία να χαθεί το δικαίωμά του στη ζωή και από την άλλη να προκληθούν σημαντικά ζητήματα στα άλλα άτομα της κοινωνίας, σε εθνικό ή σε διεθνές επίπεδο. Ως εκ τούτου, είναι προφανές ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας είναι απαραίτητη, καθώς δημιουργεί τη θεμελιώδη ιδέα της «*καθολικής κάλυψης του πληθυσμού*» σε μια ολοκληρωμένη κοινωνία που ενδιαφέρεται για την προστασία του. Δεδομένου ότι το αγαθό της υγείας εμφανίζεται στις οικονομικές σχέσεις των σύγχρονων αγορών ως «*καταναλωτικό αγαθό*», όχι μόνο δημόσιο αλλά και ιδιωτικό, πολύ συχνά η δυνητική του χρήση εξαρτάται από διαφορετικούς παράγοντες, όπως:

α) το επίπεδο εισοδήματος των πολιτών,

β) το ύψος του κινδύνου, από το ποια και πόσο σοβαρή είναι μία ασθένεια, δηλαδή από το ύψος της δαπάνης που προκύπτει,

γ) τη διαθεσιμότητα του αγαθού σε συγκεκριμένες «*γεωγραφικές περιοχές*»,

- δ) το είδος της κινητικότητας των πολιτών λόγω ηλικίας ή κάποιας αναπηρίας συνδυαστικά με τη δομή της κοινωνίας ή της οικογένειας που μπορεί να είναι είτε τυπική είτε άτυπη και
- ε) την ασφαλιστική κάλυψη.

Είναι, λοιπόν, σαφές ότι σε πολλές περιπτώσεις, όταν ένας ή περισσότεροι από αυτούς τους παράγοντες απουσιάζουν, οι άνθρωποι δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση σε αγαθά και υπηρεσίες υγείας, οδηγώντας σε ανισότητες στη διανομή του αγαθού της υγείας. Απόρροια αυτού είναι η αδυναμία δημιουργίας εισοδήματος από την εργασία, με αποτέλεσμα την έλλειψη ικανότητας *«κάλυψης βασικών αναγκών και απόκτησης κοινωνικοπολιτισμικών αγαθών, με απώλεια του δικαιώματος των ίσων ευκαιριών.»* (Σούλης Σ., 2015 :632).

Σύμφωνα με τον καθηγητή κ. Σαρρή και την οικονομική προσέγγιση της υγείας που ανέπτυξε, υποστηρίζει πως όταν ένα άτομο είναι άρρωστο, όχι μόνο δεν μπορεί να συνεισφέρει στην εργασία αλλά αντίθετα, προκαλεί οικονομική επιβάρυνση για την κοινωνία. Κατά συνέπεια, είναι απαραίτητη η αντιμετώπιση και η θεραπεία της ασθένειας για να ελαχιστοποιηθούν οι επιπτώσεις της, καθώς η βελτίωση της υγείας μπορεί να έχει θετικές επιπτώσεις στην παραγωγικότητα της εργασίας, τόσο από άποψη ποσότητας όσο και από άποψη ποιότητας. Η καλή υγεία αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για τη σωστή λειτουργία του ανθρώπινου κεφαλαίου και διασφαλίζει την απρόσκοπτη συνέχιση της παραγωγικής διαδικασίας.

Αξίζει να τονιστεί ότι, η βελτίωση του επιπέδου υγείας δεν μπορεί να διαχωριστεί από την ευρύτερη κοινωνική ανάπτυξη και την επιδίωξη υψηλότερης ποιότητας ζωής για ολόκληρο τον πληθυσμό. Η καλή υγεία πρέπει να θεωρείται ως βασικό ανθρώπινο δικαίωμα, η οποία δεν πρέπει να επιδιώκεται μόνο για την οικονομική ανάπτυξη, αλλά ως αυτοσκοπός και πηγή προόδου σε κάθε πτυχή της ζωής. Στη σύγχρονη εποχή, οι άνθρωποι επιθυμούν, όχι μόνο να επιβιώσουν αλλά και να βιώσουν την ευτυχία και την ικανοποίηση σε καταστάσεις και συνθήκες διαβίωσης που τους επιτρέπουν να απολαμβάνουν μια ανώτερη ποιότητα ζωής.

Η ολιστική προσέγγιση αναδεικνύει τις πολύπλευρες και ποικίλες πτυχές της υγείας. Υποστηρίζει ότι η υγεία συνδέεται στενά με το περιβάλλον (συμπεριλαμβανομένων των φυσικών, κοινωνικών και πολιτιστικών παραγόντων), ενώ

επηρεάζεται επίσης από τη βιολογική σύσταση του ατόμου, όπως είναι οι γενετικές προδιαθέσεις.

Σε όλη τη διάρκεια της ιστορίας, ο ορισμός και η κατανόηση της υγείας και της ασθένειας έχουν διαφοροποιηθεί ανάλογα με τις επικρατούσες κοινωνικές συνθήκες και τις χρονικές περιόδους. Παρά τις αλλαγές αυτές, υπήρξε ένας ορισμένος βαθμός σταθερότητας στις μη «κοινωνικοπολιτισμικές» πτυχές της υγείας. Στο πλαίσιο της ολιστικής προσέγγισης, αυτές οι διαφορετικές προοπτικές συνδυάζονται για να σχηματίσουν μια ολοκληρωμένη κατανόηση της πολύπλοκης φύσης της υγείας και της ασθένειας. Η κατανόηση αυτή λαμβάνει υπόψη όχι μόνο τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, αλλά και τις κοινωνικές και προσωπικές στάσεις απέναντι στην υγεία και την ασθένεια, καθώς και τις αλληλεξαρτήσεις και τη διασύνδεση που προκύπτουν μεταξύ τους. Μαζί, αυτές οι διάφορες συνιστώσες διαμορφώνουν μια ολιστική εικόνα της «πολυπαραγοντικής» φύσης της υγείας και της ασθένειας (Σαρρής Μ., 2001).

Τον Μάιο του 1977, στην 30η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας του ΠΟΥ, τέθηκε για πρώτη φορά ως στόχος η προσπάθεια της επίτευξης ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας για ολόκληρο τον πληθυσμό, το οποίο θα επέτρεπε την παραγωγική, οικονομική και κοινωνική ζωή με την ονομασία "Υγεία για όλους μέχρι το 2000". Η πρωτοβουλία αυτή είχε ως στόχο να ορίσει και να αναλύσει διεξοδικά την πολύπλοκη έννοια της υγείας. Αυτή η οραματική προσπάθεια καθόρισε παγκόσμιες προτεραιότητες και στόχους με σκοπό να βοηθήσει τους ανθρώπους σε όλο τον κόσμο να επιτύχουν και να διατηρήσουν ένα επιθυμητό επίπεδο υγείας. Παρείχε ένα δομημένο πλαίσιο για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που συνδέονται με τη βελτίωση της συνολικής κατάστασης. Οι πολιτικές και οι δράσεις που σχετίζονται με την πρωτοβουλία αυτή υπογράμμισαν την σημασία των προσπαθειών για την προαγωγή και την ενίσχυση της υγείας. Επιπλέον, αναγνωρίζονται ως καθοριστικοί παράγοντες για την προώθηση της μεγαλύτερης κοινωνικής συνοχής μεταξύ των πληθυσμών.

Η Περιοχή Ευρώπης έχει καθορίσει 21 στόχους στο πλαίσιο της πολιτικής της "Υγεία για όλους", που χρησιμεύει ως πλαίσιο για την ανάπτυξη και την προστασία της υγείας. Οι στόχοι αυτοί είναι προσαρμοσμένοι στις ειδικές ανάγκες της περιφέρειας και αποτελούν τον πυρήνα της πολιτικής της για την υγεία. Ένα σημαντικό πλεονέκτημα της Περιοχής Ευρώπης είναι η ικανότητά της να εμπλέκει διάφορους οργανισμούς, συμπεριλαμβανομένης της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σε προσπάθειες συνεργασίας με όλες τις χώρες μέλη. Η συνεργασία αυτή εξασφαλίζει την ευθυγράμμιση και τον συντονισμό των

δράσεων που απαιτούνται για την επίτευξη των στόχων που περιγράφονται στην πολιτική "Υγεία για όλους". Αξιοποιώντας αυτούς τους οργανισμούς και προωθώντας τη συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών, η Περιοχή Ευρώπης μπορεί να εργαστεί συλλογικά για τη βελτίωση της δημόσιας υγείας, την ενίσχυση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και τελικά την προώθηση της ευημερίας του πληθυσμού της. Η πολιτική "Υγεία για όλους" χρησιμεύει ως κατευθυντήριο πλαίσιο για τις προσπάθειες αυτές, τονίζοντας τη σημασία της προσβάσιμης, ισότιμης και υψηλής ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης για όλα τα άτομα στην περιοχή.

Η πολιτική "Υγεία 21" για την Περιοχή Ευρώπης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας βασίζεται στα κάτωθι στοιχεία:

- Πρωταρχικός σκοπός: Ο πρωταρχικός και διαρκής σκοπός της πρωτοβουλίας "Υγεία 21" είναι να ενισχύσει το δυναμικό υγείας των ατόμων.
- Κύριοι στόχοι: Δύο είναι οι κεντρικοί στόχοι για την επίτευξη καλύτερης υγείας για όλους. Ο πρώτος είναι η προστασία και η προαγωγή της υγείας, δίνοντας έμφαση στη σημασία των προληπτικών μέτρων και ο δεύτερος είναι η μείωση της εμφάνισης ασθενειών.
- Βασικές αξίες: Η «Υγεία 21» στηρίζεται σε τρεις βασικές αξίες. Πρώτον, αναγνωρίζει την υγεία ως θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, διασφαλίζοντας ότι όλα τα άτομα έχουν δικαίωμα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Δεύτερον, δίνει έμφαση στην ισότητα και την αλληλεγγύη στην υγεία, υποστηρίζοντας την ισότιμη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία μεταξύ των φύλων και των διαφόρων ομάδων. Τέλος, τονίζει τη σημασία της συμμετοχής και της υπευθυνότητας στην ανάπτυξη της υγείας, εμπλέκοντας ανθρώπους, θεσμούς και διάφορους ενδιαφερόμενους φορείς στη διαδικασία.
- Στρατηγικές δράσης: Για την επίτευξη επιστημονικής, οικονομικής, κοινωνικής και πολιτικής βιωσιμότητας, η «Υγεία 21» χρησιμοποιεί τέσσερις πρωταρχικές στρατηγικές. Πρώτον, προωθεί πολυτομεακές στρατηγικές για την αντιμετώπιση διαφόρων καθοριστικών παραγόντων της υγείας. Δεύτερον, υποστηρίζει προγράμματα και επενδύσεις που επικεντρώνονται στην ανάπτυξη της υγείας. Τρίτον, δίνει έμφαση στην

ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια περίθαλψη, με έμφαση στην οικογενειοκεντρική υγειονομική περίθαλψη. Τέλος, ενθαρρύνει την ενεργό συμμετοχή των υπευθύνων στην βελτίωση της υγείας στα πλαίσια της

- οικογένειας, του σχολείου και του χώρου εργασίας με στόχο τις συλλογικές λήψεις των αποφάσεων (Πιερράκος Γ., 2013: 17-18).

Συνοψίζοντας, να επισημανθεί ότι η υγεία συνθέτει μια από της πιο σημαντικές προϋποθέσεις ευημερίας βοηθώντας ουσιαστικά στην άνοδο του επιπέδου της κοινωνικό-οικονομικής ανάπτυξης μιας χώρας καθώς και στην εξέλιξη του κοινωνικού συνόλου γενικότερα (Σαρρήs Μ., 2001). Επιπρόσθετα, όπως αναφέρει ο καθηγητής κ. Σούλης, αξίζει να τονιστεί πως το απόθεμα υγείας θεωρείται ένα είδος επενδυτικού αγαθού που «παράγει» ημέρες υγείας (healthdays) (Σούλης Σ., 1999).

1.2 Σύστημα Υγείας

Ως σύστημα υγείας «ορίζεται το συνδυασμένο σύνολο» αποτελούμενο από άτομα, θεσμούς και πόρους που συνεργάζονται μεταξύ τους, για την εκτέλεση δραστηριοτήτων σχετικών με την υγεία, θέτοντας ως βασικό σκοπό τους την βελτίωση της υγείας των πολιτών (Murrayj., Frenk, j., 2000).

Το σύστημα υγείας αποτελείται από ένα σύνολο υγειονομικών μονάδων, που συνεργάζονται και επικοινωνούν συνεχώς, προκειμένου να διατηρηθεί και να προαχθεί η υγεία του πληθυσμού. Η κοινωνική οικονομική και πολιτική δομή μιας χώρας, η οικολογική ισορροπία, τα πολιτισμικά πλαίσια, τα επιδημιολογικά πρότυπα και οι υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού μιας χώρας, είναι παράγοντες που συντελούν στη διαμόρφωση του συστήματος υγείας της (Σούλης Σ., 1999, :32-33).

Το πόσο αναγκαία είναι η ύπαρξη και λειτουργία ενός συστήματος καθορίζεται από την αποτελεσματικότητα των στόχων του και την ικανότητά του να επιτυγχάνει τους στόχους αυτούς. Οι σκοποί και οι στόχοι ενός συστήματος συντελούν στη διαφοροποίηση του από ένα άλλο σύστημα και παρέχουν μια βάση για την αξιολόγηση της απόδοσης και του αντίκτυπου του συστήματος. Σύμφωνα με τη σύγχρονη θεώρηση, ο πρωταρχικός σκοπός ενός συστήματος υγείας, θα πρέπει να είναι η διασφάλιση και η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, με απώτερο στόχο τη συμβολή του συστήματος υγείας στη συνολική ευημερία και την ποιότητα ζωής του πληθυσμού. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού, το σύστημα υγείας θα πρέπει να έχει συγκεκριμένους στόχους που σχετίζονται με την παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών που καλύπτουν τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού.

Στη σύγχρονη προοπτική, ο σκοπός ενός συστήματος υγείας θα πρέπει να είναι η διασφάλιση και η ενίσχυση της συνολικής υγείας του πληθυσμού, συμβάλλοντας τελικά στην ευημερία και την ποιότητα ζωής των ανθρώπων. Οι στόχοι του συστήματος υγείας ευθυγραμμίζονται με την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας και την παροχή των απαραίτητων υπηρεσιών και αγαθών. Τόσο οι σκοποί όσο και οι στόχοι πρέπει να είναι σαφώς καθορισμένοι ώστε να μπορούν να μετρηθούν και να αξιολογηθούν (Σάρρης Μ., 2001: 120-121).

Σύμφωνα με τον M. Roemer, τα βασικά στοιχεία που αποτελούν τα θεμέλια ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης είναι τα εξής πέντε:

- **Πόροι:** Περιλαμβάνει όλες τις εισροές που απαιτούνται για την υγειονομική περίθαλψη, όπως ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης όπως νοσοκομεία, φαρμακευτικά προϊόντα, προηγμένες ιατρικές τεχνολογίες, καθώς και τις γνώσεις και την εμπειρογνωμοσύνη των επαγγελματιών του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.
- **Οργάνωση των προγραμμάτων:** Αυτό αφορά την ευθύνη του κράτους για την οργάνωση και τη διάρθρωση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Περιλαμβάνει τη διαχείριση των προγραμμάτων κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης και τη συμμετοχή εθελοντικών οργανώσεων σε πρωτοβουλίες υγειονομικής περίθαλψης.
- **Οικονομική υποστήριξη:** Αυτή η πτυχή επικεντρώνεται στον τρόπο χρηματοδότησης του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των μεθόδων και των πηγών χρηματοδότησης. Περιλαμβάνει επίσης στρατηγικές για τη συγκράτηση του κόστους ώστε να διασφαλιστεί ότι το σύστημα παραμένει οικονομικά βιώσιμο.
- **Σύστημα διαχείρισης και προγραμματισμού:** Αυτό το στοιχείο περιλαμβάνει τη διαχείριση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, τις διαδικασίες λήψης αποφάσεων, τη νομοθεσία που διέπει την υγειονομική περίθαλψη και τους επιχειρησιακούς κανονισμούς που υπαγορεύουν τον τρόπο λειτουργίας του συστήματος. Η αποτελεσματική διαχείριση και ο σχεδιασμός είναι ζωτικής σημασίας για την επιτυχία του συστήματος.
- **Διανομή υπηρεσιών:** Το στοιχείο αυτό περιλαμβάνει τις διάφορες υπηρεσίες που παρέχονται από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Περιλαμβάνει την προαγωγή της υγείας, τα προληπτικά μέτρα, την ιατρική

θεραπεία και τις διαδικασίες αναθεώρησης μετά τη θεραπεία. Η διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης και διανομής αυτών των υπηρεσιών είναι απαραίτητη για την επίτευξη ολοκληρωμένης υγειονομικής περίθαλψης (M .Roemer ,1993).

Για να είναι αποτελεσματικό οποιοδήποτε σύστημα υγείας, πρέπει να παρουσιάζει λειτουργική και οργανωτική ανάπτυξη προκειμένου να διασφαλίζεται η αποτελεσματική χρήση των πόρων και η ικανοποίηση των ασθενών. Στόχος κάθε συστήματος υγείας είναι να παρέχει τις απαραίτητες ιατρικές και υγειονομικές υπηρεσίες την κατάλληλη στιγμή ώστε να επιτυγχάνεται η μέγιστη δυνατή αποτελεσματικότητα και σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας, χωρίς να τίθεται σε κίνδυνο ο ασθενής, με την υψηλότερη δυνατή ποιότητα. Σύμφωνα με αυτόν τον στόχο, ο καθορισμός της δομής και της οργάνωσης του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης εκφράζεται μέσω της τριάδας: πρόληψη - θεραπεία – αποκατάσταση (Σαρρής Μ., 2001:149).

Η τελική ανάπτυξη ενός συστήματος υγείας διαφέρει από χώρα σε χώρα, λαμβάνοντας υπόψη το τοπικό περιβάλλον και τις ειδικές ανάγκες του πληθυσμού. Υπάρχουν τέσσερα επίπεδα υπηρεσιών υγείας, όπως περιγράφονται από τον καθηγητή κ. Πιερράκο :

Φροντίδα στην οικογένεια: Το πρώτο επίπεδο περιλαμβάνει τη φροντίδα εντός της οικογένειας, όπου ένας επαγγελματίας υγείας είναι υπεύθυνος για την παροχή υπηρεσιών σε μια μικρή ομάδα 1 έως 10 ατόμων. Αυτό το επίπεδο υπηρεσιών υγείας επικεντρώνεται σε πολίτες με χρόνια προβλήματα υγείας, όπως ο σταθερός διαβήτης, η σκλήρυνση κατά πλάκας και οι νεοπλασίες, όπου αυτοί πρέπει να μάθουν πώς να διαχειρίζονται την κατάστασή τους και να επανενταχθούν στην κοινωνία. Η συγκεκριμένη πτυχή σχετίζεται με τη θεωρία της αυτοφροντίδας, όπου η υποστήριξη του ασθενούς πραγματοποιείται μέσω τεσσάρων επιπέδων: του ατόμου, της νοσηλείας, του σταδίου βελτίωσης της υγείας και του περιβάλλοντος. Ο πρωταρχικός στόχος για τον επαγγελματία υγείας είναι να αντιμετωπίσει τον ασθενή με τέτοιο τρόπο ώστε, είτε να θεραπευτεί πλήρως, είτε να είναι σε θέση να ζήσει με την ασθένειά του, ενώ παράλληλα να επανενταχθεί στην κοινωνία.

Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: αποτελεί την είσοδο του πολίτη στο σύστημα υπηρεσιών υγείας. Κρίνεται σκόπιμο να τονιστεί ο διαχωρισμός της Πρωτοβάθμιας φροντίδας από την Πρωτοβάθμια περίθαλψη καθώς η δεύτερη αποτελεί υποσύνολο της πρώτης. Η ΠΦΥ περιλαμβάνει έννοιες που σχετίζονται με τη δημόσια πολιτική υγείας και πρόληψης.

Γενικά Νοσοκομεία: Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας

Πανεπιστημιακά νοσοκομεία: Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Αποτελούν μεγάλες νοσοκομειακές μονάδες που στηρίζουν σε τοπικό όσο και σε περιφερειακό επίπεδο την τριτοβάθμια περίθαλψη, στην οποία εντάσσονται και τα νοσοκομειακά ιδρύματα, τα οποία υποστηρίζονται από πανεπιστήμια που στοχεύουν στην υλοποίηση της ερευνητικής δραστηριότητας, αλλά και στην προώθηση ειδικών θεραπειών υψηλού κόστους.

Τα συστήματα υγείας κατηγοριοποιούνται και ανάλογα με το είδος της παροχής της χρηματοδότησης της Ασφάλειας και του μοντέλου εισφορών, ως εξής:

- *συστήματα υγείας τα οποία ο κρατικός προϋπολογισμός χρηματοδοτεί τις υπηρεσίες υγείας*
- *συστήματα υγείας όπου η χρηματοδότηση τους στηρίζεται στην κοινωνική ασφάλιση*
- *συστήματα υγείας που χρηματοδοτούνται κυρίως από τον Κρατικό προϋπολογισμό αλλά και υποστηρικτικά από την κοινωνική ασφάλιση*
- *συστήματα υγείας με την ιδιωτική ασφάλιση να παίζει κυρίαρχο ρόλο*
- *συστήματα υγείας όπου συνυπάρχουν οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας και οι ατομικοί λογαριασμοί ιδιωτικής ασφάλισης (Πιερράκος Γ., 2008).*

1.3 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί το σύνολο των οργανωμένων υπηρεσιών που το κύριο μέλημά τους είναι να παρακολουθούν, να διατηρούν και να βελτιώνουν την υγεία του κάθε ατόμου. Περιλαμβάνει υπηρεσίες για την προαγωγή της υγείας, προληπτικές μεθόδους μιας νόσου, τη διάγνωση, την θεραπεία και τη συνεχή φροντίδα. Η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών ΠΦΥ είναι ευθύνη του Κράτους, πρέπει να γίνεται με σεβασμό στα δικαιώματα και τις ανάγκες όλου του πληθυσμού. Στο πλαίσιο εφαρμογής του νόμου 3235/18.12.2004, άρθρο 1, «...ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, νοείται το σύστημα παροχής σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας...».

Σύμφωνα με τον καθηγητή κ. Πιερράκο «...Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ορίζεται η βασική φροντίδα της υγείας η οποία στηρίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες, κοινωνικά αποδεκτές, πρακτικά εφαρμόσιμες, προσιτές από όλα τα άτομα της κοινότητας

μέσω της ενεργού συμμετοχής τους και οικονομικά προσιτές από το Κράτος ή την Τοπική Κοινωνία μεθόδους και οι τεχνολογίες...». (Πιερράκος Γ.,2008)

Όπως αναφέρει ο κ. Μωραΐτης, η ΠΦΥ αποτελεί ουσιαστικό κομμάτι μιας στρατηγικής υγείας, εστιάζοντας στην πρόληψη, την πρόωμη διάγνωση και τη φροντίδα των ασθενών. Αποτελεί τον πρώτο προορισμό για πολλά υγειονομικά ζητήματα και είναι σημαντική για την προσβασιμότητα και τη μείωση των δαπανών στον τομέα της υγείας. Επιπτώσεις όλων αυτών των επιλογών αντικατοπτρίζονται στην πολιτική και τον πολιτισμό καθώς επηρεάζουν πολλούς αναπτυξιακούς τομείς όπως τη βιομηχανία, τη γεωργία, το περιβάλλον, τα οποία δεν έχουν σύνδεση με έξω-νοσοκομειακά ζητήματα οργάνωσης (Μωραΐτης Ε., 1985).

Οι βασικές δραστηριότητες της ΠΦΥ περιλαμβάνουν, σε ένα πρώτο επίπεδο, εφαρμόσιμες οικονομικές πολιτικές, μεθόδους και τεχνολογίες από το κράτος ή την κοινότητα, με στόχο την καταγραφή των επιδημιολογικών δεδομένων που σχετίζονται με την ηλικία, το φύλο και το οικογενειακό ιατρικό ιστορικό. Σε δεύτερο επίπεδο, περιλαμβάνουν τη συνεχή παρακολούθηση και αναγνώριση των απαραίτητων υπηρεσιών που απαιτούνται από τον ασθενή κατά την επίσκεψή του στο κέντρο υγείας. Τρίτον, υπάρχει η καταγραφή των λεπτομερειών της υπηρεσίας προληπτικής ιατρικής, που αποσκοπούν στην αναγνώριση των κινδύνων για την υγεία, στο ανθρώπινο περιβάλλον, με πρωταρχικό στόχο την ενίσχυση και τη βελτίωση της συνολικής υγείας του ανθρώπινου οργανισμού. Στο τέταρτο επίπεδο, υπάρχει η καταγραφή ειδικών αναγκών των ασθενών ώστε να μπορούν να αυτοεξυπηρετούνται. Όλα αυτά γίνονται με την άμεση επαλήθευση των δεδομένων των ασθενών, μέσα από το δημόσιο Σύστημα Υγείας, το οποίο παρέχει κατάλληλες πληροφορίες για τον εκάστοτε ασθενή, με στόχο την βελτίωση της υγείας του.

Ουσιαστικά, η αποτελεσματική λειτουργία της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης βασίζεται σε πέντε θεμελιώδεις αρχές. Την εξασφάλιση της προσβασιμότητας και της διαθεσιμότητας των υπηρεσιών στους πολίτες για όλο το εικοσιτετράωρο. Την καθιέρωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης ως το αρχικό σημείο αλληλεπίδρασης μεταξύ του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και του χρήστη. Οι επαγγελματίες υγείας, κατά την επικοινωνία τους με τους χρήστες, πρέπει να έχουν όχι μόνο πλήρη γνώση του ιατρικού ιστορικού του ασθενούς, αλλά και άλλων δημογραφικών δεδομένων, εξασφαλίζοντας τη βέλτιστη αποτελεσματικότητα της διαχείρισης των προβλημάτων. Ένα επιτυχημένο σύστημα διατηρεί ένα εύρος υπηρεσιών που δεν υπερβαίνει τα 2.500 άτομα ανά κέντρο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Το μέγεθος αυτό του πληθυσμού επιτρέπει την καταγραφή, τον προσδιορισμό της νοσηρότητας και την αποτύπωση διαφόρων ποιοτικών

και ποσοτικών δεικτών υγείας, διευκολύνοντας τους επαγγελματίες υγείας στη συνεχή αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού που τους έχει ανατεθεί. Οι γνώσεις αυτές είναι ζωτικής σημασίας καθόσον η σωστή αξιολόγησή τους από τα άτομα που τις διαχειρίζονται επιτρέπουν την προώθησή και την εξέλιξή τους στη δευτεροβάθμια και στη τριτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη. Η εφαρμογή αυτού του πλαισίου επεκτείνει τα επικοινωνιακά πλαίσια μεταξύ των πολιτών και των διαχειριστών της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης και χρησιμεύει ως θεμέλιο για την ανάπτυξη πολιτικών ιατρικής με έμφαση στη πρόληψη.

Εν κατακλείδι, η ΠΦΥ καλύπτει τις περισσότερες ανάγκες υγείας ενός πολίτη σε όλα τα στάδια της ζωής του. Αντιμετωπίζει τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία με ανθρωποκεντρική εστίαση και όχι ασθενοκεντρική. Αυτή, υιοθετεί μια ολιστική προσέγγιση της κοινωνίας, περιλαμβάνοντας την υπεράσπιση της υγείας, την πρόληψη των ασθενειών, τη θεραπεία, την αποκατάσταση και την ανακουφιστική φροντίδα (Πιερράκος Γ., 2022).

1.3.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας - Πρωτοβάθμια Περίθαλψη

Η Πρωτοβάθμια περίθαλψη στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αφορά κυρίως:

- Την παροχή βασικών υπηρεσιών και φροντίδας στους πολίτες.
- Την εστίαση στην προαγωγή της υγείας του χρήστη, μέσω συνεργατικών προσπαθειών, στις οποίες συμμετέχουν διάφοροι επαγγελματίες υγείας και η τοπική κοινότητα.
- Το κύριο σημείο εισόδου των χρηστών στο σύστημα υπηρεσιών υγείας, αντιμετωπίζοντας ένα ευρύ φάσμα αναγκών υγείας.
- Τον έλεγχο της ροής των ασθενών (Gatekeeping), λειτουργώντας ως φύλακας πύλης προς τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Διασφαλίζοντας ότι οι ασθενείς κατευθύνονται στα κατάλληλα επίπεδα περίθαλψης.
- Τον έλεγχο των δαπανών, λειτουργώντας ως μηχανισμός ελέγχου των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης, προωθώντας την αποτελεσματική
-

Συνεπώς, γίνεται κατανοητό πως η Πρωτοβάθμια περίθαλψη στην ΠΦΥ αποτελεί βασικό κομμάτι του μηχανισμού των δαπανών υγείας, καθώς παρέχει ένα πλαίσιο για τον ορθολογικό σχεδιασμό των νοσοκομειακών δομών, διασφαλίζοντας ότι οι πόροι

υγειονομικής περίθαλψης κατανέμονται με βάση τις ανάγκες που εντοπίζονται μέσω των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

1.3.2 Στρατηγικές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η ΠΦΥ χρησιμοποιεί διάφορες στρατηγικές για την ενίσχυση της δημόσιας υγείας και ευημερίας. Οι βασικές στρατηγικές της είναι:

1. Μείωση του κοινωνικού αποκλεισμού και εξασφάλιση πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας σε όλο το πληθυσμιακό φάσμα ακόμα και σε ευάλωτες ομάδες. Δίνεται έμφαση σε επιδημιολογικές καταγραφές ανάλογα με τις ανάγκες του πληθυσμού και παρακολούθηση των δεικτών νοσηρότητας, αναπηρίας και θνησιμότητας και επιπλέον, εφαρμογή μέτρων άμεσης αντίδρασης για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας.
2. Μείωση των παραγόντων κινδύνου που επηρεάζουν την ανθρώπινη υγεία μέσα από την πρόληψη και την οργάνωση της Τοπικής Κοινωνίας.
3. Ανάπτυξη βιώσιμων Συστημάτων Υγείας με ταυτόχρονη εκτίμηση των αναγκών και την αξιοποίηση των κρατικών πόρων για πιο ευέλικτη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.
4. Ανάπτυξη αειφορίας με τη συνεργασία της ΠΦΥ σε συνδυασμό με άλλους πολιτικούς φορείς. Καθιέρωση συνεργασιών με τομείς πέραν της υγείας, όπως η εκπαίδευση και το περιβάλλον και ευθυγράμμιση των προσπαθειών για τη συμβολή σε ευρύτερους στόχους κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης.

1.3.3 Βασικές προϋποθέσεις για να λειτουργήσει η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Οι βασικές προϋποθέσεις για τη σωστή λειτουργία της ΠΦΥ είναι οι εξής:

- Η καταλληλότητα, η οποία περιλαμβάνει υπηρεσίες που να εξυπηρετούν τις ανθρώπινες ανάγκες και κατάλληλα εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό.
- Η διαθεσιμότητα και παροχή ιατρικής περίθαλψης και φροντίδας σύμφωνα με τις ανάγκες των πολιτών.
- Η επάρκεια των υπηρεσιών αναλογικά με τις ανάγκες και τις απαιτήσεις της κοινωνίας.

- Η πρόσβαση σε προσιτές υπηρεσίες χωρίς γεωγραφικά, κοινωνικά και πολιτισμικά όρια.
- Η αποδοχή της φροντίδας και η εξασφάλιση ικανοποιητικής επικοινωνίας μεταξύ των παροχών υγειονομικής περίθαλψης και των ασθενών.
- Η καθιέρωση εμπιστοσύνης στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και τήρηση της εμπιστευτικότητας και ασφάλεια των πληροφοριών.
- Η οικονομική βιωσιμότητα καθώς το κόστος θα πρέπει να είναι εντός των κρατικών δαπανών.
- Η αξιολόγηση και πιστοποίηση της ικανότητας των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης, με τη διεξαγωγή αξιολογήσεων για να διασφαλιστεί ότι οι εγκαταστάσεις πληρούν τα καθορισμένα πρότυπα.
- Ο τακτικός έλεγχος των οικονομικών αρχείων από κρατικούς ορκωτούς λογιστές (Λογοδοσία).
- Η πληρότητα φροντίδας σε όλες τις φάσεις της νοσηλευτικής διαδικασίας.
- Η πληρότητα ενημέρωσης των ασθενών για πρόληψη, έγκαιρη ανίχνευση, διάγνωση, θεραπεία, παρακολούθηση των μέτρων και αποκατάστασης.
- Η συνέχεια της φροντίδας απαιτεί τη διαχείριση της φροντίδας του ασθενούς με συντονισμό και επικοινωνία των διαφόρων παρόχων (Πιερράκος Γ., 2022)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΡΧΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

2.1.1 Διακήρυξη της Alma-Ata

Η Διακήρυξη της Άλμα Άτα έγινε το 1978 στο Καζακστάν, με τη συμμετοχή 134 χωρών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και του Ταμείου των Ηνωμένων Εθνών για τα Παιδιά (UNICEF) και αποτέλεσε μια σημαντική στιγμή για την παγκόσμια υγεία, τονίζοντας τη σημασία της ΠΦΥ, ως μέσο για την επίτευξη της «Υγείας για όλους μέχρι το 2000». Σύμφωνα με τον ΠΟΥ «η υγεία είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά η απουσία νόσου ή αναπηρίας».

Σκοπός της Διακήρυξης της Άλμα Άτα ήταν η εξάλειψη των ανισοτήτων στην υγεία μεταξύ των κρατών, με εστίαση στην ανάπτυξη μιας δυνατής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) που θα καλύπτει τις βασικές ανάγκες υγείας του κάθε ανθρώπου. Ειδικότερα μια ΠΦΥ που θα παρείχε φροντίδα προσαρμοσμένη στις ανάγκες του κάθε ατόμου μέσω της πρόληψης, της θεραπείας και της αποκατάστασης από τη νόσο, καθώς και οι ανισότητες στην παροχή υπηρεσιών υγείας θεωρούνταν απαράδεκτες από οικονομική, κοινωνική και πολιτική άποψη. Η ΠΦΥ αποτελεί το σύνολο των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται ανεμπόδιστα στους ασθενείς και το συνολικό πληθυσμό σε συνάρτηση με τον τόπο κατοικίας τους και συνδέεται στενά με τον θεσμό του οικογενειακού ιατρού.

Παρόλες τις προαναφερόμενες προσδοκίες, ο αρχικός στόχος δεν έχει επιτευχθεί σε πολλές χώρες και αυτό οφείλεται τόσο σε πολιτικές αντιπαραθέσεις, όσο και στην έντονη αμφισβήτηση της υλοποίησης του. Επιπλέον, εμφανίστηκαν αντιδράσεις από επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι θεώρησαν ότι απειλεί το ήδη υφιστάμενο σύστημα ιατρικής, ενώ άλλοι ισχυρίστηκαν ότι πρόκειται για "φτωχή φροντίδα υγείας για τους φτωχούς". Ως αποτέλεσμα, ακολουθήθηκε ένα πιο σύντομο πλάνο ως πιο ρεαλιστική προσέγγιση, το οποίο περιλάμβανε δράσεις όπως ο εμβολιασμός, η προστασία της υγείας της μητέρας και του παιδιού, ο οικογενειακός προγραμματισμός και ο έλεγχος της διατροφής.

Η Διεθνής Διάσκεψη για την ΠΦΥ προέτρεπε για άμεση και αποτελεσματική δράση τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο, προκειμένου να προωθηθεί και να εφαρμοστεί η ΠΦΥ παγκοσμίως, ιδίως σε αναπτυσσόμενες χώρες, με έμφαση στην τεχνική

συνεργασία και τη συμφωνία με μια νέα διεθνή οικονομική τάξη. Παρακίνησε τις κυβερνήσεις, τον ΠΟΥ, τη UNICEF και άλλους διεθνείς οργανισμούς, όπως επίσης και μη κερδοσκοπικές οργανώσεις, οικονομικούς οργανισμούς, επαγγελματίες υγείας και όλη την παγκόσμια κοινότητα να υποστηρίξουν μια διεθνή και εθνική δέσμευση για την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και να παρέχουν αυξημένη τεχνική και οικονομική βοήθεια σε αυτή, κυρίως στα αναπτυσσόμενα κράτη. Η διακήρυξη προέτρεπε όλους τους εμπλεκόμενους να συνεργαστούν για την εφαρμογή, την ανάπτυξη και τη διατήρηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, σύμφωνα με τους σκοπούς και τους στόχους της .

Αξιοσημείωτο είναι, ότι η Διακήρυξη της Άλμα Άτα υποδείκνυε έναν ρόλο για την ΠΦΥ τέτοιο ώστε να ξεπερνάει τους κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που επιδρούν αρνητικά στην υγεία. Αυτό διότι η υγεία θεωρείται αδιαπραγμάτευτο δικαίωμα κάθε ατόμου και η ισότητα και η συμμετοχή της κοινότητας είναι αναγκαίες για μια κοινωνία που βασίζεται στη δικαιοσύνη. Η έκφραση "Υγεία για όλους" αναφέρθηκε στη Διακήρυξη της Άλμα Άτα. Επίσης, έγινε αποδεκτό το πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος του κάθε τομέα ,όπως η πολιτική και η οικονομία, στη συνολική προσπάθεια βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας. Η διακήρυξη της Άλμα Άτα επιπροσθέτως, επισήμανε τις ευθύνες των κρατών στη βελτίωση της υγείας των πολιτών τους. Σήμερα, αυτές οι αρχές παραμένουν πιο σημαντικές από ποτέ στις διεθνείς προσπάθειες για πρόοδο στην ΠΦΥ. Μια ευρεία ποικιλία δράσεων μπορεί να εφαρμοστεί μέσω της ΠΦΥ, ακόμα κι αν κάθε μία έχει τους δικούς της στόχους, όρους και στρατηγικές. Είναι αρκετό να περιλαμβάνουν αυτές οι επενέργειες διατομεακή δράση για την υγεία, να προωθούν την υγεία για όλους και να επικεντρώνονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα, η οποία θα εστιάζεται στην κοινότητα και θα εξυπηρετεί τα άτομα. (Οικονόμου Χ., 2004).

Πρέπει να αναφερθούν κάποιες υπηρεσίες στις οποίες οφείλει το κράτος να δώσει προτεραιότητα και αυτές μπορεί να είναι οι μαζικοί εμβολιασμοί, οι συστηματικοί έλεγχοι του πληθυσμού, με στόχο την πρόληψη των ασθενειών και τη μακροχρόνια φροντίδα υγείας σε συνδυασμό με τις υπηρεσίες αυτής. Επιπρόσθετες υπηρεσίες είναι η βελτίωση της υγείας των μητέρων και των νεογνών, των παιδιών και των εφήβων, καθώς και η ανάδειξη της ψυχικής υγείας σε συνδυασμό με τη σεξουαλικότητα και τη γονιμότητα. Στόχος είναι να μην κατακερματιστούν οι υπηρεσίες υγείας αλλά να παραμείνουν ένα λειτουργικό σύστημα μεταξύ της πρωτοβάθμιας φροντίδας σε κάθετο και οριζόντιο επίπεδο. Επιδίωξη είναι η βιώσιμη ΠΦΥ, η οποία αντέχει και στηρίζει το σύστημα υγείας, την πρόληψη και την αντιμετώπιση μολυσματικών ασθενειών. Τέλος, η συμμετοχή των πολιτών πρέπει να υποστηρίζεται σε επίπεδο ατομικό, οικογενειακό, κοινοτικό και

κοινωνικό ώστε να ανταποκρίνονται τα πολιτικά σχέδια στο φορέα της Υγείας. Για αυτό πρέπει να προωθείται η έρευνα, η γνώση και η εκπαίδευση ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες και οι προσδοκίες για την υγεία. Η ενημέρωση των πολιτών για όλα αυτά τα θέματα σε συνδυασμό με τη γνώση των επαγγελματιών υγείας θα προωθήσουν την φιλαλληλία και το σεβασμό στα ανθρώπινα δικαιώματα αυξάνοντας έτσι τη συμμετοχή της κοινωνίας στον υγειονομικό έλεγχο σε ιδιωτικό και δημόσιο επίπεδο (Πιερράκος Γ., 2022).

2.1.2 Η Διακήρυξη της Αστάνα

Παρά τη σημαντική πρόοδο στα διεθνή αποτελέσματα υγείας, μετά από 40 χρόνια από τη Διακήρυξη της Άλμα Άτα στο Καζακστάν, τα διάφορα συστήματα υγείας εξακολούθησαν να εμφανίζουν προβλήματα. Κατά το Παγκόσμιο Συνέδριο για την ΠΦΥ στην Αστάνα τον Οκτώβριο του 2018, εγκρίθηκε νέα διακήρυξη που υπογραμμίζει τη σπουδαιότητα της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης σε παγκόσμιο επίπεδο. Ο στόχος αυτής της διακήρυξης είναι να επανακατευθύνει τις προσπάθειες προς την ΠΦΥ, προκειμένου να διασφαλιστεί η πρόσβαση όλων στην υγειονομική περίθαλψη στο μέγιστο δυνατό βαθμό, προσαρμοσμένη στις ανάγκες του κάθε πολίτη, προσφερόμενη κοντά στην περιοχή διαμονής του, με συνεχή παρακολούθηση, ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας και έμφαση στην ποιότητα (WHO, 2022). Μέσω της συγκεκριμένης διακήρυξης ανανεώθηκε η δέσμευση των κυβερνήσεων, επαγγελματικών οργανισμών, μη κυβερνητικών οργανώσεων, ακαδημαϊκών και παγκόσμιων οργανισμών υγείας και ανάπτυξης για παροχή πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης. Αυτή η εκδήλωση αποτέλεσε όχι μόνο αφορμή για να γιορταστεί η Διακήρυξη της Άλμα Άτα του 1978 αλλά, αποτέλεσε και μια αφορμή για προβληματισμό αναφορικά με την επίτευξη ή όχι των στόχων που τέθηκαν τότε.

Η Διακήρυξη της Αστάνα προβλέπει:

- Κυβερνήσεις και κοινωνίες που θα παρέχουν συστήματα υγείας τα οποία θα είναι ισχυρά, προκειμένου να προωθούν και να εξασφαλίζουν την υγεία και την ευημερία τόσο ατομικά όσο και συλλογικά.
- Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και υπηρεσίες υγείας που θα παρέχονται με σεβασμό από κατάλληλα εξειδικευμένους και με προσήλωση επαγγελματίες υγείας. Οι υπηρεσίες αυτές θα είναι ποιοτικές, ολοκληρωμένες, προσβάσιμες, διαθέσιμες και προσιτές χωρίς εξαιρέσεις.

- Ευνοϊκά περιβάλλοντα για την υγεία τα οποία θα διασφαλίζουν την προαγωγή της υγείας και της ευημερίας, τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινοτικό επίπεδο.
- Ενδιαφερόμενα μέρη όπου θα παρέχουν αποτελεσματική υποστήριξη στην υγεία σε εθνικό επίπεδο με πολιτικές, στρατηγικές και σχέδια.

Σύμφωνα με τα προαναφερθέντα προκύπτουν τα εξής:

1. Επιβεβαιώνει σθεναρά την υποχρέωση για πρόσβαση στο αναφαίρετο δικαίωμα καθενός στην υγεία, στον υψηλότερο βαθμό αυτής, χωρίς την παραμικρή διάκριση.
2. Ισχυρίζεται πως η ενίσχυση της ΠΦΥ είναι η πιο περιεκτική, αποτελεσματική και αποδοτική προσέγγιση για τη βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας των ανθρώπων, καθώς και της κοινωνικής ευημερίας. Επίσης ότι, η ΠΦΥ αποτελεί βασικό παράγοντα για να υπάρξει ένα βιώσιμο σύστημα υγείας, για να μπορούν να επιτευχθούν στόχοι ανάπτυξης και Καθολικής Κάλυψης Υγείας (Universal Health Coverage UHC), η οποία εξασφαλίζει ότι όλοι οι άνθρωποι, που έχουν ανάγκη, λαμβάνουν δίκαιη πρόσβαση στην ποιοτική και αποτελεσματική υγειονομική περίθαλψη χωρίς να εκτεθούν σε οικονομικές δυσκολίες.
3. Θεωρεί ηθικά, πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά απαράδεκτο ότι, παρόλο που τα τελευταία 40 χρόνια έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος, εξακολουθούν να υπάρχουν ανάγκες υγείας που δεν έχουν εκπληρωθεί σε παγκόσμιο επίπεδο. Αποτελεί σίγουρα πρόκληση το να μπορεί να διατηρηθεί η υγεία για μεγάλο μέρος του πληθυσμού, ιδιαιτέρως για άτομα που ανήκουν σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες. Η μη ύπαρξη ισορροπίας σε επίπεδο υγείας εξακολουθεί να υφίστανται.

Επιπροσθέτως, η διακήρυξη δεσμεύεται πως θα συνεχιστεί η αντιμετώπιση, των διαρκώς αυξανόμενων, μη μεταδοτικών ασθενειών καθόσον, αυτές είναι κυρίως υπεύθυνες για την κακή ποιότητα της υγείας και τους ξαφνικούς θανάτους των ατόμων, κυρίως λόγω της υιοθέτησης ανθυγιεινών συνηθειών, έλλειψης σωματικής άσκησης, μη υγιεινής διατροφής και κατανάλωσης καπνού και αλκοόλ. Επίσης, είναι αναγκαίες οι άμεσες ενέργειες για να αποτραπεί η πρόωρη απώλεια της ζωής των ανθρώπων λόγω πολέμων, βίας, επιδημιών, φυσικών καταστροφών, και πολλών περιβαλλοντικών παραγόντων. Η διακήρυξη της Αστάνα αποτελεί οδηγό στα δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας, επιδιώκοντας την ολιστική αξιοποίηση των ευκαιριών για την αντιμετώπιση των παγκόσμιων απειλών στην υγεία. Στόχος είναι η διασφάλιση της πρόσβασης όλων σε

υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας, αποκατάστασης, και παρηγορητικής φροντίδας. Είναι επιτακτική η ανάγκη διάσωσης εκατομμυρίων ατόμων που ζουν υπό τα όρια της φτώχειας, ειδικά από τις πιο άσχημες μορφές αυτής, η οποία οφείλεται κυρίως, στα υπερβολικά έξοδα που απαιτούνται, προκειμένου να έχουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη οι ασθενείς, σε σχέση με το εισόδημά τους.

Επιπλέον, πρέπει επίσης να λαμβάνεται υπόψη η σημασία της προαγωγής της υγείας και της πρόληψης των ασθενειών, καθώς και της σημαντικότητας της μη ανοχής προς την ελλιπή, ανασφαλή και χωρίς ποιότητα φροντίδα. Ο ελλιπής και άνισος καταμερισμός των επαγγελματιών υγείας πρέπει να διορθωθεί, ενώ πρέπει να αντιμετωπιστεί επειγόντως το συνεχώς αυξανόμενο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης και των υλικών που χρειάζονται προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι ασθένειες, όπως τα φάρμακα και τα εμβόλια. (Πολύζος και συν, 2007).

Η πρόσβαση των ατόμων στις υπηρεσίες υγείας, τόσο στην Ελλάδα όσο και παγκοσμίως, αντιμετωπίζει οικονομικά και μη-οικονομικά εμπόδια, τα οποία έχουν σχέση με παράγοντες όπως η φυλή, η εθνικότητα, το φύλο, ο σεξουαλικός προσανατολισμός, οι διαταραχές ψυχικής υγείας, ο αναλφαβητισμός, η γλώσσα, η θρησκεία, καθώς και οι πολιτιστικές πεποιθήσεις και πρακτικές που δυσκολεύουν τη πρόσβαση σε χώρους που παρέχεται ιατρική φροντίδα. Επίσης, κοινωνικοοικονομικά φαινόμενα, όπως οι μετανάστευση, οι προσφυγές, οι φυλακισμένοι και ευάλωτες κοινωνικά ομάδες, παρακωλύουν πολύ περισσότερο την προσπάθεια για κοινωνική δικαιοσύνη στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης, απαιτώντας συντονισμένες δράσεις από την πολιτεία για την αντιμετώπισή τους. Για τις αιτίες αυτές, η ανάπτυξη της ΠΦΥ θεωρείται απαραίτητη στην ελληνική πραγματικότητα, καθώς από τη θέσπιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), οι υπηρεσίες υγείας της ΠΦΥ είχαν κατακερματισμένη λειτουργία και παρουσίαζαν αναπτυξιακές δυσκολίες. (Μπουρσανίδης Χ., 2020).

2.2 ΑΡΧΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΦΥ

Σύμφωνα με τον (ΠΟΥ) ο ορισμός για την ΠΦΥ του 1978 αναφέρει ότι: *«ΠΦΥ είναι η βασική φροντίδα βασισμένη σε πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία...»* Η φροντίδα αυτή είναι διαθέσιμη σε κάθε πολίτη μιας κοινωνίας και της οικογένειάς του και περιλαμβάνει την ενεργό συμμετοχή του στην υγειονομική του περίθαλψη, προωθώντας την αίσθηση της ιδιοκτησίας και της ευθύνης και διασφαλίζοντας ότι το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης είναι προσιτό και δεν επιβαρύνει υπερβολικά την κοινότητα ή τη χώρα, σε κάθε στάδιο της ανάπτυξής της,

προωθώντας την αυτοδυναμία και τον αυτοπροσδιορισμό. Η ΠΦΥ θεωρείται το κεντρικό σημείο αναφοράς του συστήματος υγείας μιας χώρας, γιατί αποτελεί το θεμέλιο για ένα καλά λειτουργικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, καθώς δεν είναι απλώς μια αυτόνομη πρωτοβουλία υγείας, αλλά είναι ενσωματωμένη στην ευρύτερη κοινωνικοοικονομική δομή μιας κοινότητας ή χώρας. Η ΠΦΥ προσπαθεί να καταστήσει τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης διαθέσιμες όσο το δυνατόν κοντινότερα στην τοπική κοινότητα και το περιβάλλον μέσα στο οποίο ζουν και εργάζονται οι πολίτες, εξασφαλίζοντας την προσβασιμότητα και τις έγκαιρες παρεμβάσεις και διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στη διαμόρφωση της συνολικής υγείας και ευημερίας ενός πληθυσμού (Θεοδώρου Μ. και συν, 1999).

Επίσης, πρέπει να υποστηρίζεται από ολοκληρωμένα τεχνολογικά συστήματα ώστε να είναι προσβάσιμη σε όλους ως κοινωνικό αγαθό και ανθρώπινο δικαίωμα. Η ΠΦΥ επικεντρώνεται στην συνεργασία του ιατρικού προσωπικού και της πολιτείας με πολλαπλούς στόχους, που είναι οι εξής:

- α) πρόληψη της ασθένειας,
- β) διάγνωση και θεραπεία της ασθένειας,
- γ) αποκατάσταση της υγείας,
- δ) εκτίμηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού,
- ε) μείωση των ανισοτήτων,
- στ) παρακολούθηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Με την επίτευξη των παραπάνω στόχων της ΠΦΥ, η συμβολή στη διατήρηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής του τοπικού πληθυσμού είναι δυναμική. Αυτό αντικατοπτρίζει τον ολιστικό χαρακτήρα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η οποία αντιμετωπίζει, όχι μόνο την ασθένεια αλλά και τη συνολική ευημερία.

Η ΠΦΥ διαδραματίζει ρόλο στην ανάπτυξη ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας, υποδηλώνοντας μια ολοκληρωμένη και συντονισμένη προσέγγιση στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Οι ολοκληρωμένες υπηρεσίες μπορούν να αντιμετωπίσουν καλύτερα τις ποικίλες ανάγκες των ατόμων και των κοινοτήτων. Η επίτευξη ολοκληρωμένης ΠΦΥ περιλαμβάνει τόσο οριζόντια όσο και κάθετη ολοκλήρωση. Η οριζόντια ολοκλήρωση δίνει έμφαση στη διασύνδεση παρόμοιων επιπέδων περίθαλψης, όπως οι διεπιστημονικές ομάδες, εξασφαλίζοντας μια απρόσκοπτη και συντονισμένη

προσέγγιση. Η κάθετη ολοκλήρωση στοχεύει σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, ενσωματώνοντας διαφορετικά επίπεδα περίθαλψης για την αποφυγή του κατακερματισμού. Ένα καλά λειτουργικό και δομημένο σύστημα πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να ανακουφίσει την επιβάρυνση των εγκαταστάσεων δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό είναι ζωτικής σημασίας για την αποτελεσματικότητα του συνολικού συστήματος υγείας, διασφαλίζοντας ότι η περίθαλψη υψηλότερου επιπέδου είναι διαθέσιμη για όσους την έχουν πραγματικά ανάγκη (Τούντας Γ., 2004).

Οι στόχοι που αναφέραμε σε προηγούμενη παράγραφο μπορούν να επιτευχθούν μέσω της:

- **Καταγραφής επιδημιολογικών δεδομένων:** Η συλλογή επιδημιολογικών δεδομένων σχετικά με την ηλικία, το φύλο και το οικογενειακό ιατρικό ιστορικό είναι ζωτικής σημασίας για την κατανόηση του προφίλ υγείας ενός πληθυσμού. Οι πληροφορίες αυτές βοηθούν στην προσαρμογή των παρεμβάσεων και των υπηρεσιών υγείας σε συγκεκριμένες δημογραφικές ομάδες.
- **Συνεχής παρακολούθηση και προσδιορισμός των υπηρεσιών:** Η τακτική παρακολούθηση μεμονωμένων ασθενών κατά τη διάρκεια των επισκέψεών τους επιτρέπει τον προσδιορισμό των ειδικών αναγκών τους σε θέματα υγείας. Αυτή η εξατομικευμένη προσέγγιση διασφαλίζει ότι οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης είναι προσαρμοσμένες στις ανάγκες του ατόμου.
- **Καταγραφή των προληπτικών ιατρικών υπηρεσιών:** Η συνεχής καταγραφή των προληπτικών ιατρικών υπηρεσιών είναι σημαντική για την παρακολούθηση και τη διαχείριση των κινδύνων για την υγεία με βάση το περιβάλλον ενός ατόμου. Αυτή η προληπτική προσέγγιση συμβάλλει στην προληπτική δράση κατά των ασθενειών και στην προώθηση της συνολικής ευημερίας
- **Συνεχής καταγραφή των ειδικών αναγκών:** Η καταγραφή των ειδικών αναγκών κατά τη διάρκεια των επισκέψεων ρουτίνας διασφαλίζει ότι τα τρέχοντα ζητήματα και ανησυχίες υγείας αντιμετωπίζονται συστηματικά, συμβάλλοντας στη συνέχεια της φροντίδας.
- **Συστήματα για την εκπαίδευση των πολιτών:** Η εφαρμογή συστημάτων για την εκπαίδευση των πολιτών δίνει τη δυνατότητα στους

πολίτες να αναλάβουν το τσεκάρισμα της υγείας τους. Οι εκπαιδευμένοι πολίτες είναι καλύτερα εξοπλισμένοι για να διαχειρίζονται απλά προβλήματα υγείας και να λαμβάνουν ορθές αποφάσεις αναφορικά με την ευημερία τους.

➤ **Επαλήθευση των δεδομένων των ασθενών:** Η καθιέρωση συστημάτων για την επαλήθευση των δεδομένων των ασθενών μετά την αρχική εγγραφή συμβάλλει στη διατήρηση ακριβών και ενημερωμένων αρχείων υγείας. Αυτό είναι ζωτικής σημασίας για την παροχή αποτελεσματικής και εξατομικευμένης φροντίδας.

➤ **Έμφαση στην προληπτική ιατρική:** Η έμφαση στην προληπτική ιατρική αποτελεί βασική πτυχή της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης. Η αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας στη ρίζα τους και η προώθηση υγιεινών συμπεριφορών μπορούν να μειώσουν σημαντικά το βάρος της ασθένειας σε μια κοινότητα.

➤ **Ανάπτυξη της διεπιστημονικότητας:** Η ενθάρρυνση της διεπιστημονικής συνεργασίας περιλαμβάνει την ενσωμάτωση της εμπειρογνωμοσύνης από διάφορους κλάδους της υγειονομικής περίθαλψης. Η προσέγγιση αυτή ενισχύει την πληρότητα της περίθαλψης και εξασφαλίζει ολιστική ανταπόκριση στις ανάγκες των ασθενών.

Συνοπτικά, ο συνδυασμός αυτών των στρατηγικών αντικατοπτρίζει μια ολοκληρωμένη και ασθενοκεντρική προσέγγιση της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης. Με την αντιμετώπιση των ατομικών αναγκών, την προώθηση προληπτικών μέτρων και την στήριξη της διεπιστημονικής συνεργασίας, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να προσαρμοστούν καλύτερα στις ποικίλες απαιτήσεις υγείας του πληθυσμού τους. (Πιερράκος Γ. 2008)

Αν και έχει παρατηρηθεί πρόοδος στη διατήρηση ενός ικανοποιητικού ρυθμού, η σχέση μεταξύ της ΠΦΥ και της πρόσβασης για όλους στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης παρέμεινε ένα ζήτημα που απαιτεί σοβαρή προσοχή. Αυτό έχει επιφέρει την ανάγκη για ακόμη μεγαλύτερη προσπάθεια, προκειμένου να υλοποιηθούν οι στόχοι που έχουν τεθεί στη διακήρυξη της Άλμα Άτα. Σημαντικές εκθέσεις έχουν προβάλει τις ελλείψεις στην υγεία σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ένα ενδιαφέρον θέμα είναι η αξιολόγηση του ρήγματος, μεταξύ της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που θα

μπορούσαν να δοθούν σύμφωνα με τις καλύτερες πρακτικές που είναι διαθέσιμες. Επεξηγηματικά, γίνεται αναφορά σε ένα ποσοστό θανάτων ελαφρώς υψηλότερο από το συνολικό ποσοστό θανάτων παγκοσμίως που οφείλονται σε HIV, φυματίωση και την ελονοσία. Συμπερασματικά γίνεται κατανοητό, πως ότι η ανεπαρκής ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αποτελεί σημαντικό παράγοντα που επιδρά αρνητικά στην προσδοκώμενη διάρκεια ζωής και στη γενικότερη ευημερία παγκοσμίως.

Προηγούμενες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην Ευρώπη έχουν επίσης αναδείξει παρόμοιες ανεπάρκειες στο επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Για παράδειγμα, μία αξιολογημένη παρατήρηση που προέκυψε από αυτές τις έρευνες είναι ότι το ποσοστό των περιπτώσεων που θα μπορούσε να αποτραπεί η εισαγωγή στο νοσοκομείο μέσω παρεμβάσεων στην ΠΦΥ ανέρχεται σε ποσοστό από το 40% έως το 80% των περιστατικών που τελικά νοσηλεύτηκαν. Κατά την προσπάθεια επίτευξης προσβασιμότητας από όλους στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, η ΠΦΥ αναδεικνύεται ως ζωτικός παράγοντας, τόσο γιατί αντιμετωπίζει τις ανάγκες των ατόμων με μακροχρόνιες ασθένειες και πολλαπλές ανάγκες φροντίδας, όσο επίσης και άλλες εύαλωτες ομάδες, όπως οι ηλικιωμένοι, οι άστεγοι, οι πρόσφυγες και οι μετανάστες.

Παρ' όλες αυτές τις ανεπάρκειες, υπήρχε μια κοινή αίσθηση ότι οι προσπάθειες ανανέωσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είχαν πολύ μεγαλύτερες πιθανότητες επιτυχίας από ποτέ. Αυτή η αίσθηση οδήγησε στην διακήρυξη της Ασάνα. Στο διάστημα που διήρκεσε η επέτειος αυτή, πολλά επιστημονικά περιοδικά αναφέρθηκαν με ειδικά άρθρα τους σε θέματα σχετικά με τη ΠΦΥ και την οικογενειακή ιατρική. (Τσιριντάνη Μ. και συν 2010).

Η εξέλιξη όμως των στόχων της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης (ΠΦΥ), και ιδίως ο στόχος "Υγεία για όλους", αντιμετώπισε πολλές προκλήσεις και σημείωσε αργή πρόοδο. Οι κύριες αιτίες που δημιούργησαν βασικά εμπόδια για την επίτευξη του οράματος της ολοκληρωμένης υγείας για όλους μπορεί να είναι:

- Η ανεπαρκής πολιτική δέσμευση: Η πολιτική βούληση και η δέσμευση να δοθεί προτεραιότητα και να γίνουν επενδύσεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι ζωτικής σημασίας για την επιτυχία της. Η ανεπαρκής δέσμευση των κυβερνήσεων και των φορέων χάραξης πολιτικής μπορεί να εμποδίσει την εφαρμογή αποτελεσματικών προγραμμάτων ΠΦΥ.
- Η αποτυχία επίτευξης ισότητας στην πρόσβαση: Η επίτευξη ισότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί θεμελιώδη αρχή της ΠΦΥ. Ωστόσο, οι

ανισότητες στην πρόσβαση με βάση παράγοντες όπως η γεωγραφία, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και η εθνικότητα μπορούν να εμποδίσουν την πρόοδο προς την Υγεία για Όλους.

- Η ανισοκατανομή των πόρων: Η ανισότητα στην κατανομή των πόρων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης, του προσωπικού και των ιατρικών προμηθειών, μπορεί να οδηγήσει σε ανισότητες στα αποτελέσματα της υγείας. Αυτή η ανισορροπία υπονομεύει τις βασικές αρχές της ΠΦΥ.
- Ακατάλληλη χρήση και κατανομή πόρων για τεχνολογία υψηλού κόστους: Η εστίαση στην τεχνολογία υψηλού κόστους εις βάρος των βασικών και ουσιαστικών υπηρεσιών υγείας μπορεί να αποσπάσει πόρους από την ΠΦΥ. Η ιεράρχηση των οικονομικά αποδοτικών παρεμβάσεων που ευθυγραμμίζονται με τις αρχές της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης είναι απαραίτητη για την επίτευξη ευρείας υγειονομικής κάλυψης.
- Η οικονομική και κοινωνική κρίση: Οι οικονομικές προκλήσεις και κρίσεις μπορεί να περιορίσουν τη δυνατότητα των κυβερνήσεων να επενδύσουν σε υγειονομικές υποδομές και υπηρεσίες. Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον καθορισμό των αποτελεσμάτων της υγείας και μπορούν να αποτελέσουν εμπόδια στην υλοποίηση του στόχου "Υγεία για όλους".
- Η αδυναμία επίλυσης προβλημάτων: Μια κρίσιμη πτυχή της αποτελεσματικής παροχής υγειονομικής περίθαλψης είναι η ικανότητα σύνδεσης του στρατηγικού σχεδιασμού με την επίλυση προβλημάτων επί τόπου. Η αδυναμία δημιουργίας αυτής της σύνδεσης μπορεί να οδηγήσει σε χάσμα μεταξύ των προθέσεων πολιτικής και της πρακτικής, επιτόπιας εφαρμογής.

Η αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων απαιτεί μια ολοκληρωμένη και συνεργατική προσέγγιση στην οποία συμμετέχουν κυβερνήσεις, κοινότητες, διεθνείς οργανισμοί και πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης. Περιλαμβάνει όχι μόνο οικονομικές επενδύσεις αλλά και στρατηγικό σχεδιασμό, εστίαση στους κοινωνικούς παράγοντες της υγείας και προσπάθειες για να διασφαλιστεί ότι οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης είναι προσβάσιμες, οικονομικά προσιτές και υψηλής ποιότητας για όλα τα μέλη του πληθυσμού. Η αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων είναι απαραίτητη για την υλοποίηση του οράματος της Υγείας για όλους και των στόχων που έχουν τεθεί σε πρωτοβουλίες όπως η Διακήρυξη της Άλμα-Άτα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.1 Το σύστημα υγείας της Ελλάδας

Με τον νόμο 1397/1983, ο οποίος τέθηκε σε ισχύ στις 7 Οκτωβρίου 1983, δημιουργήθηκε το **Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ)** με σκοπό τον εκσυγχρονισμό και τη μεταρρύθμιση της δημόσιας υγείας, ενώ παράλληλα ενοποιήθηκαν οι υποδομές του στο τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Στόχος του είναι να παρέχονται δωρεάν υπηρεσίες που θα καλύπτουν τις ιατρικές και νοσοκομειακές ανάγκες του ελληνικού πληθυσμού και όσων διαμένουν στην Ελλάδα. Εκτός των άλλων ψηφίστηκαν τα εξής:

- α) η ευθύνη του κράτους για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε κάθε πολίτη και
- β) η ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτως της οικονομικής, κοινωνικής και επαγγελματικής τους κατάστασης, επιτυγχάνεται μέσω ενός ενιαίου και αποκεντρωμένου εθνικού συστήματος υγείας. (άρθρο 1 επ. Νόμου 1397/1983).

Η ψήφιση του νόμου 1397/83 τη δεκαετία του 1980 που εφαρμόστηκε στον ΕΣΥ είχε ως στόχο την αναβάθμιση των υπηρεσιών του. Όμως τη δεκαετία του 1990 εμφανίστηκαν έντονα τα σημάδια αποδόμησης του, απόρροια κυρίως της μη εφαρμογής των οργανωτικών αποφάσεων από τις υπηρεσίες υγείας. Καθώς, επίσης δεν τηρήθηκαν οι αποφάσεις του πληροφοριακού συστήματος, του ιατρικού φακέλου και του προγράμματος διαχείρισης της βιοιατρικής τεχνολογίας (Γούλα Α., 2014:165).

Σε εκθέσεις τους ο Τσαλίκη Γ., και Ζηλίδη Χ., αναφέρουν ως αιτίες αναποτελεσματικότητας του δημόσιου συστήματος υγείας τις εξής :

- Η έλλειψη ενός συνεκτικού και ολοκληρωμένου σχεδίου σε εθνικό επίπεδο μπορεί να οδηγήσει σε ένα κατακερματισμένο και αναποτελεσματικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.
- Η ανεπαρκής οργάνωση και ο σχεδιασμός σε περιφερειακό επίπεδο μπορεί να εμποδίσει την αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών υγείας.
- Οι πολλαπλές πηγές χρηματοδότησης, οι υψηλές κρατικές επιχορηγήσεις και η συμμετοχή των ασφαλιστικών ταμείων μπορεί να οδηγήσουν σε οικονομική πολυπλοκότητα και αναποτελεσματικότητα.
- Η ανεπαρκής διοίκηση και διαχείριση, σε συνδυασμό με τους περιορισμούς στους ανθρώπινους πόρους, τους προϋπολογισμούς και την

τιμολόγηση, μπορεί να επηρεάσει τη συνολική αποτελεσματικότητα του συστήματος.

- Ο ανεπαρκής σχεδιασμός και συντονισμός του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να οδηγήσει σε μη βέλτιστη παροχή υπηρεσιών.
- Η απουσία ενός καλά συντονισμένου συστήματος πρωτοβάθμιας και δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης, ιδίως στις αστικές περιοχές, μπορεί να οδηγήσει σε κενά στην παροχή υπηρεσιών.
- Η απουσία πολιτικών για τον έλεγχο των δαπανών, την εφαρμογή δικτύων πληροφόρησης και την αξιολόγηση του συστήματος μπορεί να συμβάλει στην αναποτελεσματικότητα.
- Η αδυναμία διασφάλισης της παραγωγικότητας, της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας, της ποιότητας και της ικανοποίησης των πολιτών και των ασθενών μπορεί να εμποδίσει τη συνολική απόδοση του συστήματος.
- Η έλλειψη καθορισμένων πολιτικών ποιότητας μπορεί να οδηγήσει σε υποβαθμισμένες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.
- Οι ανεπαρκείς πολιτικές για την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να επηρεάσουν την ποιότητα του εργατικού δυναμικού.
- Οι αρνητικές αντιλήψεις και στάσεις των επαγγελματιών του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης απέναντι στη φροντίδα των ασθενών μπορεί να επηρεάσουν τη συνολική εμπειρία και τα αποτελέσματα των ασθενών
- Η έλλειψη κατάλληλων υποδομών και τεχνολογικών πόρων μπορεί να εμποδίσει την παροχή αποτελεσματικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Η αντιμετώπιση αυτών των ζητημάτων απαιτεί μια ολοκληρωμένη προσέγγιση, η οποία περιλαμβάνει αλλαγές πολιτικής, καλύτερες πρακτικές διαχείρισης, επενδύσεις σε υποδομές και τεχνολογία και έμφαση στην ανάπτυξη και ικανοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού. Είναι απαραίτητο να δημιουργηθεί ένα ολοκληρωμένο και συντονισμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης με μεγάλη έμφαση στην ποιότητα και την αποτελεσματικότητα (Τσαλίκης Γ. , 2000:47), (Ζηλίδης Χ.,2005:27).

Είναι προφανές ότι η Ελλάδα έχει ιδιαίτερα υψηλές συνολικές δαπάνες υγείας. Ωστόσο, μια σημαντική διαφορά από άλλες ανεπτυγμένες χώρες έγκειται στις δημόσιες δαπάνες υγείας. Το ποσοστό των δημόσιων δαπανών ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας είναι σημαντικά χαμηλότερο, καθώς ανέρχεται σε 59,4% έναντι 72,0% του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ. Αξίζει να σημειωθεί ότι το 2010 υπήρξε σημαντική μείωση τόσο στις συνολικές δαπάνες κατά 6,0%, όσο και στις δημόσιες δαπάνες κατά 9,9%. Το παράδοξο στην πορεία των δαπανών υγείας είναι ότι, παρά το γεγονός ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) λειτουργεί τα τελευταία 30 χρόνια, οι δημόσιες δαπάνες παραμένουν στο 5,5%, σε αντίθεση με τον μέσο όρο της ΕΕ-27 που είναι 7,8%, ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας ξεπερνούν το 40% των συνολικών δαπανών, τοποθετώντας την Ελλάδα σε μία από τις πρώτες θέσεις στην Ευρωπαϊκή ένωση και στις χώρες του ΟΟΣΑ (Σούλης Σ., 2015 :662).

Η παραπάνω ανάλυση οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η παρακολούθηση της διαδρομής ενός ασθενούς στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι απαραίτητη όχι μόνο για τη βελτιστοποίηση της αποτελεσματικότητας της κατανομής των πόρων, αλλά και για τη διασφάλιση της ικανοποίησης των ασθενών. Οι ασθενείς χρειάζονται βοήθεια και ένα αξιόπιστο σημείο αναφοράς για να περιηγηθούν στην πολυπλοκότητα του σύγχρονου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Αυτή η παρακολούθηση είναι ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση τόσο της λειτουργικής αποτελεσματικότητας του συστήματος, όσο και της συνολικής ευημερίας και ικανοποίησης των ασθενών που βασίζονται σε αυτό (Σαρρής Μ. 2001:151).

Η Ελλάδα τις τελευταίες δύο δεκαετίες έχει σημειώσει αύξηση του προσδόκιμου ζωής το οποίο είναι ελαφρώς υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ, (με 81,1 έτη έναντι των 80,6 ετών). Ωστόσο, παρά τη θετική αυτή τάση, η χώρα εξακολουθεί να αντιμετωπίζει σημαντικές προκλήσεις στον τομέα της υγείας που έχουν αντίκτυπο στην ευημερία του πληθυσμού και ασκούν πίεση στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, 2021).

Οι παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής και συμβάλλουν καθοριστικά στην αύξηση των ποσοστών νοσηρότητας στην Ελλάδα είναι «ο υψηλός επιπολασμός του καπνίσματος», η αύξηση του σωματικού βάρους και η παχυσαρκία, καθώς συμβάλλουν στην κακή κατάσταση της υγείας του πληθυσμού συνολικά. Επιπλέον, τα μη μεταδοτικά νοσήματα, συμπεριλαμβανομένων των καρδιαγγειακών νοσημάτων, του καρκίνου και της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας, οι επιπτώσεις των μεταδοτικών ασθενειών (όπως η λοίμωξη από τον ιό HIV και η ηπατίτιδα) και η αύξηση της πολυνοσηρότητας μεταξύ

των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας αυξάνουν τα ποσοστά θνησιμότητας. Παράλληλα έχει επιδεινωθεί η ψυχική υγεία των πολιτών της χώρας εξαιτίας των συνεχώς μεταβαλλόμενων κοινωνικοοικονομικών συνθηκών τα τελευταία δέκα χρόνια και των ελλείψεων προγραμμάτων θεραπείας και πρόληψης.

Σύμφωνα με την έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Greece: Profile of Health and Well-being, 2016), το σύστημα υγείας της Ελλάδας είναι νοσοκομειοκεντρικό, με βαρύτητα στη θεραπεία της ασθένειας και όχι στην πρόληψη της. Ουσιαστικά δεν υπάρχει δίκτυο δημόσιων υπηρεσιών υγείας, ούτε καθιερωμένο σύστημα παραπομπών.

Βασικά προβλήματα υγείας όπως η θνησιμότητα λόγω του καρκίνου και των καρδιαγγειακών νοσημάτων, συνεχίζουν να υπάρχουν, σύμφωνα με την Ετήσια Έκθεση για την Υγεία του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, (State of Health in the EU: Greece Health Profile, 2019). Η ανάγκη για εθνικά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο, την απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους και την προώθηση τροποποιήσεων στον τρόπο ζωής, ειδικά όσον αφορά τη διατροφή και την άσκηση, αποτελούν αντίστοιχες απαντήσεις στις τάσεις στους παράγοντες κινδύνου όπως τα υψηλά ποσοστά καπνίσματος μεταξύ των ενηλίκων και της παιδικής παχυσαρκίας. Παρότι το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα υπερβαίνει το μέσο όρο της ΕΕ, παρατηρείται έντονο χάσμα μεταξύ των δύο φύλων, καθώς και μεταξύ ατόμων με διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης. Παρόλα αυτά, η περίοδος ζωής χωρίς υγειονομικά προβλήματα μειώνεται. Οι Ελληνίδες μπορούν να αναμένουν ότι θα ζήσουν άλλα 21,3 χρόνια μετά τη συμπλήρωση των 65 ετών, κάτι που συμβαδίζει με τον μέσο όρο της ΕΕ, αλλά μόνο το ένα τρίτο από τα χρόνια θα είναι χωρίς αναπηρία. Εξίσου, οι άνδρες μπορούν να αναμένουν ότι θα ζήσουν περίπου το 40% των υπόλοιπων 18,5 ετών που τους απομένουν με καλή υγεία.

Σημαντικές παρατηρήσεις της ετήσιας έκθεσης του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης για την υγεία (State of Health in the EU: Greece Health Profile, 2019) σχετικά με τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα είναι οι εξής:

1. Ο ελληνικός πληθυσμός έχει σχετικά υψηλό προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, αλλά το προβάδισμά του έναντι του μέσου όρου της ΕΕ έχει μειωθεί την τελευταία δεκαετία.
2. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα εξακολουθούν να είναι οι κύριες αιτίες θανάτου και οι νεφρικές παθήσεις έχουν αυξηθεί.

3. Ο επιπολασμός « παραγόντων κινδύνου», όπως το κάπνισμα και η παχυσαρκία, είναι σημαντικά υψηλός μεταξύ των ατόμων με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευση οδηγώντας σε ένα σημαντικό κοινωνικοοικονομικό χάσμα, όσον αφορά την υγεία του πληθυσμού.

4. Οι συμπεριφορικοί «παράγοντες κινδύνου» ευθύνονται για το 42% του συνόλου των θανάτων στην Ελλάδα «έναντι του 39% στην ΕΕ», συμπεριλαμβανομένου του καπνίσματος, των κινδύνων που απορρέουν από την κακή διατροφή, της υπερκατανάλωσης αλκοόλ και της μειωμένης σωματικής άσκησης. Οι κίνδυνοι λόγω της κακής διατροφής σε συνδυασμό με τη μειωμένη σωματική άσκηση συμβάλλουν στο 21% περίπου των θανάτων, ενώ η κατανάλωση αλκοόλ ευθύνεται για το 4% περίπου των θανάτων.

5. Από το 2010, η Ελλάδα έχει εφαρμόσει μεταρρυθμίσεις για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας και τη μείωση της σπατάλης. Οι προσπάθειες έχουν επικεντρωθεί στην αντιμετώπιση ζητημάτων όπως οι κατακερματισμένες παροχές και καλύψεις, η υπερβολική φαρμακευτική δαπάνη, οι αναποτελεσματικές δημόσιες συμβάσεις και η ανεπαρκής πρωτοβάθμια περίθαλψη.

6. Έχουν ληφθεί συγκεκριμένα μέτρα για τη συμμετοχή των ασθενών και των υγείων πολιτών στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων, ενώ έχουν στοχευθεί οι μηχανισμοί λογοδοσίας και διαφάνειας. Ωστόσο, απαιτούνται περαιτέρω προσπάθειες σε αυτούς τους τομείς.

7. Οι οργανωτικές και λειτουργικές βελτιώσεις βασίζονται σε δύο βασικούς παράγοντες: «την ενίσχυση της διακυβέρνησης» και την κατάλληλη κατανομή των πόρων στις πολιτικές προτεραιότητες.

Συμπερασματικά, στην έκθεση αναφέρεται ότι: *«Η Ελλάδα θα μπορούσε να επωφεληθεί από ένα γενικό και ολοκληρωμένο σχέδιο μεταρρυθμίσεων, που θα λαμβάνει υπόψη την απόδοση του συστήματος υγείας και τις ανάγκες του πληθυσμού και θα προβλέπει κατάλληλο σχεδιασμό και κατανομή των υπηρεσιών.»*

Πολλοί λόγοι οδήγησαν στη λήψη μέτρων για τον Covid -19 καθώς έπρεπε να νοσηλευτεί ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού λόγω της πανδημίας. Οι ΜΕΘ ήταν σε οριακή επάρκεια και γι' αυτό η πολιτεία θα έπρεπε να στηρίξει τα νοσοκομεία με προσωπικό και έκτακτα μέτρα εμβολισμού ώστε να δημιουργηθεί ανοσία και να θεραπευτεί ο κόσμος εξωνοσοκομειακά. Η ανοργάνωτη δράση της ΠΦΥ οφείλεται στην έλλειψη χρηματοδότησης της Δημόσιας Υγείας, η οποία περιλαμβάνει κεντρικές και αποκεντρωμένες υπηρεσίες Πρόληψης. Οι αυξημένες ανάγκες πρέπει να ανταποκρίνονται στις σύγχρονες συνθήκες ζωής και στην αντιμετώπιση διαχρονικών προβλημάτων όπως είναι η υπό χρηματοδότηση και η υπό στελέχωση των νοσοκομείων με την έλλειψη πόρων και την υποβάθμιση των υγειονομικών αναγκών με τη δημιουργία ανισοτήτων.

Επιπλέον, το ΕΣΥ χαρακτηρίζεται από τα εξής:

- «... (α) παρωχημένες αρχές και αντιλήψεις,*
- (β) έλλειψη σύγχρονων μονάδων περίθαλψης (νοσηλεία στο σπίτι, μονάδες ημερήσιας νοσηλείας, κέντρα αποκατάστασης, μονάδες χρονίως πασχόντων,*
- (γ) περιορισμένη χρήση νέων τεχνολογιών,*
- (δ) απουσία μηχανισμών αξιολόγησης, ελέγχου και ποιότητας,*
- (ε) ύπαρξη σημαντικής παραοικονομίας και*
- (στ) ηλικιακή γήρανση και εργασιακή κόπωση του υγειονομικού δυναμικού...»*

Συμπερασματικά, αναδεικνύεται ένα κρίσιμο ζήτημα εντός του συστήματος υγείας της χώρας, όπου συνυπάρχει η υπό χρησιμοποίηση και η υπέρ χρησιμοποίηση των πόρων σε διαφορετικές δομές. Η κατάσταση αυτή οδηγεί σε ένα μη παραγωγικό και αναποτελεσματικό περιβάλλον για την κατανομή των πόρων. Το σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από ανισότητες στη χρήση των πόρων. Ορισμένες δομές μπορεί να υπολειπούνται, γεγονός που υποδηλώνει αναποτελεσματικότητα, ενώ άλλες αντιμετωπίζουν υπερκατανάλωση, που ενδεχομένως οδηγεί σε επιβάρυνση και μη βέλτιστα αποτελέσματα. Η συνύπαρξη υποαπασχόλησης και υπεραπασχόλησης συμβάλλει σε ένα μη παραγωγικό και αναποτελεσματικό περιβάλλον. Αυτό αποτελεί σημαντική ανησυχία, καθώς υποδηλώνει την έλλειψη βέλτιστης κατανομής των πόρων, με δυνητική συνέπεια την παροχή υγειονομικής περίθαλψης υποβαθμισμένων προδιαγραφών.

Το περιγραφόμενο περιβάλλον αποτελεί ιδιαίτερη πρόκληση στο πλαίσιο των σπάνιων πόρων. Η αποτελεσματική κατανομή των πόρων είναι ζωτικής σημασίας, ιδίως στην υγειονομική περίθαλψη, όπου οι πόροι, όπως το προσωπικό, ο εξοπλισμός και οι

εγκαταστάσεις, είναι συχνά περιορισμένο . Το σύστημα υγείας είναι μη ολοκληρωμένο και ασυντόνιστο. Η έλλειψη ολοκλήρωσης μπορεί να οδηγήσει σε κατακερματισμένη παροχή φροντίδας, καθιστώντας δύσκολη την ολοκληρωμένη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των προκλήσεων στον τομέα της υγείας. (Τούντας Ι.,2011)

3.2 Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα

Η ΠΦΥ στα περισσότερα αναπτυγμένα κράτη θεωρείται ως η πρώτη επαφή του πολίτη με τις υπηρεσίες υγείας, είτε υποχρεωτικά, είτε προαιρετικά. Κατά κύριο λόγο σε ιατρεία γενικής - οικογενειακής ιατρικής (κέντρα υγείας ή συλλογικά ιατρεία). Στην Ελλάδα οι προσπάθειες για την καθιέρωση ενός ενιαίου, ολοκληρωμένου συστήματος υγείας που θα στηρίζεται στις υπηρεσίες των γενικών και των οικογενειακών ιατρών δεν ευδοκίμησε, παρά το γεγονός ότι η συζήτηση για την ΠΦΥ ξεκίνησε περίπου την εποχή της Διακήρυξης της Άλμα-Άτα το 1978. Στα πλαίσια του νομοσχεδίου «*Μέτρα προστασίας της υγείας*» που γνωστοποιήθηκε από το Υπουργείο Υγείας το 1980 γινόταν αναφορά δημιουργίας κέντρων υγείας στις μη αστικές περιοχές που θα απαρτιζόταν, κυρίως από ιατρούς γενικής ιατρικής, όμως δεν ψηφίστηκε από το Ελληνικό Κοινοβούλιο (Φιλαλήθης Α. , 2021).

Τον Οκτώβριο του 1983 με το νόμο 1397/1983 για το ΕΣΥ αποφασίζεται η δημιουργία «μονάδων περίθαλψης» όχι μόνο σε αστικές αλλά και σε μη αστικές περιοχές, με σκοπό:

- α) τη χορήγηση πρωτοβάθμιας φροντίδας περίθαλψης ισότιμα σε όλους τους μόνιμους και μη κατοίκους της περιοχής ,
- β) τη νοσηλεία και την παρακολούθηση των ασθενών κατά τη διάρκεια της διαδικασίας αποκατάστασής τους ή μετά το εξιτήριό τους από το νοσοκομείο,
- γ) τη παροχή πρώτων βοηθειών και τη νοσηλεία σε επείγουσες καταστάσεις μέχρι τη μεταφορά των ασθενών σε ιατρική μονάδα,
- δ) τη μεταφορά ασθενών που χρήζουν άμεσης ιατρικής φροντίδας σε νοσοκομείο ή στο κέντρο υγείας με ασθενοφόρο ή με οποιοδήποτε άλλο μέσο μεταφοράς.

Καθώς επίσης την οδοντιατρική περίθαλψη, την εφαρμογή προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής περίθαλψης , την εκπαίδευση των πολιτών σε θέματα δημόσιας υγείας, την «*επιδημιολογική και ιατροκοινωνική έρευνα*», την ιατρική που σχετίζεται με την εργασία, την προσφορά υγειονομικών υπηρεσιών σε σχολεία, την ενημέρωση και διδασκαλία για

τον οικογενειακό προγραμματισμό, την εκπαίδευση τόσο των επαγγελματιών υγείας, όσο και των άλλων μελών του προσωπικού, την προσφορά υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και την παροχή φαρμάκων στους δικαιούχους σε περίπτωση που δεν υπάρχει φαρμακείο στην περιοχή τους. Εξίσου σημαντικό στοιχείο του νόμου, είναι η κατάργηση κάθε μονάδας παροχής Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης που έχει συσταθεί και λειτουργεί με οποιαδήποτε μορφή από δημόσια νομικά πρόσωπα (άρθρο 15 επ.Ν. 1397/1983).

Με βάση την περιοχή κατοικίας ή το ταμείο υγείας κάθε ασφαλισμένου, μετά το 1987 αναπτύχθηκαν τρεις διαφορετικές στρατηγικές εφαρμογής της ΠΦΥ.

- Η πρώτη στρατηγική εφαρμογή αφορά τις μη αστικές περιοχές όπου υπάρχουν κέντρα υγείας που είναι κατά βάση στελεχωμένα με ιατρούς γενικής ιατρικής, κάποιων συγκεκριμένων ειδικοτήτων καθώς και με ιατρούς που πρέπει να εργαστούν σε αγροτικές περιοχές πριν αποκτήσουν κάποια ειδικότητα. Αξιοσημείωτα είναι, η προσβασιμότητα από όλο το σύνολο των πολιτών, η εικοσιτετράωρη κάλυψη, καθώς και η άμεση περίθαλψη των έκτακτων και επειγόντων περιστατικών μέχρι τη μεταφορά τους σε νοσοκομείο. Παρόλα αυτά, εφόσον δεν υπάρχει υποχρέωση επισκέψεως των πολιτών στα κέντρα υγείας πολλοί τα αποφεύγουν πηγαίνοντας κατευθείαν στα τμήματα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) ή στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία (ΤΕΙ) των νοσοκομείων.
- Η δεύτερη στρατηγική εφαρμογή αφορά τα αστικά κέντρα στα οποία υπήρχαν διάφορα ταμεία υγείας, όπως ο Οργανισμός Περίθαλψης των Ασφαλισμένων του Δημοσίου (ΟΠΑΔ), το Ταμείο Επαγγελματιών και Βιοτεχνών Ελλάδος (ΤΕΒΕ), γνωστά κάποια και ως «ευγενή» ταμεία, τα οποία είχαν συμφωνίες με ιδιώτες γιατρούς «κλινικών ειδικοτήτων» που αποζημιώνονταν ανάλογα με την περίπτωση. Ο κάθε ασφαλισμένος των ταμείων υγείας επέλεγε από μόνος του σε ποιο ιατρό θα απευθυνόταν, προκειμένου να λάβει την απαραίτητη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, καταλληλότερη για την ατομική του περίπτωση. Ωστόσο, οι γιατροί αυτοί δεν αντιμετώπιζαν επείγοντα ή έκτακτα περιστατικά, ούτε προσέφεραν κάλυψη όλο το 24ωρο. Οι μοναδικές επιλογές για τις περιπτώσεις αυτές, όπου οι ασθενείς αυτοί μπορούσαν να λάβουν άμεση ιατρική περίθαλψη, ήταν οι αίθουσες επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων (ΤΕΠ).

- Η τρίτη στρατηγική εφαρμογή αφορά τα πολυιατρεία που ανήκαν στο Ίδρυμα Κοινωνικής Ασφάλισης (ΙΚΑ) και λειτουργούσαν στα αστικά κέντρα, διέθεταν γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων ως μόνιμο προσωπικό και καθορισμένο ωράριο εργασίας, οι οποίοι είχαν δικαίωμα να λειτουργούν τα ιδιωτικά τους ιατρεία τις ώρες που δεν εργαζόντουσαν στα πολυιατρεία. Οι ασφαλισμένοι καθόριζαν ποια ειδικότητα ήταν κατάλληλη για την πάθησή τους, όπως και στην προηγούμενη περίπτωση, αλλά στις επιλογές τους ήταν μόνο οι ιατροί που εργάζονταν στα πολυιατρεία. Επιπλέον, στα πολυιατρεία δεν χειρίζονταν επείγουσες καταστάσεις, ούτε προσέφεραν περίθαλψη όλο το εικοσιτετράωρο, επομένως η αντιμετώπιση των έκτακτων καταστάσεων από τα ΤΕΠ των νοσοκομείων ήταν μονόδρομος (Φιλαλήθης Α., 2021).

Το 2011 με την ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) όλα τα ταμεία υγείας συγχωνεύθηκαν και οι πολίτες απέκτησαν το δικαίωμα να προσφεύγουν σε όποιον πάροχο υγείας θεωρούσαν κατάλληλο. Το σύστημα υγείας παρόλο που έγινε ενιαίο, ταυτόχρονα έγινε και πιο πολύπλοκο.

Η ένταξη του ΙΚΑ στο ΕΣΥ έγινε το 2014 με τη μεταφορά των πολυιατρείων του ΙΚΑ από τον ΕΟΠΥΥ στο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ). Μαζί με τα κέντρα υγείας, η ένταξη των μονάδων του ΠΕΔΥ στις υπηρεσίες υγείας των περιφερειών (ΥΠΕ) του ΕΟΠΥΥ ενοποίησε τη διοικητική δομή, αλλά είχε μικρή επίπτωση στην τακτική πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Το 2017 αναπτύχθηκε ένα νέο σύστημα για την ενίσχυση της ενσωμάτωσης των μονάδων υγείας.

Η ενσωμάτωση των μονάδων ΠΕΔΥ στις υγειονομικές περιφέρειες (ΥΠΕ), παράλληλα με τα κέντρα υγείας, επέφερε διοικητική ενοποίηση, αλλά δεν μεταφράστηκε σε βελτίωση της καθημερινής πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη. Η ίδρυση τοπικών μονάδων υγείας ΤΟΜΥ το 2017 είχε ως στόχο την παροχή υπηρεσιών Οικογενειακής Ιατρικής στις αστικές περιοχές, αλλά κατέληξε να λειτουργεί παρόμοια με άλλες υπηρεσίες υγείας. Οι υπηρεσίες που παρέχονται από τις ΤΟΜΥ αναμένεται να ενισχύσουν την ισότιμη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και να παρέχουν ειδική φροντίδα για τις ευάλωτες και ευπαθείς κοινωνικά ομάδες. Παράλληλα, να διασφαλίσουν τη ποιότητα και την ασφάλεια των υπηρεσιών που παρέχονται μέσω της διαρκούς φροντίδας υγείας. Οι ΤΟΜΥ προσφέρουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας σε ολόκληρο τον πληθυσμό, χωρίς διακρίσεις, ενισχύοντας την ισότιμη πρόσβαση. Μέσω αυτών των μονάδων, προωθείται η μείωση των ανισοτήτων στην υγεία. Ο πληθυσμός του Δήμου στον οποίο εδρεύει η συγκεκριμένη Ομάδα Υγείας μπορεί να εγγραφεί στις ΤΟΜΥ. Κάθε Οικογενειακός Ιατρός

μπορεί να καταχωρίσει έναν συγκεκριμένο αριθμό πολιτών, τον οποίο και καθορίζουν τα ανώτερα όρια ανά ειδικότητα, σύμφωνα με τις ισχύουσες Υπουργικές Αποφάσεις. Η μέγιστη ποσότητα εγγεγραμμένων ασθενών για γιατρούς Γενικής Ιατρικής ή Παθολόγους ορίζεται στα 2.250 άτομα, ενώ για Παιδιάτρους ισχύει το όριο των 1.500 ατόμων. Οι πολίτες έχουν δωρεάν και απεριόριστη πρόσβαση στον Οικογενειακό τους Ιατρό κατά τη διάρκεια του ωραρίου εργασίας των ΤΟΜΥ. Για τον μη εγγεγραμμένο πληθυσμό, η εξυπηρέτηση περιορίζεται μόνο σε έκτακτες περιπτώσεις, με βάση την αξιολόγηση του ιατρικού προσωπικού.

Σύμφωνα με το νόμο, οι ΤΟΜΥ είναι άμεσα, λειτουργικά και επιστημονικά διασυνδεδεμένοι με το Κέντρο Υγείας που ανήκει στην αντίστοιχη Υπηρεσία ΥΠΕ και με τα Νοσοκομεία εντός της ίδιας περιοχής.

Επιπλέον, συμπράττουν, ανάλογα με την κάθε περίπτωση, τόσο επιστημονικά όσο και λειτουργικά, με άλλους δημόσιους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, Μονάδες Ψυχικής Υγείας, Δομές Αντιμετώπισης Εξαρτήσεων, Δομές Κοινωνικής Προστασίας, καθώς και με άλλες δομές όπως σχολεία, Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ), και επαγγελματίες και παρόχους φροντίδας υγείας από τον ιδιωτικό τομέα.

Στην περίπτωση του Οικογενειακού Ιατρού σε επίπεδο ΤΟΜΥ, ο πολίτης μπορεί να επιλέξει να κλείσει ραντεβού με δύο τρόπους:

- Ηλεκτρονικά, μέσω της ανάλογης διαδικτυακής πύλης, όπου έχει τη δυνατότητα να πάρει όλες τις πληροφορίες που χρειάζεται προκειμένου να επιλέξει το ραντεβού του.
- Τηλεφωνικά, επικοινωνώντας με τη γραμματεία της ΤΟΜΥ, όπου μέσω του διαχειριστικού περιβάλλοντος του πληροφοριακού συστήματος δίνεται η δυνατότητα κλεισίματος ραντεβού..

Το Σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης (ΣΗΣ) αποθηκεύει και διαχειρίζεται διάφορες πληροφορίες που απαιτούνται για τη λειτουργία του. Αυτές περιλαμβάνουν κάθε συνταγή και παραπεμπτικό, καθώς επίσης και τιμές φαρμάκων (σύμφωνα με το τρέχων Δελτίο Τιμών) πληροφορίες για την παροχή υπηρεσιών, για τα δεδομένα των χρηστών, τα στοιχεία των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης (ΦΚΑ), τα σημεία παροχής υπηρεσιών υγείας, τους προμηθευτές φαρμακευτικών εταιρειών, και άλλα σχετικά δεδομένα.

Μια σημαντική πτυχή της μεταρρύθμισης της ΠΦΥ είναι η εκπαίδευση και η κατάρτιση του προσωπικού που εργάζεται σε αυτές τις δομές. Η αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος απαιτεί τη συνεχή εκπαίδευση των εργαζομένων, ώστε να είναι

ενημερωμένοι με τις καταστάσεις, τις εκδοχές, τις περιστάσεις, τους χειρισμούς και τις ικανότητες που απαιτούνται για την αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος.

Παρά τις καλά οργανωμένες περιγραφές των υπηρεσιών ΠΦΥ στη νομοθεσία, υπάρχει έντονο χάσμα μεταξύ των θεωρητικών πλαισίων και της πρακτικής εφαρμογής. Πολυάριθμες εκθέσεις για την ΠΦΥ και η σχετική επιστημονική βιβλιογραφία υπογραμμίζουν τη διαθεσιμότητα εμπειρογνομosύνης και τεκμηριωμένων συστάσεων. Είναι προφανές ότι το πρωταρχικό ζήτημα έγκειται στην έλλειψη πολιτικής βούλησης για να ξεπεραστεί η ισχυρή και επίμονη αντίσταση.

Ίσως η πιο εντυπωσιακή εφαρμογή πολιτικής στην επέκταση της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα ήταν η δημιουργία κέντρων υγείας αγροτικού τύπου. Το έργο αυτό είναι μια κλασική απεικόνιση του ανεπαρκούς σχεδιασμού, ο οποίος οδηγεί σε αναποτελεσματικότητα. Η αδυναμία ανάπτυξης των «υγειονομικών υποδομών» οφείλεται στην ανεπαρκή στελέχωση, στην εφαρμογή λειτουργιών που δεν στηρίζονται σε καθορισμένα επιστημονικά κριτήρια, στη μη επιτυχή στόχευση σύμφωνα με τις υγειονομικές ανάγκες κάθε περίπτωσης και στην έλλειψη αξιολόγησης της ποιότητας, παράγοντες που δεν συνάδουν με την πολιτική πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης (Καλοκαιρινού Α. και συν, 2015).

Πρόσφατα στοιχεία για την υγεία και την υγειονομική περίθαλψη δείχνουν ότι ένα σημαντικό τμήμα του πληθυσμού (περίπου 14%) δυσκολεύεται να καλύψει τις απαιτήσεις του για υγειονομική περίθαλψη και ένα ακόμη μεγαλύτερο τμήμα (περίπου 37%) ισχυρίζεται ότι οι οικονομικοί περιορισμοί εμποδίζουν την απεριόριστη πρόσβαση του στην υγειονομική περίθαλψη. Οι ηλικιωμένοι, οι πάσχοντες από χρόνιες ασθένειες και τα άτομα σε χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση είναι εκείνοι που βιώνουν πιο έντονα αυτά τα φαινόμενα. Επιπλέον, επηρεάζουν το 21% των ατόμων που έχουν χάσει την «*de jure*» ασφαλιστική τους κάλυψη. Μπορεί επίσης να επηρεάσουν αρνητικά ένα μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού (πάνω από 30%) που δεν έχει πλέον τη δυνατότητα να ασκήσει το δικαίωμά του, γιατί έχει χάσει την ασφαλιστική του ικανότητα «*de jure* και *de facto*» (Κυριόπουλος Γ., 2022).

Είναι κοινώς γνωστό ότι η βιοϊατρική τεχνολογία έχει γνωρίσει σημαντική ανοδική τάση τις τελευταίες δεκαετίες. Με την αύξηση του ποσού των επενδύσεων στην υγειονομική περίθαλψη έχουν μεταφερθεί οικονομικοί πόροι στον νοσοκομειακό τομέα. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα, ο εν λόγω τομέας να έχει γίνει όλο και πιο σημαντικός, όσον αφορά την παραγωγή τόσο οικονομικής και κοινωνικής κερδοφορίας όσο, επιστημονικής και πολιτικής αξίας. Η εξέλιξη αυτή έχει αναπόφευκτα οδηγήσει σε πολιτική υποβάθμιση

και οικονομικό περιορισμό της δημόσιας υγείας και της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, σε μια εποχή που η οικονομική κρίση οδηγεί στη ελάττωση των εξόδων για τη δημόσια υγεία. Αυτό προκύπτει από το γεγονός ότι οι ετήσιες δαπάνες για την υγεία στην ΕΕ είναι 9,9% σε σύγκριση με το 7,8% της χώρας μας. *«Η κατανομή της δαπάνης στην ΕΕ είναι 29.0% στα νοσοκομεία, 18.0% στα φάρμακα και τα αναλώσιμα και 30.0% στην ιατρική περίθαλψη έναντι 44.0%, 30.0% και 23.0% αντίστοιχα στη χώρα μας. Ενώ στην μακροχρόνια φροντίδα τα σχετικά μεγέθη είναι 16.3% και 1.7% αντίστοιχα»*. Τα στοιχεία αυτά, τα οποία είναι σταθερά διαχρονικά, δείχνουν ότι η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη δεν είναι ο πιο προσοδοφόρος κλάδος για εμπορικές ή πολιτικές επενδύσεις. Ωστόσο, το ζήτημα είναι αρκετά πολιτικό. Και η πολιτική παίζει επίσης ρόλο στην απάντηση. Αυτό απαιτεί σημαντικές διαρθρωτικές προσαρμογές με πυρήνα τα Ολοκληρωμένα Δίκτυα ΠΦΥ (Κυριόπουλος Γ., 2022).

Το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης σηματοδότησε μια ανησυχητική τάση στην Ελλάδα, καθώς παρατηρήθηκε αύξηση τόσο των αυτοκτονιών όσο και των ανθρωποκτονιών. Οι συναισθηματικές και ψυχολογικές διαταραχές, μαζί με την κατάχρηση ουσιών και τη νοσηρότητα από μολυσματικές ασθένειες όπως η λοίμωξη από τον ιό HIV, επιδεινώθηκαν σημαντικά, ιδίως το 2010 και το 2011. Οι καθοριστικοί παράγοντες της υγείας, οι οποίοι διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στη συνολική υγεία, έχουν υποστεί επιδείνωση. Όσον αφορά τους δείκτες υγείας, η Ελλάδα, η οποία προηγουμένως βρισκόταν πάνω από τον μέσο όρο της ΕΕ και των ανεπτυγμένων χωρών του ΟΟΣΑ, παρουσιάζει σταδιακή πτώση από το 2009. Αυτή η πτωτική πορεία των δεικτών υγείας προκαλεί ανησυχία, υποδεικνύοντας πιθανές προκλήσεις στη διατήρηση της συνολικής υγείας του πληθυσμού.

Επιπλέον, τα στατιστικά στοιχεία για τον κύκλο εργασιών των νοσοκομείων παρουσιάζουν αρνητική εικόνα, με την Ελλάδα να κατατάσσεται πάνω από τον ευρωπαϊκό ΜΟ του ΟΟΣΑ και να εξασφαλίζει την ένατη χειρότερη θέση. Αυτό υποδηλώνει προκλήσεις στην αποτελεσματικότητα και την απόδοση του νοσοκομειακού συστήματος, υπογραμμίζοντας την ανάγκη ολοκληρωμένων στρατηγικών για την αντιμετώπιση αυτών των ζητημάτων που σχετίζονται με την υγεία.

Στην Ελλάδα, το σύστημα ΠΦΥ αντιμετωπίζει προκλήσεις όσον αφορά την πρόσβαση, την πληρότητα, τη συνέχεια και το συντονισμό. Οι προηγούμενες προσπάθειες μεταρρύθμισής του έχουν αποδειχθεί αναποτελεσματικές, κυρίως λόγω ελλείψεων στη διαχείριση, στη συνεργασία με τους κοινωνικούς και οικονομικούς φορείς και στην αναποτελεσματική χρήση των πόρων. Ενώ οι πρόσφατες μεταρρυθμίσεις στο Εθνικό

Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) έχουν προκαλέσει ανησυχίες σχετικά με τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις τους στη δημόσια υγεία και την ΠΦΥ, η τωρινή περίοδος προσφέρει μια αρμόζουσα στιγμή για την ελληνική κυβέρνηση να αρχίσει ένα φιλόδοξο πρόγραμμα μεταρρυθμίσεων. Αυτό θα μπορούσε να περιλαμβάνει ουσιαστικά μέτρα με επιδίωξη τη πρόοδο της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα (HELLENIC JOURNAL OF NURSING , 2020).

3.3 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) και η Δημόσια Υγεία

Οι δομές ΠΦΥ στη χώρα είναι κατακερματισμένες, με τα κέντρα υγείας (ΚΥ) στις αγροτικές περιοχές, στις ΠΕΔΥ και τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ) των αστικών περιοχών όπου έχουν δημιουργηθεί ιδιωτικές κλινικές. Επίσης, πολλές υπηρεσίες έχουν ενσωματωθεί σε αρμοδιότητες των Δήμων ή άλλων οργανισμών. Η έλλειψη ενός συγκεκριμένου μοντέλου για τη συνύπαρξη και συνεργασία όλων των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών και παρόχων μπορεί να συμβάλει στην αναποτελεσματικότητα και την έλλειψη συντονισμένης φροντίδας. Εδώ πρέπει να επισημανθεί ότι ο ασθενής δεν είναι το επίκεντρο των σκοπών της ΠΦΥ. Οι υπηρεσίες σχεδιάζονται χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι προσδοκίες, οι επιθυμίες, οι αξίες και οι ανάγκες των ασθενών. Αυτή η έλλειψη ασθενοκεντρικής προσέγγισης μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα της περίθαλψης και την ικανοποίηση των ασθενών.

Η χρήση των όρων "πρόληψη" και "προαγωγή της υγείας" περιγράφεται ως ρητορική, υποδηλώνοντας ότι οι έννοιες αυτές μπορεί να μην εφαρμόζονται αποτελεσματικά στην πράξη. Αυτό θα μπορούσε να οφείλεται στην έλλειψη προπτυχιακής εκπαίδευσης και εκπαίδευσης ειδίκευσης των μελλοντικών οικογενειακών ιατρών, με αποτέλεσμα η πρώτη επαφή με τον ασθενή να περιορίζεται σε μία διοικητικού χαρακτήρα διεκπεραίωση, χωρίς να εμπεριέχει πληροφορίες, που θα ενίσχυαν τον κοινωνικό ρόλο των γιατρών. Η απουσία οργανωμένης ΠΦΥ σημειώνεται ότι συμβάλλει στη σταδιακή υποβάθμιση του ρόλου και των αρμοδιοτήτων των δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Αυτή η υποβάθμιση, με τη σειρά της, επηρεάζει την ικανότητα ανταπόκρισης στα αναδυόμενα προβλήματα υγείας, συμπεριλαμβανομένων των προκλήσεων στην εφαρμογή της νομοθεσίας, των αυξανόμενων ποσοστών παχυσαρκίας και των δυσκολιών στον αποτελεσματικό έλεγχο των πανδημιών.

Η αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων θα απαιτούσε πιθανότατα συστημικές μεταρρυθμίσεις, συμπεριλαμβανομένης της ενίσχυσης των υποδομών ΠΦΥ, της ενίσχυσης

των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας και της βελτίωσης της οργάνωσης και της ανταπόκρισης των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Επιπλέον, οι προσπάθειες για την αντιμετώπιση των αναδύμενων ζητημάτων υγείας, την επιβολή της νομοθεσίας και τον χειρισμό των προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με τη μετανάστευση θα πρέπει να ενσωματωθούν σε μια ολοκληρωμένη και συντονισμένη στρατηγική δημόσιας υγείας

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η δημόσια διοίκηση συνδέονται στενά, καθώς η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί ένα σημαντικό τμήμα του δημόσιου συστήματος υγείας. Ορισμένοι τρόποι με τους οποίους αλληλεπιδρούν περιλαμβάνουν:

- Χρηματοδότηση: Οι δημόσιες αρχές αποφασίζουν πόσους πόρους θα διατεθούν για την ΠΦΥ, συμπεριλαμβανομένου του χρηματοδοτικού προϋπολογισμού και των επιδοτήσεων.
- Νομοθεσία και Κανονισμοί: Οι δημόσιες αρχές καθορίζουν τους νόμους και τους κανονισμούς που διέπουν την ΠΦΥ, όπως οι προδιαγραφές ποιότητας και ασφάλειας.
- Πολιτικές Αποφάσεις: Οι πολιτικές αποφάσεις που αφορούν την υγεία, την πρόσβαση στη φροντίδα, και τη διανομή πόρων επηρεάζουν τη λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
- Διαχείριση Υγείας: Οι δημόσιες υπηρεσίες διαχειρίζονται την υγεία σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, καθορίζοντας πόσο είναι προσβάσιμη η φροντίδα για τους πολίτες.
- Η συνεργασία μεταξύ της ΠΦΥ και της Δημόσιας διοίκησης είναι κρίσιμη για την παροχή αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας και την εξασφάλιση της δημόσιας υγείας (Τούντας Γ., 2021).

Τα συμπεράσματα για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τη δημόσια υγεία είναι πολύ σημαντικά:

- ❖ Η ΠΦΥ αποτελεί τον πρώτο βαθμό επαφής των ατόμων με το σύστημα υγείας. Ο ρόλος των γιατρών και νοσηλευτών στην ανίχνευση, διάγνωση και πρόληψη των ασθενειών είναι ζωτικός.
- ❖ Η δημόσια υγεία επικεντρώνεται στην πρόληψη των ασθενειών σε επίπεδο κοινότητας. Περιλαμβάνει τη διαχείριση εμβολιασμών, εκπαίδευση για υγιεινές συνήθειες, και πρόληψη επιδημιών.
- ❖ Η συνεργασία μεταξύ πρωτοβαθμικής φροντίδας υγείας και δημόσιας υγείας είναι κρίσιμη για την αντιμετώπιση δημόσιων υγειονομικών προκλήσεων.

- ❖ Η ενίσχυση του συστήματος πρωτοβάθμια φροντίδας και η επένδυση στη δημόσια υγεία έχουν αποδειχθεί ως αποτελεσματικοί τρόποι για τη βελτίωση της υγείας της κοινότητας.
- ❖ Η παροχή ισότιμης πρωτοβάθμια φροντίδας και πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας είναι κρίσιμη για τη διατήρηση της δημόσιας υγείας και την αντιμετώπιση ανισοτήτων στην υγεία.

Ολοκληρώνοντας, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι ορισμένες βασικές αρχές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας περιλαμβάνουν μετά την εποχή του COVID 19 τα εξής:

- Πρόληψη: Η πρόληψη είναι καίρια. Αυτό περιλαμβάνει την εμβολιασμό, τη διατροφή, την άσκηση και την αποφυγή επικίνδυνων συνθηκών.
- Εκπαίδευση: Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να ενημερώνουν τους ασθενείς για την υγεία τους και τις επιλογές τους.
- Διαχείριση χρόνου: Εξυπηρέτηση των ασθενών αποτελεσματικά και σε εύλογους χρόνους.
- Ολιστική προσέγγιση: Αντιμετώπιση του ασθενή σαν έναν σύνολο, λαμβάνοντας υπόψη τόσο το σωματικό όσο και το ψυχοκοινωνικό του καλό.
- Συνεργασία: Συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας για να παροχή καλύτερης δυνατής φροντίδας.
- Αξιολόγηση: Αξιολόγηση συστηματικά της υγείας των ασθενών και προσαρμογή της φροντίδας ανάλογα.

Αυτές οι αρχές αποτελούν θεμέλιο για την καλή πρακτική στην ΠΦΥ (Πιερράκος Γ. , 2022).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΠΦΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

4.1 Προοπτικές και όραμα

Η Εθνική Στρατηγική Δημόσιας Υγείας 2021-2025 βασίζεται σε ένα σημαντικό όραμα που είναι: *«Η εξάλειψη των παραγόντων κινδύνου για την υγεία (κοινωνικοοικονομικοί, συμπεριφορικοί και περιβαλλοντικοί),»* γεγονός που αναδεικνύει τη σημασία που αποδίδει το Υπουργείο Υγείας στην εφαρμογή πολιτικών και παρεμβάσεων που αποσκοπούν στην πρόληψη των ασθενειών και στη βελτίωση της συνολικής υγείας του πληθυσμού.

Σύμφωνα με το άρθρο 2 του ν. 4675/2020, οι βασικές αρχές για τη διαμόρφωση της Εθνικής Στρατηγικής Δημόσιας Υγείας είναι οι εξής:

1. Προσδιορισμός των συμπεριφορικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου για την υγεία,
2. Παρακολούθηση και επεξεργασία δεδομένων και δεικτών υγείας του πληθυσμού,
3. Παρέμβαση και αποτελεσματική διαχείριση των κινδύνων για την υγεία των πολιτών, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που προκύπτουν από την κλιματική αλλαγή και τη μετακίνηση του πληθυσμού,
4. Πρόληψη, προστασία και βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, ιδίως των ευάλωτων ομάδων,
5. Έλεγχος και διαχείριση των ασθενειών υψηλής επιβάρυνσης και των σπάνιων ασθενειών. Η αρχή αυτή δίνει έμφαση στην ανάπτυξη και εφαρμογή εθνικών σχεδίων δράσης για την αντιμετώπιση ασθενειών με υψηλό επιπολασμό, όπως ο καρκίνος, καθώς και τον έλεγχο, την πρόληψη και τη διαχείριση σπάνιων ασθενειών.
6. Σχεδιασμός, προγραμματισμός και εφαρμογή πολιτικών για την προαγωγή της υγείας, της ευημερίας και της αύξησης του προσδόκιμου ζωής καθώς και αναγνώριση της σημασίας της βελτίωσης της ποιότητας ζωής και της επένδυσης στο ανθρώπινο κεφάλαιο της χώρας,
7. Αναγνώριση και επένδυση στο ρόλο των «άτυπων φροντιστών». Η αρχή αυτή αναγνωρίζει τον σημαντικό ρόλο που διαδραματίζουν οι άτυποι φροντιστές που

παρέχουν φροντίδα σε χρόνια πάσχοντες στο σπίτι. Υπογραμμίζει τη σημασία της συνεργασίας μεταξύ των άτυπων φροντιστών και των επαγγελματιών υγείας για την εξασφάλιση ολοκληρωμένης και αποτελεσματικής φροντίδας για όσους έχουν ανάγκη.

Με βάση τα παραπάνω συμπεραίνεται ότι η Πρωτογενής Δημόσια Υγεία είναι ένας σημαντικός τομέας που αναζητά διαρκώς νέους στόχους. Αυτοί μπορεί να περιλαμβάνουν την αντιμετώπιση νέων επιδημιών, την προώθηση υγιεινών τρόπων ζωής, τη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου, την προώθηση της ψυχικής υγείας και την ενίσχυση της αντίστασης στις αντιβιοτικές αντοχές.

Οι νέοι αυτοί στόχοι προσαρμόζονται στις ανάγκες και τις προκλήσεις της εποχής μας για τη διασφάλιση της δημόσιας υγείας. Γι' αυτό η κυβέρνηση οργανώνει ένα Εθνικό Σχέδιο Δράσης, το οποίο θα δίνει έμφαση στην ισότητα και την βιωσιμότητα με διατομεακές πολιτικές, υπηρεσίες και δραστηριότητες που αφορούν αφενός στην πρόληψη και προαγωγή υγείας και αφετέρου στην προστασία και παρακολούθηση της υγείας σε εθνικό, πληθυσμιακό και παγκόσμιο επίπεδο.

4.2 Εθνικό Σχέδιο Δράσης Δημόσιας Υγείας 2021 – 2025

Η προστασία της δημόσιας υγείας κάθε κράτους αποτελεί ευθύνη όλων των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης στοχεύοντας στη βελτίωση των συνθηκών, την πρόληψη και την άμβλυνση των μολυσματικών ασθενειών. Γι' αυτό το λόγο υιοθετούνται αναπτυξιακές πολιτικές και στρατηγικές από όλα τα κράτη επιθυμώντας αφενός τη γενικευμένη προστασία των πολιτών και αφετέρου τον εκσυγχρονισμό και την ανθεκτικότητα των Δημόσιων ιατρικών δομών σε όλη την Ευρώπη. Στην Ελλάδα τα τελευταία 20 χρόνια έχει αυξηθεί ο μέσος όρος ζωής σε σχέση με την υπόλοιπη Ευρώπη ενώ από σχετικές έρευνες έχει προκύψει το συμπέρασμα ότι η Ελλάδα διαθέτει νοσοκομειοκεντρικό σύστημα υγείας, το οποίο δίνει έμφαση στη θεραπεία κάποιας νόσου και όχι στην πρόληψη αυτής. Σε αυτό συμβάλλει μια ομάδα πολυπαραγοντική, η οποία περιλαμβάνει το κάπνισμα, την παχυσαρκία και την έλλειψη του προσυμπτωματικού καρκινικού ελέγχου. Άρα, σύμφωνα με την Ετήσια Έκθεση για την Υγεία του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, η Ελλάδα θα μπορούσε να αλλάξει το υγειονομικό προφίλ της εφαρμόζοντας ένα ολοκληρωμένο σχέδιο μεταρρυθμίσεων, το οποίο θα αναβάθμιζε το σύστημα υγείας ανάλογα με τις ανάγκες του πληθυσμού και

ταυτόχρονα θα εισήγαγε αλλαγές στον τρόπο ζωής, με την κατανομή και τον σχεδιασμό νέων υπηρεσιών.

Με βάση αυτό το πλαίσιο τον Ιούλιο του 2019 τέθηκε ως βασική προτεραιότητα η μεταρρυθμιστική πολιτική που περιλάμβανε αναβάθμιση της Δημόσιας Υγείας αλλά και υιοθέτηση προληπτικών προγραμμάτων προάσπισης της υγείας του ενεργού πληθυσμού.

Με την ψήφιση του νόμου 4675/2020 - ΦΕΚ 54/Α/11-3-2020 με τίτλο «Πρόληψη, προστασία και προαγωγή της υγείας - ανάπτυξη των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις» θεσμοθετήθηκε η νοσηλευτική ειδικότητα και αυξήθηκαν οι θέσεις εξειδίκευσης των ιατρών. Επιδίωξη βασική ήταν η αναδιάρθρωση των δομών και εξυπηρέτηση τριών βασικών αξόνων στο επίπεδο της δημόσιας υγείας που επεκτείνονται σε διατομεακές παρεμβάσεις με στόχο:

1. τη μείωση των παραγόντων κινδύνου
2. την αλλαγή του τρόπου ζωής, ώστε να υπάρχει μεγαλύτερη οικολογική/ περιβαλλοντική και κοινωνική συνείδηση και
3. τη μείωση των ανισοτήτων.

Με βάση αυτούς τους στόχους αναθεωρούνται οι στρατηγικές αλλά και τα υπάρχοντα κρατικά θεσμικά όργανα. Οι προτεραιότητες πλέον της Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας είναι οι εξής:

1. η πρόληψη της υγείας του συνόλου με στόχο την ελαχιστοποίηση των κινδύνων που την επιβαρύνουν
2. η επιδημιολογική καταγραφή των ελληνικών ασθενειών
3. η καταγραφή του τρόπου ζωής με στόχο την καλύτερευση της υγιεινής
4. ο συντονισμός της δημόσιας υγείας σε εθνικό και τοπικό επίπεδο
5. η αξιολόγηση των αναγκών του ελληνικού πληθυσμού
6. η παρακολούθηση των μολυσματικών ασθενειών με σκοπό την παρεμπόδιση του
7. η μείωση του της περιβαλλοντικής καταστροφής
8. η αύξηση του υγειονομικού ελέγχου και ειδικότερα στις συνοριακές περιοχές της Ελλάδας
9. η πρόληψη θεμιτών και αθέμιτων εξαρτήσεων
10. η συνεργασία των εθελοντών με το δημόσιο σύστημα υγείας και
11. η σύνδεση της ΠΦΥ με τις αντίστοιχες νοσοκομειακές μονάδες και μη.

Η συνεχής βελτίωση του επιπέδου υγείας συνίσταται από την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής αλλά και από την συνεργασία των τομέων για τη Δημόσια Υγεία. Για αυτό το λόγο πρέπει να δημιουργηθεί ένα ισχυρό σύστημα με εποπτεία όλων των οργανισμών αλλά και δημιουργία νέων ώστε να παρέχονται κάθε τύπου υπηρεσίες φροντίδας της υγείας. Τα Υπουργεία αλλά και όλες οι δημόσιες υπηρεσίες θα πρέπει να συνεργάζονται ώστε οι Πρωτοβάθμιοι και οι Δευτεροβάθμιοι Οργανισμοί να βελτιώνονται και να αποδίδουν τα μέγιστα. Οι εθελοντικές οργανώσεις μπορούν να δραστηριοποιούνται και σε συνδυασμό με επιτροπές εμπειρογνομόνων ώστε να παρεμβαίνουν ενεργά και δραστικά στο σύνολο γενικά αλλά και στις ειδικές ομάδες πιο στοχευμένα.

Συγκεκριμένα οι βασικές αρχές της Εθνικής Στρατηγικής Δημόσιας Υγείας αφορούν:

- A. στον προσδιορισμό περιβαλλοντικών και συμπεριφορικών παραγόντων
- B. στην επεξεργασία δεδομένων για τη διαχείριση των κινδύνων υγείας
- Γ. στη μετακίνηση των λαών σε συνδυασμό με την κλιματική αλλαγή
- Δ. στην πρόληψη και τη διαχείριση σπάνιων ή μη ασθενειών
- E. στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής
- ΣΤ. στην αναγνώριση των άτυπων φροντιστών, οι οποίοι εξασφαλίζουν επαγγελματική περιποίηση σε όσους έχουν χρόνιες παθήσεις ή μη.

Όλες αυτές οι αρχές πρέπει να εναρμονίζονται αφενός με τους διεθνείς οργανισμούς και τους κανόνες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και αφετέρου με την βιοηθική και την ιατρική δεοντολογία. Οι παράμετροι που ρυθμίζουν όλα αυτά είναι οι οικονομικές και οι κοινωνικές συνθήκες αλλά και ο σύγχρονος τρόπος ζωής που επηρεάζει τη ζωή των παιδιών, των εφήβων αλλά και των ενηλίκων. Επομένως, η υιοθέτηση της προληπτικής Ιατρικής είναι η στοχοθεσία του Εθνικού Προγράμματος Συστηματικού Προσυμπτωματικού Ελέγχου μέσω της προώθησης των συνεπειών που βλάπτουν την υγιεινή του πληθυσμού και τη συμπεριφορά αυτού.

Η κινητοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού και η συνυπογραφή διατομεακών πολιτικών βελτίωσης έχει ως σκοπό τη βελτίωση των τεχνικών και φυσικών περιβαλλοντικών συνθηκών, ώστε να αυξηθεί η προσδόκιμη ποιότητα ζωής. Σε αυτό συμβάλλουν οι χρηματοδοτούμενες έρευνες, αλλά και οι εμπεριστατωμένη ενημέρωση του πληθυσμού για θέματα υγείας σε συνδυασμό με την εκπαίδευση και την τεχνολογία, ώστε να διαδοθεί η επιστημονική γνώση σε όλες τις πληθυσμιακές βαθμίδες.

Σε συγκεκριμένο πλαίσιο Στρατηγικής της Πρωτοβάθμιας Πρόληψης του Γενικού πληθυσμού το πεδίο παρέμβασης περιλαμβάνει διατροφή και άθληση, Αντικαπνιστική Πολιτική, ενημέρωση για τον καρκίνο και τις εξαρτήσεις, αντιμετώπιση του αλκοολισμού, πρόληψη των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων στα παιδιά, αλλά και στους ενήλικες και τέλος τους εμβολιασμούς.

Στόχος της συγκεκριμένης πολιτικής ήταν η διαφοροποίηση των καθημερινών συνηθειών και η μείωση της νοσηρότητας. Σε ένα δευτερογενές επίπεδο, προστέθηκε στο ήδη υπάρχον πλαίσιο, η υλοποίηση αντικαρκινικού ελέγχου με διαγνωστικές εξετάσεις που αφορούσαν στον καρκίνο της μήτρας, του μαστού και του παχέος εντέρου. Επιπρόσθετα, διευρύνθηκε αφενός η προγεννητική πρόληψη ώστε να μειωθεί η νεογνική θνησιμότητα και αφετέρου η ενημέρωση των εξαρτήσεων, όπως ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ σε όλες τις βαθμίδες του εκπαιδευτικού συστήματος.

Τέλος, στην τριτογενή πρόληψη δημιουργήθηκε παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης και φροντίδας χρόνιων νοσημάτων όπως ασθενών με καρκίνο και άλλων νοσημάτων που προϋποθέτουν προγράμματα αυτοβοήθειας και αυτοφροντίδας.

Όσον αφορά στην προστασία του πληθυσμού σε έκτακτες υγειονομικές καταστάσεις, η εθνική στρατηγική δημόσιας υγείας παρεμβαίνει με επιχειρησιακούς σχεδιασμούς και ενέργειες πρόληψης κάποιας πανδημίας με εμβολιασμό και κάλυψη του πληθυσμιακού συνόλου. Φυσικά, οι πόροι για τη σταθερή παροχή ποιοτικών υπηρεσιών προέρχονται από την Εθνική Χρηματοδότηση, από το ΕΣΠΑ, το Ταμείο Ανάκαμψης, το ΠΔΕ και τους Ευρωπαϊκούς Πόρους. Σε όλα αυτά συνετέλεσαν και οργανωτικές παρεμβάσεις που αφορούν στη δημιουργία και λειτουργία Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας στις επτά Υγειονομικές Περιφέρειες. Σε αυτό συμβάλλουν τα 2 Εθνικά Συμβούλια Εκπαίδευσης που ορίστηκαν για τις ειδικότητες της Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής αλλά και της Κοινωνικής Νοσηλευτικής. Επίσης, η χρηματοδότηση από τα προγράμματα ΕΣΠΑ με τίτλο «Εθνική Στρατηγική Δημόσιας Υγείας με έμφαση στους Λοιμογόνους παράγοντες» δίνουν ώθηση στο σύστημα υγείας σε συνδυασμό με την «Εφαρμογή Μεταρρύθμισης του συστήματος Δημόσιας Υγείας» που υπεβλήθη από την Τεχνική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας στο πλαίσιο διαρθρωτικών αλλαγών αλλά και τεχνικών μεταρρυθμίσεων.

ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ				
Άξονας Στρατηγικής	Σκοπός	Στόχος Πολιτικής	Πεδίο Παρέμβασης	Δείκτης -Στόχος
ΑΞΟΝΑΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ 1: Πρωτογενής Πρόληψη	Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή κατάλληλα διαμορφωμένων Προγραμμάτων Πρόληψης στον Γενικό Πληθυσμό.	Η μείωση της έκθεσης σε παράγοντες, που συνδέονται με νοσήματα, όπως το κάπνισμα, οι διατροφικές συνήθειες, η έλλειψη φυσικής άσκησης, το stress. Οι παράγοντες αυτοί μπορούν με διαφοροποίηση καθημερινών συνηθειών να μειώσουν την νοσηρότητα	Διατροφή και Άθληση	Μείωση κατά προτεραιότητα της παιδικής παχυσαρκίας από το 25% (2017) τουλάχιστον στο 10% (μέσος όρος, ΕΕ) μέχρι το 2030
			Καπνός - Αντικαπνιστική Πολιτική	Μείωση των Καπνιστών από το 24% (2017) στο 17% (μέσος όρος, ΕΕ) μέχρι το 2025
			Καρκίνος	Πληροφόρηση του 80% κατ' ελάχιστον του μαθητικού πληθυσμού για τους παράγοντες κινδύνου ετησίως
			Εξαρτήσεις	Μείωση της ζήτησης και χρήσης ναρκωτικών ουσιών ειδικά στον μαθητικό πληθυσμό.
			Αντιμετώπιση των βλαπτικών συνεπειών από την κατανάλωση αλκοόλ	Μείωση του ποσοστού πρόσφατης κατανάλωσης αλκοόλ σε εφήβους (κάτω των 16 ετών) από το 66,2% (2015) σε ποσοστά κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ (48%)
			Εμβολιασμοί	Αύξηση της εμβολιαστικής κάλυψης του πληθυσμού ανά έτος
			Πρόληψη ψυχοκοινωνικών προβλημάτων στα παιδιά και προαγωγή της ψυχικής υγείας τους	Ενημέρωση του 80% κατ' ελάχιστον του μαθητικού πληθυσμού με σκοπό τη μείωση της ενδοσχολικής βίας, του στρες των μαθητών και της εξάρτησής τους από την χρήση του διαδικτύου

Εικόνα 4.1 Εθνικό Σχέδιο Δράσης Δημόσιας Υγείας 2021-2025

ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ				
Άξονας Στρατηγικής	Σκοπός	Στόχος Πολιτικής	Πεδίο Παρέμβασης	Δείκτης -Στόχος
ΑΞΟΝΑΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ 2: Δευτερογενής Πρόληψη	Η εφαρμογή ολοκληρωμένων προγραμμάτων για την έγκαιρη διάγνωση νόσων	Η παροχή δωρεάν εξειδικευμένων διαγνωστικών εξετάσεων για παράγοντες κινδύνου και για νοσήματα που δεν έχουν εκδηλωθεί κλινικά	Καπνός - Αντικαπνιστική Πολιτική	Αύξηση της προσβασιμότητας στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος
			Καρκίνος	Αύξηση του ποσοστού υλοποίησης διαγνωστικών εξετάσεων: <ul style="list-style-type: none"> • Καρκίνου του τραχήλου της μήτρας • Καρκίνου του μαστού • Καρκίνου του παχέος εντέρου
			Περιγεννητική Πρόληψη	Μείωση της βρεφικής θνησιμότητας από 3,9/1.000 γεννήσεις (2015-2017) κάτω από το μ.ο. της ΕΕ (2017), 3,5/1.000 γεννήσεις)
				Έως το 2030, τερματισμός των αποτρέψιμων θανάτων νεογνών και παιδιών ηλικίας κάτω των πέντε ετών, με στόχο όλες οι χώρες να μειώσουν τη νεογνική θνησιμότητα στους 12 θανάτους ανά 1,000 γεννήσεις και την παιδική, κάτω των πέντε ετών, θνησιμότητα στους 25 θανάτους ανά 1,000 γεννήσεις. (ΣΒΑ 3.2) (ΕΡΗΘ 4)
				Έως το 2030, μείωση του ποσοστού της παγκόσμιας μητρικής θνησιμότητας σε λιγότερους από 70 θανάτους ανά 100.000 γεννήσεις. (ΣΒΑ 3.1) (ΕΡΗΘ4)
			Εξαρτήσεις	Μείωση της βλάβης μέσω της ανάπτυξης περαιτέρω δράσεων όπως ΧΕΧ, Σχολεία Δεύτερης Ευκαιρίας, κλπ
Αντιμετώπιση των βλαπτικών συνεπειών από την κατανάλωση αλκοόλ	Διεύρυνση του δικτύου υπηρεσιών αντιμετώπισης του αλκοολισμού			

Εικόνα 4.2 Εθνικό Σχέδιο Δράσης Δημόσιας Υγείας 2021-2025

ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ				
Άξονας Στρατηγικής	Σκοπός	Στόχος Πολιτικής	Πεδίο Παρέμβασης	Δείκτης -Στόχος
ΑΞΟΝΑΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ 3: Τριτογενής Πρόληψη	Η Πρόληψη των Επιπλοκών και η αποκατάσταση σε όσους έχουν ήδη νοσήσει.	Η ανάπτυξη και παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης και ανακουφιστικής φροντίδας σε όσους έχουν νοσήσει.	ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	Αναβάθμιση των υπηρεσιών Ανακουφιστικής Φροντίδας ασθενών με Καρκίνο Ανάπτυξη προγραμμάτων Αυτοβοήθειας και Αυτοφροντίδας

Εικόνα 4.3 Εθνικό Σχέδιο Δράσης Δημόσιας Υγείας 2021-2025

ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ				
Άξονας Στρατηγικής	Σκοπός	Στόχος Πολιτικής	Πεδίο Παρέμβασης	Δείκτης -Στόχος
ΑΞΟΝΑΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ 4: Προστασία του Πληθυσμού σε Έκτακτες Υγειονομικές Καταστάσεις	Η ανάπτυξη μηχανισμών και η ανάληψη μέτρων προστασίας του πληθυσμού της Χώρας κατά την διάρκεια έκτακτων υγειονομικών συνθηκών	Η καταπολέμηση της Πανδημίας COVID 19	Τεκμηριωμένη Λήψη Αποφάσεων	Η εμβολιαστική κάλυψη του πληθυσμού με στόχο την δημιουργία τείχους ανοσίας
			Επιχειρησιακός Σχεδιασμός	
			Ενημέρωση και Πρόληψη για όλους για τον COVID-19	
			Ενέργειες Πρόληψης της Πανδημίας προς τον γενικό Πληθυσμό.	

Εικόνα 4.4 Εθνικό Σχέδιο Δράσης Δημόσιας Υγείας 2021-2025

ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ				
Άξονας Στρατηγικής	Σκοπός	Στόχος Πολιτικής	Πεδίο Παρέμβασης	Δείκτης -Στόχος
ΑΞΟΝΑΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ 5: Εγγυημένη Χρηματοδότηση της Δημόσιας Υγείας	Η εξασφάλιση σταθερής χρηματοδοτικής ροής για την σταθερή παροχή ποιοτικών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας στο σύνολο του Πληθυσμού της Χώρας	Αύξηση και σταθερή χρηματοδότηση στη Δημόσια Υγεία	Εθνική Χρηματοδότηση	Αύξηση του ποσοστού του ΑΕΠ προς την Δημόσια Υγεία και την Υλοποίηση των προτεινόμενων Παρεμβατικών Προγραμμάτων Πρόληψης
		Εξασφάλιση πόρων της Ευρωπαϊκής Ένωσης	ΣΥΓΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΟΥΜΕΝΟΙ ΠΟΡΟΙ ΕΣΠΑ 2021-2027	Αύξηση Προϋπολογισμού παρεμβάσεων Δημόσιας Υγείας σε σχέση με τη περίοδο ΕΣΠΑ 2014-2020
			Ταμείο Ανάκαμψης	Απορρόφηση έως το 2025 του συνόλου των εγκεκριμένων πόρων του Ταμείου Ανάκαμψης (254εκ €)
			ΠΔΕ	Απορρόφηση εντός του 2025 του συνόλου των εγκεκριμένων πόρων δια μέσου του Ταμείου Ανάκαμψης και αφορά στον μη επιλέξιμο ΦΠΑ του παραπάνω προγράμματος (61 εκ €)
	Αύξηση της συμμετοχής του Υπουργείου Υγείας και των εποπτευόμενων Φορέων του σε δράσεις συγχρηματοδοτούμενων ανταγωνιστικών προγραμμάτων της ΕΕ (EU4HEALTH, HORIZON, κ.α)	Ευρωπαϊκοί Πόροι	Εμπλοκή του Υπουργείου Υγείας και της Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας ως συντονιστής εταίρος σε διευρυμένα σχήματα υλοποίησης έργων Ευρωπαϊκής Προστιθέμενης Αξίας.	

Εικόνα 4.5 Εθνικό Σχέδιο Δράσης Δημόσιας Υγείας 2021-2025

ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ				
Άξονας Στρατηγικής	Σκοπός	Στόχος Πολιτικής	Πεδίο Παρέμβασης	Στόχος
ΑΞΟΝΑΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ 6: Αναβάθμιση του Συστήματος Παροχής Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας	Η μεταρρύθμιση του συστήματος Δημόσιας Υγείας και η αναβάθμιση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας προς τους Πολίτες της χώρας	Η εισαγωγή νέων μοντέλων διοίκησης υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας τόσο στο Κεντρικό Επίπεδο (Υπουργείο Υγείας, Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Υγειονομικές Περιφέρειες.) όσο και στο τοπικό και περιφερειακό Επίπεδο (Α' και Β' επίπεδου Τοπική Αυτοδιοίκηση)	Λειτουργική Αναδιοργάνωση του Συστήματος Παρακολούθησης της Υγείας του Πληθυσμού	1. Αναδιοργάνωση του εθνικού μηχανισμού συλλογής και ανάλυσης πληροφοριών για την υγεία.
				2. Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του συστήματος επιδημιολογικής επιτήρησης νοσημάτων
				3. Ενίσχυση των δράσεων για την επιδημιολογική επιτήρηση, πρόληψη και αντιμετώπιση των νοσοκομειακών λοιμώξεων στις μονάδες υγείας (δημόσιες και ιδιωτικές).
				4. Δημιουργία περιφερειακού μηχανισμού παρακολούθησης της υγείας του πληθυσμού.
				5. Παρακολούθηση της κατάστασης υγείας του ελληνικού πληθυσμού σε εθνικό επίπεδο
				6. Παρακολούθηση της κατάστασης υγείας του ελληνικού πληθυσμού σε περιφερειακό επίπεδο
			Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στη Δημόσια Υγεία	1. Εκπόνηση σχεδίου εκπαίδευσης στελεχών Δημόσιας Υγείας Υπουργείου Υγείας και Περιφερειακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
				2. Κατάρτιση των στελεχών Δημόσιας Υγείας των δημοσίων υπηρεσιών
				3. Κατάρτιση προσωπικού των μονάδων υγείας σε θέματα διασφάλισης της Δημόσιας Υγείας μέσα στις μονάδες τους.
				4. Προγράμματα ευαισθητοποίησης - επιμόρφωσης εκπαιδευτικών σε θέματα Δημόσιας Υγείας.
				5. Ενίσχυση του συστήματος Δημόσιας Υγείας με ιατρούς ειδικευμένους στην Δημόσια Υγεία και νοσηλευτές ειδικευμένους στην Δημόσια Υγεία – Κοινωνική Νοσηλευτική
			Αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα υπηρεσιών δημόσιας υγείας	1. Αναβάθμιση υποδομών και εξοπλισμού των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
2. Οργανωτική και λειτουργική αναδιοργάνωση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.				

Εικόνα 4.6 Εθνικό Σχέδιο Δράσης Δημόσιας Υγείας 2021-2025

ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ				
Άξονας Στρατηγικής	Σκοπός	Στόχος Πολιτικής	Πεδίο Παρέμβασης	Στόχος
				3. Οργανωτική και λειτουργική αναδιοργάνωση των εποπτευομένων φορέων της Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας
			Αποτελεσματικότητα των μηχανισμών ταχείας αντίδρασης για την αντιμετώπιση εκτάκτων κινδύνων και απειλών	1. Διαμόρφωση χώρων και προμήθεια εξοπλισμού επιδημιολογικού φραγμού στις πύλες εισόδου της χώρας και στα διεθνή αεροδρόμια
				2. Διαμόρφωση χώρων και προμήθεια εξοπλισμού επιδημιολογικού φραγμού στα λιμάνια
				3. Υγειονομική θωράκιση περιοχών που επιβαρύνονται από τις προσφυγικές ροές
				4. Κάλυψη υγειονομικών αναγκών προσφύγων/μεταναστών
			Βελτίωση της αποτελεσματικότητας των μηχανισμών περιβαλλοντικής υγείας	1. Ανάπτυξη πρωτοβουλιών και δικτύωση για την ασφαλή διαχείριση επικίνδυνων αποβλήτων Υγειονομικών Μονάδων.
				2. Αναβάθμιση υποδομών και εγκαταστάσεων για την διαχείριση των αποβλήτων στις μονάδες υγείας
				3. Εκπόνηση κατευθυντηρίων οδηγιών και εφαρμογή πιστοποιημένων διαδικασιών για την διαχείριση των μολυσματικών αποβλήτων στις μονάδες υγείας του ιδιωτικού τομέα.
				4. Δημιουργία κατευθυντηρίων οδηγιών και συστημάτων παρακολούθησης της ποιότητας του πόσιμου ύδατος.
				5. Εκπόνηση Εθνικών Οδηγιών διασφάλισης της περιβαλλοντικής υγείας.
				6. Ενίσχυση του εξοπλισμού των περιφερειακών και νομαρχιακών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας για την παρακολούθηση παραγόντων περιβαλλοντικής υγείας.
			Δράσεις προστασίας της χλωρίδας και πανίδας με έμφαση στο αστικό περιβάλλον	
			Βελτίωση της ποιότητας και επιστημονικής	1. Διαπίστευση εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας.

Εικόνα 4.7 Εθνικό Σχέδιο Δράσης Δημόσιας Υγείας 2021-2025

ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ				
Άξονας Στρατηγικής	Σκοπός	Στόχος Πολιτικής	Πεδίο Παρέμβασης	Στόχος
			εγκυρότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών	2. Εκπόνηση κατευθυντήριων οδηγιών λειτουργίας των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας 3. Εκπόνηση κανονισμών και οδηγιών προστασίας της Δημόσιας Υγείας στις δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας.
			Πληροφορική οργάνωση για τη Δημόσια Υγεία	1. Πληροφορική αναβάθμιση των κεντρικών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας του ΥΥ, ως φορέα άσκησης πολιτικής. 2. Πληροφορική αναβάθμιση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. 3. Λειτουργική διασύνδεση κεντρικών, περιφερειακών, δημοτικών υπηρεσιών και οργανισμών Δημόσιας Υγείας με τις κεντρικές υπηρεσίες του Υ.Υ. 4. Δημιουργία Εθνικής Βάσης Δεδομένων 5. Δημιουργία Εθνικών Αρχείων για τα Νοσήματα 6. Δημιουργία λογισμικών εργαλείων για παροχή υπηρεσιών από απόσταση (e-health), e-inclusion, telemedicine και home care) 7. Ψηφιοποίηση Εθνικών Οδηγών, Κατευθυντήριων Οδηγών και Πρωτοκόλλων Θεραπείας και Φροντίδας
			Λογοδοσία και προβολή του συστήματος Δημόσιας Υγείας και αναβάθμιση της επικοινωνιακής του πολιτικής	1. Προώθηση της δημοσιότητας και λογοδοσίας για το έργο των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. 2. Δημιουργία εθνικού διαδραστικού portal για τη Δημόσια Υγεία. 3. Δημοσιότητα και ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης
			Οριζόντιες Δράσεις Ανάπτυξης της Δημόσιας Υγείας - Εξωστρέφεια	1. Προαγωγή της έρευνας και της καινοτομίας στον τομέα του φαρμάκου ώστε να ενισχυθεί η παραγωγή προηγμένων προϊόντων και εφαρμογών (π.χ. ιατρική κάνναβη). 2. Προώθηση της συνεργασίας δημόσιου – ιδιωτικού τομέα όπως η Διασύνδεση του Εθελοντικού Τομέα με το υγειονομικό σύστημα αλλά και η συστηματοποίηση των δράσεων Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης. 3. Προώθηση της Ελλάδας στην παγκόσμια αγορά Υγείας, ώστε να εδραιωθεί ο Τουρισμός Υγείας και να αναπτυχθούν νέες χρηματοδοτικές εισροές

Εικόνα 4.8 Εθνικό Σχέδιο Δράσης Δημόσιας Υγείας 2021-2025

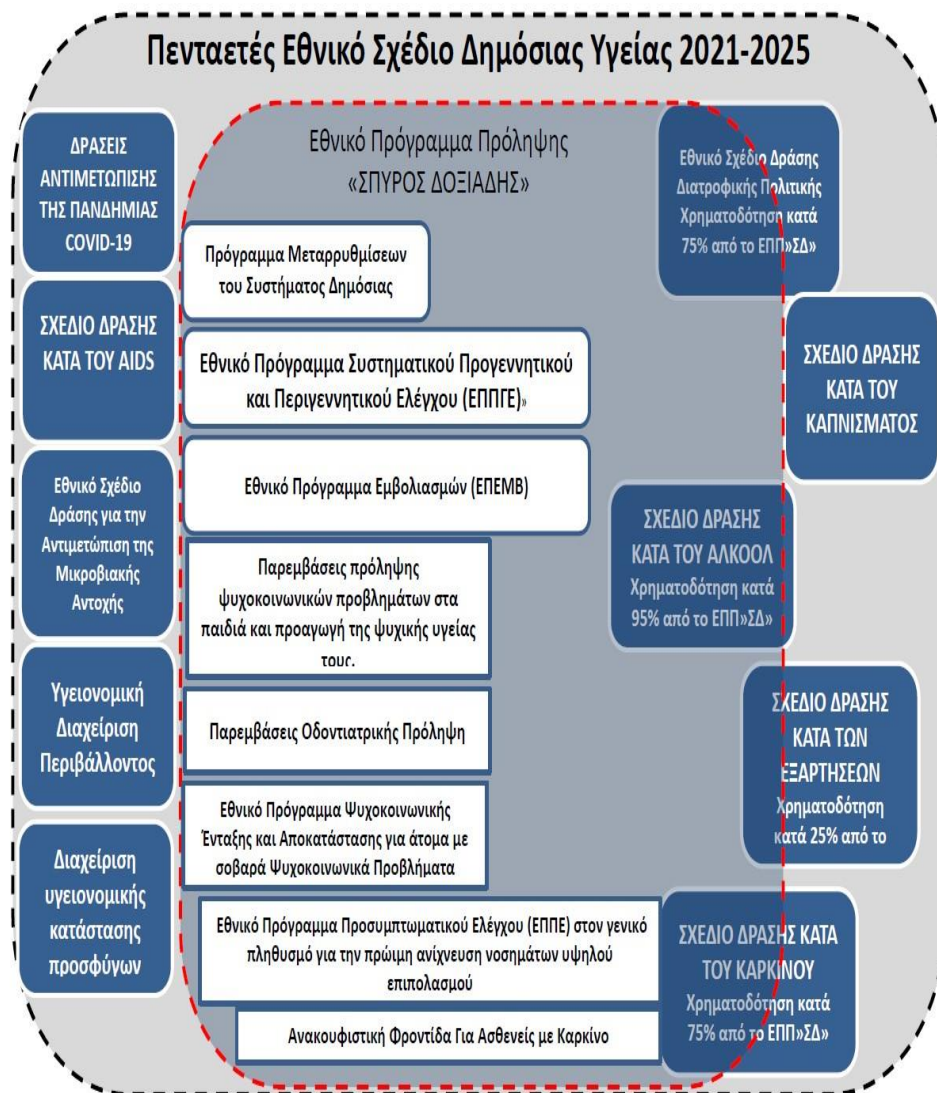
ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ				
Άξονας Στρατηγικής	Σκοπός	Στόχος Πολιτικής	Πεδίο Παρέμβασης	Στόχος
				4. Ενίσχυση των Διασυνοριακών Κέντρων Υγείας σε όλες τις βαθμίδες. 5. Διευκόλυνση διακρατικής παροχής υπηρεσιών υγείας και φροντίδας.
		Ανάπτυξη και προώθηση της Διατομεακής Δημόσιας Υγείας.	Η προώθηση της Αρχής "Δημόσια Υγεία σε όλες τις Πολιτικές"	1. Οργανωτική και λειτουργική αναδιοργάνωση της υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας για τη εφαρμογή της Εθνικής Πολιτικής Δημόσιας Υγείας και τον καθορισμό Εθνικών Στόχων. 2. Διατομεακή συνεργασία πολιτικών δημόσιας υγείας σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο. 3. Ανάπτυξη συστήματος παρακολούθησης και αξιολόγησης των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας της τοπικής αυτοδιοίκησης α' και β' βαθμού. 4.Κωδικοποίηση διατάξεων για τη Δημόσια Υγεία

Εικόνα 4.9 Εθνικό Σχέδιο Δράσης Δημόσιας Υγείας 2021-2025

4.3 Το περιεχόμενο του Προγράμματος πρόληψης «Σπύρος Δοξιάδης»

Το Εθνικό Πρόγραμμα Πρόληψης «Σπύρος Δοξιάδης» αποτελεί το μεγαλύτερο πενταετές Σχέδιο Δράσης της Δημόσιας Υγείας από το 2021 ως το 2025. Περιλαμβάνει Παρεμβάσεις και Δράσεις που περιγράφονται στα επιμέρους Εθνικά Σχέδια Δράσης που έχουν αναπτυχθεί από τη Γενική Γραμματεία και τις Εθνικές Επιτροπές. Προτεραιότητα των παρεμβάσεων είναι οι ευάλωτες ομάδες όπως μαθητές, γυναίκες και άπορος πληθυσμός. Οι στρατηγικοί στόχοι του προγράμματος ποικίλλουν ανά επίπεδο. Στην πρωτογενή πρόληψη στόχος είναι η μείωση της εμφάνισης νοσημάτων και αναπηριών πριν την εμφάνιση των συμπτωμάτων. Σε αυτό το επίπεδο πρέπει να διαχειριστούν την κακή διατροφή και την έλλειψη άσκησης αλλά και την ταυτόχρονη έλλειψη συστηματικού εμβολιασμού σε όλες τις ομάδες και ιδιαίτερος στις ευάλωτες και στις μετακινούμενες. Τέλος, πρέπει να συμβάλλουν στην ενίσχυση του Εθνικού Προγράμματος αντιμετώπισης του αλκοόλ (ΕΠΑΑ). Σε επίπεδο δευτερογενούς πρόληψης γίνονται παρεμβάσεις ανίχνευσης υπάρχουσας νόσου, η οποία δεν είναι ορατή. Σε αυτό εμπεριέχεται ο προσυμπτωματικός έλεγχος καθώς και ο Συστηματικός προγεννητικός και περιγεννητικός έλεγχος, ο οποίος προασπίζει τη δημόσια Υγεία. Στην τριτογενή πρόληψη αποκαθίστανται βλάβες και υποστηρίζονται άτομα με χρόνια προβλήματα. Σε αυτό το πρόγραμμα περιλαμβάνονται τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα καθώς και η φροντίδα καρκινοπαθών ομάδων.

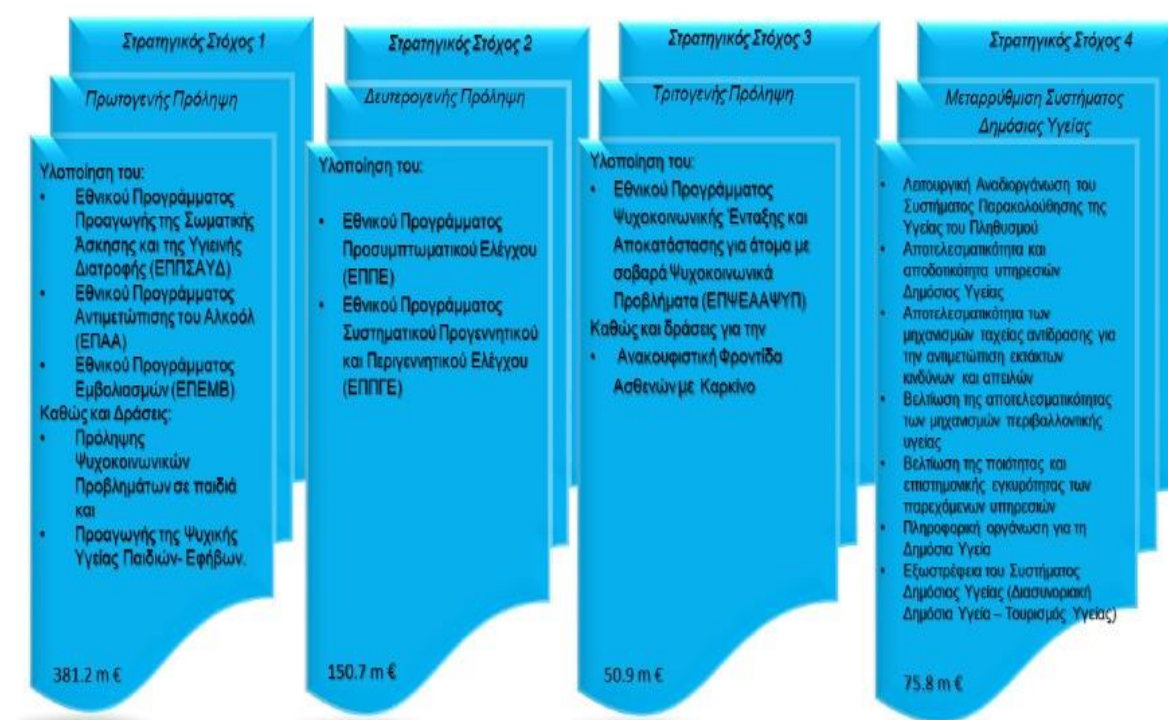
Τέλος, στο τέταρτο στρατηγικό στόχο θεσπίζεται ο λειτουργικός εκσυγχρονισμός του συστήματος δημόσιας υγείας με οργανωτικές και διοικητικές μεταρρυθμίσεις. Στόχος είναι η αναδιοργάνωση του Συστήματος σε επίπεδο λειτουργίας αλλά και η εξέλιξη των υπηρεσιών σε περιπτώσεις εκτάκτων υγειονομικών απειλών. Όλα αυτά προωθούνται πάντα με βάση την επιστημονική εγκυρότητα. Εν κατακλείδι απαιτείται τεχνολογικός και πληροφοριακός εκσυγχρονισμός της Δημόσιας Υγείας.



Εικόνα 4.10 Τα επιμέρους δομικά στοιχεία του 5ετούς Σχεδίου Δράσης Δημόσιας Υγείας 2021-2025

Ειδικότερα, στην Πρωτογενή πρόληψη περιλαμβάνονται εκπαιδευτικές δράσεις σε περισσότερα από 1453 σχολεία και κατάρτιση πάνω από 10.000 εκπαιδευτικών. Επίσης 2000 σύλλογοι γονέων και κηδεμόνων συμμετείχαν σε προγράμματα υγιεινής διατροφής. Οι σχολικές υποδομές άθλησης αναβαθμίστηκαν κατά 10% ενώ άρχισαν να υλοποιούνται 13 περιφερειακά προγράμματα άθλησης με συμμετοχή του 15% του μαθητικού δυναμικού σε αθλητικές διοργανώσεις. Τέλος το 50% των μαθητών ενημερώθηκαν για θέματα Αθλητισμού και Διατροφής. Επίσης, για την αντιμετώπιση του αλκοόλ ενισχύθηκαν 7 δομές αποτοξίνωσης και δημιουργήθηκε γραμμή Υποστήριξης. Υλοποιήθηκαν 13 παρεμβατικά προγράμματα και 2000 σύλλογοι γονέων και κηδεμόνων συμμετείχαν σε προγράμματα ενημέρωσης. Επιπρόσθετα για το πρόγραμμα εμβολιασμών χρησιμοποιήθηκαν 4 εκατομμύρια αντιγριπικά εμβόλια για κάλυψη αναγκών και εμβολιαστική κάλυψη των επαγγελματιών Υγείας σε όλες τις υγειονομικές δομές.

Εθνικό Πρόγραμμα Πρόληψης Δημόσιας Υγείας «Σπύρος Δοξιάδης»



Εικόνα 4.11 Περιεχόμενα του Εθνικού Προγράμματος Πρόληψης "Σπύρος Δοξιάδης"

Αναλυτικότερα, στο επίπεδο της υγιεινής διατροφής στην Πρωτογενή πρόληψη περιλαμβάνονται οι εξής βασικοί άξονες:

- πραγματοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε εκπαιδευτικούς σχολικής και προσχολικής ηλικίας
- εκστρατεία κινητοποίησης των γονέων για τα πλεονεκτήματα της διατροφής
- μεταρρυθμιστικές πολιτικές μεταξύ Υπουργείου και Δημόσιων φορέων για τη βελτίωση της ποιότητας των τροφίμων
- συνεργασία πολιτείας και βιομηχανικών εταιρειών με στόχο τη μείωση των αλάτων, σακχάρων και λιπαρών οξέων
- οργάνωση ελέγχου με στόχο την τήρηση υγειονομικών κανονισμών στα σχολικά κυλικεία και στους εργασιακούς χώρους εστίασης.
- Αντίστοιχα, πρωτοβουλίες εφαρμόστηκαν και στην ανάδειξη της φυσικής άσκησης με τις εξής δράσεις:
 - ανακαίνιση και ίδρυση σχολικών χώρων άθλησης από το Υπουργείο Παιδείας και το Υπουργείο Πολιτισμού και Αθλητισμού
 - συνεργασία με τους ΟΤΑ για τη δημιουργία προγραμμάτων άθλησης για όλες τις πληθυσμιακές ομάδες
 - διαμόρφωση αθλητικών προγραμμάτων εντός και εκτός σχολικών δομών για να δοθεί ώθηση σε εξειδικευμένους αθλητικούς τομείς
 - κινητοποίηση εργαζομένων για να αναπτύξουν προγράμματα φυσικής αγωγής στο εργασιακό τους περιβάλλον
 - υλοποίηση εκστρατείας του ενεργού πληθυσμού για τα οφέλη της φυσικής άσκησης.

ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΟ ΚΟΣΤΟΣ: 132.915.485,30 Ευρώ

Σχετικό Εθνικό Σχέδιο Δράσης υπάρχει για την αντιμετώπιση των συνεπειών από την κατανάλωση αλκοόλ μετά από έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Οι βασικοί άξονες κυμαίνονται ως εξής:

- ενημέρωση όλων των σχολικών δομών για τις επιβλαβείς συνέπειες από την κατανάλωση του αλκοόλ
- έλεγχος παράνομης παροχής αλκοόλ σε ανήλικους

- επιβολή αυστηρών κυρώσεων για τους παραβάτες της συνταγματικής νομοθεσίας
- ίδρυση κέντρων απεξάρτησης και ευαισθητοποίησης που να ανταποκρίνονται σε όλες τις ομάδες του πληθυσμού
- δημιουργία δομών τηλεφωνικής υποστήριξης με στόχο την απεξάρτηση σε ανηλίκους, εγκύους και άτομα που έχουν παραβατική συμπεριφορά.

ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΟ ΚΟΣΤΟΣ: 28.260.000,00 Ευρώ

Η εκστρατεία εδραιώνεται με την εφαρμογή του Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμών, το οποίο στοχεύει σε ειδικές και ευάλωτες ομάδες, περιλαμβάνοντας παιδιά, ανήλικους, ενήλικες και πληθυσμούς που μετακινούνται. Αυτό περιλαμβάνει την εισαγωγή του Ψηφιακού Βιβλιαρίου Εμβολιασμών για παιδιά και εφήβους, καθώς και την υλοποίηση του ετήσιου Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμών.

ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΟ ΚΟΣΤΟΣ: 162.994.900,00 Ευρώ

Επιπρόσθετα, ενισχύεται στην Πρωτογενή πρόληψη η προληπτική παρέμβαση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων σε παιδιά και εφήβους, η οποία θεσπίζει τα εξής:

- ενημέρωση για ενδοσχολική και ηλεκτρονική μαθητική βία αλλά και διαχείριση των προβλημάτων που προκύπτουν στο σχολείο
- ενημέρωση για συναισθηματικές δυσκολίες που προκύπτουν όπως άγχος και κατάθλιψη σε παιδιά σχολικής και εφηβικής ηλικίας
- έμφαση στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των παιδιών
- ενημέρωση για τα ψηφιακά μέσα και παροχή προτεινόμενων τρόπων πρόληψης από την ηλεκτρονική εξάρτηση.

ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΟ ΚΟΣΤΟΣ: 52.135.000,00 Ευρώ

Τέλος, προστίθεται η παροχή οδοντιατρικής φροντίδας σε όλα τα παιδιά και εφήβους ηλικίας 6 έως 18 ετών. Τεκμηριώνεται ότι η παρέμβαση σε αυτή την ηλικία βοηθάει στη μετέπειτα στοματική υγιεινή. Ταυτόχρονα, καταπολεμούνται ανισότητες, ενώ

διασφαλίζεται μια συνολική πρόσβαση στη στοματική φροντίδα, αφενός ελαφρύνοντας τα νοικοκυριά και αφετέρου αποφεύγοντας τις μελλοντικές οδοντιατρικές επιπλοκές.

Συγκεκριμένα, το πρόγραμμα πρόληψης «Σπύρος Δοξιάδης» θα χρηματοδοτήσει συγκεκριμένες δράσεις όπως οι παρακάτω:

- έρευνα επιδημιολογικού περιεχομένου για τη στοματική υγιεινή
- δημιουργία κινητών μονάδων Στοματικής υγιεινής για βοήθεια ευάλωτων ομάδων (όπως προσφύγων, Ρομά, εξαρτημένων)
- έμφαση στην προληπτική οδοντιατρική σε παιδιά και εφήβους 6 έως 18 ετών
- στόχος η πρόληψη της στοματικής υγείας στο 30% της μαθητικής κοινότητας και ιδιαίτερα σε περιοχές που είναι κάτω από το όριο της φτώχειας.

ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΟ ΚΟΣΤΟΣ: 40.960.626,84 Ευρώ

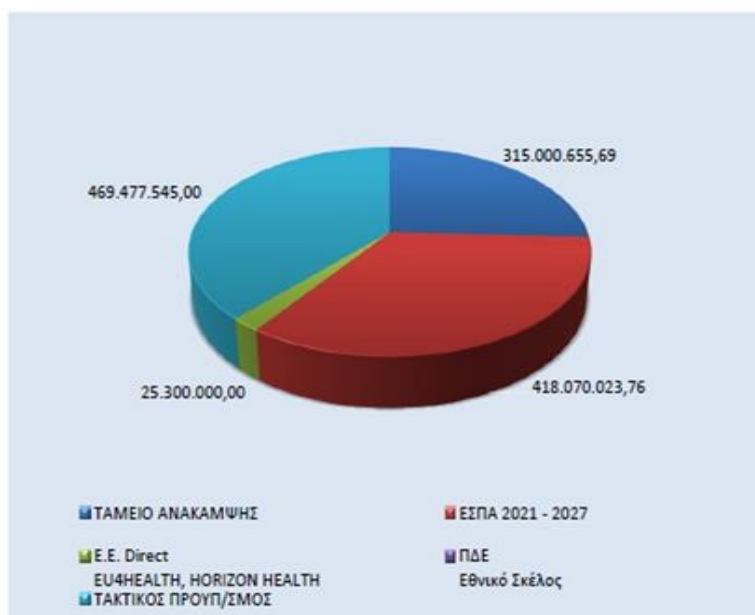
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες και τα στατιστικά που προκύπτουν από τους πίνακες, το πρόγραμμα «Σπύρος Δοξιάδης» προσπαθεί να αντιστρέψει τη διαχρονική υστέρηση της ελληνικής κοινωνίας, όσον αφορά στην υγεία του πληθυσμού. Οι επενδύσεις που προγραμματίστηκαν έχουν στόχο την πρόληψη και την ανόρθωση του τομέα της υγείας. Όπως προκύπτει το πρόγραμμα, το οποίο περιλαμβάνει 3 πυλώνες με πάνω από 20 δράσεις, κοστολογείται πάνω από 300 εκατομμύρια ευρώ. Η επένδυση αυτή είναι πρωτοφανής καθώς στοχεύει στην ισχυροποίηση της δημόσιας υγείας με ίσους όρους για όλους. Η πραγματοποίηση του προγράμματος ξεκίνησε με το προσυμπτωματικό έλεγχο σε όλες τις κοινωνικές ομάδες με σκοπό την αναβάθμιση του ορίου ηλικίας και του βιοτικού επιπέδου. Σε βάθος τριετίας θα αξιολογηθούν τα αποτελέσματα, ώστε να αντιμετωπιστούν έγκαιρα οι ασθενείς και μάλιστα στις ευάλωτες ομάδες.

Προϋπόθεση για την ολοκλήρωση του προγράμματος είναι η παροχή τεχνολογικών υλικών, αλλά και η επένδυση πόρων από τον Εθνικό Προϋπολογισμό. Εξάλλου, για αυτό απαιτείται πρόσβαση σε ηλεκτρονικές πλατφόρμες οι οποίες θα αξιοποιήσουν αποτελεσματικότερα τα δεδομένα και θα οργανώσουν το σύστημα υγείας με μεγαλύτερη ακρίβεια, ώστε να ανταποκριθεί ικανοποιητικά στις εξατομικευμένες ανάγκες του κάθε πολίτη.



Εικόνα 4.12 Πηγές Χρηματοδότησης του 5ετούς Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία



Εικόνα 4.13 Κατανομή Κόστους του 5ετούς Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία ανά Ταμείο



Εικόνα 4.14 Κατανομή Κόστους του 5ετούς Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία ανά έτος

Η χρήση υπηρεσιών Π.Φ.Υ. λογίζεται ως ένα σημαντικό βήμα προκειμένου να συνεχιστούν οι υπηρεσίες υγείας σε δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης. Η έλλειψη επαρκών υπηρεσιών στο πρωτοβάθμιο επίπεδο κατευθύνει, σε μη αποτελεσματική χρήση νοσοκομειακών υπηρεσιών, παράταση του χρόνου της νοσηλείας και υπερβολική χρήση ειδικών και πολυδάπανων υπηρεσιών τριτοβάθμιας φροντίδας. Είναι προφανές ότι οι υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας εξυπηρετούν ένα ευρύτερο φάσμα πληθυσμού και καλύπτουν ένα ευρύτερο πεδίο δράσης σε σύγκριση με τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ.

Όμως, η επέκταση της δραστηριότητας των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας στον τομέα της ατομικής προληπτικής ιατρικής μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές στον τρόπο λειτουργίας της Π.Φ.Υ. και στην ανάδειξη νέων προσεγγίσεων για την πρόληψη των ασθενειών. Ασφαλώς, όταν η Π.Φ.Υ. αναλαμβάνει προγράμματα παρέμβασης για την προώθηση της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών, αυτό συμβάλλει στην ενίσχυση της ολιστικής προσέγγισης της υγείας και τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας που παρέχεται στον πληθυσμό. Ο όρος Community Oriented Primary Health Care (COPC) αναφέρεται σε μια προσέγγιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που εστιάζει στην ενσωμάτωση της προσέγγισης της κοινότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

Ουσιαστικά η Π.Φ.Υ. υπερβαίνει το παραδοσιακό ιατρικό μοντέλο εστιάζοντας στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, καθώς και σε δράσεις που επηρεάζουν τη δημόσια υγεία, το περιβάλλον και τη διατροφή. Αυτή η προσέγγιση βασίζεται στην αντίληψη ότι η διατήρηση της υγείας είναι πιο αποτελεσματική μέσω της πρόληψης και της ενημέρωσης, με τη ενεργή συμμετοχή της κοινότητας και των ίδιων των ατόμων.

Συμπερασματικά, η ανάπτυξη και χρήση του συστήματος Π.Φ.Υ. είναι ευεργετική τόσο για τον πολίτη όσο και για το σύστημα υγείας. Αυτό συμβαίνει διότι επιτυγχάνεται η σύνδεση με τις υπηρεσίες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης, ενώ ελαττώνεται η πολλαπλή χρήση υπηρεσιών, με αποτέλεσμα τη μείωση των δαπανών στον τομέα της υγείας γενικότερα και των νοσοκομειακών δαπανών ειδικότερα.

Νομικό πλαίσιο και Δημόσιο Δίκαιο Υγείας

Καθορισμός και Καταγραφή Αρμόδιων Αρχών και Προσδιορισμός των Αρμοδιοτήτων τους

Ν. 3370/05 (ΦΕΚ-176 Α΄/11-7-05) :

Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις.

Άρθρο 3

Η δημόσια υγεία περιλαμβάνει ευρύτατες λειτουργίες και δράσεις, οι κυριότερες των οποίων είναι:

(α) Η παρακολούθηση και εκτίμηση της υγείας του πληθυσμού και των βιολογικών, περιβαλλοντικών και κοινωνικοοικονομικών παραγόντων που την επηρεάζουν.

(β) Η προστασία και προαγωγή της υγείας και η πρόληψη των νοσημάτων.

(γ) Ο έλεγχος και η αποτελεσματική διαχείριση των λοιμωδών νοσημάτων και των άλλων νοσημάτων υψηλού κινδύνου και επιπολασμού.

(δ) Η προάσπιση των αναγκών υγείας των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού.

(ε) Η αντιμετώπιση των έκτακτων και αναδυόμενων κινδύνων και των απρόβλεπτων συνθηκών και συμβάντων από φυσικά ή άλλα αίτια.

(στ) Η ιεράρχηση των προτεραιοτήτων και των παρεμβάσεων στη δημόσια υγεία.

(ζ) Η εκτίμηση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας και η ανάπτυξη μέτρων βελτίωσής τους.

(η) Η εκτίμηση των συνεπειών στη δημόσια υγεία από τα επιτεύγματα της ιατρικής επιστήμης, της βιολογίας και της γενετικής.

(θ) Η ανάπτυξη πολιτικών που προάγουν την υγεία και τη βιωσιμότητα και η διατήρηση, βελτίωση και ανάπτυξη του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας.

ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι πολιτικές και οι στρατηγικές για τη δημόσια υγεία σχεδιάζονται με γνώμονα την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και τη δικαιοσύνη, βασιζόμενες σε ορισμένες βασικές προϋποθέσεις που είναι οι εξής:

- 1) Στη διατομεακή συνεργασία σε κεντρικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο, στο σχεδιασμό και στις εφαρμογές σε πληθυσμιακή βάση, στη δημιουργία ενιαίων διατομεακών πολιτικών και προγραμμάτων.
- 2) Στη διεπιστημονική προσέγγιση και στις παρεμβάσεις στους καθημερινούς χώρους ζωής και εργασίας και στην ενεργό συμμετοχή του πολίτη.
- 3) Στη χρησιμοποίηση επιστημονικά τεκμηριωμένων παρεμβάσεων με καθορισμένους βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους στόχους.
- 4) Στην αντιμετώπιση των κοινωνικών, περιβαλλοντικών και οικονομικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού και στον αποτελεσματικό έλεγχο και στη διαχείριση των παραγόντων κινδύνου.
- 5) Στην προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, στην άρση των ανισοτήτων, την ικανοποίηση των αναγκών των φτωχών και των ευπαθών ομάδων και στην προαγωγή υγιών τρόπων ζωής.

Η Εθνική Στρατηγική για τη Δημόσια Υγεία συντάσσεται βάσει του άρθρου 6 και αποσκοπεί στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και της ποιότητας ζωής του πληθυσμού. Συγκεκριμένα, αυτή η προσέγγιση:

- α) ορίζει τους μακροπρόθεσμους και βραχυπρόθεσμους στόχους της δημόσιας υγείας,
- β) περιγράφει τις δράσεις και τις επεμβάσεις σε όλους τους τομείς της κοινωνικής ζωής,
- γ) καθορίζει τους φορείς, τους τομείς και τα επίπεδα της διοίκησης που φέρουν την ευθύνη για την εφαρμογή αυτής της προσέγγισης με πολυτομεακό και διατομεακό τρόπο, καθώς και με διεπιστημονική και τεκμηριωμένη προσέγγιση,
- δ) εμπλέκει όλες τις υπηρεσίες και τους φορείς της δημόσιας υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, η εξέταση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με ιδιαίτερη έμφαση στις οργανωτικές αρχές και προοπτικές υπογραμμίζει τον κρίσιμο ρόλο που διαδραματίζει ένα καλά δομημένο σύστημα υγείας στη διασφάλιση της ευημερίας του πληθυσμού του. Οργανωτικές αρχές, όπως η προσβασιμότητα, η πληρότητα, η συνέχεια και η συμμετοχή της κοινότητας, έχουν αναδειχθεί ως ακρογωνιαίοι λίθοι στην επιδίωξη αποτελεσματικών και ασθενοκεντρικών υπηρεσιών υγείας. Η δέσμευση σε αυτές τις αρχές όχι μόνο βελτιώνει την ποιότητα της περίθαλψης, αλλά συμβάλλει επίσης σε ένα πιο ανθεκτικό και ανταποκρινόμενο σύστημα υγείας.

Η ΠΦΥ δεν επικεντρώνεται μόνο στην αντιμετώπιση των ασθενειών αλλά επικεντρώνεται επίσης στην πρόληψη και την υποστήριξη ενός υγιούς τρόπου ζωής. Αυτό αλλάζει την παραδοσιακή αντίληψη, ότι η υγεία είναι απλώς η απουσία ασθένειας και την ενσωματώνει σε μια πιο ολιστική έννοια της ευεξίας. Η αλλαγή αυτή στην αντίληψη της υγείας έχει ευρύτερες επιπτώσεις στην κοινωνία, καθώς προωθεί την ιδέα ότι η υγεία είναι ένας βασικός παράγοντας για την κοινωνική ανάπτυξη και την οικονομική ευημερία, που επηρεάζει την πολιτική και κοινωνική οργάνωση.

Επισημαίνεται ότι η στρατηγική της ΠΦΥ έχει επιδράσεις όχι μόνο στον τομέα της υγείας αλλά και σε άλλους κρίσιμους τομείς όπως η βιομηχανία, η γεωργία και το περιβάλλον. Αυτό προκύπτει διότι η υγεία αποτελεί κλειδί για την κοινωνική ευδοκίμηση και την οικονομική εξέλιξη, επηρεάζοντας τη γενική κατεύθυνση μιας χώρας. Οι αλλαγές στην ΠΦΥ μπορούν να έχουν ευρύτερες επιπτώσεις στην κοινωνία και την οικονομία ενός κράτους, καθιστώντας την πιο βιώσιμη και προοδευτική.

Η συνδυασμένη χρήση έρευνας και εκπαίδευσης στον τομέα της Δημόσιας Υγείας έχει σημαντικά συμβάλει στην αύξηση της προσδοκώμενης διάρκειας ζωής τον προηγούμενο αιώνα.

Αυτός ο συνδυασμός δεν αποβλέπει μόνο στη διασφάλιση της καταλληλότητας και της επίκαιρης φύσης της παρεχόμενης εκπαίδευσης και επιμόρφωσης, αλλά επίσης, επιδιώκει τη δημιουργία νέων προσεγγίσεων στη Δημόσια Υγεία μέσω της έρευνας, προσαρμοσμένων στις εκάστοτε προκλήσεις.

Η κατεύθυνση της έρευνας στη Δημόσια Υγεία δεν μπορεί παρά να επηρεαστεί από την οπτική και την πολιτική κάθε χώρας όσον αφορά τη Δημόσια Υγεία. Η έρευνα στη Δημόσια Υγεία αποτελεί διεπιστημονική δράση, καθώς ενσωματώνει τα γνωστικά πεδία

των βιολογικών και κοινωνικών επιστημών, καθώς και των επιστημών συμπεριφοράς, για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας του πληθυσμού.

Παρόλο που η πραγματική πρόκληση στη σύγχρονη έρευνα είναι η εξερεύνηση του τρόπου με τον οποίο οι κοινωνικοοικονομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες αλληλοεπιδρούν με την υγεία και τις ασθένειες, η έρευνα μέχρι τώρα έχει περιοριστεί κυρίως στην ανάλυση επιδημιολογικών στοιχείων, τη μελέτη συγκεκριμένων ασθενειών και την εξέταση των συστημάτων υγείας. Μεγάλο κομμάτι της έρευνας στη Δημόσια Υγεία είναι συχνό και έχει αποκοπεί από την πρακτική εφαρμογή και την επίλυση των προβλημάτων υγείας. Είναι προφανές ότι ριζοσπαστικές μέθοδοι ζητούνται άμεσα έτσι, ώστε να προκύψουν εποικοδομητικές διεπιστημονικές ερευνητικές ομάδες για την έρευνα στη Δημόσια Υγεία. Ένα σημαντικό μέρος της έρευνας στη Δημόσια Υγεία επαναλαμβάνεται και δεν συνδέεται στενά με την πρακτική εφαρμογή και την επίλυση προβλημάτων υγείας.

Η Δημόσια Υγεία χρειάζεται μια μεθοδική και συντονισμένη έρευνα ώστε να αποκτήσει «αποδεικτικά στοιχεία» (evidencebased) που είναι απαραίτητα τόσο για την πρακτική εφαρμογή όσο και για τη διαμόρφωση πολιτικής υγείας. Ο κύριος στόχος της έρευνας στη Δημόσια Υγεία είναι η μεταφορά της επιστημονικής γνώσης σε πράξη, εκπαίδευση και πολιτικό σχεδιασμό.

Οι ερευνητές Δημόσιας Υγείας θα πρέπει να παίρνουν υπόψη το πολιτικό περιβάλλον και τη διαδικασία πολιτικού σχεδιασμού, προκειμένου να διασφαλίσουν έναν καίριο ερευνητικό πλάνο. Είναι χαρακτηριστικό το «motto» του Institutional Repository που επισημαίνει «καμία έρευνα χωρίς θεραπευτικό ή πολιτικό όφελος». Ένα σημαντικό πρόβλημα στην έρευνα για τη Δημόσια Υγεία είναι η περιορισμένη χρηματοδότηση. Πολλές δαπάνες κατανέμονται στην ανάπτυξη υψηλής τεχνολογίας ή σε μελέτες και έρευνες για μεμονωμένες ασθένειες, όπως το AIDS και ο καρκίνος, και πρόσφατα στην ανάπτυξη της γενετικής, παραβλέποντας τα βασικά προβλήματα υγείας των πληθυσμών. Υπολογίζεται ότι παγκοσμίως περίπου 70 δισεκατομμύρια δολάρια δαπανώνται για γενική έρευνα στην υγεία. Από αυτό το ποσό, μόνο το 10% κατανέμεται για έρευνα που απευθύνεται στην επίλυση του μεγαλύτερου μέρους (90%) των παγκοσμίων προβλημάτων υγείας των πληθυσμών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την παράβλεψη των προβλημάτων υγείας, κυρίως στα φτωχότερα κράτη.

Αξιοσημείωτο είναι ότι οι αρχές των καλών πρακτικών στην Ελλάδα διαδραματίζουν κομβικό ρόλο στη διαμόρφωση του υγειονομικού τοπίου, ιδιαίτερα στο πλαίσιο του Εθνικού Επιχειρηματικού Σχεδίου του Υπουργείου Υγείας. Μέσα από μια

ολοκληρωμένη ανάλυση, είναι προφανές ότι το στρατηγικό όραμα που περιγράφεται στο Εθνικό Επιχειρηματικό Σχέδιο αντικατοπτρίζει τη δέσμευση για την επίτευξη ισχυρών αποτελεσμάτων υγείας με ταυτόχρονη τήρηση των διεθνών προτύπων και βέλτιστων πρακτικών.

Η έμφαση που δίνεται στη συνεκτικότητα, τη διαφάνεια και την αποτελεσματικότητα ευθυγραμμίζεται με τις παγκόσμιες προσδοκίες για ένα σύγχρονο και αποτελεσματικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Η ενσωμάτωση πολιτικών που βασίζονται σε στοιχεία και μια προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή υπογραμμίζει τη δέσμευση για την προώθηση ενός πιο υγιούς έθνους.

Επιπλέον, η επιτυχής εφαρμογή του Εθνικού Επιχειρηματικού Σχεδίου βασίζεται σε μεγάλο βαθμό σε συλλογικές προσπάθειες μεταξύ κυβερνητικών φορέων, επαγγελματιών υγείας και του ιδιωτικού τομέα. Η διπλωματική πτυχή αυτού του έργου απαιτεί την προώθηση διεθνών συνεργασιών και συνεργασίας για την ανταλλαγή γνώσεων, εμπειρογνωμοσύνης και πόρων για τη βελτίωση της δημόσιας υγείας. Είναι επιτακτική ανάγκη να παρακολουθείτε η εκτέλεση του Εθνικού Επιχειρηματικού Σχεδίου, διασφαλίζοντας την προσαρμοστικότητά του στις εξελισσόμενες παγκόσμιες προκλήσεις για την υγεία. Η συνεχής δέσμευση για καινοτομία, ενσωμάτωση τεχνολογίας και συνεχής βελτίωση θα είναι το κλειδί για την επιτυχία του σχεδίου και τη συνολική βελτίωση του ελληνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Η Ελλάδα συνεχίζει να εξελίσσει το τοπίο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και είναι επιτακτική ανάγκη να δοθεί προτεραιότητα στην εφαρμογή τεκμηριωμένων πρακτικών, να αξιοποιηθούν οι τεχνολογικές εξελίξεις και να διασφαλιστεί ότι τα οργανωτικά πλαίσια παραμένουν προσαρμόσιμα στο μεταβαλλόμενο τοπίο υγείας. Διανύουμε μια εποχή εξελισσόμενων απαιτήσεων για την υγεία και δημογραφικών αλλαγών, γίνεται φανερό ότι η ευελιξία, η καινοτομία και η συνεργασία αποτελούν αναπόσπαστα στοιχεία για την επιτυχία των οργανισμών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η υιοθέτηση μιας προληπτικής και προσαρμοστικής προσέγγισης είναι υψίστης σημασίας για την αντιμετώπιση των αναδυόμενων ζητημάτων υγείας και την κάλυψη των διαφορετικών αναγκών του πληθυσμού.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η συνεργασία μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, των υπευθύνων χάραξης πολιτικής και της κοινωνίας είναι ζωτικής σημασίας για την προώθηση ενός συστήματος που όχι μόνο αντιμετωπίζει ασθένειες, αλλά προάγει επίσης την προληπτική φροντίδα, την εκπαίδευση για την υγεία και τη συνολική ευημερία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

- Γούλα Α.(2014) , *Οργανωσιακή Κουλτούρα Υπηρεσιών Υγείας* Εκδόσεις Παπαζήση ;165)
- Ζηλίδης Χ.(2005), *Αρχές και εφαρμογές Πολιτικής Υγείας, Η Μεταρρύθμιση 2000-4*, Εκδόσεις Mediforce,
- Έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Greece: Profile of Health and Well-being) (2016), *το σύστημα υγείας της Ελλάδας*
- *ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ (ΕΛΣΤΑΤ) (2019). ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ: ΑΠΟΓΡΑΦΗ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ: Έτη 2017-2018.*
- Ετήσια Έκθεση για την Υγεία του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (State of Health in the EU: Greece Health Profile, 2019).
- Ετήσια Έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Greece: Profile of Health and Well-being, 2016)
- Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (1999), *Συστήματα Υγείας* , Εκδόσεις Παπαζήση.
- Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου Α., Αδαμακίδου Θ., Βελονάκη Β., Βιβιλάκη Β., Καπρέλη Ε., Κριεμπάρδης Α., Λάγιου Α., Λιονής Χ., Μαρκάκη Ά., Μποδοσάκης Π., Παπαδακάκη Μ., Σακελλάρη Ε., (2015), *Εφαρμογές Καλών Πρακτικών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Ρόλοι, Δραστηριότητες, Δεξιότητες Μελών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*, Αθήνα.
- Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου Α. Σουρτζή Π. (2005), *Κοινωνική Νοσηλευτική. ΒΗΤΑ* Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα
- Καρακόλιας Σ. (2016), *Συστήματα αποζημίωσης των παροχών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας: διεθνής εμπειρία και εφαρμογή στην ελληνική πραγματικότητα*, Διδακτορική Διατριβή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης (ΔΠΘ). Σχολή Κοινωνικών, Πολιτικών & Οικονομικών Επιστημών. Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης & Πολιτικής Επιστήμης.
- Καρακόλιας Σ., Δίκαιος Κ., Καστανιώτη Α., Πολύζος Ν. (2018), *Εφαρμογή εργαλείου αξιολόγησης της οργάνωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής , Ερευνητική εργασία ,35(4):497-505

- Κοντιάδης Ξ.(2008), *Εισαγωγή στην Κοινωνική Διοίκηση και τους θεσμούς κοινωνικής ασφάλειας*, Εκδόσεις Παπαζήση Αθήνα .:104-105.
- Κυριόπουλος Ι. και Λιοντής Χ.(2000), *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Γενική Ιατρική: Η ασφαλιστική δικλείδα για την υψηλή ποιότητα στη φροντίδα υγείας Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* , Τόμος 12 Τεύχος 4 ,167-168
- Κυριόπουλος, Γ. (2007) *Τα οικονομικά της υγείας. Βασικές έννοιες, αρχές και μέθοδοι*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Λιαρόπουλος Λ.(1989), *Η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας* .Ιατρική 56:419-425
- Μπουρσανίδης Χ. (2020) , *Συστήματα Υγείας & Συγκριτική Πολιτική Υγείας*, Διδακτικές Σημειώσεις - Typescript, 10η Βελτιωμένη Έκδοση, Αθήνα: ΕΣΔΔΑ
- Μωραϊτης Ε.(1985) *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας : Σύγχρονη εννοιολογική προσέγγιση* . Ιατρική 48:295-301
- Νόμος 1397/1983 (ΦΕΚ 143/τ. Α΄/07-10-1983) «Εθνικό Σύστημα Υγείας»
- Νόμος 1397/1983 (ΦΕΚ 143/τ. Α΄/07-10-1983, άρθρο 15) «Εθνικό Σύστημα Υγείας».
- Νόμος 2194/1994 (ΦΕΚ 34/Α/16-3-1994) «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις»
- Νόμος 3235/2004 (ΦΕΚ 53/τ. Α΄/18-02-2004, άρθρο 1) «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»
- Νόμος 3235/2004 (ΦΕΚ 53/τ. Α΄/18-02-2004, άρθρο 8) «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας».
- Νόμος 3370/05 (ΦΕΚ-176 Α΄/11-7-05, Άρθρο 3) « Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις»
- Ν. 3370/05 (ΦΕΚ-176 Α΄/11-7-05, Άρθρο 6) « Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις.»
- Νόμος 3868/2010 (ΦΕΚ 129/Α/03-08-2010) «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης»
- Νόμος 4238/2014 (ΦΕΚ 38/τ. Α΄/17/02/2014). «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις».
- Νόμος 4486/2017 (ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017) για τη «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις» Διαθέσιμο στο σύνδεσμο: <http://www.opengov.gr/yyka/?p=2037>

- Νόμος 4633/2019 (ΦΕΚ 161/Α/16-10-2019) «*Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ), ρυθμίσεις για τα προϊόντα καπνού, άλλα ζητήματα του Υπουργείου Υγείας και λοιπές διατάξεις*».
- Νόμος 4675/2020 (ΦΕΚ 54/Α/11-3-2020) «*Πρόληψη, προστασία και προαγωγή της υγείας ανάπτυξη των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις*»
- Οικονόμου Χ. (2004), *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και στις Ευρωπαϊκές κοινωνίες*, ΑΘΗΝΑ : Εκδόσεις ΔΙΟΝΙΚΟΣ
- Πιερράκος Γ., (2008) *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μέσα από την Τοπική κοινωνία* .Αθήνα :Εκδόσεις Παπαζήση. Σελ:34
- Πιερράκος Γ., (2013), *Μοντέλα Διοίκησης Μακροχρόνιας Φροντίδας Υγείας στην Τοπική κοινωνία* , Αθήνα :Εκδόσεις Παπαζήση.
- Πολύζος Ν. , Σινογεώργου Θ., Μαριάτου Δ., (2007) *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Ποιότητα: Ικανοποίηση ασθενών σε ένα κέντρο υγείας, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 19:10 -
- Σαρρής Μ. ,(2001) *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητας ζωής* . Αθήνα : Εκδόσεις Παπαζήση.
- Σούλης Σ. ,(2015) *Εφαρμοσμένη Κοινωνική Πολιτική -Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας* . Αθήνα : Εκδόσεις Παπαζήση.
- Σούλης Σ. ,(1999) *Οικονομική της Υγείας* . Β΄ Έκδοση. Αθήνα : Εκδόσεις Παπαζήση.
- Τούντας Ι., (2021) *Το νέο ΕΣΥ: Η ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην εποχή της πανδημίας(Γιάννης Τούντας Ομότιμος Καθηγητής Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής)*, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ (δια-νεοσις –οργανισμός έρευνας και αναλύσεις).
- Τσαλίκης Γ.,(2000), στο Γούλα Α.(2014) , «*Οργανωσιακή Κουλτούρα Υπηρεσιών Υγείας*». Εκδόσεις Παπαζήση :186.
- Τσιριντάνη Μ, Γιοβάνης Α, Μπινιώρης Σ, Γούλα Α., (2010) *Μια νέα προσέγγιση στη μοντελοποίηση της σχέσης μεταξύ ποιότητας υπηρεσιών υγείας και ικανοποίησης ασθενών*. Νοσηλευτική 49: 40 - 52 .
- ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, (2021) «*ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ 2021-2015*», *ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ*
- Φιλαλήθης Α.,(2008), *30 χρόνια μετά την Άλμα-Άτα: Ένα νέο ξεκίνημα για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας; Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* , 20:108–110.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Karakolias, Stefanos & Dikeos, C. & Kastanioti, Catherine & Polyzos, Nikolaos. (2018). Application of an organizational assessment tool of primary health care. Archives of Hellenic Medicine. 35. 497-505.
- Kuhlmann E, Burau V. Ενίσχυση της συμμετοχής των ενδιαφερομένων στη διακυβέρνηση του εργατικού δυναμικού της υγείας: γιατί πρέπει να μιλήσουμε για εξουσία. Journal of Health Services Research & Policy. 2018; 23 (1): 66-68. doi: 10.1177/1355819617727302
- Murray CJ, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. Bull World Health Organ. 2000;78(6):717-31. PMID: 10916909; PMCID: PMC2560787.
- Roemer MI. National health systems throughout the world. Annu Rev Public Health. 1993;14:335-53. doi: 10.1146/annurev.pu.14.050193.002003. PMID: 8323593.
- WHO, 2018
- World Health Organization (WHO) (2008). Integrated health services -what and why? Technical Brief No.1, May 2008. Available at: http://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf
- World Health Organization (WHO) (2018). Declaration of Astana, Global Conference on Primary Health Care From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018. Available at: <https://www.who.int/docs/default-source/primaryhealth/declaration/gcphc-declaration.pdf>
- World Health Organization (WHO) (1978). Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Available at: https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
- WHO (2022)
- WHO (1958), The first Ten Years of WHO, Annex Constitution of the WHO, Geneva State of Health in the EU: Greece Health Profile, 2019.

ΑΡΘΡΑ

- Καλαούζη Θ., Κορνάρου Ε., (2020) « *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα σε Σύγκριση με το Ηνωμένο Βασίλειο και την Ολλανδία*», HELLENIC JOURNAL OF NURSING (2020):39.
- Καλαούζη Θ., Κορνάρου Ε., 2020) « *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα σε Σύγκριση με το Ηνωμένο Βασίλειο και την Ολλανδία*» HELLENIC JOURNAL OF NURSING (2020):42.
- Φιλαλήθης Α., (2021) Ειδικό Άρθρο *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα -Χαμένη στον λαβύρινθο*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής , 38(4):548-556 .
- Φιλαλήθης Α., (2021) Ειδικό Άρθρο *Ορόσημα στην εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 38(5):675-682.

Ιστοσελίδες

- Κυριόπουλος Γ., (2022) «*Η επικαιρότητα της Διακήρυξης της Alma Ata για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*»
<https://chronos.fairead.net/kyriopoulos-alma-ata>
- Κυριόπουλος Γ. (2022) «*Η επικαιρότητα της Διακήρυξης της Alma Ata για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*» Γιάννης Κυριόπουλος
<https://chronos.fairead.net/kyriopoulos-alma-ata>
- Κυριόπουλος Γ., (2022) «*Χρειαζόμαστε εθνική υπηρεσία Δημόσιας Υγείας και δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας συνέντευξη focus στην υγεία του CNNGREECE*»
<https://www.cnn.gr/ellada/story/307566/kyriopoylos-xreiazomaste-ethniki-ypiresia-dimosias-ygeias-kai-diktya-protovathmias-frontidas>


Προσωπική Επικοινωνία

- Πιερράκος Γ., (2022): Διάλεξη μεταπτυχιακού μαθήματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Τοπική Αυτοδιοίκηση».

Πηγή Εικόνων

- Υπουργείο Υγείας, «Εθνικό Σχέδιο Δράσης Δημόσιας Υγείας 2021 - 2025», Αθήνα, Μάρτιος 2021, σελ. 16 – 23.

Εγκρίνεται

Η μεταπτυχιακή φοιτήτρια	Ο επιβλέπων καθηγητής	Ο Διευθυντής του ΠΜΣ
Νίκη Τσέτσου 	Γεώργιος Πιερράκος	Γεώργιος Πιερράκος