

ΠΑΝΤΕΙΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

---

PANTEION UNIVERSITY OF SOCIAL AND POLITICAL SCIENCES



ΣΧΟΛΗ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ: ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ»

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης:

Η περίπτωση δύο δομών του δήμου Περιστερίου

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Αικατερίνη Αλ Σαγέντ-Κανάλε

Αθήνα, 2018

Τριμελής Επιτροπή

Κωνσταντίνος Δημουλάς, Επίκουρος Καθηγητής Παντείου Πανεπιστημίου (Επιβλέπων)

Μαρία Κορασίδου, Επίκουρη Καθηγήτρια Παντείου Πανεπιστημίου

Χαράλαμπος Οικονόμου, Αναπληρωτής Καθηγητής Παντείου Πανεπιστημίου



Copyright © Αικατερίνη Αλ Σαγέντ-Κανάλε, 2018

All rights reserved. Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

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

Η έγκριση της διπλωματικής εργασίας από το Πάντειον Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών δεν δηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα.

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Ευχαριστώ όλους τους καθηγητές του τμήματος Κοινωνικής Πολιτικής και ιδιαίτερα τον επιβλέποντα της εργασίας μου κ. Δημουλά Κωνσταντίνο για την ενθάρρυνση, την υπομονή και την αστείρευτη διάθεση να με καθοδηγήσει, όχι μόνο κατά τη διάρκεια της φοίτησης στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα αλλά και από την αρχή των σπουδών μου σε προπτυχιακό επίπεδο.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ABSTRACT.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
1. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	10
1.1 Τα Βασικά χαρακτηριστικά της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας.....	10
1.2 Η Διακήρυξη της Άλμα-Άτα και η επίδρασή της στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.....	13
2. Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ.....	17
2.1 Τα βασικά χαρακτηριστικά της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας υγείας στην Ε.Ε.....	17
2.2 Οι επιπτώσεις της κρίσης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.....	23
3. Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	30
3.1 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας πριν και μετά τη θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ).....	30
3.2 Φορείς παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας: Αρμοδιότητες, δράσεις και πηγές χρηματοδότησης.....	35
4. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	38
5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	41
5.1 Ο Δήμος Περιστερίου και οι πρωτοβάθμιες δομές του.....	45
6. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	47
6.1 Επιλογή μεθόδου έρευνας.....	47
6.2 Επιλογή δείγματος πληθυσμού της έρευνας .....	49
6.3 Οδηγός συνέντευξης .....	49
6.4 Συναντήσεις με τους συνεντευξιαζόμενους.....	51
6.5 Χώρος λήψης συνέντευξης.....	52

7. ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ» ΚΑΙ ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ «ΟΔΟΠΟΡΙΚΟ» ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ.....	52
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	58
ΠΗΓΕΣ- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	
ΠΗΓΕΣ.....	61
Α' Νόμοι.....	61
Β' Ηλεκτρονικές Πηγές.....	61
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	65

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα εργασία εξετάζεται το ζήτημα της ποιότητας της Πρωτοβάθμιας φροντίδας στα πλαίσια της Τοπικής Αυτοδιοίκησης με σημείο αναφοράς την υφιστάμενη οικονομική κρίση που εκδηλώθηκε στην Ελλάδα το 2008. Τα συστήματα υγειονομικής φροντίδας των ευρωπαϊκών χωρών κλονίστηκαν από τις επιβαλλόμενες πολιτικές λιτότητας με αποτέλεσμα να υποβαθμιστεί και ο τομέας πρωτοβάθμιας φροντίδας τους.

Σε αντίθεση με τα ευρωπαϊκά κράτη, η Ελλάδα μέσα από μια σειρά νομοθετικών και μεταρρυθμιστικών πολιτικών από την ίδρυση του Ε.Σ.Υ κατά τη δεκαετία του '80 δεν έχει καταφέρει ακόμη να δομήσει ένα ολοκληρωμένο και λειτουργικό πρωτοβάθμιο σύστημα φροντίδας. Οι αποσπασματικές ρυθμίσεις που χαρακτηρίζονται από έλλειψη σχεδιασμού, συντονισμού και συνεργασίας δεν έχουν καταφέρει να καλύψουν τις ανάγκες του πληθυσμού τις οποίες διαχρονικά, αλλά σήμερα περισσότερο από ποτέ, καλείται να καλύψει η Τοπική Αυτοδιοίκηση και οι δομές υγείας των δήμων.

Ο περιορισμός του διαθέσιμου εισοδήματος και τα υψηλά ποσοστά ανεργίας έχουν αποκλείσει ή περιορίσει την πρόσβαση ενός μέρους της κοινωνίας από την πρωτοβάθμια φροντίδα που αναζητά βοήθεια στις τοπικές δομές υγείας. Ταυτόχρονα, η δευτεροβάθμια περίθαλψη πλήττεται από την περικοπή των δαπανών υγείας από το κράτος που μετατοπίζοντας το πρόβλημα στην Τοπική Αυτοδιοίκηση που προσπαθεί να καλύψει την αυξημένη ζήτηση βασιζόμενη κυρίως στους δικούς της πόρους.

Τα παραπάνω, από κοινού με άλλα κριτήρια, φαίνεται να έχουν υποβαθμίσει την ποιότητα των υπηρεσιών τους, όπως καταδεικνύεται και από την εμπειρική έρευνα, καθώς τα στελέχη παρατηρούν αυξημένη ζήτηση για τις υπηρεσίες αλλά οι περιορισμένες δυνατότητες των δομών τους εμποδίζουν να τις καλύψουν εξολοκλήρου.

*Λέξεις κλειδιά*

Πρωτοβάθμια φροντίδα, τοπική αυτοδιοίκηση,  
οικονομική κρίση, ποιότητα

**Primary Care and the role of local government: The case of two services  
of the municipality of Peristeri**

**Aikaterini Al Sagent-Kanale**

**ABSTRACT**

This paper examines the issue of the quality of Primary Care within the context of Local Government with reference to the ongoing economic crisis that occurred in Greece in 2008. The healthcare systems of European countries were shaken by the imposed austerity measures which resulted in the degradation of Primary Care as well.

Contrary to other European countries, Greece through a series of legislative and reform policies since the establishment of E.Σ.Υ. (National Health System) in the 1980's has not yet managed to construct a comprehensive and functional Primary Care System. Fragmented reforms characterized by lack of planning, co-ordination and cooperation have not been able to fulfil the needs of the population which Local Government as well as municipal healthcare structures have always, and now more than ever, been called upon to cover.

The reduction in disposable income and high unemployment rates have restricted or excluded part of society from gaining access to Primary Care which is seeking help from local health structures. At the same time health spending of secondary health care is being reduced by the State, shifting the problem to Local Government, which is trying to meet increased demand mainly through its own resources.

The above, alongside other criteria, seem to have degraded the quality of services, as is indicated by empirical research, as executives observe increased demand for services but the limited capabilities of their structures prevent them from covering them fully.

*Key Words*

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Αντικείμενο της παρούσας εργασίας είναι η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην πρωτοβάθμια φροντίδα της Τοπικής Αυτοδιοίκησης που είχε ως αποτέλεσμα την υποβάθμιση των υπηρεσιών και την αδυναμία ανταπόκρισης στις ανάγκες της τοπικής κοινωνίας.

Η εργασία είναι χωρισμένη σε δύο σκέλη, το θεωρητικό, όπου γίνεται περιγραφική ανάλυση του προβληματισμού και επιδιώκεται ο σχηματισμός μιας ολοκληρωμένης εικόνας του υπόβαθρου του προβλήματος και το εμπειρικό, όπου διερευνάται το πρόβλημα και η ερμηνεία του.

Στο πρώτο κεφάλαιο, επιχειρείται μία πρώτη προσέγγιση της έννοιας της πρωτοβάθμιας φροντίδας μέσα από την περιγραφή της έννοιας, των βασικών χαρακτηριστικών και υπηρεσιών που περιλαμβάνει, καθώς επίσης και των ιστορικών της καταβολών στο συνέδριο του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας στην Άλμα-Άτα όπου θεμελιώθηκε η έννοια και η σημασία της για πρώτη φορά.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, περιγράφεται ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας στα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας, σκιαγραφούνται οι διαφορές μεταξύ τους και ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης με βάση τα ιδιαίτερα γνωρίσματα του κάθε ασφαλιστικού συστήματος.

Στο τρίτο κεφάλαιο, γίνεται αναδρομή στη λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Ελλάδα με βάση την νομοθετική εξέλιξη του Ε.Σ.Υ., τους αρμόδιους υγειονομικούς φορείς που συστάθηκαν τα προηγούμενα χρόνια και την προωθούμενη μεταρρυθμιστική πολιτική για την πρωτοβάθμια φροντίδα.

Το τέταρτο κεφάλαιο επικεντρώνεται στην ποιότητα των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών και το ρόλο της κρίσης σε σχέση με αυτή. Ειδικότερα αναφέρονται οι δείκτες ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας, τα εμπόδια που τίθενται στην λειτουργία και ανάπτυξη ενός πρωτοβάθμιου συστήματος στη χώρα μας και οι επιπτώσεις της κρίσης ως παράγοντες που ώθησαν στην προσφυγή του κράτους και της κοινωνία στις δομές υγείας της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.



Στο πέμπτο κεφάλαιο αναλύονται αφενός, οι μεταρρυθμιστικές πολιτικές για την Τοπική Αυτοδιοίκηση με τα προγράμματα Καποδίστριας και Καλλικράτης και τις νέες αρμοδιότητες για τους δήμους και αφετέρου η σχέση της πρωτοβάθμιας φροντίδας με την τοπική αυτοδιοίκηση, οι σημερινές υφιστάμενες δομές υγείας στα πλαίσια της και πως εξελίχθηκαν τα τελευταία χρόνια και τέλος, γίνεται ειδική αναφορά στις δομές που υπάγονται στον δήμο Περιστερίου.

Στα δύο τελευταία κεφάλαια αναπτύσσεται το εμπειρικό κομμάτι της εργασίας. Στο έκτο κεφάλαιο αναλύεται η μεθοδολογία που υιοθετήθηκε για την προσέγγιση του προβλήματος και στο έβδομο αναλύονται τα αποτελέσματα της έρευνας υπό το πρίσμα της θεωρίας.

## **1. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

### **1.1 Τα Βασικά χαρακτηριστικά της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας**

Το περιεχόμενο και πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας διαφέρει ανάλογα με το μοντέλο υγειονομικής κάλυψης που έχει υιοθετήσει κάθε κράτος. Ωστόσο οι βασικές του αρχές μπορούν να συνοψιστούν ως η παροχή περίθαλψης πρώτης γραμμής μέσω της διάγνωσης, θεραπείας και παρακολούθησης, η καθοδήγηση και παραπομπή στο δευτεροβάθμιο επίπεδο και η πρόληψη νοσημάτων. Οι προτεραιότητες που θέτει το κάθε κράτος, η χρηματοδότηση, το σύστημα ελέγχου της ποιότητας και το κατά πόσο διαθέτει ένα ενισχυμένο σύστημα υγείας είναι παράγοντες που μπορούν να διαμορφώσουν ή και να αλλοιώσουν στην εφαρμογή τους τις παραπάνω αρχές.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα είναι κάτι περισσότερο από το επίπεδο φροντίδας ή φύλαξης των θυρών. Είναι μια βασική διαδικασία στο σύστημα υγείας. Είναι πρώτης επαφής, προσιτή, συνεχής, ολοκληρωμένη και συντονισμένη φροντίδα. Η φροντίδα πρώτης επαφής είναι προσβάσιμη τη στιγμή της ανάγκης, η συνεχιζόμενη φροντίδα επικεντρώνεται στη μακροπρόθεσμη υγεία ενός ατόμου και όχι στη βραχεία διάρκεια της νόσου, η ολοκληρωμένη περίθαλψη είναι ένα φάσμα υπηρεσιών προσαρμοσμένων στα κοινά προβλήματα του αντίστοιχου πληθυσμού και ο συντονισμός είναι ο ρόλος με τον οποίο η πρωτοβάθμια φροντίδα ενεργεί για το συντονισμό άλλων ειδικών που μπορεί να χρειαστεί ο ασθενής. (Regional Office of Europe, WHO)

Σύμφωνα με τον Νόμο 3235 του 2014 όπου δόθηκε το γενικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (άρθρο1), οι υπηρεσίες της αποτελούνται από:

1. Την αξιολόγηση των προβλημάτων υγείας και την παραπομπή στον αρμόδιο ειδικό γιατρό.
2. Τις υπηρεσίες υγείας για προβλήματα που μπορούν να αντιμετωπιστούν χωρίς την εισαγωγή σε νοσοκομείο ή την υποβολή σε κάποια επεμβατική χειρουργική διαδικασία.
3. Τις υπηρεσίες που στοχεύουν στην πρόληψη και την εφαρμογή των πολιτικών υγείας που προωθεί το κράτος και η εκάστοτε κυβέρνηση.

4. Τις υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού όπως η πληροφόρηση πάνω στα θέματα αντισύλληψης.
5. Την παρακολούθηση των χρόνιων περιστατικών και γενικότερα την διαμόρφωση ολοκληρωμένης εικόνας για την υγεία των ατόμων μέσα από τον ατομικό ιατρικό τους φάκελο.
6. Τις υπηρεσίες κοινωνικής και ψυχικής φροντίδας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο.
7. Τις υπηρεσίες οδοντιατρικής φροντίδας.
8. Τις υπηρεσίες επειγόντων περιστατικών.
9. Τη συνεργασία και διασύνδεση με άλλους φορείς και υπηρεσίες.

Οι παραπάνω υπηρεσίες παρέχονται από μια ομάδα ειδικών γιατρών με τον γενικό/οικογενειακό γιατρό να βρίσκεται στο επίκεντρο αυτής αφού είναι ο βασικός διαμεσολαβητής μεταξύ του ασθενούς και του συστήματος. Ο γενικός γιατρός είναι υπεύθυνος αφενός να διαγνώσει το πρόβλημα και να παράσχει ιατρικές συμβουλές και περίθαλψη, αν αυτό βρίσκεται εντός των ορίων της ειδικότητάς του, και αφετέρου, να παραπέμψει τους ασθενείς σε ειδικούς γιατρούς όταν το κρίνει απαραίτητο. Ο οικογενειακός γιατρός διασφαλίζει τη λελογισμένη διαχείριση των πόρων καθώς αναλαμβάνει να κατευθύνει τον ασθενή σωστά στον κατάλληλο ειδικό γιατρό και μόνο όταν αυτό χρειάζεται πραγματικά ώστε να μην υπάρχουν φαινόμενα άσκοπων και περιττών επισκέψεων κατά την κρίση των ασθενών σε γιατρούς των ειδικοτήτων.

Ένα ιδιαίτερο γνώρισμα της ειδικότητας του οικογενειακού γιατρού είναι η προσβασιμότητα και η εγγύτητα που χαρακτηρίζει τη θέση του στην κοινότητα/δήμο καθώς είναι αρμόδιος για την παρακολούθηση καθορισμένου πληθυσμού και την τήρηση ιατρικών αρχείων με το ιστορικό του κάθε ατόμου μέσα σε αυτόν (WONCA, 2002). Ο οικογενειακός γιατρός γνωρίζει και κατανοεί ατομικά το πρόβλημα του κάθε ασθενούς λαμβάνοντας υπόψη τα ψυχολογικά, κοινωνικο-οικονομικά του χαρακτηριστικά και το οικογενειακό και οικείο περιβάλλον και πώς αυτό μπορεί να επηρεάσει της κατάσταση υγείας του. Ο ίδιος βρίσκεται στη διάθεση των ασθενών του κατά το μεγαλύτερο διάστημα της μέρας πραγματοποιώντας και κατ'οίκον επισκέψεις όπου χρειάζεται αλλά δύναται να ανταποκριθεί και στα επείγοντα

περιστατικά που μπορεί να προκύψουν. Η κατάρτιση του γενικού γιατρού είναι τέτοια ώστε να μπορεί να καλύψει ενδεχομένως της ιατρικές ανάγκες της οικογένειας συνολικά, από το μικρότερο έως το μεγαλύτερο ηλικιακά μέλος μιας οικογένειας.

Ένας από τους πιο σημαντικούς ρόλους του οικογενειακού γιατρού είναι η προώθηση των στρατηγικών πρόληψης και η διατήρηση της καλής γενικά υγείας του πληθυσμού αρμοδιότητάς του. Η σωστή ενημέρωση περί των παθήσεων και η λήψη μέτρων προφύλαξης είναι το κλειδί τόσο για την ευζωία των ατόμων της κοινότητας, όσο και για την εξοικονόμηση πόρων του συστήματος υγείας καθώς αυτό θα μειώνει σημαντικά τα κρούσματα ορισμένων ασθενειών των ατόμων που στη συνέχεια θα αναζητούσαν νοσοκομειακή φροντίδα (WONCA, 2002).

Οι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες παρέχονται μέσα από τις Τοπικές Μονάδες Φροντίδας και είναι αρμόδιες για προκαθορισμένο πληθυσμό με σκοπό να (Νόμος 4486/2017):

1. Παρέχουν επείγουσα και προγραμματισμένη, ιατρική φροντίδα, ατομικά και σε συνεργασία με άλλες δομές ή φορείς.
2. Φροντίζουν συνολικά την υγεία του πληθυσμού ευθύνης τους.
3. Προσφέρουν ψυχική βοήθεια μέσω των συνεργαζόμενων δομών ψυχικής υγείας.
4. Παρακολουθούν συστηματικά τα άτομα με χρόνιες παθήσεις.
5. Προσφέρουν κατ'οίκον φροντίδα σε άτομα που δε δύνανται να μετακινηθούν.
6. Μεριμνούν για την υγεία παιδιών και εφήβων.
7. Συλλέγουν στατιστικά στοιχεία για την κατάσταση υγείας του πληθυσμού και να προάγουν συνολικά την υγεία του.
8. Παρέχουν υπηρεσίες και προγράμματα πρόληψης.

Οι βασικές υπηρεσίες των Κέντρων Υγείας είναι (Νόμος 4486/2017):

1. Ειδικευμένης περιπατητικής φροντίδας
2. Εκτάκτων και επειγόντων περιστατικών,
3. Εργαστηριακού και απεικονιστικού ελέγχου,

4. Οδοντιατρικής φροντίδας ενηλίκων και παιδιών,
5. Φροντίδας μητέρας και παιδιού,
6. Φροντίδας παιδιών και εφήβων,
7. Εξειδικευμένης πρόληψης,
8. Φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας και λογοθεραπείας,
9. Ιατρικής της εργασίας,
10. Κοινωνικής ιατρικής και Δημόσιας υγείας.

Οι διαθέσιμες υπηρεσίες και στόχοι είναι δυνατόν να διαφοροποιούνται ανάλογα με το μοντέλο εφαρμογής και την πίεση που ασκείται στους προϋπολογισμούς των συστημάτων.

## **1.2 Η Διακήρυξη της Άλμα-Άτα και η επίδρασή της στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας**

Κατά τα τέλη της δεκαετίας του '60 μέχρι και τις αρχές του '70 ξεκίνησε να γίνεται αισθητή η ιδέα ότι η πρόληψη και η πρωτογενής αντιμετώπιση είναι πολύ πιο αποτελεσματικές εν τέλει, από την νοσοκομειακή περίθαλψη, γεγονός που άρχισε να αλλάζει τις πολιτικές υγείας όχι μόνο στον τρίτο κόσμο αλλά και στη Δύση όπου μέχρι τότε, οι επιδημίες που ξεσπούσαν κατά περιόδους, αντιμετωπιζόνταν μεμονωμένα και σπασμωδικά. Το γεγονός αυτό αντικατοπτρίζεται και στα προγράμματα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) τα οποία κατά την περίοδο εκείνη επικεντρώθηκαν στην παροχή βασικών υπηρεσιών υγείας. Η συνεργασία του Π.Ο.Υ. με τη UNICEF το ίδιο διάστημα, οδήγησε στην από κοινού έκδοση της έκθεσης για τη σημασία της πρωτοβάθμιας υγείας στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Τα ευρήματά της έρευνας οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι μέρος των υψηλών ποσοστών ασθενειών και θανάτων οφείλονταν στην κακή διατροφή και υγιεινή που είχαν τη βάση τους στην άγνοια του πληθυσμού. Στα συνέδρια του 1975 και 1976 που διεξήχθησαν από τον Π.Ο.Υ έγινε αισθητή η τάση προς τη θεμελίωση της πρωτοβάθμιας υγείας με τον οργανισμό να θέτει το ζήτημα της ενσωμάτωσής της στις κρατικές πολιτικές υγείας. Ο Η. Mahler ως ο τότε γενικός διευθυντής του Π.Ο.Υ, προέβαλε την ανάγκη αλλαγής της υφιστάμενης στρατηγικής για τη δημόσια υγεία

και έθεσε τον στόχο της «Υγείας για όλους μέχρι το 2000» (Cueto, M., American Journal of Public Health, 2004).

Το 1978 πραγματοποιήθηκε στο Καζακστάν και συγκεκριμένα στην τότε πρωτεύουσα του, Άλμα-Άτα, το μεγαλύτερο διεθνές συνέδριο για την πρωτοβάθμια υγεία. Από το συνέδριο προέκυψε η Διακήρυξη της Άλμα-Άτα για την Πρωτοβάθμια Υγεία που επικεντρώθηκε σε τρία σημεία (Cueto, M., American Journal of Public Health, 2004):

1) Χρήση της κατάλληλης τεχνολογίας προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα κοινά, καθημερινά προβλήματα υγείας των υποανάπτυκτων χωρών με λιγότερες επενδύσεις στα πιο εξεζητημένα ιατρικά μηχανήματα και η διαμόρφωση των υποδομών υγείας με τέτοιο τρόπο, ώστε να εξυπηρετούν τις ανάγκες των πολλών και όχι μόνο μιας μικρής ομάδας ανθρώπων με οικονομική και κοινωνική δύναμη.

2) Καταπολέμηση της υπερεξειδίκευσης του υπάρχοντος ιατρικού προσωπικού πάνω σε συγκεκριμένα προβλήματα καθώς αυτό δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες των κοινοτήτων του αναπτυσσόμενου κόσμου αλλά είναι επηρεασμένο από το δυτικό πρότυπο. Αντίθετα, τονίστηκε η ανάγκη αύξησης του προσωπικού με την επέκταση της ιατρικής και νοσηλευτικής εκπαίδευσης σε μεγαλύτερο μέρος της κοινότητας και η συνεργασία του κρατικού με τον ιδιωτικό τομέα στα θέματα που αφορούν την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη.

3) Λειτουργία της υγείας ως το μέσο για οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη σε παγκόσμιο επίπεδο. Η δημόσια υγεία δε θα πρέπει να είναι αποτέλεσμα της υψηλής ανάπτυξης μιας χώρας αλλά αντίστροφα θα πρέπει να εξασφαλίζεται από αυτήν προκειμένου να αναπτυχθεί περαιτέρω. Για πρώτη φορά, η υγεία γίνεται αντιληπτή ως κοινωνικό αγαθό στο οποίο θα πρέπει να έχουν πρόσβαση όλοι οι άνθρωποι, ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής κατάστασης.

Παρά τις φιλόδοξες προτάσεις, η δυναμική που δημιούργησε το συνέδριο δεν κατάφερε να αλλάξει ριζικά την κατάσταση. Η κριτική που ασκήθηκε στην Διακήρυξη για τους υπερβολικά υψηλούς και μη ρεαλιστικούς στόχους της, οδήγησε στην ανάδειξη μιας άλλης μορφής πρωτοβάθμια υγεία, περισσότερο επικεντρωμένης στο κόστος και το αποτέλεσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών και περισσότερο αποσπασματικής-επιλεκτικής.

Από εκείνο το σημείο, η πρωτοβάθμια φροντίδα διακρίθηκε με βάση τους στόχους που θέτονταν σε συνολική και η επιλεκτική. Η συνολική, είχε πιο μακροπρόθεσμες βλέψεις, στοχεύοντας σε μία πολύπλευρη αντιμετώπιση του

προβλήματος της ασθένειας στις χώρες του τρίτου κόσμου και θεωρώντας τις αιτίες αυτού όχι μόνο οικονομικές αλλά εξίσου κοινωνικοπολιτικές. Ο σκοπός της συνολικής πρωτοβάθμιας περίθαλψης δεν περιοριζόταν στην αντιμετώπιση και εξάλειψη της ασθένειας αλλά μέσω αυτής, στην εξασφάλιση της παγκόσμιας κοινωνικής ισότητας και οικονομικής ευημερίας για όλες τις χώρες. Βασικός παράγοντας προώθησης αυτής της μορφής ήταν ο Mahler ο οποίος αντιμετώπισε πολλές διαφωνίες εσωτερικά και εξωτερικά του Π.Ο.Υ, από αντίστοιχες οργανώσεις όπως η UNICEF, που ασχολούνταν με το ζήτημα της υγείας στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Τα επιχειρήματα ενάντια στη συνολική πρωτοβάθμια φροντίδα αφορούσαν αρχικά την μη ξεκάθαρη οριοθέτηση των στόχων, των δράσεων, των αναμενόμενων αποτελεσμάτων, καθώς και της χρηματοδότησης όλων αυτών. Η απροθυμία των τοπικών κυβερνήσεων και αρχών να εφαρμόσουν και να χρηματοδοτήσουν τα συγκεκριμένα προγράμματα, από κοινού με την άρνηση του ιατρικού προσωπικού να εγκαταλείψει τα προνόμια και τη δυνατότητα ιατρικής εξειδίκευσης που προσφέρει μία θέση στον ανεπτυγμένο κόσμο, θα αποτελούσαν επιπλέον ανασταλτικούς παράγοντες (Cueto, M., American Journal of Public Health, 2004).

Από την άλλη, η επιλεκτική φροντίδα υγείας δημιουργούσε ζητήματα ως προς την ευκαιριακή κάλυψη αναγκών και την διαίωιση των προβλημάτων καθώς αυτά αντιμετωπίζονταν ευκαιριακά και χωρίς ευρύτερο στρατηγικό σχεδιασμό. Οι στόχοι που θέτει είναι βραχυχρόνιοι και αδυνατούν να λύσουν τα χρόνια προβλήματα των χωρών αυτών. Η ιστορική συγκυρία ωστόσο, ευνόησε αναμφίβολα την επιλεκτική φροντίδα υγείας αφού αφενός κατά τη δεκαετία του '80, πολλές αναπτυσσόμενες χώρες αντιμετώπισαν οικονομικές κρίσεις με αποτέλεσμα να διαθέτουν περιορισμένα ποσά για την υγεία και αφετέρου, την ίδια περίοδο, οι συντηρητικές φιλελεύθερες ιδέες είχαν επικρατήσει στο πολιτικό και οικονομικό σκηνικό. Μετά το τέλος της θητείας του Mahler και την ανάληψη των καθηκόντων της προεδρίας του Π.Ο.Υ από τον H. Nakajima, η ιδέα της συνολικής πρωτοβάθμιας φροντίδας άρχισε να σβήνει από το προσκήνιο (Cueto, M., American Journal of Public Health, 2004).

Το κείμενο που προέκυψε από τη συνεδρίαση του 1978 αποτέλεσε τη βάση πάνω στην οποία χτίστηκαν οι βασικές αρχές της πρωτοβάθμιας φροντίδας, καθώς ενέπνευσε αφενός την ιδέα της πρόληψης ως σημαντικού παράγοντα και αφετέρου της βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού ως δικαίωμα. Τα παραπάνω, καθιστούν την αναφορά στις βασικές της αρχές απαραίτητη προκειμένου να δοθεί μια ολοκληρωμένη εικόνα για την πρωτοβάθμια φροντίδα.

Η Διακήρυξη της Άλμα-Άτα συνοψίζεται στα εξής σημεία (WHO, 1978):

- Στον προσδιορισμό της έννοιας της υγείας ως μια κατάσταση κατά την οποία το άτομο χαίρει σωματικής και ψυχικής ευεξίας καθώς και κοινωνικής ευημερίας και όχι απλά ως την ανυπαρξία ασθένειας. Η υγεία αποτελεί ανθρώπινο δικαίωμα και ως τέτοιο θα πρέπει να εξασφαλίζεται για όλους.
- Το χάσμα της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας μεταξύ ατόμων με διαφορετικό κοινωνικοοικονομικό στάτους θα πρέπει να εξαλειφθεί. Ειδικότερα, θα πρέπει ο ανεπτυγμένος κόσμος να συμβάλλει στην εξασφάλιση της καλής υγείας των πληθυσμών στις αναπτυσσόμενες χώρες.
- Υπεύθυνες για τον σχεδιασμό και την παροχή υπηρεσιών υγείας είναι οι εθνικές κυβερνήσεις ενώ στη διαδικασία του σχεδιασμού θα πρέπει να παίζουν ενεργό ρόλο και οι ίδιοι οι πολίτες των χωρών.
- Η καλή υγεία των πολιτών μιας χώρας συνεπάγεται την αναβάθμιση του επιπέδου διαβίωσης και συνεπώς, τη συνολική της κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη.
- Το μέσο για την επίτευξη αυτού του στόχου είναι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας:

- Θα πρέπει να διαμορφώνει τους στόχους της με βάση τις ανάγκες της κοινωνίας εντός της οποίας παρέχεται.
- Θα διαφέρει ανάλογα με το επίπεδο τεχνολογικής και οικονομικής ανάπτυξης της κάθε χώρας αλλά και με βάση την υγειονομική της κατάσταση και πρότερη εμπειρία.
- Θα προϋποθέτει τη συνεργασία μεταξύ όλων των τομέων για την αποτελεσματικότερη διαχείριση των πόρων και την καλύτερη δυνατή απόδοση.
- Θα παρέχει εκπαιδευμένο ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό, κοινωνικούς λειτουργούς και άλλες χρήσιμες στην υγεία της κοινότητας ειδικότητες.

Ως ύψιστοι στόχοι, στο κείμενο της Διακήρυξης, ορίζονται οι παρακάτω:



- Η ενσωμάτωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην πολιτική όλων των χωρών και η εφαρμογή της με κρατικά και μη, κονδύλια.
- Η συνεργασία όλων των χωρών προκειμένου να εξασφαλιστεί ένα ενιαίο και συνεχές ανώτατο επίπεδο υγείας που θα ωφελήσει εν τέλει του πάντες.
- Η λελογισμένη χρήση των κρατικών πόρων προκειμένου να μην δαπανώνται τεράστια ποσά σε στρατιωτικό εξοπλισμό αλλά αντίθετα να διοχετεύονται στα εθνικά συστήματα υγείας ώστε να εξασφαλιστεί ένα κοινωνικά αποδεκτό μέσο επίπεδο υγείας για όλες τις χώρες μέχρι το 2000.

Οι διακηρύξεις αυτές θεωρήθηκαν καινοτόμες για την εποχή, ενέπνευσαν οργανισμούς και πολιτικούς ηγέτες οι οποίοι τις ενσωμάτωσαν στη ρητορική τους και διαμόρφωσαν το τοπίο για τις επόμενες δεκαετίες. Αν και αρκετά αισιόδοξες, έθεσαν αναμφίβολα τον πήχη ψηλότερα για τα συστήματα υγείας των δυτικών κρατών.

## **2. Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ**

### **2.1 Τα βασικά χαρακτηριστικά της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας υγείας στην Ε.Ε.**

Η πρωτοβάθμια φροντίδα στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Ένωσης παρουσιάζει διαφοροποιήσεις από χώρα σε χώρα που έχουν να κάνουν με τη χρηματοδότηση του συστήματος, τη διάρθρωσή, τις ιδιομορφίες και τις ιστορικές του καταβολές. Παράγοντες όπως η κατάσταση υγείας του πληθυσμού της, η τεχνολογία που έχει στα χέρια της, ο αριθμός των διαθέσιμων επαγγελματιών υγείας και οι προτεραιότητες που θέτει κάθε φορά, μπορούν να διαμορφώσουν ανάλογα το τοπίο στον τομέα της φροντίδας.

Σε επίπεδο ρητορικής, οι ευρωπαϊκές χώρες έχουν αναγνωρίσει από καιρό την αξία και τα οφέλη που συνεπάγεται ένα ισχυρό πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας που με τη λειτουργία του ενδυναμώνει τη δευτεροβάθμια περίθαλψη αφού την απαλλάσσει από ένα σημαντικό αριθμό περιστατικών που θα μπορούσαν κάλλιστα να αντιμετωπιστούν σε πρωτοβάθμιο επίπεδο ή θα μπορούσαν να προληφθούν, όπως για παράδειγμα οι χρόνιες παθήσεις. Η οικονομική κρίση έχει αναμφίβολα επηρεάσει όλες τις χώρες της Ευρώπης οι οποίες, σπεύδοντας να προλάβουν τον καταστροφικό της αντίκτυπο στην υγεία, πήραν τα τελευταία χρόνια έκτακτα μέτρα για την μείωση του κόστους, όπως για παράδειγμα τη μείωση των λειτουργικών και μισθολογικών

δαπανών και σε ορισμένες περιπτώσεις, τον περιορισμό της δωρεάν πρόσβασης και τη θέσπιση ή αύξηση της συμμετοχής των χρηστών στις δαπάνες.

Από τις ευρωπαϊκές χώρες, εκείνες που έχουν πραγματοποιήσει τις μεγαλύτερες αλλαγές προς την κατεύθυνση της θεμελίωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας, είναι κυρίως οι χώρες της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης οι οποίες προέβησαν μετά τη διάλυση της Σοβιετικής Ένωσης, σε ριζικές αναμορφώσεις των συστημάτων υγείας τους ενώ άλλες χώρες που είχαν μακρύτερη ιστορία στην πρωτοβάθμια φροντίδα, πραγματοποίησαν κυρίως μικρής εμβέλειας, αποσπασματικές μεταρρυθμίσεις (Boerma, W., Kringos, D., European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 38, 2015). Κριτήριο διαχωρισμού δεν αποτελεί μονάχα η έκταση των ληφθέντων μέτρων αλλά και το αν οι αποφάσεις λαμβάνονται σε κεντρικό, τοπικό ή περιφερειακό επίπεδο. Κάποιες χώρες διαθέτουν ένα κεντρικά σχεδιασμένο σύστημα με σκοπό να ελέγχουν και να ρυθμίζουν όλες τις πτυχές της φροντίδας ενώ άλλες, έχουν παραχωρήσει ορισμένες ή και όλες τις λειτουργίες της στην αρμοδιότητα των τοπικών κοινοτήτων και φορέων. Γενικότερα, παρατηρείται έλλειψη κρατικών δομών που να είναι υπεύθυνες αποκλειστικά για την ποιότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας ενώ παρότι δεν παρατηρούνται τεράστιες διαφοροποιήσεις, στα δύο αντίθετα άκρα δείχνουν να είναι η Ολλανδία, η οποία διαθέτει το ισχυρότερο διαχειριστικό σύστημα και στο άλλο, η Ελβετία που έχει το πιο αδύναμο. Σε κάθε περίπτωση, φαίνεται ότι οι χώρες με το θεσμό του γενικού/οικογενειακού γιατρού στην είσοδο του συστήματος τείνουν να διαθέτουν πιο ισχυρή πρωτοβάθμια φροντίδα (Boerma, W., Kringos, D., European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 38, 2015) αν και τα στοιχεία υποδεικνύουν ότι μόνο 11 από τις 28 ευρωπαϊκές χώρες έχουν θεσπίσει τον θεσμό της εγγραφής στα μητρώα των γενικών γιατρών υποχρεωτική (Berchet, C., OECD/EU, 2016).

Όσον αφορά τις δαπάνες των ευρωπαϊκών κρατών για την πρωτοβάθμια φροντίδα, παρότι δεν παρατηρούνται τεράστιες διαφοροποιήσεις μεταξύ τους, εκείνο που φαίνεται να διοχετεύει τα περισσότερα χρήματα σε αυτό το σκοπό είναι το Ηνωμένο Βασίλειο το οποίο ιστορικά αφιερώθηκε στην οικοδόμηση ενός ολοκληρωμένου πρωτοβάθμιου συστήματος, με τον γενικό γιατρό να βρίσκεται στην πρώτη γραμμή του. Στο αντίθετο άκρο εντοπίζεται η Βουλγαρία, ενώ η Ελλάδα βρίσκεται και εκείνη μεταξύ των χωρών με τις λιγότερες πραγματοποιηθείσες δαπάνες. Από τα στοιχεία μέχρι στιγμής ωστόσο, προκύπτει ότι το ύψος των δαπανώμενων κονδυλίων για την πρωτοβάθμια υγεία δεν εξαρτάται από το ΑΕΠ της κάθε χώρας

αλλά μάλλον έχει να κάνει με την πολιτική βούληση και στρατηγική (Lember, M., et al., European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 38, 2015).

Το ανθρώπινο δυναμικό που εντάσσεται στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας φαίνεται να διαφοροποιείται από χώρα σε χώρα με βάση την εκπαιδευτική του κατάρτιση, τις αποδοχές, το ωράριο εργασίας, τη σύνθεση και το ποσοστό των γενικών γιατρών που είναι άνω των 50 ετών (Lember, M., et al., European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 38, 2015). Οι εργαζόμενοι στον τομέα γενικοί γιατροί μπορεί να είναι ειδικευμένοι σε προπτυχιακό ή μεταπτυχιακό επίπεδο, να αμείβονται το ίδιο ή λιγότερο από τους νοσοκομειακούς ειδικούς γιατρούς και το ίδιο ή διαφορετικά από τους νοσηλευτές των πρωτοβάθμιων δομών. Επίσης, οι χώρες εφαρμόζουν διαφορετικά συστήματα αμοιβής με τις περισσότερες να επιλέγουν το κατά κεφαλήν ή κατά πράξη σύστημα, με αυξανόμενη τάση προς το μικτό σύστημα αποδοχών. Οι ώρες απασχόλησης, τα καθήκοντα, η εργασιακή σχέση του γιατρού με το κράτος και η αναλογία γιατρού προς τον πληθυσμό ευθύνης μπορεί επίσης να διαφέρουν, ενώ η κάθε χώρα έχει και διαφορετικές ειδικότητες ενταγμένες στις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες. Τέλος, παρατηρείται ότι σε κάποιες χώρες όπως η Τσεχία, η Ιταλία, η Νορβηγία, η Κύπρος, η Δανία και η Ισπανία, πάνω από τους μισούς, οι γενικοί γιατροί είναι σε ηλικία άνω των 50 ετών, γεγονός που οφείλεται στους χαμηλούς ρυθμούς ανανέωσης του δυναμικού. Η εκπαίδευση των γενικών γιατρών και των νοσηλευτών διαφέρει επίσης αρκετά καθώς υπάρχουν χώρες που προσφέρουν υψηλό επίπεδο εξειδίκευσης που είναι ικανό να ανταποκριθεί σε κάθε πτυχή της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας ενώ άλλες που δεν προβλέπουν καθόλου κάτι τέτοιο. Κατά αυτή την έννοια, υψηλά ποσοστά ανάπτυξης του πρωτοβάθμιου εργατικού δυναμικού παρουσιάζει και πάλι το Ηνωμένο Βασίλειο ενώ στον αντίποδα βρίσκεται με σημαντική διαφορά η Ισλανδία (Lember, M., et al., European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 38, 2015).

Εκτός από τη δομή της πρωτοβάθμιας φροντίδας, οι ευρωπαϊκές χώρες διαφέρουν και ως προς την πρόσβαση των πολιτών τους στις υπηρεσίες υγείας. Ως κριτήρια για τη μέτρηση της προσβασιμότητας, τίθενται σε γενικές γραμμές η γεωγραφική απόσταση από τις δομές (η πραγματική απόσταση που χρειάζεται να διανύσει ο χρήστης προκειμένου να φτάσει στις εγκαταστάσεις, η δυνατότητα παροχής των υπηρεσιών κατ'οίκον και οι διαφορές μεταξύ αστικών και περιφερειακών περιοχών ως προς τις παροχές), το επίπεδο ανεξαρτησίας της περίθαλψης από κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες (κατά πόσο η φροντίδα είναι

ανεπηρεάστη από αυτούς) και η διαθεσιμότητα όλων των ειδών των υπηρεσιών (η έλλειψη συγκεκριμένων υπηρεσιών φροντίδας). Παράγοντες που λαμβάνονται υπόψη είναι η οικονομική συμμετοχή του χρήστη, η αναλογία γιατρών-ασθενών και η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών σε ώρες και μέρες πέραν του τυπικού ωραρίου του προσωπικού (Wilson, A., European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 38, 2015).

Η αδιάλειπτη παροχή της φροντίδας και η καθολικότητά της είτε ώστε να καλύπτει όλα τα μέλη της οικογένειας, είναι επίσης ένα από τα κριτήρια που πρέπει να πληρούν οι υπηρεσίες. Είναι σημαντικό ο γενικός γιατρός να χτίζει μία διαχρονική και σταθερή σχέση με τους υπό την ευθύνη του ασθενείς ώστε και οι ίδιοι να νιώθουν εμπιστοσύνη προς εκείνον. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της τήρησης και τακτικής ενημέρωσης του ιστορικού των ασθενών, της συνεργασίας με άλλους επαγγελματίες και φορείς και το προσωπικό ενδιαφέρον του γιατρού για τον ασθενή και τις ιδιαιτερότητές του. Οι χώρες που καταφέρνουν να κρατάνε ψηλότερα τον πήχη της συνεχιζόμενης φροντίδας είναι η Δανία, η Ισπανία, η Εσθονία, η Τσεχία και η Ισλανδία ενώ με τα χαμηλότερα είναι η Τουρκία, η Μάλτα, η Αυστρία, η Σουηδία και η Ελλάδα. Με όρους προσβασιμότητας, ψηλότερα στην κλίμακα βρίσκεται η Σλοβενία, η Δανία, η Ισπανία, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ολλανδία ενώ τα λιγότερο προσβάσιμα συστήματα διαθέτουν η Ιρλανδία, το Λουξεμβούργο, η Τουρκία, η Γαλλία και η Ελλάδα (Wilson, A. et al, European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 38, 2015).

Τα διαφορετικά συστήματα φροντίδας συνιστούν και διαφορετικές αναλογίες στρατηγικών. Πολλές από τις χώρες της Ευρώπης όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, έχουν καταστήσει τον γενικό γιατρό αρμόδιο για την παραπομπή των ασθενών στους ειδικούς γιατρούς, άλλες αντίθετα διαθέτουν ένα ανοιχτό δευτεροβάθμιο σύστημα στο οποίο η είσοδος είναι ελεύθερη, όπως για παράδειγμα η Γερμανία, ενώ υπάρχουν και μικτά συστήματα με περιορισμούς ή κίνητρα, για παράδειγμα της Δανίας και της Σουηδίας. Ο βαθμός συνεργασίας μεταξύ των εργαζομένων εντός μια πρωτοβάθμιας δομής ή της πρωτοβάθμιας δομής με το δευτεροβάθμιο σύστημα υγείας διαφέρει εξίσου από χώρα σε χώρα με τη Λιθουανία να σημειώνει το υψηλότερο ποσοστό αφού οι γενικοί γιατροί ασκούν τα καθήκοντά τους σε συνεργασία με τους υπόλοιπους ειδικούς. Γενικότερα, οι χώρες που φάνηκε να έχουν τα υψηλότερα ποσοστά συνεργασίας είναι η Σουηδία και η Ολλανδία, ενώ στο άλλο άκρο βρίσκονται η Αυστρία, η Γερμανία και η Σλοβακία. Αυτό που διαφέρει επίσης είναι ο

διαθέσιμος εξοπλισμός και τα καθήκοντα των γενικών γιατρών στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Σε κάποιες χώρες παρατηρούνται ελλείψεις σε διαγνωστικά μηχανήματα καθώς επίσης, σε ιατρικές ειδικότητες, τις οποίες αναλαμβάνει να καλύψει συνήθως ο γενικός γιατρός (Kringos, D. et al., European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 38, 2015).

Τέλος, παρατηρούνται διαφορές ως προς τη δομή και την ιεράρχηση. Το κάθε σύστημα διαρθρώνεται με διαφορετικό τρόπο, επομένως τα κέντρα λήψης αποφάσεων μπορεί να είναι περιφερειοποιημένα ή πιο κοντά στις πόλεις, η επίβλεψη μπορεί να γίνεται είτε από το εθνικό σύστημα υγείας, στο οποίο πιθανώς να υπάγεται η πρωτοβάθμια φροντίδα, είτε από κάποιο διοικητικό φορέα, ειδικά ορισμένο για αυτό το σκοπό. Ένας ακόμη παράγοντας αφορά τη συνεκτικότητα και τη συνεργασία μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας και το κατά πόσο υπάρχει συνέχεια και όχι κενά ή επικαλύψεις στη φροντίδα (Kringos, D. et al., European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 38, 2015).

Με βάση τις διαφοροποιημένες εμπειρίες, όπως αναλύθηκαν παραπάνω, φαίνεται να σκιαγραφούνται τρία ευρωπαϊκά πρωτοβάθμια μοντέλα:

α) Το μοντέλο πρωτοβάθμιας φροντίδας όπου ευθύνη για τη διαχείριση φέρει το κράτος και συγκεκριμένα οι αποκεντρωμένες αρχές ενώ την ομάδα υγείας απαρτίζουν συνήθως επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων, μεταξύ αυτών γενικοί γιατροί υπό το καθεστώς υπαλληλικής σχέσης εργασίας.

β) Το μοντέλο φροντίδας με τον γενικό γιατρό ως «φύλακα» που ελέγχει τη ροή προς τη δευτεροβάθμια νοσοκομειακή φροντίδα και μπορεί να είναι υπεύθυνος από κοινού με την υπόλοιπη ομάδα υγείας για τη διαχείριση των οικονομικών της φροντίδας. Η δυνατότητα πρόσβασης στη φροντίδα είναι ευρύτερη σε σύγκριση με το προηγούμενο μοντέλο ενώ ο γενικός γιατρός εργάζεται υπό καθεστώς ελεύθερου επαγγελματία που αμείβεται κατά πράξη ή κατά κεφαλήν και η κατάρτισή του είναι συνήθως αρκετά υψηλή πάνω στο αντικείμενό του.

γ) Το ανεξάρτητο μοντέλο φροντίδας το οποίο δίνει έμφαση στην αυτονομία των επαγγελματιών και των χρηστών. Οι επαγγελματίες των δομών εργάζονται ως ελεύθεροι επαγγελματίες ενώ η πρώτη επαφή με τον γενικό γιατρό δεν είναι υποχρεωτική προκειμένου να εξεταστεί κανείς από ειδικό γιατρό. Η ακαδημαϊκή κατάρτιση της γενικής ιατρικής δεν είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένη ενώ η πρωτοβάθμια φροντίδα αποτελείται από μια ευρεία γκάμα ειδικών της υγείας.

Από τις χώρες της Ευρώπης, κάποιες διαθέτουν συστήματα που ταιριάζουν σε πάνω από ένα μοντέλα, όπως για παράδειγμα η Ιταλία, ενώ η Κεντροδυτική Ευρώπη ανήκει στο τρίτο και η Βορειοδυτική βρίσκεται πιο κοντά στα δύο πρώτα.

Σύμφωνα με την έρευνα για τα ευρωπαϊκά συστήματα παρατηρούνται γενικά τα εξής (Kringos, D. et al., European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 38, 2015):

- Σχετικά με τη δομή, παρατηρείται η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των αποτελεσμάτων απόδοσης των τριών πτυχών της που είναι οι οικονομικές συνθήκες, η διακυβέρνηση της φροντίδας και της ανάπτυξης του προσωπικού που εργάζεται στις υπηρεσίες φροντίδας, οι οποίες συνδιαμορφώνουν την τελική δομή των συστημάτων των χωρών. Από αυτή την άποψη, ως χώρες με την καλύτερη δομική λειτουργία καταγράφονται το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ολλανδία, η Ισπανία, η Πορτογαλία, η Δανία και η Σλοβενία ενώ στο άλλο άκρο βρίσκονται η Ισλανδία, το Λουξεμβούργο και η Κύπρος.
- Σχετικά με το επίπεδο παροχής των υπηρεσιών, οι παράγοντες που το συγκροτούν είναι η πρόσβαση στις υπηρεσίες, η συνέχεια της παροχής, η συνεργασία εντός της πρωτοβάθμιας αλλά και μεταξύ αυτής και της δευτεροβάθμιας φροντίδας και το περιεχόμενο των υπηρεσιών. Οι χώρες με τα υψηλότερα αποτελέσματα είναι η Δανία, η Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο ενώ στον αντίποδα βρίσκονται η Αυστρία και η Κύπρος.
- Η ισχύς των συστημάτων υπολογίζεται με βάση τη δομή και την παροχή των υπηρεσιών. Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, η Πορτογαλία, η Ισπανία, το Βέλγιο, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ολλανδία, η Δανία, η Σλοβενία, η Λιθουανία, η Εσθονία και η Φιλανδία έχουν τα πιο ισχυρά συστήματα ενώ τα πιο ανίσχυρα βρίσκονται κυρίως στην κεντρική και νοτιοανατολική Ευρώπη.
- Η υψηλή ισχύς δε συνδέεται απαραίτητα με την αποδοτικότητα των συστημάτων αφού κάποια συστήματα χωρών παρουσιάζουν καλύτερα αποτελέσματα σε μεμονωμένες πτυχές τους, με αποτέλεσμα να θεωρούνται αποδοτικότερα, χωρίς ωστόσο να υπάρχει εσωτερική συνοχή ώστε να είναι ταυτόχρονα και ισχυρά.

- Η κοινωνική, πολιτική και οικονομική κατάσταση, οι αξίες, η οργάνωση του συστήματος και ο κυβερνητικός προσανατολισμός επηρεάζουν τη δομή και την παροχή των υπηρεσιών.
- Η ύπαρξη ισχυρών πρωτοβάθμιων συστημάτων, συνιστά γενικά καλύτερη απόδοση του συστήματος υγείας και καλύτερη υγεία του πληθυσμού συνολικά, καθώς μειώνουν τα περιττά έξοδα της νοσοκομειακής περίθαλψης η οποία κοστίζει περισσότερο και προσφέρουν ίσες ευκαιρίες πρόσβασης.

Παρά τις διαφορετικές προσεγγίσεις και πολιτικές, αυτό που προκύπτει ως κοινό μεταξύ των ευρωπαϊκών κρατών είναι τα όμοια προβλήματα που καλούνται να αντιμετωπίσουν, προβλήματα που αναδεικνύουν την ανάγκη συντονισμού. Οι χρόνιες παθήσεις, ο εθισμός στο αλκοόλ και τις ουσίες, η παχυσαρκία και η γήρανση του πληθυσμού είναι μερικά παραδείγματα τέτοιων προκλήσεων που τίθενται μπροστά σε όλα τα κράτη και χρήζουν αντιμετώπισης.

## **2.2 Οι επιπτώσεις της κρίσης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας**

Η υγεία των ατόμων μιας κοινωνίας αποτελεί έναν από τους βασικούς πυλώνες του κράτους πρόνοιας αφού είναι προϋπόθεση για την εκπλήρωση του βασικού της στόχου, της ευημερίας της. Στη θεωρία της κοινωνικής θεωρίας και έρευνας, η υγεία συνδέεται με έννοιες όπως οι κοινωνικές ανάγκες, τα κοινωνικά προβλήματα, η ισότητα στην πρόσβαση σε υπηρεσίες και αγαθά με όρους κοινωνικά αποδεκτούς και δίκαιους, γεγονός που τη θέτει στο επίκεντρο των πολιτικών του κράτους και των ευρωπαϊκών και παγκόσμιων οργανισμών. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συνέδεσε την υγεία με άλλους τομείς όπως το κοινωνικό και οικονομικό σύστημα, τη χαρακτήρισε ως «θεμελιώδες δικαίωμα» και «παγκόσμιο κοινωνικό στόχο», γεγονός που καταδεικνύει τη σχέση της με την κοινωνική ευημερία (WHO 1978). Ωστόσο, τα αποδεκτά επίπεδα υγείας διαφέρουν από εποχή σε εποχή καθώς αλλάζει το προσδόκιμο ζωής και η μέση ποιότητα ζωής. Οι κοινωνικές αξιώσεις για μια καλή ζωή μεταβάλλονται επίσης, είναι σημαντικό όμως, σε κάθε εποχή, τα άτομα να απολαμβάνουν το υψηλότερο δυνατό επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας (Sheaff, 1996).

Οι αιτίες των προβλημάτων υγείας συχνά συνδέονται με κοινωνικά αίτια τα οποία, από κοινού με τα παθολογικά, μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά την κατάσταση της υγείας ενός ατόμου. Οι παράγοντες που φαίνεται να σχετίζονται

θετικά με το επίπεδο υγείας είναι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως το φύλο και η ηλικία, η κληρονομικότητα, οι συνήθειες και ο τρόπος ζωής, οι διαθέσιμες στο άτομο υπηρεσίες υγείας και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση στην οποία βρίσκεται (Βλάχου, Οικονόμου, Φλωρίνης, 2008). Σε μεγαλύτερη κλίμακα, τα στοιχεία δείχνουν ότι οι χώρες με δικαιότερα συστήματα διανομής του εισοδήματος τείνουν να έχουν και υγιέστερους πληθυσμούς, γεγονός που ενισχύει το επιχείρημα υπέρ της ανάγκης παρέμβασης της κοινωνικής πολιτικής στην αναδιανεμητική πολιτική (Babones, 2009).

Ο στόχος της διατήρησης της υγείας του πληθυσμού στα ανώτερα δυνατά επίπεδα επιδιώκεται με διαφορετικό τρόπο, ανάλογα με το μοντέλο προνοιακού καθεστώτος που έχει υιοθετήσει η κάθε χώρα, με αποτέλεσμα να διακρίνονται ποικίλες εκφάνσεις, από αυτά που εγγυώνται ένα ελάχιστο, βασικό επίπεδο παροχών με πολλά εμπόδια στη πρόσβαση μέχρι εκείνα που εξασφαλίζουν στους χρήστες ένα υψηλό, καθολικής κάλυψης σύστημα. Κριτήριο ταξινόμησης αποτελούν επίσης και οι επιμέρους στόχοι (πχ. ποιότητα, αποδοτικότητα, καθολικότητα ) και η έμφαση που δίνει το κάθε σύστημα σε αυτούς, καθώς επίσης και ο τρόπος που γίνεται η τροφοδότησή τους με τους απαραίτητους πόρους.

Τα σημερινά συστήματα υγείας προσιδιάζουν συνήθως στα τρία βασικά μοντέλα υγείας που είναι το μοντέλο της ελεύθερης αγοράς, της κοινωνικής ασφάλισης και του εθνικού συστήματος υγείας (Δημουλάς, Οικονόμου, 2012).

- Στο μοντέλο της ελεύθερης αγοράς δεν επεμβαίνει καθόλου το κράτος και τον πρωταρχικό ρόλο παίζει ο ιδιωτικός τομέας. Η πληρωμή για τις ιατρικές υπηρεσίες γίνεται απευθείας στις ασφαλιστικές εταιρείες, οι οποίες καθορίζουν και την τιμή των υπηρεσιών με βάση τους νόμους της αγοράς. Υφίσταται συμπληρωματικά ένα υποτυπώδες ελάχιστο επίπεδο υπηρεσιών για τις ευπαθείς ομάδες.
- Το μοντέλο της κοινωνικής ασφάλισης, εμπνεύσεως του Γερμανού πολιτικού Βίσμαρκ, με τη λειτουργία ημιαυτόνομων ασφαλιστικών ταμείων υπό την επίβλεψη του κράτους. Τα ασφαλιστικά ταμεία αντιστοιχούν ξεχωριστά σε κάθε εργασιακό κλάδο και είναι αρμόδια για τη συγκέντρωση των εισφορών από κάθε εργαζόμενο του κλάδου. Από τα έσοδα του κάθε ταμείου χρηματοδοτούνται οι ανάγκες του αντίστοιχου κλάδου.



- Τέλος, το μοντέλο που προβλέπει την άσκηση της υγειονομικής πολιτικής από το Ε.Σ.Υ. σχεδιάστηκε από τον Άγγλο οικονομολόγο Μπέβεριτζ και εφαρμόστηκε αρχικά στο Ηνωμένο Βασίλειο και έπειτα και στη Σκανδιναβία. Το συγκεκριμένο μοντέλο χρηματοδοτείται από τα φορολογικά έσοδα του κράτους ενώ διαθέτει ένα ισχυρό πρωτοβάθμιο σύστημα με τον γενικό γιατρό να πρωτοστατεί.

Η παραπάνω τυπολογία συνδέεται με αυτή του Esping-Andersen (1990) σχετικά με τα προνοιακά καθεστώτα των ανεπτυγμένων κρατών, καθώς το σύστημα υγείας ασφάλισης έχει καθοριστεί ιστορικά σε σημαντικό βαθμό από το ισχύον προνοιακό καθεστώς.

Σύμφωνα με την έρευνα που διεξήγαγε το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τις Πολιτικές και τα Συστήματα Υγείας σε συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τα συστήματα υγείας χωρών όπως το Βέλγιο και η Εσθονία, προσαρμόστηκαν αρκετά καλά στα δεδομένα που έφερε η οικονομική κρίση. Συγκεκριμένα το Βέλγιο, διαθέτει ένα σύστημα υγείας τύπου Μπέβεριτζ. Έχοντας δημιουργήσει πρότερο αποθεματικό που προοριζόταν για τις ανάγκες στον τομέα της υγείας και εφαρμόζοντας πολιτικές μεγιστοποίησης της αποδοτικότητας και μείωσης του κόστους μέσω μιας πιο ορθολογικής διαχείρισης των δαπανών, κατάφερε να μην υστερεί σε προσβασιμότητα και ποιότητα του συστήματος (Cleemput, I. et al., European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 41, 2015). Το Βέλγιο προσιδιάζει περισσότερο στο συντηρητικό καθεστώς πρόνοιας, το οποίο χαρακτηρίζεται από την υποχρεωτική ασφάλιση των πολιτών του μέσω της εγγραφής στο αντίστοιχο ασφαλιστικό ταμείο με παράλληλη καταβολή φόρων (Jakubowski, E., Busse, R., European Parliament, 1998). Η περίπτωση της Εσθονίας είναι παρόμοια καθώς χρησιμοποίησε αποτελεσματικά ένα μέρος του αποθεματικού που είχε συγκεντρώσει τα προηγούμενα χρόνια με αφορμή την κρίση που πέρασε κατά τα τέλη του '90 και κάλυψε γρήγορα τα δημοσιονομικά κενά που της δημιούργησε η πρόσκαιρη σε διάρκεια, κρίση του 2008 (Habicht T., Evetovits, T., European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 41, 2015). Και για την Εσθονία, η κρίση αποτέλεσε αφορμή για την αναμόρφωση του συστήματος υγείας της ενώ η Δανία, που διαθέτει σήμερα ένα από τα υψηλότερα σε κόστος συστήματα υγείας, είχε προβεί σε αντίστοιχη ενέργεια ήδη από το 2006. Η Εσθονία συγκαταλέγεται στο ίδιο προνοιακό καθεστώς με τις υπόλοιπες χώρες της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης όπως η Λιθουανία, η Ουγγαρία και η Λετονία και διαθέτει

ένα σύστημα που προβλέπει την καταβολή εργοδοτικών εισφορών εκ μέρους του εργαζόμενου ο οποίος με αυτό τον τρόπο αποκτά πρόσβαση στο σύστημα υγείας. Οι αυτοαπασχολούμενοι πληρώνουν οι ίδιοι τις εισφορές τους στο κράτος, εκ των οποίων, το 13% προορίζεται για την ασφαλιστική τους κάλυψη (Paranicolas, I., Smith P., European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 15, Number 6, 2013).

Η Γαλλία, έχοντας ξεκινήσει την εφαρμογή αναδιαρθρωτικών μέτρων από το 1990 που θα έφερναν τον περιορισμό της ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού και την αύξηση της συμμετοχής του στο κόστος των υπηρεσιών, συνέχισε κατά τη διάρκεια της πρόσφατης κρίσης στην ίδια τροχιά, πλήττοντας με αυτή την πολιτική κυρίως τα χαμηλά κοινωνιο-οικονομικά στρώματα. Η κατάσταση αυτή συνοδεύτηκε από υψηλά ποσοστά ανεργίας και υπερχρεωμένων νοικοκυριών, τα οποία εκδηλώθηκαν κατά τα χρόνια της κρίσης καθώς και αύξηση των σχετιζόμενων με αυτή, αυτοκτονιών. Στην ίδια κατηγορία μπορεί να ενταχθεί και η Λετονία η οποία ξεκίνησε την εφαρμογή μέτρων που αφορούσαν τη συγκέντρωση της μέχρι πρότινος διασκορπισμένης, άσκησης της υγειονομικής πολιτικής από συγκεκριμένους φορείς, όπως το Εθνικό Σύστημα Υγείας και την μείωση των νοσοκομειακών δαπανών με την προώθηση ενός μοντέλου περίθαλψης στο σπίτι και στις πρωτοβάθμιες μονάδες. Από το 2009 και έπειτα, οι αλλαγές στις οποίες προέβηκε ήταν ραγδαίες καθώς μείωσε αισθητά το προσωπικό της υγείας και έθεσε ένα κατώτατο «δίκτυο» προστασίας για τα χαμηλά οικονομικά στρώματα. Ωστόσο, αρκετά επιβαρυντική αναφέρεται πως είναι η οικονομική εξάρτηση της υγείας από τις εισφορές των ταμείων χωρίς να υπάρχει η αντίστοιχη ποιότητα και έμφαση στην πρόσβαση για όλους (Taube, M., Mitenbergs, U., European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 41, 2015). Η Γαλλία ανήκει επίσης στα συντηρητικά προνοιακά καθεστώτα με την υποχρεωτική ασφάλιση και καταβολή εισφορών. Στα πρότυπα του συστήματος Βίσμαρκ, στη Γαλλία, οι παροχές διαφοροποιούνται με βάση τον εργασιακό κλάδο (Durand-Zaleski, I., The Commonwealth Fund Organization, 2016). Η Πορτογαλία, ανήκει στο συντηρητικό καθεστώς ενώ ο τομέας της υγείας καλύπτεται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας, τα ασφαλιστικά πακέτα για ορισμένους επαγγελματίες και την ιδιωτική ασφάλιση (European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 13, Number 4, 2011). Η κάλυψη είναι καθολική, ωστόσο έχει εισαχθεί με αφορμή την κρίση, η πολιτική της συμμετοχής του χρήστη στο κόστος υγείας. Η κρίση και τα μέτρα λιτότητας δεν επηρέασαν μόνο το σύστημα υγείας της αλλά και τους

υπόλοιπους τομείς της. Η χώρα φάνηκε ελλιπώς προετοιμασμένη, να προσπαθεί να ανταπεξέλθει εφαρμόζοντας τα μέτρα που της επέβαλλε η Τρόικα από το 2011, όταν είχε ήδη εξαπλωθεί ευρέως στο εσωτερικό της η κρίση. Τα μέτρα αυτά στόχευαν κυρίως στον περιορισμό των δαπανών για την υγεία, την συμμετοχή των χρηστών στο κόστος των υπηρεσιών, τον εξορθολογισμό του συστήματος και τη μεγιστοποίηση της αποδοτικότητας του. Η επίπτωση των μέτρων, όπως και σε άλλες χώρες, έγινε αισθητή αρχικά από τους χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Οι εργαζόμενοι στον τομέα δέχθηκαν μειώσεις μισθών και ο προϋπολογισμός της υγείας συρρικνώθηκε με συνακόλουθη επίπτωση στις παρεχόμενες υπηρεσίες (Habicht T., Evetovits, T., European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 41, 2015).

Η Λιθουανία και η Ιρλανδία δέχθηκαν σοβαρό οικονομικό πλήγμα με την έλευση της κρίσης. Ο τομέας της υγείας στη Λιθουανία συγκεκριμένα έπασχε από χρόνιες ελλείψεις στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα αλλά κατάφερε κατά τη διάρκεια της κρίσης να διατηρήσει την ίδια ιατρική κάλυψη για τους πολίτες της. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, σε αυτή την περίπτωση γίνεται από τον κρατικό προϋπολογισμό ενώ παράλληλα η πολιτική της οικονομικής διαχείρισης της χώρας προβλέπει την συσσώρευση εσόδων σε περιόδους οικονομικής άνθισης (counter-cyclical mechanism), γεγονός που εξηγεί και την δυνατότητα του συστήματος υγείας να ανταπεξέλθει κατά τη διάρκεια των κρίσεων (Kacevicius, G., Karanikolos, M., European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 41, 2015). Η Λιθουανία κατάφερε να διατηρήσει την πρόσβαση στα ίδια επίπεδα με την προ κρίσης εποχή με τη μείωση του κόστους των υπηρεσιών και συνεπώς, την αύξηση της αποδοτικότητας. Ωστόσο, όπως και σε άλλες χώρες, οι μισθοί του προσωπικού μειώθηκαν και διευρύνθηκαν σημαντικά τα δημοσιονομικά ελλείμματα των νοσοκομείων. Στην περίπτωση της Ιρλανδίας τα κονδύλια για την υγεία δεν περιορίστηκαν σε πολύ μεγάλο βαθμό και όπως συνέβη και με τη Λιθουανία, δόθηκε έμφαση περισσότερο στη μείωση του κόστους των υπηρεσιών των μονάδων και στην αύξηση της παραγωγικότητας. Επίσης, μετά το 2008 πραγματοποιήθηκαν ανακατανομές των υπηρεσιών σε όλες τις βαθμίδες της υγείας και διαρθρωτικές αλλαγές που όμως δεν άγγιζαν το μέγιστο δυνατό σημείο λόγω της έλλειψης πολιτικής βούλησης (Nolan, A., Barry, S. et al., European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 41, 2015). Η Ιρλανδία ανήκει στο αγγλοσαξονικό-φιλελεύθερο μοντέλο και σύμφωνα με τις αρχές του συστήματος Μπέμπεριτζ,

εξασφαλίζεται ένα ελάχιστο επίπεδο ασφάλισης για όλους, ενώ λειτουργεί συμπληρωματικά ο ιδιωτικός και εθελοντικός τομέας. Παρότι η κρατική δαπάνη για την υγεία παραμένει στα προ κρίσης επίπεδα, η αύξηση των ανέργων με δωρεάν πρόσβαση στο σύστημα έχει αυξηθεί, με αποτέλεσμα η χώρα να δέχεται αυξανόμενες πιέσεις που πρέπει να βρει τρόπο να απορροφήσει (Habicht, T., Evetovits, T., European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 33, 2014).

Το σύστημα υγειονομικής ασφάλισης στην Ελλάδα λειτουργεί στα πρότυπα του συστήματος Βίσμαρκ με τη λειτουργία του Εθνικού της Συστήματος Υγείας, την υποχρεωτική εργοδοτική ασφάλιση, τη διαφοροποίηση των παροχών ανάλογα με τον εργασιακό κλάδο και την παρέμβαση του κράτους στη λειτουργία του συστήματος. Από την έλευση της κρίσης και κατά την επιβολή μέτρων λιτότητας, έγιναν φανερά τα διαχρονικά προβλήματα που αντιμετώπιζε το ελληνικό σύστημα υγείας. Οι χρόνιες αδυναμίες του συνοψίζονται στη μη ορθολογική οικονομική και διοικητική διαχείριση και εποπτεία, στο συγκεντρωτισμό των αρμοδιοτήτων και του ελέγχου, στην έλλειψη μηχανισμών αξιολόγησης και προγραμματισμού, στη κακή κατανομή των υπηρεσιών και στις ανισότητες και τα κενά ενός του συστήματος. Τα προβλήματα αυτά κατέστησαν το σύστημα υγείας ιδιαίτερα ευάλωτο στις οικονομικές διακυμάνσεις με αποτέλεσμα να κλονιστεί περισσότερο από όλα κατά την περίοδο της κρίσης. Από το 2009 και μετά, ο προϋπολογισμός της υγείας μειώθηκε με αποτέλεσμα την δυσκολία κάλυψης των φαρμακευτικών και νοσοκομειακών αναγκών. Η κάλυψη του πληθυσμού που μέχρι το 2011 ήταν καθολική, μειώθηκε σημαντικά, καθώς αυξήθηκε το ποσοστό των ανέργων και συνεπώς, της ασφαλιστικής τους δυνατότητας. Τέλος μειώθηκαν οι δωρεάν ιατροφαρμακευτικές παροχές στις οποίες κάποιες ομάδες είχαν μέχρι πρότινος δικαίωμα και θεσπίστηκε το σύστημα της επιβάρυνσης των χρηστών με ένα μέρος ή και ολόκληρο το κόστος, π.χ. για συγκεκριμένες εξετάσεις που δεν καλύπτονται από την ασφάλιση του χρήστη. Όπως συνέβη και σε άλλες χώρες, τα μέτρα αυτά έπληξαν κατά βάση τις αδύναμες κοινωνικές ομάδες, οι οποίες, μην έχοντας τη δυνατότητα να στραφούν προς τον ιδιωτικό τομέα για την εξυπηρέτησή τους, παραμένουν ακόμα και αποκλεισμένες από το σύστημα. Τέλος, ένα μέρος των επιπτώσεων επωμίστηκε και το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που δέχθηκε σημαντικές μειώσεις μισθού ενώ ταυτόχρονα εργάζεται σε δυσκολότερες συνθήκες λόγω του ότι οι υπάρχοντες υπάλληλοι είναι ανεπαρκείς αριθμητικά για να καλύψουν όλες τις ανάγκες και το πρόγραμμα λιτότητας δεν επιτρέπει την πραγματοποίηση προσλήψεων. Γενικότερα, η

Ελλάδα φάνηκε να είναι απροετοίμαστη μπροστά στις προκλήσεις που έθεσε η κρίση, ενώ η οποιαδήποτε προσπάθεια εξορθολογισμού και αναδιάρθρωσης αφενός έγινε με αφορμή την έλευση της κρίσης, και αφετέρου, εμποδίστηκε αρκετά από την πολιτική αναποφασιστικότητα και αναβλητικότητα (Economou, Ch., Kaitelidou, D. et al. WHO, European Observatory on Health Systems and Policies, 2014).

Από τα παραπάνω προκύπτει πρώτον ότι οι χώρες δύνανται να χωριστούν σε δύο ομάδες με βάση το πόσο επηρεάστηκαν από αυτή. Ορισμένες χώρες επλήγησαν αρχικά πολύ λιγότερο από τις υπόλοιπες, λόγω των αναδιαρθρωτικών μέτρων που είχαν πάρει νωρίτερα και συνέβαλαν στο να μη χρειαστεί να επιβάλλουν στα συστήματα υγείας τους τεράστιους περιορισμούς. Δεύτερον, τα συστήματα υγείας με καθολική κάλυψη τείνουν να είναι και πιο προσβάσιμα. Το αντίθετο φαίνεται να ισχύει για τις χώρες που βασίζουν την πρόσβαση στη δημόσια και ιδιωτική ασφάλιση καθώς τα άτομα μπορεί να αποκλειστούν ευκολότερα σε περιπτώσεις αποχής από την αγορά εργασίας (Navarro, Muntaner, 2014). Σύμφωνα με τα στοιχεία της EUROSTAT<sup>1</sup> για την Ελλάδα κατά το 2014, το ποσοστό των ατόμων που δήλωσαν ότι δεν κατάφεραν να εξυπηρετηθούν από το υγειονομικό σύστημα λαμβάνοντας ιατρική, ψυχιατρική, οδοντιατρική φροντίδα και συνταγογράφηση, εξαιτίας οικονομικών λόγων έφτασε το 25,3% ενώ το αντίστοιχο μέσο ευρωπαϊκό ήταν μόλις 15,2%. Ειδικότερα για τις οδοντιατρικές υπηρεσίες, το ποσοστό των ατόμων κατώτερων οικονομικών στρωμάτων<sup>2</sup> που δηλώνει ότι παρέμεινε ανικανοποίητο λόγω του κόστους αυξάνεται διαχρονικά κατά τα χρόνια της κρίσης φτάνοντας το 19,1% για το 2015 ενώ το 2006 βρισκόταν στο 8%.

---

<sup>1</sup>Τα στοιχεία προέκυψαν από την πλατφόρμα δεδομένων του ιστότοπου της EUROSTAT (<http://ec.europa.eu/eurostat>).

<sup>2</sup>Η παραμετροποίηση της αναζήτησης έγινε με κριτήριο την εισοδηματική κλίμακα των ερωτηθέντων με την αντίστοιχη κατάταξη τους από το 1 για τους φτωχότερους έως το 5 για τους πλουσιότερους.

### **3. Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

#### **3.1 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας πριν και μετά τη θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ)**

Οι πρώτες νομοθετικές ρυθμίσεις στα πρότυπα των ξένων ευρωπαϊκών κρατών ξεκίνησαν να πραγματοποιούνται με σημαντική καθυστέρηση κατά τη δεκαετία του '80 στη χώρα μας. Η αντιμετώπιση των προβλημάτων της υγείας γινόταν μέχρι τότε αποσπασματικά και υπό το βάρος των εθνικών ζητημάτων που εμπόδιζαν τη χώρα να κινηθεί με τους ίδιους ρυθμούς που κινήθηκαν τα υπόλοιπα κράτη μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο.

Ο νόμος 1397 του 1983 όριζε τη δημιουργία ενός συγκροτημένου Εθνικού Συστήματος Υγείας, το οποίο θα χάραζε και θα εφάρμοζε την κρατική πολιτική στο χώρο της υγείας. Οι στόχοι του συγκεκριμένου νόμου συνοψίζονται στην περιφερειακή αποκέντρωση των μονάδων υγείας, στη διαχείριση και ισοκατανομή των πόρων, στη λειτουργία του θεσμού του νοσοκομειακού γιατρού πλήρους απασχόλησης και στην θέσπιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας με τη λειτουργία αστικών και αγροτικών κέντρων.

Για την πραγματοποίηση της επιδιωκόμενης αποκέντρωσης, επιχειρήθηκε η λειτουργία περιφερειακών και νομαρχιακών νοσοκομειακών μονάδων στα πλαίσια των οποίων θα παρέχονταν ιατρικές υπηρεσίες και εκπαίδευση για τους ειδικευόμενους γιατρούς. Ο εποπτεύων φορέας της λειτουργίας των μονάδων θα ήταν με βάση τον νόμο, το Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας από κοινού με το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας, το οποίο είχε ήδη συσταθεί με το νόμο του 1982.

Στην πραγματικότητα, τα Περιφερειακά Συμβούλια δεν δημιουργήθηκαν ποτέ ενώ δε λειτούργησαν ούτε τα προβλεπόμενα από το νόμο αστικά κέντρα. Η διαχείριση των πόρων δεν κατάφερε εν τέλει να ρυθμιστεί από κάποιο όργανο ούτε για την πρωτοβάθμια φροντίδα, αλλά ούτε και για την νοσοκομειακή.

Ο εν λόγω νόμος όριζε επίσης την απαγόρευση της λειτουργίας ιδιωτικών ιατρικών κέντρων αλλά η μη εφαρμογή των ρυθμίσεων οδήγησε στη στροφή των πολιτών προς την ιδιωτική περίθαλψη με αποτέλεσμα την εξάπλωσή της (Δημουλάς, Οικονόμου, 2012). Ο νόμος 2071/1992 εισήγαγε ορισμένα στοιχεία φιλελεύθερης κατεύθυνσης στο χώρο της υγείας αναιρώντας στην πράξη τον καθολικό και κοινωνικό της χαρακτήρα (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 2001). Αρχικά όριζε ότι η χρηματοδότηση και εποπτεία των κέντρων υγείας θα πέρναγε στην αρμοδιότητα των

νομαρχιών. Οι διορισμένοι στα κρατικά νοσοκομεία γιατροί θα μπορούσαν πλέον να λειτουργούν παράλληλα και τα ιδιωτικά τους ιατρεία ενώ επιτρεπόταν η δραστηριοποίηση ιδιωτικών κλινικών και η συνεργασία των κρατικών ταμείων με αυτά. Εξαιτίας της ανυπαρξίας του γενικού γιατρού, δόθηκε στους πολίτες η δυνατότητα να επιλέγουν οι ίδιοι τον γιατρό τους ενώ θεσπίστηκαν ορισμένα θεμελιώδη δικαιώματα για τον ασθενή εντός του συστήματος υγείας. Παράλληλα, τέθηκαν σε εφαρμογή μέτρα ιδιωτικοποίησης της υγείας, όπως η διεύρυνση της οικονομικής επιβάρυνσης του ασθενή για την περίθαλψη και τα φάρμακά του και η διαχείριση των νοσοκομείων από μάνατζερς (Οικονόμου, 2004). Ο νόμος 2194/1994 στόχευε κυρίως στην τροποποίηση των διατάξεων περί μερικής απασχόλησης των γιατρών του Ε.Σ.Υ., επιστρέφοντας τους στο καθεστώς πλήρους απασχόλησης, και επαναφέροντας τα κέντρα υγείας στη δικαιοδοσία των νοσοκομείων (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 2001). Οι ρυθμίσεις που επεδίωξε να εισάγει ο νόμος 2519/1997 ήταν περισσότερο εστιασμένες στη θέσπιση μηχανισμών αξιολόγησης, ελέγχου και διαχείρισης των υπηρεσιών. Ειδικότερα, αφορούσε την συμμετοχή γνωμοδοτικών σωμάτων, όπως το Ινστιτούτο Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας των Υπηρεσιών, η Γενική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας και το Συμβούλιο Συντονισμού και Ενιαίας Δράσης των Υπηρεσιών Υγείας. Επιπλέον οριζόταν η λειτουργία ειδικών επιτροπών, αρμόδιων για τα δικαιώματα των ασθενών και για θέματα ηθικής και δεοντολογίας στο χώρο της υγείας. Τον έλεγχο των οικονομικών πόρων θα αναλάμβαναν οι μάνατζερς ενώ ο ίδιος νόμος, προέβλεπε την κατοχύρωση της λειτουργίας ορισμένων πρωτοβάθμιων και νοσοκομειακών υπηρεσιών (Οικονόμου, 2004).

Στα πλαίσια του σχεδίου «Υγεία για τον πολίτη» κατά το 2000, που στόχευε στην αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας, την αξιολόγηση της ποιότητας, τον έλεγχο των προϋπολογισμών των ασφαλιστικών οργανισμών, την κατανομή των πόρων εντός του Ε.Σ.Υ., τη χάραξη υγειονομικής πολιτικής με έμφαση στην πρόληψη, την αναβάθμιση του συστήματος με την εισαγωγή μηχανοργάνωσης, την επιβολή ρυθμίσεων στον εκπαιδευτικό και εργασιακό τομέα των γιατρών και την επέκταση των πρωτοβάθμιων και νοσοκομειακών υπηρεσιών και λειτουργιών, θεσπίστηκαν οι παρακάτω νόμοι (Οικονόμου, 2004):

νόμος 2889/2001 για την ίδρυση 17 Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας, την αναδιοργάνωση της νοσοκομειακής υγείας και το εργασιακό καθεστώς των γιατρών του Ε.Σ.Υ.

νόμος 2920/2001 που επικεντρώθηκε στον έλεγχο της ποιότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών προβλέποντας την ίδρυση Σώματος Επιθεωρητών Υγείας και Πρόνοιας.

νόμος 2955/2001 σχετικά με τις προμήθειες των μονάδων υγείας.

νόμος 3172/2003 για τη δημιουργία Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας και Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και τη βελτίωση των περιφερειακών υπηρεσιών.

Ως μία πρώτη ενδεικτική μορφή πρωτοβάθμιας φροντίδας, πριν αυτή σχεδιαστεί σε ευρύτερη κλίμακα κατά τη δεκαετία του '80, θεωρείται ο θεσμός του αγροτικού γιατρού στην ελληνική περιφέρεια. Αρχικά εμφανίζεται η πρακτική του διορισμού ενός γιατρού από ένα ή δύο χωριά ώστε να καλύπτονται οι ιατρικές ανάγκες των κατοίκων τους με έξοδα των ιδίων μέσω της τοπικής παραγωγής (Κυριόπουλος, Γεωργούση, Μαργαριτίδου, Συμεωνίδου, 1995). Η θεσμοθετημένη φροντίδα στην ύπαιθρο ξεκινά με τον νόμο 3487/55 που προβλέπει την παροχή υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης για τις αγροτικές οικογένειες από γιατρούς της υπαίθρου. Ο αγροτικός γιατρός δε διέθετε την ειδικότητα του γενικού/οικογενειακού γιατρού, παράλα αυτά κάλυπτε με άτυπο τρόπο της ανάγκες ολόκληρης της οικογένειας διαχρονικά. Λίγο νωρίτερα, το 1953, το κράτος είχε νομοθετήσει την ίδρυση των κέντρων υγείας στις αγροτικές περιοχές (νόμος 2592/53) ενώ ο πρώτος παθολόγος-οικογενειακός γιατρός ξεκίνησε να εργάζεται στο πολυϊατρείο των Χανίων κατά το 1960 το οποίο λειτουργούσε στα πλαίσια της δικαιοδοσίας του ΙΚΑ (Χριστοδούλου, 2006).

Ο νόμος 1397/1983 (Αδαμακίδου, Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008) θεωρήθηκε από τους πρώτους που ακολούθησε το πρότυπο που προωθήθηκε από τη Διακήρυξη της Άλμα-Άτα καθώς για πρώτη φορά και μέσα από την ίδρυση του ΕΣΥ, στόχευε στη συνολική ποιοτική και ποσοτική αναβάθμιση του συστήματος υγείας με την καθολική πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες του και την παράλληλη εξασφάλιση της ασφαλιστικής τους κάλυψης. Ο νόμος προέβλεπε τον διορισμό γενικών γιατρών χωρίς ωστόσο να μεριμνά για την ανάγκη ειδίκευσής τους από τα πανεπιστημιακά ιδρύματα. Ωστόσο ο ίδιος νόμος έθεσε σε λειτουργία τα κέντρα υγείας σε αστικές και μη, περιοχές τα οποία θα στελέχωναν μεταξύ άλλων, και οι οικογενειακοί γιατροί.

Στη συνέχεια, μια σειρά από νόμους του 1985, 1992 και 1997 εισάγουν αποσπασματικές ρυθμίσεις (Αδαμακίδου, Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008



και Χριστοδούλου, 2006). Ο νόμος 1579/1985 κατοχυρώνει την ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής και σηματοδοτεί τη λειτουργία του Ε.Κ.Α.Β για την μεταφορά εκτάκτων περιστατικών στις δευτεροβάθμιες μονάδες ενώ ο νόμος 2071/1992 ρυθμίζει τη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας και την έναρξη της κατ'οίκον νοσηλείας. Η έκθεση της Επιτροπής εμπειρογνομόνων το 1994 σχετικά με τις αδυναμίες του συστήματος υγείας και τις προτεινόμενες μεταρρυθμίσεις προς την κατεύθυνση της διαμόρφωσης ενός λειτουργικού συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας, οδήγησαν στις νομοθετικές διατάξεις του 1997. Ο νόμος 2519/1997 προέβλεπε αφενός τη δημιουργία Υπηρεσιών Σχολικής Υγείας και την οργάνωση τμημάτων Δημόσιας Υγείας στις περιφέρειες, και αφετέρου τη σύσταση Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που θα αποτελούνταν από τα Κέντρα Υγείας, τα Πολυϊατρεία και τα Οικογενειακά Ιατρεία.

Μέχρι και το 2005, επιχειρήθηκε η αξιοποίηση των υπάρχουσών πρωτοβάθμιων δομών στις περιφέρειες, η ανεφάρμοστη εν τέλει, έκδοση της κάρτας υγείας του πολίτη (νόμος 3235/2004) και η ίδρυση του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ (νόμος 3370/2005).

Ο στόχος της συνένωσης των ασφαλιστικών ταμείων ώστε να παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας από έναν εθνικό ενιαίο φορέα οδήγησε το 2011 στην ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) με τον νόμο 3918. Τα ταμεία που εντάχθηκαν στον νέο φορέα ήταν το ΙΚΑ, ο ΟΑΕΕ, ο ΟΓΑ, το ΝΑΤ, ο ΟΠΑΔ, το ΤΥΔΚΥ, το ΕΤΑΑ, το ΕΤΑΠ-ΜΜΕ, το ΛΙΜΕΝΙΚΟ και το ΤΑΥΤΕΚΩ. Από το 2012 όπου ξεκινά τη λειτουργία του, στα πλαίσια του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. προσφέρονται ιατρικές υπηρεσίες από τα Κρατικά Νοσοκομεία, τα Κέντρα Υγείας, τα Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου (πρώην ιατρεία ΙΚΑ) και τους συμβεβλημένους με τον οργανισμό ιδιώτες γιατρούς. Οι ασφαλισμένοι του οργανισμού και τα μέλη της οικογένειας αυτών είχαν δικαίωμα σε δωρεάν περίθαλψη με την επίδειξη του βιβλιαρίου υγείας τους. Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. είχε επιπλέον την ευθύνη προαγωγής της υγείας και της λειτουργίας του πρωτοβάθμιου συστήματος μέσω των Εξωτερικών Ιατρείων των νοσοκομείων και των ιδιωτικών κλινικών, των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων, των Πολυϊατρείων, των Αγροτικών Ιατρείων, των Κέντρων Αποθεραπείας και Αποκατάστασης, Ψυχικής Υγείας, Χρόνιας Αιμοκάθαρσης και των Φυσικοθεραπευτικών Κέντρων. Η χρηματοδότηση του οργανισμού γινόταν κυρίως από τις ασφαλιστικές εισφορές και από τον Κρατικό Προϋπολογισμό για λογαριασμό των νέων ασφαλισμένων. Το 2014, με τον νόμο 4238 καταργείται στην

ουσία ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και τις αρμοδιότητες τις αναλαμβάνει το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) το οποίο θα αποτελούσε την υγειονομική ομπρέλα των ασφαλισμένων του ΕΟΠΥΥ, αλλά και ένα ενιαίο σύστημα πρωτοβάθμιας υγείας με καθολική πρόσβαση στις δομές του. Η ευθύνη των Κέντρων Υγείας, δηλαδή των Πολυδύναμων Κέντρων Υγείας και των Νομαρχιακών και Τοπικών Μονάδων Υγείας θα μεταφερόταν από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. στις Διοικητικές Υγειονομικές Περιφέρειες (Δ.Υ.ΠΕ.) του Π.Ε.Δ.Υ. Ο νέος φορέας θα προωθούσε την πρωτοβάθμια φροντίδα με τη θέσπιση του οικογενειακού γιατρού για κάθε ασφαλισμένο, την 24ωρη λειτουργία των Κέντρων Υγείας, επτά μέρες την εβδομάδα και την στελέχωση τους με επαγγελματίες υγείας κάθε απαραίτητης ειδικότητας.

Ο πρόσφατος νόμος για την υγεία που τέθηκε αρχικά προς δημόσια διαβούλευση, συντάχθηκε υπό τον υπουργό υγείας Α. Ξανθό και υπερψηφίστηκε από τη Βουλή στις 03/08/2017. Στόχος του είναι η συνολικής αναδιαμόρφωση της υγείας με τη συγκρότηση ενός ισχυρού πρωτοβάθμιου συστήματος. Ο νόμος αποτελείται συνολικά από 75 άρθρα που ορίζουν όλες τις πτυχές της προωθούμενης μεταρρύθμισης και περιγράφουν τον τρόπο λειτουργίας των νέων δομών (Νόμος 4486/2017). Το κόστος του εγχειρήματος κατά τα έτη 2017 και 2018 θα ανέλθει στα 80 εκατομμύρια ευρώ, ενώ στην πλήρη ανάπτυξή του πάνω από 300 και θα τροφοδοτείται από το ΕΣΠΑ, το Υπουργείο Διοικητικής Μεταρρύθμισης και τον εθνικό προϋπολογισμό (πηγή: ΕΣΠΑ 2014-2020).

Τα βασικότερα στοιχεία του νόμου μπορούν να συνοψιστούν σε: βασικές αρχές, δομή, οργάνωση των μονάδων, αρμοδιότητες και επιμέρους ζητήματα λειτουργίας .

Αρχικά δίνεται το περιεχόμενο της πρωτοβάθμιας φροντίδας (Άρθρο 1 & 2) και η οργάνωση του Πρωτοβάθμιου Δικτύου με τα Κέντρα Υγείας και τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (Άρθρο 4 & 5). Ορίζονται οι αρμοδιότητες των βασικών συστατικών στοιχείων του συστήματος: Το.Μ.Υ., Οικογενειακός γιατρός, Ομάδα Υγείας (Άρθρο 4, 5, 6) και η λειτουργία Διαγνωστικών Κέντρων και Ειδικής Φροντίδας (Άρθρο 8 & 9). Η οδοντιατρική, μαιευτική και φυσιοθεραπευτική φροντίδα καθιερώνονται (Άρθρο 10, 12, 14) και δημιουργείται «Δίκτυο Αγωγής Υγείας και Πρόληψης» που θα συγκροτούν μεταξύ άλλων και οι Επισκέπτες Υγείας καθώς επίσης και η ανάπτυξη σχετικών προγραμμάτων (Άρθρο 13, 25). Στη συνέχεια περιγράφεται το σύστημα διοίκησης και συντονισμού (Άρθρο 15,16,17,18), η

διαδικασία και οι προϋποθέσεις πρόσβασης για τους πολίτες στο νέο σύστημα (Άρθρο 19), η δυνατότητα ακρόασης των πολιτών και αξιολόγησης των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών (Άρθρο 20), η τήρηση ηλεκτρονικού φακέλου των ασθενών (Άρθρο 21) και η δημιουργία ηλεκτρονικού μητρώου που θα περιλαμβάνει όλους τους επαγγελματίες υγείας (Άρθρο 22). Τέλος, ορίζεται η ηλεκτρονική πίστωση για τις δαπάνες λειτουργίας των Κέντρων Υγείας (Άρθρο 23) και η ίδρυση ακαδημαϊκών μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας όπου λειτουργούν αντίστοιχων ειδικοτήτων πανεπιστημιακά τμήματα (Άρθρο 24).

Θα πρέπει ωστόσο να σημειωθεί ότι τα ανωτέρω, αν και συνιστούν μια αρκετά ολοκληρωμένη θεωρητική προσέγγιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας σε επίπεδο πρόληψης και αποκατάστασης, η εφαρμογή τους είναι εκείνη που θα καθορίσει σε κάθε περίπτωση το αποτέλεσμα και θα πρέπει να τεθεί εν τέλει προς αποτίμηση αφού συχνά, οι εφαρμοζόμενες πολιτικές δεν ανταποκρίνονται στο σχεδιαζόμενο πλαίσιο.

### **3.2 Φορείς παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας:**

#### **Αρμοδιότητες, δράσεις και πηγές χρηματοδότησης**

Ο νέος νόμος που ψηφίστηκε τον Αύγουστο του 2017 (Ν.4486/2017) προβλέπει την απορρόφηση των δομών του Π.Ε.Δ.Υ. στα πλαίσια ενός νέου σχήματος, των Τοπικών Μονάδων Υγείας (ΤΟ.Μ.Υ) και των Αστικών Μονάδων Υγείας. Με βάση τα ανωτέρω, θα ξεκινήσει πιλοτικά η λειτουργία 239 ΤΟ.Μ.Υ. σε 65 περιοχές της χώρας και θα προσληφθούν προκειμένου να τις στελεχώσουν, περίπου 3.000 επαγγελματίες της υγείας. Η αναδιάρθρωση στοχεύει στον εξορθολογισμό στη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας του Ε.Σ.Υ. ενώ οι υπηρεσίες θα απευθύνονται κυρίως στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Όπως ορίζεται στο νομοσχέδιο, η χρηματοδότηση του νέου συστήματος θα προέρχεται από δημόσιες δαπάνες και εθνικούς πόρους.

Στη παρούσα φάση, η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από ποικίλους φορείς με διαφορετική οργάνωση και σύσταση των υπηρεσιών της. Ειδικότερα, πρωτοβάθμιες υπηρεσίες παρέχονται μέσω των Κέντρων Υγείας και τις Μονάδες Υγείας του Π.Ε.Δ.Υ. και τους συμβεβλημένους γιατρούς (ΗΔΙΚΑ). Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες προσφέρονται και από την Τοπική και Περιφερειακή Αυτοδιοίκηση μέσω των δημοτικών και κοινωνικών ιατρείων («Η Καθημερινή», 4/1/2015). Οι μη

κρατικοί φορείς που παρέχουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες είναι τα Ιδιωτικά και Διαγνωστικά Κέντρα και οι Μη Κυβερνητικές-Κερδοσκοπικές Οργανώσεις στα αυτοοργανωμένα ιατρεία τους (Αδαμακίδου, Καλοκαιρινού- Αναγνωστοπούλου, 2008).

Η χρηματοδότηση αυτών των δομών γίνεται με βάση ένα μικτό σύστημα που, σε αντίθεση με άλλα ευρωπαϊκά κράτη, βασίζεται αφενός στα έσοδα του κρατικού προϋπολογισμού και αφετέρου στα ασφαλιστικά ταμεία. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας στη χώρα μας, γενικά παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα ανορθολογικής διαχείρισης των οικονομικών, υλικοτεχνικών και ανθρώπινων πόρων, έλλειψης μηχανισμών ελέγχου και αξιολόγησης όσον αφορά την ποιότητα και την ποσότητα των υπηρεσιών που παρέχονται. Το γεγονός αυτό οδηγεί ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού στα ιδιωτικά κέντρα. Όπως αναφέρουν οι Δημουλάς, Οικονόμου (2012) και Αλετράς και συν. (2002) τα τελευταία χρόνια, ένα συνεχώς αυξανόμενο μέρος του ατομικού και κρατικού εισοδήματος διοχετεύεται στις υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα, όπως υποδεικνύει και η υψηλή ιδιωτική δαπάνη. Οι λόγοι μπορεί να είναι ότι η υπηρεσία δεν παρέχεται καθόλου από το δημόσιο και ο ασθενής παραπέμπεται σε διαγνωστικά κέντρα, ακόμα και χωρίς επαρκή αιτία ή ότι ο ασφαλισμένος παραπέμπεται από τη δημόσια αρχή σε υπηρεσίες που δεν καλύπτονται οικονομικά από την ασφάλιση του με αποτέλεσμα να πρέπει να συμμετάσχει και ο ίδιος στην κάλυψη του κόστους. Τέλος, οι χρήστες τείνουν να καταφεύγουν στα ιδιωτικά κέντρα όταν δεν είναι ικανοποιημένοι από την ποιότητα μιας υπηρεσίας στα κρατικά ή θα πρέπει να περιμένουν αρκετά μέχρι να τους παρασχεθεί. Στο ζήτημα της χρηματοδότησης εντάσσεται και η αποζημίωση των προμηθευτών ιατρικών υπηρεσιών που είναι ιδιαίτερα σημαντική για την αποδοτικότητα του συστήματος, καθώς ο τρόπος που αυτή θα πραγματοποιηθεί επιδρά στη ζήτηση και κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας (Κυριόπουλος, Λιονής, Σουλιώτης, Τσάκος, 2003). Στη διεθνή βιβλιογραφία καταγράφονται τέσσερις βασικοί τρόποι αποζημίωσης. Πρώτον, με «πάγια αντιμισθία» που εφαρμόζεται κυρίως στον δημόσιο τομέα και αφορά την εξαρτημένη σχέση εργασίας με πλήρες ωράριο και όλες τις σχετικές παροχές. Το πλεονέκτημα της δυνατότητας προγραμματισμού και υπολογισμού των εξόδων για των εργοδότη από τη μία και των εσόδων και της σταθερότητας που συνεπάγεται αυτή η σχέση για τον γιατρό από την άλλη, δεν αντισταθμίζει παρόλα αυτά το μειονέκτημα της έλλειψης κινήτρων από πλευράς του γιατρού να παράσχει τις

καλύτερες δυνατές υπηρεσίες αφού οι αποδοχές του παραμένουν στο ίδιο επίπεδο ανεξαρτήτως ποιότητας δουλειάς. Δεύτερον, ως «κατά κεφαλήν» σύστημα ορίζεται η αμοιβή του γιατρού με βάση τα εγγεγραμμένα στη λίστα του άτομα για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Τα άτομα που τον επιλέγουν θα πρέπει να βρίσκονται στα πλαίσια ενός κατώτατου και ενός ανώτατου ορίου, ενώ ο αριθμός των επισκέψεων δεν επηρεάζει τις αποδοχές του προσωπικού. Στην περίπτωση αυτή, ο γιατρός υπάγεται στο καθεστώς του ελεύθερου επαγγελματία που συμβάλλεται με το κράτος ή τον φορέα ασφάλισης.. Τρίτον, η «κατά πράξη» αμοιβή που είναι το σύστημα που επιτρέπει την σύναψη σύμβασης μεταξύ του προσωπικού και του φορέα. Ο γιατρός σε αυτή την περίπτωση εργάζεται ως ελεύθερος επαγγελματίας που χρεώνει τον φορέα με βάση την συμφωνηθείσα τιμή και ανάλογα με τις πραγματοποιηθείσες επισκέψεις. Η μέθοδος αυτή αποτελεί κίνητρο για το προσωπικό καθώς οι αποδοχές του μπορούν να αυξηθούν πέρα από τα σταθερά επίπεδα αλλά αυξάνει σημαντικά το κόστος με το οποίο επιβαρύνεται εν τέλει ο δημόσιος προϋπολογισμός και ενέχει τον κίνδυνο της ηθικής βλάβης από τον προμηθευτή αν αυτός αποβλέπει στην μεγιστοποίηση του κέρδους του. Ωστόσο, η μέθοδος αυτή διακρίνεται από τη δυνατότητα που παρέχει στον ασθενή να επιλέξει ο ίδιος τον ειδικό του γιατρό, γεγονός το οποίο αυξάνει και πάλι το κόστος αφού οι ειδικοί γιατροί τείνουν να ζητούν περισσότερες διαγνωστικές εξετάσεις για τους ασθενείς. Τέλος, το «μικτό σύστημα» αποζημίωσης είναι εκείνο κατά το οποίο συνδυάζονται οι παραπάνω μέθοδοι αμοιβής ώστε να εξισορροπηθούν τα πιθανά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα (Αλετράς, Ματσαγγάνης, Νιάκας, 2002). Οι παράγοντες με βάση τους οποίους γίνεται η επιλογή αποζημίωσης από το κάθε σύστημα έχουν να κάνουν με το είδος, τους στόχους και τις καταβολές του. Ωστόσο το «μικτό σύστημα» από κοινού με το «κατά κεφαλήν», θεωρούνται τα πιο αποτελεσματικά.

Τα κονδύλια για τη χρηματοδότηση της τοπικής αυτοδιοίκησης προς τις δομές που προσφέρουν έργο στα πλαίσια της προέρχονται κατά κύριο λόγο από Κεντρικούς Αυτοτελείς Πόρους τους οποίους συνιστούν ο φόρος εισοδήματος φυσικών και νομικών προσώπων σε ποσοστό 20% των συνολικών εισπράξεων του, ο φόρος προστιθέμενης αξίας σε ποσοστό 12%, και ο φόρος ακίνητης περιουσίας κατά 50% (Νόμος 3852/2010). Συμπληρωματικά, πόροι προέρχονται από τα αρμόδια Υπουργεία, από ιδιωτικές χορηγίες και από κονδύλια του ΕΣΠΑ, όπως στην περίπτωση του νέου δημοτικού Ιατρείου Κυψέλης που δημιουργήθηκε με

χρηματοδότηση του Ιδρύματος Νιάρχος και οι κτιριακές του υποδομές ανακαινίσθηκαν με ευρωπαϊκά κονδύλια («Αθηναϊκό - Μακεδονικό Πρακτορείο Ειδήσεων», 10/10/2017). Ειδικότερα κατά τα χρόνια της κρίσης η βοήθεια από εθνικούς πόρους έχει συρρικνωθεί αρκετά ενώ οι αρμοδιότητες των δήμων και οι ανάγκες υγείας που καλούνται να καλύψουν με δικούς τους πόρους όλο και αυξάνονται, την ίδια ώρα που το δευτεροβάθμιο σύστημα αποδυναμώνεται.

#### **4. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

Η ποιότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορεί να αναλυθεί με βάση τις τρεις διαστάσεις της που είναι η δομή, η λειτουργία και τα αποτελέσματα της. Οι λειτουργίες που σχετίζονται με τη δομή και την πρακτική είναι η διοίκηση, η δημιουργία πόρων, η χρηματοδότηση και η παροχή των υπηρεσιών, ενώ τα αποτελέσματά του κάθε συστήματος μετρούνται με βάση τη διαχρονικότητα, την πρόσβαση, τη συνεργασία και την περιεκτικότητα. Η διοίκηση θέτει τους κανόνες και τις κατευθύνσεις του συστήματος, συντονίζει τις λειτουργίες του συστήματος, επιβλέπει και διασφαλίζει την ποιότητα των υπηρεσιών και την ικανοποίηση των χρηστών, συλλέγει πληροφορίες και στοιχεία. Η δημιουργία πόρων εξασφαλίζει τους υλικούς και ανθρώπινους πόρους. Ειδικότερα για τους δεύτερους, θα πρέπει να προβλέπεται η συνεχής βελτίωση και περαιτέρω κατάρτιση του προσωπικού. Η χρηματοδότηση αφορά τη συγκέντρωση και κατανομή των κεφαλαίων για την κάλυψη των αναγκών του συστήματος. Οι πηγές της μπορεί να είναι πρωτογενείς, όπως τα νοικοκυριά και οι εταιρείες, αλλά και δευτερογενείς, δηλαδή το κράτος και διάφοροι χορηγοί, ενώ το κάθε σύστημα διαφέρει ως προς το μηχανισμό που χρησιμοποιεί για τη διαχείριση και κατανομή των πόρων του. Ο τρόπος με τον οποίο γίνεται η χρηματοδότηση των υπηρεσιών, μπορεί να επηρεάσει την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, και συνεπώς την ύπαρξη ή μη, ανισοτήτων. Η παροχή των υπηρεσιών περιλαμβάνει το σύνολο των υπηρεσιών που παρέχεται εντός του εκάστοτε συστήματος είτε παρέχονται ατομικά, όπως π.χ. η διάγνωση και η θεραπεία, είτε συλλογικά όπως η ενημέρωση και η πρόληψη (Wilson, A., Windak, A. et al. European Observatory on Health Systems and Policies, 2015).

Τα βασικά κριτήρια με βάση τα οποία εξετάζουμε την ποιότητα της παροχής των υπηρεσιών είναι: α) η δυνατότητα πρόσβασης, δηλαδή το κατά πόσο τίθενται ή όχι φυσικοί, κοινωνικοί και οικονομικοί περιορισμοί και το κατά πόσο υπάρχει μεγάλος χρόνος αναμονής, β) η διαχρονικότητα και συνοχή της παροχής των υπηρεσιών και της χρηματοδότησης, που αφορούν τη συνέχιση της φροντίδας, όχι μόνο χρονικά αλλά και με τη δυνατότητα εύρεσης όλων των υπηρεσιών εντός του συστήματος, γ) η συνεργασία μεταξύ του προσωπικού, των δομών και της πρωτοβάθμιας με τη δευτεροβάθμια φροντίδα, με τελικό στόχο τη βελτίωση και την παροχή όλων των διαθέσιμων υπηρεσιών, την ανταλλαγή πληροφοριών και γνώσης, δ) η περιεκτικότητα και το εύρος των υπηρεσιών, που σχετίζονται με τη στελέχωση των δομών και το είδος των υπηρεσιών που περιλαμβάνονται στις παρεχόμενες, αφενός δηλαδή το αν είναι απλά οι βασικές υπηρεσίες φροντίδας ή και άλλες περιφερειακές όπως οι υπηρεσίες υποστήριξης, ενημέρωσης και πρόληψης και αφετέρου, η πληρότητα σε εξοπλισμό και ειδικότητες, οι συνθήκες και το επίπεδο κατάρτισης του προσωπικού (WHO, 2008).

Η συγκρότηση ενός δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας αποτελεί ένα από τα δυσκολότερα εγχειρήματα για την Ελλάδα καθώς το υφιστάμενο σύστημα υγείας είναι δομημένο με βάση το νοσοκομείο-κεντρικό πρότυπο που δίνει έμφαση στη διαχείριση των προβλημάτων του πληθυσμού σε δευτεροβάθμιο επίπεδο. Επομένως, ένα από τα βασικότερα προβλήματα του ελληνικού συστήματος είναι η έλλειψη κουλτούρας πρόληψης και έγκαιρης αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας. Παραδοσιακά η Ελλάδα βασίζεται στην επίλυση των προβλημάτων αφού εκδηλωθούν, και στα πλαίσια πάντα των νοσοκομειακών δομών. Η γενική ιατρική ως ειδικότητα είναι ανεπαρκώς ανεπτυγμένη στη χώρα μας από άποψη ακαδημαϊκής θεμελίωσης (εξειδίκευση, έρευνα κλπ.) μιας και ο μοναδικός τομέας Γενικής Ιατρικής βρίσκεται στο Πανεπιστήμιο Κρήτης ενώ τον ρόλο του γενικού/οικογενειακού γιατρού καλούνται συχνά να παίξουν οι ανειδίκευτοι γιατροί ή οι παθολόγοι. Η πρωτοβάθμια φροντίδα στην Ελλάδα δεν χαίρει της ίδιας με τα βορειοδυτικά ευρωπαϊκά κράτη αναγνώρισης ενώ ακόμα και ως έννοια είναι ιδιαίτερα παρεξηγημένη για το ρόλο και τη σημασία της.

Το υπάρχον σύστημα δε διαθέτει κάποιον κεντρικό επιβλέποντα φορέα που θα διασφαλίζει την επιβολή των κατευθυντήριων γραμμών και την ομοιομορφία. Οι εισφορές και οι αντίστοιχες παροχές διαφέρουν από φορέα σε φορέα, ενώ ταυτόχρονα οι υπηρεσίες είναι διάσπαρτες και συχνά αλληλεπικαλύπτονται. Η

σπατάλη των πόρων μέσω των ανεξέλεγκτων συνταγογραφήσεων και διαγνωστικών εξετάσεων λόγω της έλλειψης πρωτοβάθμιων ελεγκτικών μηχανισμών κοστίζει ένα σημαντικό ποσό στον κρατικό προϋπολογισμό (Δημουλάς, Οικονόμου, 2012). Οι υφιστάμενες δομές πάσχουν από σοβαρές ελλείψεις σε προσωπικό, υποδομές και υλικοτεχνικά μέσα. Το Ε.Κ.Α.Β. αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής της περίπτωσης αφού αδυνατεί να καλύψει ολόκληρη τη χώρα λόγω των λιγοστών του μέσων διακομιδής (ασθενοφόρα και άλλα οχήματα) ενώ τα υπάρχοντα μέσα είναι ελλιπώς εξοπλισμένα και το προσωπικό που αναλαμβάνει τη μεταφορά δε διαθέτει συνήθως την κατάλληλη εκπαίδευση (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 2001).

Από την πλευρά του ιατρικού προσωπικού, παρατηρείται μία τάση αποστροφής προς την κατεύθυνση της πρωτοβάθμιας φροντίδας από τη μία λόγω της χαμηλής του επαγγελματικής και κοινωνικής αναγνώρισης στην Ελλάδα, και από την άλλη, εξαιτίας της έλλειψης οικονομικών κινήτρων για τους γιατρούς που θα υπηρετήσουν την ειδικότητα της γενικής ιατρικής στα πλαίσια των πρωτοβάθμιων δομών. Συγκεκριμένα, αυτό που εφαρμόζεται στην πράξη είναι η δημιουργία μίας σχέσης κράτους-μισθωτού με αποτέλεσμα οι γιατροί να στρέφονται προς άλλες περισσότερο προσοδοφόρες ειδικότητες (Κυριόπουλος, Φιλαλήθης, 1996). Επιπρόσθετα, η προσπάθεια για την οικοδόμηση ενός συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης υπονομεύεται συχνά και από μια γενικότερη αδυναμία εφαρμογής των σχεδιαζόμενων μεταρρυθμίσεων εξαιτίας αφενός της αναποφασιστικότητας και της έλλειψης συντονισμού από πλευράς του κρατικού μηχανισμού και αφετέρου λόγω της ασυνέχειας συχνά του έργου του εκάστοτε υπουργού από τον διάδοχό του, με αποτέλεσμα ένα πλήθος ανεφάρμοστων μέτρων που μένουν μόνο στο επίπεδο των κυβερνητικών εξαγγελιών.

Η τάση απαξίωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας, εντάθηκε ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια με την έλευση της οικονομικής κρίσης. Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατακόρυφα από το 6,9% του ΑΕΠ το 2010, στο 5% το 2015 ενώ το 2010 το συνολικό ποσό έφτανε τα 15,58 δισ. ευρώ και μειώθηκε στα 8,7 δισ. ευρώ το 2014 («Η Καθημερινή», 18/3/2017). Η αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών με την ταυτόχρονη αδυναμία ανταπόκρισης εκ μέρους του συστήματος λόγω του περιορισμένου ιατρικού προσωπικού και η παρατεταμένη αναμονή για να εξυπηρετηθεί κανείς σε συνδυασμό με την παράλληλη μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος έχουν οδηγήσει στον αποκλεισμό πολλών ατόμων από το πρωτοβάθμιο σύστημα φροντίδας. Το περιεχόμενο και η διαχρονικότητα της φροντίδας έχουν



επίσης κλονιστεί σημαντικά καθώς ορισμένες υπηρεσίες δεν προσφέρονται καθόλου στα πλαίσια του συστήματος ενώ περιοδικά παρουσιάζονται προβλήματα που έχουν να κάνουν με την διακοπή της προσφοράς ορισμένων υπηρεσιών λόγω διακυμάνσεων στη χρηματοδότηση, το μεγάλο διάστημα αναμονής λόγω της υποστελέχωσης και τη διοικητική κωλυσιεργία λόγω της γραφειοκρατίας και της έλλειψης καλής επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ δομών-διεύθυνσης και δομών με άλλες δομές. Τα παραπάνω σε συνδυασμό με την εκτεταμένη ανεργία, δηλαδή την έλλειψη ασφαλιστικής ικανότητας μέσω της αγοράς εργασίας, όπως προβλέπει το ελληνικό σύστημα, έχουν σαν αποτέλεσμα ένα μέρος του πληθυσμού που δε συμμετέχει στην αγορά εργασίας να μη μπορεί να έχει πρόσβαση στο δικαίωμα της υγείας. Προκειμένου να αντισταθμιστούν αυτά τα προβλήματα, τα τελευταία χρόνια έχει επωμιστεί ένα σημαντικό μέρος του βάρους η τοπική αυτοδιοίκηση η οποία έχει αναλάβει την ιατρική κάλυψη αυτού του πληθυσμού και τη δράση πρόληψης μέσω δομών υπό την επίβλεψη των Διευθύνσεων Κοινωνικής Πολιτικής των δήμων ή μέσω της εθελοντικής δράσης των πολιτών της δημοτικής κοινότητας. Οι πιο γνωστές από αυτές τις δομές είναι τα Δημοτικά και Κοινωνικά Ιατρεία, τα Κ.Α.Π.Η., τα Κέντρα Υγείας και Πρόληψης, τα Κ.Ε.Π. Υγείας, τα Κοινωνικά Ιατρεία, το «Βοήθεια στο Σπίτι» και τα Κ.Η.Φ.Η.

## **5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Ένα από τα σημαντικότερα καθήκοντα του κάθε Οργανισμού Τοπικής Αυτοδιοίκησης είναι η διατήρηση της καλής υγείας των δημοτών του. Η Τοπική Αυτοδιοίκηση μαζί με τις δομές του Ε.Σ.Υ., τους ασφαλιστικούς φορείς, καλύπτει ένα μέρος της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Εξάλλου, η ίδια η φιλοσοφία της Προαγωγής της Υγείας ενισχύει την άποψη ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας χρειάζεται να παρέχεται αποκεντρωμένα σε επίπεδο Τοπικής Αυτοδιοίκησης, αφού απαιτεί για την εφαρμογή της το συνδυασμό πολλών δράσεων.

Εκτός από την υγεία, η Τοπική Αυτοδιοίκηση έχει ως αντικείμενο οποιαδήποτε δραστηριότητα ή υπόθεση αφορά τους δημότες που κατοικούν στα όριά της. Ως θεσμός καθιερώθηκε από το Σύνταγμα του 1975 και υπέστη από τη δεκαετία του '90 δύο μεγάλες αναμορφωτικές παρεμβάσεις σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, η μία με το πρόγραμμα «Καποδίστριας» (Ν. 2539/1997) που όριζε την μεταβολή των

διοικητικών ορίων των Ο.Τ.Α. μέσω συνενώσεων, χωρίς ωστόσο να αλλάξει το θεσμικό τους χαρακτήρα, και η δεύτερη με το πρόγραμμα «Καλλικράτης» (Ν. 3852/2010) το οποίο συγχώνευσε περαιτέρω δήμους και κοινότητες και κατήργησε τις νομαρχιακές αυτοδιοικήσεις οι οποίες όμως παρέμειναν ως περιφέρειες και δευτεροβάθμιες Ο.Τ.Α. Οι βασικές πηγές χρηματοδότησης της Τοπικής Αυτοδιοίκησης είναι οι φόροι, τα τέλη, οι κρατικές επιχορηγήσεις και τα έσοδα από εκμετάλλευση περιουσίας. Με βάση το άρθρο 75 του Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων του 2006 (Ν. 3463/2006), οι αρμοδιότητες της Τοπικής Αυτοδιοίκησης όσον αφορά την πρωτοβάθμια υγεία, επικεντρώνονται στην εφαρμογή πολιτικών που αποσκοπούν στη στήριξη της τρίτης ηλικίας όπως για παράδειγμα των κέντρων ανοικτής περίθαλψης και ημερήσιας φροντίδας, ψυχαγωγίας και αναψυχής ηλικιωμένων και στην υποστήριξη και φροντίδα ευπαθών κοινωνικών ομάδων με την παροχή υπηρεσιών υγείας και την προαγωγή ψυχικής υγείας, μέσω της δημιουργίας δημοτικών και κοινοτικών ιατρείων, κέντρων αγωγής υγείας, υποστήριξης και αποκατάστασης ατόμων με αναπηρία, κέντρων ψυχικής υγείας και κέντρων πρόληψης κατά των εξαρτησιογόνων ουσιών. Επιπλέον, ο νόμος τονίζει την υποχρέωση των δήμων να υποστηρίζουν τις εθελοντικές πρωτοβουλίες και δράσεις και να προωθούν την κοινωνική αλληλεγγύη με τη δημιουργία τοπικών δικτύων κοινωνικής αλληλεγγύης, εθελοντικών οργανώσεων και ομάδων εθελοντών που θα δραστηριοποιούνται για την επίτευξη των στόχων και την υποβοήθηση του έργου της κοινωνικής προστασίας και αλληλεγγύης της δημοτικής κοινότητας. Ο νόμος Καλλικράτης που ψηφίστηκε αργότερα, ενίσχυσε τις αρμοδιότητες της τοπικής αυτοδιοίκησης μεταβιβάζοντας τις από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθώς επίσης και τις Δ.Υ.Π.Ε, αποδίδοντας στις περιφέρειες τους ανάλογους οικονομικούς πόρους για την άσκηση τους.

Οι προστιθέμενες αρμοδιότητες και οι αυξανόμενες ανάγκες οδήγησαν στη ραγδαία ανάπτυξη των πρωτοβάθμιων δομών στους δήμους. Αρκετές από αυτές ωστόσο ξεκίνησαν ως εθελοντικές πρωτοβουλίες όπως για παράδειγμα τα Κ.Α.Π.Η. τα οποία ξεκίνησαν ανεπίσημα τη λειτουργία τους από το 1979 σε συνεργασία με τη Διεύθυνση Προστασίας Ηλικιωμένων του Υπουργείου Υγείας. Αργότερα συνέβαλλαν και άλλοι φορείς στη λειτουργία τους, όπως ο Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας, ο Ερυθρός Σταυρός, η ΧΕΝ Ελλάδος και το Κέντρο Μέριμνας Οικογένειας και Παιδιού μέχρι το 1982, που θεσπίστηκαν υπό την ευθύνη της Τοπικής Αυτοδιοίκησης ως νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, και το 1989 που ανέλαβε τη χρηματοδότηση τους

με το Υπουργείο Υγείας να συμβάλλει στις δαπάνες έως το 1991 ( στοιχεία από Ο.Κ.Π.Α.Π.Α.). Τα Κ.Α.Π.Η. είναι ένας θεσμός της τοπικής αυτοδιοίκησης που εξαπλώθηκε σε όλη τη χώρα τις τελευταίες δεκαετίες αναλαμβάνοντας ένα σημαντικό κομμάτι της ζωής στην κοινότητα, αυτό της ευεξίας και στήριξης της τρίτης ηλικίας. Στην ίδια ηλικιακή ομάδα απευθύνονται και τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.) τα οποία είναι μονάδες ημερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα και το περιβάλλον που τα φροντίζει εργάζεται η αντιμετώπιζει σοβαρά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας και αδυνατεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες της φροντίδας τους. Η λειτουργία των Κ.Η.Φ.Η. προλαμβάνει την ιδρυματοποίηση παρέχοντας ημερήσιες υπηρεσίες όπως νοσηλευτική φροντίδα, ικανοποίηση πρακτικών αναγκών, ατομική υγιεινή και προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης ή και άλλες συμπληρωματικές υπηρεσίες όπως η εργοθεραπεία, ενώ συνεργάζονται ως δομές και με τα Κ.Α.Π.Η. για πληρέστερη κάλυψη των ωφελουμένων. Σε κάθε δομή προβλέπεται η στελέχωση της με τουλάχιστον τέσσερις επαγγελματίες: ένα νοσηλευτή, δύο κοινωνικούς φροντιστές και ένα άτομο ως βοηθητικό προσωπικό. Η ίδρυση των Κ.Η.Φ.Η. προϋποθέτει την έκδοση άδειας από το τμήμα Κοινωνικής Πρόνοιας της αρμόδιας Περιφέρειας (Νόμος 2618/2012). Συμπληρωματικά στα Κ.Η.Φ.Η και τα Κ.Α.Π.Η. λειτουργεί το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» με την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας και εξυπηρέτησης στο χώρο ατόμων που ανήκουν στην τρίτη ηλικία και αντιμετωπίζουν οικονομικές και άλλες δυσκολίες καθώς επίσης και των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα προσφέρει σταθερά τις υπηρεσίες του για πάνω από 10 χρόνια σε διάφορους δήμους και έχει χαρακτηριστεί ως ιδιαίτερα επιτυχημένο. Οι ελλείψεις ωστόσο έχουν συχνά σαν αποτέλεσμα να μην εκπληρώνονται όλοι οι στόχοι του προγράμματος. Για παράδειγμα, έχει εκφραστεί από την πλευρά των στελεχών ορισμένων δήμων η ανάγκη να υπάρχει κάποιο μεταφορικό μέσο ώστε να κερδίζεται πολύτιμος χρόνος και να διευκολύνεται η μετακίνησή τους στα σπίτια («Η Καθημερινή», 3/1/2015). Στις ακριτικές περιοχές που εφαρμόζεται το πρόγραμμα έχει καταγραφεί αυξημένη ανάγκη των χρηστών για πιο ολοκληρωμένη ιατρική κάλυψη την οποία αισθάνονται πως δε λαμβάνουν (Αλεξιάς, Φλάμου, 2007). Είναι επίσης γνωστές οι ανάγκες για επιπλέον προσωπικό σε βασικές ειδικότητες όπως αυτή των νοσηλευτών. Παρά τη σημασία και την διαχρονική προσφορά τους, τα προγράμματα βρίσκονται συχνά αντιμέτωπα με την αγωνία της διακοπής ή καθυστέρησης χρηματοδότησης τους αφού αυτή εγκρίνεται εκ νέου από υπουργικές αποφάσεις και

με βάση το εκάστοτε ΕΣΠΑ («Η Καθημερινή», 4/8/2017). Οι συμβάσεις των εργαζομένων ανανεώνονται, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση του «Βοήθεια στο Σπίτι» όπου οι συμβάσεις είναι ετήσιες χωρίς να επιτρέπεται η μετατροπή τους σε αορίστου χρόνου (Ν. 2190/94) παρά την πολυετή λειτουργία του προγράμματος. Πρόβλημα συνιστούν και οι ελλείψεις που παρατηρούνται σε ειδικότητες σε διάφορους δήμους καθώς έτσι οι χρήστες δεν έχουν πρόσβαση στην καθολική φροντίδα και επιβαρύνονται ιδιαίτερα οι οικείοι τους και οι υπόλοιποι εργαζόμενοι στις δομές. Ορισμένοι δήμοι, όπως για παράδειγμα ο δήμος Ιωαννίνων, εφαρμόζουν συστήματα αξιολόγησης των δομών αυτών με σκοπό τη διερεύνηση αναγκών και τον εντοπισμό προβλημάτων (ιστοσελίδα δήμου Ιωαννίνων). Οι ωφέλειες των προγραμμάτων για την τρίτη ηλικία εντοπίζονται σε πολλαπλά επίπεδα: ανακούφιση των κατώτερων οικονομικά στρωμάτων, παραμονή των ατόμων στο χώρο τους ώστε να μην ιδρυματοποιούνται, σχετική αποδέσμευση των ατόμων της οικογένειας από το ρόλο του φροντιστή, εξοικονόμηση πόρων για το ασφαλιστικό σύστημα από την καταπολέμηση του φαινομένου της πολυφαρμακίας. Το κομμάτι της ιατρικής φροντίδας όλων των ηλικιών αναλαμβάνουν τα δημοτικά ιατρεία που πραγματοποιούν ιατρικούς ελέγχους, εξετάσεις και επισκέψεις σε σχολεία. Η ίδρυση της πρώτης οργανωμένης υγειονομικής υπηρεσίας έγινε κατά το 1930 από το δήμο της Αθήνας ενώ σήμερα έχει φτάσει να διαθέτει έξι δημοτικά ιατρεία. Αντιστοίχως, οι περιοχές της Θεσσαλονίκης, Πειραιά, Αιγάλεω, Νίκαια, Ελληνικό, Παλλήνη, Ηράκλειο, Αγ. Παρασκευή, Χαλάνδρι, Χολαργός και Μαρούσι διαθέτουν δικές τους δημοτικές δομές φροντίδας οι οποίες, όπως και στην περίπτωση της Αθήνας, παρέχουν κυρίως τις πιο αναγκαίες ειδικότητες (παθολόγο, οδοντίατρο, δερματολόγο, καρδιολόγο, οφθαλμίατρο, παιδίατρο και γυναικολόγο) και βασίζονται κατά ένα σημαντικό ποσοστό στις υπηρεσίες εθελοντών ιατρών (iatronet, 18/3/2014). Διαχρονικά, τα δημοτικά ιατρεία ανταπεξήλθαν στις έκτακτες ανάγκες που προέκυψαν όπως κατά τη δεκαετία του '90 με το μεγάλο μεταναστευτικό κύμα προς την Ελλάδα καθώς και με την πρόσφατη έλευση των προσφύγων. Σε γενικές γραμμές, οι ομάδες που κάνουν χρήση των υπηρεσιών τους είναι σε μεγάλο ποσοστό άτομα ανασφάλιστα, από ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, μετανάστες και χαμηλο-συνταξιούχοι. Τα δημοτικά ιατρεία φαίνεται να λειτουργούν πιο πολύ σαν «δίκτυο προστασίας» έκτακτων αναγκών παρά σαν ολοκληρωμένο σύστημα πρώτης επαφής με τον δημότη ενώ η δράση τους είναι σχετικά αφανής αφού δε διατίθενται επίσημα στοιχεία από τις κεντρικές αρχές (ΚΕΔΕ, Υπουργείο Υγείας, Ιατρικός Σύλλογος). Η

ζήτηση των υπηρεσιών τους από την άλλη φαίνεται να είναι πολύ μεγάλη. Ενδεικτικά, το 2016 έγιναν δεκτοί στα πέντε ιατρεία του Δ. Αθήνας 48.923 άτομα και 14.881 στο νεότερο εξ αυτών ιατρείο της Κυψέλης, μέσα σε τέσσερις μήνες από την ίδρυσή του («Αθηναϊκό - Μακεδονικό Πρακτορείο Ειδήσεων», 10/10/2017). Η αυξημένη ζήτηση κατά τα χρόνια της κρίσης φαίνεται να δυσκολεύει τα ιατρεία να ανταποκριθούν πλήρως ενώ η αποδυνάμωση των δομών του Ε.Σ.Υ. έχει οδηγήσει στην δημιουργία εθελοντικών δομών, των κινηματικών κοινωνικών ιατρείων και κοινωνικών φαρμακείων με σκοπό την κάλυψη του ανασφάλιστου πληθυσμού όπως οι άνεργοι και οι μετανάστες (Τελώνη Δ., Αδάμ Σ., 2015). Οι δομές αυτές λειτουργούν ως ιδιωτικές πρωτοβουλίες με εθελοντές ή εξωτερικούς συνεργαζόμενους γιατρούς και άτομα του τομέα της υγείας και πρόνοιας σε χώρους που είτε τους νοικιάζουν, είτε τους έχουν παραχωρηθεί δωρεάν. Κάποια από τα ιατρεία επιχορηγούνται από θεσμικούς φορείς όπως ο δήμος ενώ άλλα είναι εντελώς βασισμένα στους δικούς τους πόρους που προέρχονται από δράσεις όπως η συγκέντρωση χρημάτων, φαρμάκων κα. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες προϋποθέτει την απουσία ασφάλισης που αποδεικνύεται από σχετικά έγγραφα τα οποία ζητάνε κάποια από τα ιατρεία, χωρίς ωστόσο αυτό να είναι τελείως δεσμευτικό με την έννοια ότι υπάρχει ευελιξία σε περιπτώσεις όπου κρίνεται αναγκαίο να λάβει κάποιος ιατρικές υπηρεσίες. Η δημιουργία και λειτουργία των κοινωνικών ιατρείων θεμελιώνεται στην έννοια της αλληλεγγύης και της αλληλοϋποστήριξης μεταξύ των ατόμων. Παράλληλη δράση έχουν και τα θεσμικά κοινωνικά ιατρεία που είναι δομές οι οποίες ανήκουν είτε στην τοπική αυτοδιοίκηση είτε σε κάποιο άλλο φορέα (πχ. Μ.Κ.Ο.) και στις οποίες εργάζονται αμειβόμενοι επαγγελματίες υγείας (Τελώνη Δ., Αδάμ Σ., 2015).

### **5.1 Ο Δήμος Περιστερίου και οι πρωτοβάθμιες δομές του**

Ο δήμος Περιστερίου είναι ο δεύτερος μεγαλύτερος δήμος στον νομό Αττικής, μετά τον δήμο της Αθήνας. Στα όριά του εντάσσονται από το 1970 η περιοχή της Ανθούπολης και της Κηπούπολης. Σύμφωνα με την απογραφή του 2011 από την ΕΛ.ΣΤΑΤ., στον Δήμο Περιστερίου κατοικούν μόνιμα 139.981 άτομα με το 49,0% εξ αυτών να είναι γυναίκες και το 51,0% άντρες. Οι άγαμοι δημότες ανέρχονται στους 56.687 , οι έγγαμοι στους 68.212 , οι χήροι στους 9.654 και οι διαζευγμένοι στους 5.428. Οι περισσότεροι άντρες δημότες βρίσκονται ηλικιακά μεταξύ 25 και 49 ετών ενώ οι γυναίκες μεταξύ 25 και 54. Όσον αφορά την εκπαίδευση, οι περισσότεροι

φαίνεται να είναι απόφοιτοι Λυκείου (15.838) ενώ αμέσως μετά στην πληθυσμιακή κλίμακα βρίσκονται οι απόφοιτοι Δημοτικού (13.904).

Στα πλαίσια του ρόλου ως φορέας κοινωνικής μέριμνας, όπως ορίζεται από τον Ν.3463/2006, ο Δήμος Περιστερίου διαθέτει ορισμένες δομές υγείας και φροντίδας που υπάγονται είτε εξ ολοκλήρου είτε εν μέρει σε εκείνον. Σύμφωνα με στοιχεία της ιστοσελίδας του δήμου, στο Περιστέρι λειτουργούν δομές υγείας και κοινωνικής πρόνοιας. Τα Κ.Α.Π.Η., που έχουν πλέον μετονομαστεί σε «Κέντρα Φιλίας», παρέχουν υπηρεσίες ανοιχτής φροντίδας σε άτομα άνω των 60 ετών από το 1982. Δικαίωμα εγγραφής έχουν όσοι διαμένουν μόνιμα στην περιοχή του Περιστερίου, χωρίς να τίθεται κανένα οικονομικό κριτήριο. Στο Περιστέρι λειτουργούν 8 κέντρα κατανομημένα σε διαφορετικά σημεία της περιοχής ώστε να διευκολύνεται η πρόσβαση (Ανθούπολη, Ν. Ζωή, Κέντρο, Χρυσούπολη, Μπουρνάζι, Αγ. Τριάδα, Λ. Αξιοματικών, Αγ. Ιερόθεος) και τα εγγεγραμμένα σε αυτά μέλη ανέρχονται στις 5.000. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι: ψυχο-κοινωνικές, συμβουλευτικές, ιατροφαρμακευτικές, υγειονομικές, φυσιοθεραπευτικές και οικογενειακή βοήθεια. Οι δομές προσφέρουν χώρους ψυχαγωγίας, βιβλιοθήκες εντευκτήρια ενώ παράλληλα πραγματοποιούνται δράσεις όπως εκδρομές, καλλιτεχνικές δραστηριότητες, ομιλίες, εορταστικές εκδηλώσεις, θαλάσσια μπάνια και θερινές κατασκηνώσεις. Στις μονάδες κάνουν επίσης την πρακτική τους άσκηση οι εκπαιδευόμενοι Κοινωνικοί Λειτουργοί.

Στο Δήμο Περιστερίου λειτουργεί επίσης Κέντρο Υγείας με τακτικά εξωτερικά και επείγοντα ιατρεία με τις εξής ειδικότητες: Γενικής Ιατρικής, Παθολογικό, Καρδιολογικό, Ωτορινολαρυγγολογικό, Γυναικολογικό-Μαιευτικό, Ακτινοδιαγνωστικό, Μικροβιολογικό, Οδοντιατρικό, Παιδιατρικό, Χειρουργικό, Κοινωνικής Εργασίας και Επισκεπτών Υγείας. Το Κέντρο Υγείας Περιστερίου υπάγεται στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. του Υπουργείου Υγείας και έχει ως στόχο την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης, όπως η προληπτική ιατρική, η κατ'οίκον νοσηλεία, η παρηγορητική θεραπεία, η αποκατάσταση, η αποθεραπεία και γενικότερα η προαγωγή της υγείας. Συμπληρωματικά στη δράση του λειτουργεί από το 2015 το ΚΕΠ Υγείας του δήμου το οποίο στοχεύει στη πρόληψη ορισμένων νοσημάτων όπως τα καρδιαγγειακά, τα μελανώματα, το ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής και ο καρκίνος του μαστού, του παχέος εντέρου, του προστάτη και του τραχήλου της μήτρας προτείνοντας προληπτικές εξετάσεις κατά περίπτωση. Τα ΚΕΠ Υγείας παρέχουν σε υγιείς πολίτες τη δυνατότητα να υποβάλλονται σε εξετάσεις προσυμπτωματικού

ελέγχου πριν νοσήσουν, τους ευαισθητοποιούν σε θέματα υγείας και πρόληψης και τους ενημερώνουν για τις δυνατότητες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας της περιοχής τους. Τα έξοδα των εξετάσεων καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ ενώ οι ανασφάλιστοι έχουν δικαίωμα να εξεταστούν δωρεάν.

Στο δήμο λειτουργεί από το 1998 και το Κέντρο Πρόληψης «Οδοιπορικό» σε συνεργασία με τον Ο.ΚΑ.ΝΑ. Προϋπόθεση χρήσης των υπηρεσιών είναι το να είναι κανείς δημότης Περιστερίου χωρίς να τίθενται άλλα κριτήρια. Επιβλέποντες φορείς είναι ο δήμος, η Περιφέρεια Αττικής και το Υπουργείο Υγείας. Το κέντρο πραγματοποιεί δραστηριότητες σχετικά με την πρόληψη χρήσης ουσιών και την προαγωγή της ψυχοκοινωνικής υγείας των δημοτών, ειδικότερα παρέχει: ενημέρωση για την τοξικοεξάρτηση, συμβουλευτική και στήριξη σε γονείς, έφηβους, εκπαιδευτικούς και άλλους επαγγελματίες και διεξάγει ημερίδες, σεμινάρια και έρευνες σε συνεργασία με άλλα κέντρα. Το έργο αναλαμβάνουν οι εργαζόμενοι στο κέντρο ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, κοινωνιολόγοι, εγκληματολόγοι, ψυχοθεραπευτές και ομαδικοί αναλυτές σε συνδυασμό με το διοικητικό του προσωπικό. Το κέντρο δίνει επίσης τη δυνατότητα πρακτικής άσκησης και εθελοντικής εργασίας.

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» ξεκίνησε πιλοτικά το 1998 στο δήμο Περιστερίου και επεκτάθηκε στη συνέχεια σε ολόκληρη τη χώρα. Ο στόχος του προγράμματος είναι η παροχή κατ'οίκον βοήθειας σε ηλικιωμένα άτομα και άτομα με ειδικές ανάγκες. Το πρόγραμμα παρέχει συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη, νοσηλευτική φροντίδα, οικογενειακή βοήθεια και συντροφιά. Η ομάδα ειδικών του προγράμματος αποτελείται από έναν κοινωνικό λειτουργό που αξιολογεί τα περιστατικά, εποπτεύει και έρχεται σε επαφή με εξωτερικούς φορείς, ένα νοσηλεύτη με αρμοδιότητα την κατ'οίκον μέτρηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων, τη συνταγογράφηση και την συνοδεία σε νοσοκομειακές μονάδες και τέλος, από έναν οικογενειακό βοηθό που αναλαμβάνει τις εξωτερικές και εσωτερικές δουλειές και την προσφορά συντροφιάς σε άτομα που ζούνε μόνα τους.

## **6. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

### **6.1 Επιλογή μεθόδου έρευνας**

Για την διερεύνηση των ζητημάτων που παρουσιάστηκαν παραπάνω, κρίθηκε αναγκαία η διεξαγωγή εμπειρικής έρευνας ώστε να εξεταστεί ο ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Ειδικότερα, επιλέχθηκε ως καταλληλότερη η μελέτη περίπτωσης (case study) λόγω της δυνατότητας που δίνει να μελετηθεί το φαινόμενο μέσα στον φυσικό και κοινωνικό του χώρο ενώ παράλληλα επιτρέπει τον ευέλικτο ερευνητικό σχεδιασμό που αφήνει το περιθώριο να παρθούν στην πορεία της έρευνας αποφάσεις σχετικά με το είδος και τον αριθμό των περιπτώσεων που θα χρειαστούν εν τέλει.

Πολύ βασικός λόγος είναι επίσης ότι γίνεται «περί του συγκεκριμένου» και είναι «εστιασμένη», όπως αναφέρει ο Robson (2000), δηλαδή είναι η μέθοδος που εστιάζει σε μεμονωμένες περιπτώσεις όπως οι οργανισμοί και οι θεσμοί, που μπορεί να οδηγήσει σε καθολικά συμπεράσματα για ένα φαινόμενο χωρίς όμως να είναι αποκλειστικά αυτός ο στόχος. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, η ανάγκη να δοθεί μια πιο ολοκληρωμένη και λεπτομερής εικόνα επικεντρώνοντας στις περιπτώσεις δύο εκ των υπηρεσιών του δήμου Περιστερίου οδήγησε στην επιλογή της συγκεκριμένης μεθόδου.

Τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά της μελέτης περίπτωσης είναι επίσης πως είναι «εμπειρική», διότι βασίζεται σε αποδεδειγμένα στοιχεία, δεύτερον, δύναται να κάνει χρήση διαφορετικών μεθόδων άντλησης στοιχείων, τρίτον, είναι περισσότερο μια οπτική και λιγότερο ένα μεθοδολογικό εργαλείο και τέλος, δεν ασχολείται αποκλειστικά με μία μέθοδο διερεύνησης αλλά γενικότερα με την έρευνα. Το πλαίσιο της μελέτης περίπτωσης είναι στοιχείο που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη όταν μελετά κανείς μια περίπτωση διότι αυτή δεν υφίσταται έξω από το περιβάλλον της. Μελέτη περίπτωσης μπορεί να αποτελέσει οποιοδήποτε στοιχείο ή σύνολο στοιχείων που συνθέτουν μια περίπτωση (Robson, 2000).

Η διερεύνηση εντός του πλαισίου μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε με ποιοτικό είτε με ποσοτικό τρόπο αλλά είναι απαραίτητο να προϋπάρξει ο ερευνητικός σχεδιασμός ο οποίος προετοιμάζει τη μελέτη και ενισχύσει την εγκυρότητα. Είναι επίσης αναγκαίο να έχει χωριστεί σε στάδια προκειμένου να προηγηθεί η κατάλληλη προετοιμασία. Τα στάδια αυτά, σύμφωνα με τον Robson (2000), είναι η «επισκόπηση» της μελέτης, δηλαδή τα διαθέσιμα στοιχεία, οι λόγοι διεξαγωγής της και τα θέματα που θα διερευνηθούν. Επόμενο στάδιο είναι αυτό της «διαδικασίας» όπου περιλαμβάνονται ο τρόπος και τα μέσα με τα οποία πρόκειται να αντληθούν τα στοιχεία και αυτό των «ερωτημάτων», όπου θα τεθούν τα ερευνητικά ερωτήματα και



οι πιθανές πηγές των απαντήσεων. Το τελικό στάδιο είναι η παρουσίαση της μελέτης η οποία θα πρέπει να περιλαμβάνει το πλαίσιο αναφορών, τη βάση δεδομένων και τον τρόπο άντλησης των στοιχείων από αυτήν και το ακροατήριο.

Οι μελέτες περίπτωσης χωρίζονται σε «ολιστικές» και «πολλαπλής» περίπτωσης. Οι ολιστικές μελέτες είναι εκείνες που αφορούν ένα άτομο, ή μια περίπτωση ενώ οι πολλαπλής είναι εκείνες κατά τις οποίες μπορεί είτε να γίνεται επανάληψη του πειράματος στην ίδια περιοχή της μελέτης ή σε κάποια άλλη περιοχή της, είτε να γίνεται με πολλαπλές περιπτώσεις ή πολλαπλά πειράματα που ίσως να πραγματοποιούνται με διαφορετικές ερευνητικές μεθόδους. Όσον αφορά τις περιπτώσεις όπου χρησιμοποιείται η κάθε μία μέθοδος, ο Robson αναφέρει ότι η κριτική και η ακραία περίπτωση είναι οι πιο κατάλληλες περιπτώσεις για να χρησιμοποιηθεί η ολιστική μέθοδος καθώς, στη μία περίπτωση, ο ερευνητής έχει προβλέψει τα αποτελέσματα και αποτελεί μιας μορφής επαλήθευση, ενώ στην άλλη, ο ερευνητής παίρνει σαν αντικείμενο μέτρησης την ακραία περίπτωση όπου αν επαληθευτεί η ύπαρξη του φαινομένου για αυτή, τα αποτελέσματα θα ισχύουν και για τις μη ακραίες περιπτώσεις (Robson, 2000).

## **6.2 Επιλογή δείγματος πληθυσμού της έρευνας**

Το σύνολο που επιλέγεται ως δείγμα σε μία έρευνα θα πρέπει να συνδέεται άρρηκτα με το φαινόμενο που θέλει ο ερευνητής να μελετήσει. Η σύνδεση μεταξύ των δύο ενδέχεται να υφίσταται με πολλούς τρόπους και για διαφορετικούς λόγους που μπορεί να είναι η αντιπροσωπευτικότητα, η λεπτομερής θεώρηση, ο περιστασιακός χαρακτήρας, και η σημαντικότητα-σπανιότητα των μονάδων που περιέχονται σε αυτό, χωρίς όμως να το αντιπροσωπεύουν άμεσα (Mason, 2011). Στην παρούσα έρευνα, το δείγμα προήλθε από το Δήμο Περιστερίου που λειτούργησε ως ερευνητικό πεδίο. Το κίνητρο της επιλογής των δύο μονάδων φροντίδας ως δείγμα αποτέλεσε η ανάγκη να ιδωθεί το ζήτημα της ποιότητας από τη σκοπιά των ίδιων των στελεχών, γεγονός που κατατάσσει το δείγμα στην τελευταία κατηγορία εξ αυτών που προαναφέρθηκαν.

## **6.3 Οδηγός συνέντευξης**

Προκειμένου να αντληθούν τα στοιχεία της παρούσας έρευνας, έγινε χρήση της συνέντευξης καθώς θεωρήθηκε το κατάλληλο εργαλείο ώστε να διατυπωθούν και να σκιαγραφηθούν οι απόψεις των στελεχών για τις μονάδες όπου εργάζονται, η ιστορική εξέλιξη και τα κύρια προβλήματα αυτών, η σχέση τους με τους ωφελούμενους και τους ανώτερους τους και τέλος, η επιρροή που μπορεί να θεωρούν ότι δέχτηκαν οι μονάδες από την κρίση. Για την διεξαγωγή της συνέντευξης έγινε χρήση του ημιδομημένου τύπου συνέντευξης, δηλαδή βάσει ενός συνόλου ερωτήσεων γύρω από κάποιους βασικούς άξονες που κατηύθυναν τη συζήτηση. Η χρήση της ημιδομημένης συνέντευξης κρίθηκε σκόπιμη λόγω της διάδρασης που επιτρέπει μεταξύ του συνεντευκτή και του συνεντευξιαζόμενου. Το εργαλείο αυτό χρησιμοποιείται κυρίως στα ευέλικτα ποιοτικά ερευνητικά σχέδια και δίνει τη δυνατότητα στον συνεντευξιαζόμενο να δώσει πιθανώς μια άλλη οπτική στο υπό εξέταση ζήτημα, την οποία ο συνεντευκτής μπορεί να μην είχε λάβει υπόψη του αρχικά. Επιπροσθέτως, με αυτό τον τρόπο, ο συνεντευκτής μπορεί να πάρει περαιτέρω διευκρινήσεις και να δώσει έμφαση σε πράγματα που θεωρεί σημαντικά αλλά και στους συνεντευξιαζόμενους να εστιάσουν σε όσα ίσως να θεωρούν οι ίδιοι σημαντικά (Mason, 2011). Τέλος, δίνεται η δυνατότητα να τροποποιηθεί η διατύπωση της ερώτησης και να παραλειφθούν ορισμένες ερωτήσεις ή να προστεθούν άλλες, σύμφωνα με τον ερωτώμενο και την ιδιότητά του (Robson, 2000), πράγμα το οποίο χρειάστηκε να συμβεί εξαιτίας της διαφορετικής φύσης των υπηρεσιών που προσφέρει η κάθε μονάδα.

Τα ερωτήματα της συνέντευξης βασίστηκαν σε πέντε θεματικούς άξονες:

1. Γενικά στοιχεία για τη δομή

- Από πότε λειτουργεί;
- Πού υπάγεται;
- Από πού χρηματοδοτείται;
- Ποιες είναι οι κτιριακές της εγκαταστάσεις;
- Ποιο είναι το ωράριο λειτουργίας της;
- Ποια είναι η γεωγραφική της κάλυψη;
- Ποιες είναι οι προϋποθέσεις για να λάβει κάποιος τις υπηρεσίες της;

2. Εσωτερικά ζητήματα

- Πόσοι είναι οι εργαζόμενοι;
  - Υπό ποιο εργασιακό καθεστώς δουλεύουν;
  - Υπάρχει κάποιο σύστημα καταγραφής των χρηστών;
  - Πως σχεδιάζετε τις δράσεις της δομής;
3. Η σχέση με τους χρήστες
- Ποια είναι τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των χρηστών;
  - Λαμβάνετε με κάποιο τρόπο τη γνώμη των χρηστών για τις υπηρεσίες;
  - Πώς πληροφορήθηκαν αρχικά οι χρήστες για τη δομή;
  - Με ποιο τρόπο έρχεστε σε επικοινωνία με τους χρήστες;
4. Η σχέση με εξωτερικούς παράγοντες
- Ποια είναι η σχέση της με άλλες δομές; Υπάρχει συνεργασία και αν ναι, με ποιον τρόπο;
  - Προβλέπεται εξωτερική αξιολόγηση από κάποιο φορέα;
5. Επιρροή από την κρίση
- Ποιο θεωρείτε ότι είναι το κυριότερο πρόβλημα που αντιμετωπίζει σήμερα η δομή;
  - Έχετε παρατηρήσει αυξομειώσεις ή αλλαγή της σύνθεσης των χρηστών που ζητούν τις υπηρεσίες σας;
  - Θεωρείτε ότι η δομή ανταποκρίνεται ικανοποιητικά στην συνολική ζήτηση των υπηρεσιών;
  - Έχει υποστεί η δομή μειώσεις σε ανθρώπινο δυναμικό ή υλικοτεχνικό εξοπλισμό;
  - Με ποιο τρόπο πιστεύετε ότι μπορεί να επηρεάστηκε η δομή από την οικονομική κρίση; (από το 2009 μέχρι σήμερα)

#### **6.4 Συναντήσεις με τους συνεντευξιαζόμενους**

Της συνέντευξης προηγήθηκε τηλεφωνική επικοινωνία με τις δομές ώστε να μου προταθούν οι καταλληλότεροι για το σκοπό μου συνεντευξιαζόμενοι και να κανονιστεί το ραντεβού της συνέντευξης. Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκαν πέντε συνεντεύξεις σε δύο διαφορετικές ημερομηνίες, οι δύο διεξήχθησαν στο Κέντρο Πρόληψης «Οδοιπορικό» με διάρκεια 1,5 ώρας και οι άλλες τρεις στα γραφεία του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» με διάρκεια περίπου 2,5 ωρών.

## **6.5 Χώρος λήψης συνέντευξης**

Και οι πέντε συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στα γραφεία των δομών, στην περιοχή του Περιστερίου. Τα γραφεία του «Βοήθεια στο σπίτι» συσχετίζονται με άλλες υπηρεσίες του δήμου Περιστερίου, στο κτίριο Ξυλοτεχνία. Το «Οδοιπορικό» διαθέτει δικό του κτίριο στην περιοχή Τσαλαβούτα.

## **7. ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ» ΚΑΙ ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ «ΟΔΟΙΠΟΡΙΚΟ» ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ**

### Η περίπτωση του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι»

Για την πραγματοποίηση της συνέντευξης μίλησα με τρεις εργαζόμενες του προγράμματος, ηλικίας από 35 έως 45 ετών. Η μία εξ αυτών ήταν η Υπεύθυνη του προγράμματος ενώ οι άλλες δύο εργάζονται ως Κοινωνικοί Λειτουργοί (για τις ανάγκες της ανάλυσης θα παρουσιάζονται ως Κοινωνικός Λειτουργός (α) και Κοινωνικός Λειτουργός (β)).

Το πρόγραμμα ξεκίνησε την πορεία του στο δήμο Περιστερίου με το πρώτο πακέτο το 1996 και πέντε ομάδες σε πιλοτική εφαρμογή μέσα στο Κ.Α.Π.Η. Αρμόδια στο δήμο τέθηκε η Διεύθυνση Κοινωνικής Πολιτικής που θεσπίστηκε με το πρόγραμμα Καλλικράτης. Με το δεύτερο πακέτο το 1998 οι μονάδες έφτασαν τις 100 σε όλη τη χώρα. Ενώ το 2006 ήρθε το τρίτο πακέτο, με την επέκταση των δομών στην Ανθούπολη όταν η ίδια η Υπεύθυνη κατέθεσε συνοδευτική πρόταση μέσω ΕΣΠΑ τον Σεπτέμβριο του ίδιου χρόνου. Διοικητικά το πρόγραμμα σήμερα ανήκει στην Κοινωφελή Επιχείρηση Δ.Ε.Π.Α.Δ.Π. ενώ ενδιάμεσος φορέας είναι το Ε.Ε.Τ.Α.Α. Η χρηματοδότησή του γίνεται με Εθνικούς Πόρους από το 2016.

Το ωράριο των στελεχών είναι 7.30-15.30 ενώ από τις 8.00 πραγματοποιούν τις επισκέψεις σε σπίτια σύμφωνα με το πρόγραμμα που έχουν καταρτίσει και παρέχουν υπηρεσίες Δευτέρα με Παρασκευή. Οι συμβάσεις των εργαζομένων ανανεώνονται ετησίως, είναι δηλαδή ορισμένου χρόνου, ενώ αυτή την περίοδο πρόκειται να ανανεωθούν μέχρι και το 2019 που θα παραταθεί το πρόγραμμα.

Η μετακίνησή τους στα σπίτια των ωφελουμένων γίνεται με τα πόδια ή με τα μέσα μεταφοράς με μηνιαία κάρτα απεριορίστων διαδρομών που τους παρέχεται από το πρόγραμμα ενώ στις περιπτώσεις όπου χρειάζεται η μετακίνηση με ωφελούμενο προς κάποιο νοσοκομείο, το πρόγραμμα καλύπτει και τα έξοδα της μετακίνησης με ταξί.

Η πρώτη επικοινωνία με το πρόγραμμα γίνεται συνήθως τηλεφωνικά, μέσω του ιδίου του ενδιαφερόμενου ή κάποιου συγγενικού προσώπου ή κάποιου γείτονα. Όπως εξηγεί η υπεύθυνη « *Είναι αρκετές οι περιπτώσεις που μεσολαβεί ένας γείτονας, υπάρχει ένα άτυπο δίκτυο που στο Περιστέρι τουλάχιστον, λειτουργεί ακόμα.*». Εδώ διαφαίνεται ότι η άτυπη βοήθεια από συγγενείς και γείτονες είναι ακόμα αρκετά διαδεδομένη, όπως επιβεβαιώνει και η βιβλιογραφία. Οι ενδιαφερόμενοι μαθαίνουν για το πρόγραμμα από άλλο κόσμο καθώς, λόγω της πολυετούς λειτουργίας του, είναι γνωστό στην τοπική κοινωνία. Αυτό που γίνεται αρχικά είναι ότι, αφού διαπιστωθεί η οικονομική αδυναμία του ενδιαφερόμενου και ενταχθεί στο πρόγραμμα, επισκέπτεται τον ωφελούμενο κάποιος κοινωνικός λειτουργός προκειμένου να γίνει διερεύνηση αναγκών και κανονιστούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες και το πρόγραμμα. Το πρόγραμμα διατηρεί από μόνο του βάση δεδομένων από το 2006 όπου τα στοιχεία είναι κωδικοποιημένα ώστε να τηρούνται οι όροι της προστασίας των προσωπικών δεδομένων και όπως λέει η Υπεύθυνη, με αυτό τον τρόπο δίνεται στα στελέχη η δυνατότητα να ανατρέξουν και να συλλέξουν χρήσιμες πληροφορίες ανά πάσα στιγμή. Συμπληρωματικά, γίνεται καταγραφή πλέον των καινούργιων περιστατικών και στο νεοσύστατο Κέντρο Κοινότητας ώστε να αποκτήσει ο δήμος δική του βάση δεδομένων στην οποία θα έχουν πρόσβαση και άλλες δομές.

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των στελεχών, ο συνολικός αριθμός που κάνουν χρήση των υπηρεσιών κυμαίνεται μεταξύ 150 και 300 ατόμων. Η συγκεκριμένη δομή διαθέτει 2 κοινωνικούς λειτουργούς, 2 οικογενειακούς βοηθούς και 1 νοσηλεύτη οι οποίοι επισκέπτονται τον κάθε ωφελούμενο από μία φορά τη βδομάδα συνήθως. Ως προϋποθέσεις τίθενται το να είναι κανείς μοναχικό άτομο και να βρίσκεται σε χαμηλή

εισοδηματική κλίμακα. Επίσης λαμβάνονται υπόψη τα προβλήματα υγείας και οι υπεύθυνοι αποφασίζουν κατά περίπτωση. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες είναι δωρεάν.

Ως σημαντικό πρόβλημα του προγράμματος, η Υπεύθυνη εντοπίζει την έλλειψη μεταφορικού μέσου το οποίο όπως λέει δικαιούνται, αφού υπάρχει αυτή η δυνατότητα σε άλλους δήμους που τρέχει το πρόγραμμα. Εξηγεί ότι «...υπάρχουν οχήματα του δήμου και έχουμε παρακαλέσει τόσες φορές να μας τα παραχωρήσουν αλλά τα κρατάνε για άλλες χρήσεις...χτυπάς την πόρτα του πολιτικού-προϊσταμένου και πάλι τα ίδια» Η ίδια συμπληρώνει ότι υπάρχει ανάγκη και για ένα ακόμη νοσηλευτή στο πρόγραμμα.

Ο ρόλος της Κοινωνικής Λειτουργού (α) στο πρόγραμμα είναι κατά βάση να διεκπαιρώνει όλες τις γραφειοκρατικές υποθέσεις των χρηστών πχ. συντάξεις, επιδόματα, φορολογικές υποχρεώσεις κλπ.

Ο νοσηλευτής κάνει συνταγογράφηση των αναγκαίων φαρμάκων, βοηθά τα άτομα να κάνουν μπάνιο, κάνει κατακλύσεις, μετρά το ζάχαρο και την πίεση και γενικά προσφέρει πρωτοβάθμια φροντίδα. Υπάρχει επιπλέον και μια οικογενειακή βοηθός η οποία αναλαμβάνει την καθαριότητα του σπιτιού και το μαγείρεμα. Κατά διαστήματα και ανάλογα τον δήμο, υπάρχουν και άλλες ειδικότητες όπως φυσιοθεραπευτές και γιατροί. Συνολικά στο Περιστέρι υπάρχουν: 4 κοινωνικοί λειτουργοί, 4 οικογενειακοί βοηθοί και 2 νοσηλευτές.

Συνεργασία με άλλες δομές υφίσταται, για παράδειγμα με το πρόγραμμα σε άλλους δήμους, με νοσοκομεία, με κοινωνικές υπηρεσίες. Κατά τη διάρκεια της συνομιλίας με την Κοινωνικό Λειτουργό (β) διαπιστώθηκε ότι η σχέση των στελεχών με τα άτομα που διευθύνουν το πρόγραμμα δεν είναι ιδιαίτερα εποικοδομητική καθώς όπως λέει η ίδια « Οι αποφάσεις παίρνονται από τα πάνω και επιβάλλονται προς τα κάτω και κανείς δε ρωτάει αυτούς που ξέρουν καλύτερα, τους ανθρώπους που δουλεύουν στην πρώτη γραμμή...Οι άνθρωποι που είναι σ'αυτές τις θέσεις (ενν.οι προϊστάμενοι των υπηρεσιών) είναι πολλές φορές άσχετοι με τη λειτουργία της υπηρεσίας και τις ανάγκες των ανθρώπων που βοηθά το πρόγραμμα...».

Σε συνάρτηση με τις αλλαγές που έφερε η κρίση, η Κοινωνική Λειτουργός (α) απαντά ότι « παλιά οι χαμηλοσυνταξιούχοι, φέρνανε και καμιά γυναίκα μια φορά τη βδομάδα να βοηθήσει, τώρα όχι τόσο...επίσης κάποιοι από αυτούς τρώνε από σιτίτια του δήμου που τους γράφουμε εμείς.. Γενικά λόγω της κρίσης χρειάζεται μεγαλύτερη βοήθεια κοινωνικών προγραμμάτων...Να. για να καταλάβεις τώρα, παλιά, γράφανε κάποια φάρμακα σε ιδιώτες, τώρα κοιτάνε να τα γράψουν από το ΙΚΑ για να 'ναι

δωρεά...και φυσικά έχει πέσει και η ψυχολογία τους...εμείς δεν είμαστε ψυχολόγοι αλλά προσπαθούμε να παρέχουμε κάποιου είδους υποστήριξη». Ως βασικό πρόβλημα του προγράμματος θεωρεί την έλλειψη προσωπικού που έχει ως αποτέλεσμα οι οικογενειακοί βοηθοί να πηγαίνουν μια φορά τη βδομάδα στα σπίτια, ή ακόμα και κάθε 15 μέρες. «...αν υπήρχαν και άλλοι οικογενειακοί βοηθοί μπορεί να πήγαιναν μια φορά τη βδομάδα αλλά να κάθονταν παραπάνω ώρα, να κάτσουν ένα δύωρο ας πούμε...ή να πηγαίνουν κάθε βδομάδα και όχι κάθε δεκαπενθήμερο να τους κάνουν μπάνιο και να τους πάρουν το ζάχαρο και την πίεση...δηλαδή θα ήταν η παρουσία του προγράμματος καθημερινά και εκείνοι θα ένιωθαν μεγαλύτερη ασφάλεια, μ'αυτό το σκεπτικό». Η Υπεύθυνη απάντησε σχετικά με το ερώτημα της κρίσης ότι εκτός από την αυξημένη ζήτηση, είχε ως συνέπεια την αύξηση των ψυχιατρικών περιστατικών και την αύξηση των φαινομένων ενδοοικογενειακής βίας.

Τέλος, η Κοινωνική Λειτουργός (α) θεωρεί ότι για κάποιες περιπτώσεις θα ήταν καλό να είχαν περισσότερους πόρους για να μπορούν να παρέχουν κάποια προϊόντα (πχ. απορρυπαντικά, χαρτοβάμβακες, τρόφιμα, φάρμακα) τα οποία παλιά, το πρόγραμμα τα κάλυπτε. Προκειμένου να λάβουν όσα χρειάζονται οι ωφελούμενοι, τα στελέχη προσπαθούν να παίρνουν βοήθεια και από άλλες δομές και προγράμματα όπως το Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης και τις κοινωνικές δομές του δήμου (πχ. Κοινωνικό Παντοπωλείο). Η ίδια επίσης αναγνωρίζει ότι δεν αρκούν οι 2 επισκέψεις του προσωπικού τη βδομάδα όταν υπάρχουν σοβαρές ανάγκες ωστόσο ο μεγάλος πληθυσμός του δήμου δεν επιτρέπει κάτι καλύτερο. Για το λόγο αυτό, όπως μου εξήγησε, υπάρχουν περιστατικά στα οποία βοηθούν συγγενικά πρόσωπα και το πρόγραμμα παίζει συμπληρωματικό ρόλο.

#### Η περίπτωση του Κέντρου Πρόληψης «Οδοιπορικό»

Για την πραγματοποίηση της συνέντευξης στο «Οδοιπορικό», μίλησα με δύο άτομα του κέντρου έναν Ψυχολόγο και μία Κοινωνική Λειτουργό, ηλικίας, 40 με 45 ετών.

Το Οδοιπορικό ξεκίνησε τη λειτουργία του τον Ιανουάριο του 2001 και υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας και στον Ο.ΚΑ.ΝΑ. Συνολικά υπάρχουν 75 κέντρα πρόληψης σε 50 νομούς της χώρας. Στο κέντρο Περιστερίου εργάζονται συνολικά 3 ψυχολόγοι, 2 κοινωνιολόγοι, 1 κοινωνικός λειτουργός, 1 γραμματέας ενώ αυτή την περίοδο πραγματοποιούν την πρακτική τους εκεί 3 φοιτητές Ψυχολογίας. Οι εργαζόμενοι στο κέντρο βρίσκονται εκεί υπό καθεστώς αορίστου χρόνου, σε

αντίθεση με στελέχη άλλων υπηρεσιών, όπως το «Βοήθεια στο σπίτι». Το ωράριο λειτουργίας του είναι 8.00 πμ. με 8.00 μμ. και λειτουργεί από Δευτέρα μέχρι Παρασκευή. Το κτίριο όπου στεγάζεται είναι παραχωρημένο από τον δήμο και κατέστη προσβάσιμο από ΑΜΕΑ μετά από επίμονο αίτημα επισκευής του πεζοδρομίου στον δήμο τα τελευταία χρόνια. Γεωγραφικά καλύπτει όλες τις περιοχές που υπάγονται στον δήμο Περιστερίου και χρηματοδοτείται κυρίως από τα Υπουργεία Υγείας, Εσωτερικών και με μικρή συμμετοχή, από τη Νομαρχία Αθηνών.

Οι δράσεις του κέντρου, όπως εξήγησε ο Ψυχολόγος του, χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες. *«Οι παρεμβάσεις πρόληψης χωρίζονται σε καθολικές, επικεντρωμένες σε κάποιο θέμα, πχ. μπορεί να κάνουμε μια δράση σ'ένα σχολείο ενημέρωσης και πρόληψης για το bullying, τον διαδικτυακό εθισμό... και έχουμε και το τρίτο είδος που είναι οι συμβουλευτικές παρεμβάσεις με τα άτομα και τις οικογένειές τους»*. Το κέντρο πραγματοποιεί συχνά δράσεις πρόληψης που μπορεί να είναι για παράδειγμα θεματικές μέρες για κάποιο θέμα, ημερίδες, βιωματικά σεμινάρια και ομάδες εφήβων και γονέων με παιδιά στην εφηβική ηλικία. Οι δράσεις μπορεί να έχουν ως σημείο αναφοράς την ψυχική υγεία στην κοινότητα γενικά ή σε κάποιο άλλο χώρο, για παράδειγμα την εκπαίδευση (ομάδα-στόχος μπορεί να είναι οι μαθητές αλλά και οι εκπαιδευτικοί) ή την αστυνομία (πχ. παρέμβαση «Αστυνομία της γειτονιάς», 2003)

Στην ερώτηση για τον αν διατηρούνται στατιστικά στοιχεία, τα στελέχη απαντούν: *«Ναι, κρατάμε, για δική μας χρήση πιο πολύ και φυσικά ισχύει το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων...»*. Κάποια από τα στοιχεία προωθούνται και στη διεύθυνση (Υπουργείο Υγείας) και ότι ενώ στο παρελθόν υπήρξε ειδική πλατφόρμα στις δομές για να δηλώνονται τα στοιχεία αυτά, το σύστημα αυτό εγκαταλείφθηκε από τη διοίκηση η οποία ζητούσε και πάλι τα στοιχεία εγγράφως. Όσον αφορά την επικοινωνία με τους χρήστες, οι συνεντευξιαζόμενοι δήλωσαν ότι γίνεται κυρίως μέσω τηλεφώνου ενώ οι περισσότεροι μαθαίνουν για το κέντρο μέσω άλλων φορέων που τους παραπέμπουν, μέσω γνωστών τους και συμπληρωματικά, μέσω των εκδηλώσεων που κάνουν κατά διαστήματα ή από τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (διατηρούν σελίδα στο Facebook την οποία προσπαθούν να κρατούν ενημερωμένη). Τα ραντεβού για τη συμβουλευτική υπηρεσία κλείνονται τηλεφωνικά. Κατά τη διάρκεια της πρώτης κλήσης, τα στελέχη ζητούν κάποιες βασικές πληροφορίες για τον ενδιαφερόμενο συμπληρώνοντας τα στοιχεία του σε μία ειδική φόρμα. Οι ίδιοι υποστηρίζουν ότι κάνουν ό,τι καλύτερο μπορούν για να εξυπηρετούν το συντομότερο δυνατόν όσους ζητάνε να κλείσουν ραντεβού, η ζήτηση όμως είναι



μεγάλη και το προσωπικό περιορισμένο, πράγμα το οποίο καθυστερεί κάποιες φορές το ραντεβού.

Με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των χρηστών, οι συνεντευξιαζόμενοι παρατηρούν ότι είναι γυναίκες κατά συντριπτικό ποσοστό ενώ ηλικιακά τοποθετούνται κυρίως μεταξύ 35 και 55 ετών. Επίσης δήλωσαν ότι το ίδιο το κέντρο δεν επιδιώκει να έχει σταθερή επαφή με τους χρήστες αλλά επαφίεται στη θέληση των ίδιων να επικοινωνήσουν με αυτό. Αυτό που τονίστηκε αρκετές φορές και από τους δύο ειδικούς είναι ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που επισκέπτονται το κέντρο δεν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα ουσιοεξάρτησης αλλά κυρίως οικογενειακά και προσωπικά προβλήματα. Το γεγονός αυτό ο Ψυχολόγος του κέντρου το αποδίδει *«Στο ότι ο κόσμος δεν ξέρει που να απευθυνθεί»*, γεγονός που φανερώνει ότι υπάρχει σύγχυση και έλλειψη σωστού προσανατολισμού του κόσμου. Ειπώθηκε επίσης ότι σε κάποιες περιπτώσεις παραπέμπονται στο κέντρο άτομα που δεν έχουν σχέση με τις εξαρτήσεις αλλά έχουν κάποιο άλλο πρόβλημα. Αυτό συμβαίνει διότι οι δομές ψυχικής υγείας είναι ιδιαίτερα επιβαρυνμένες και συχνά χρειάζονται βοήθεια από άλλες συναφείς.

Στο ερώτημα του αν το κέντρο αξιολογεί με κάποιον τρόπο τις υπηρεσίες που προσφέρει, η Κοινωνική Λειτουργός δήλωσε ότι γίνεται προσπάθεια να διεξάγεται μια μίνι έρευνα αξιολόγησης της ποιότητας σε διάφορες δράσεις εκτός της συμβουλευτικής. Αυτό ωστόσο, γίνεται καθαρά από δική τους πρωτοβουλία καθώς *«...η διοίκηση βγάζει απλά ένα 5ετές πρόγραμμα δράσεων χωρίς να νοιάζεται πώς και πόσα από αυτά θα γίνουν, αρκεί να γίνουν έστω κάποια.»*. Όπως υποδεικνύεται από τη βιβλιογραφία, η σχέση της δομής με τους αρμόδιους φορείς αποτελεί ενδεικτικό κριτήριο ποιότητας των υπηρεσιών. Το γεγονός ότι τα στελέχη αισθάνονται πως βρίσκονται μόνοι τους στην προσπάθεια για την καλύτερη δυνατή επίδοση της δομής δημιουργεί αισθήματα ανασφάλειας και ματαιότητας. Η σχέση με τη διοίκηση φαίνεται να μένει μόνο σε ένα γραφειοκρατικό επίπεδο, γεγονός που φάνηκε σε πολλά σημεία της συνέντευξης. Σε σχέση με άλλους εξωτερικούς φορείς, η Κοινωνική Λειτουργός του κέντρου ανέφερε αρκετά παραδείγματα συνεργασίας τους με άλλες δομές (με την Αστυνομία, τη Δευτεροβάθμια εκπαίδευση, το Πολεμικό Ναυτικό, το Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Ενηλίκων, το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Περιστερίου, τη μονάδα εφηβικής υγείας «Αγλαΐα Κυριακού», το τμήμα παιδοψυχιατρικής «Αγία Σοφία», το Πάντειο και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο).

Σχετικά με την οικονομική κρίση και το πώς επηρεάστηκε το κέντρο από αυτήν, ο Ψυχολόγος του κέντρου έχει παρατηρήσει την κατακόρυφη αύξηση πασχόντων από αγχώδεις διαταραχές. Επίσης, αυξήθηκαν τα κρούσματα διπολικής διαταραχής που εμφανίστηκαν στο κέντρο από το 2009. Η Κοινωνική Λειτουργός θεωρεί ότι το κυριότερο πρόβλημα που αντιμετωπίζει το κέντρο σήμερα είναι η έλλειψη προσωπικού. Παρότι έχουν αιτηθεί την πρόσληψη ενός ψυχολόγου εδώ και 3 χρόνια, το αίτημά τους έχει αγνοηθεί. Θεωρούν και οι δύο ότι αυτό που θα βελτίωνε σημαντικά τη δράση του κέντρου θα ήταν η αύξηση των πόρων, υλικών και ανθρώπινων. Στην ίδια ερώτηση, ο Ψυχολόγος απαντά πως «Θα βοηθούσε πολύ αν είχαμε έναν ερευνητή στο κέντρο ώστε να συλλέγονται δεδομένα και να γίνονται επικεντρωμένες παρεμβάσεις». Τα παραπάνω συνιστούν ότι η οικονομική κρίση είχε σημαντικό αντίκτυπο στη δράση του κέντρου, κατά την άποψη των στελεχών του καθώς στερείται των απαραίτητων για την ποιοτική λειτουργία του, μέσω.

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Από τη Διακήρυξη της Άλμα-Άτα το 1978 που θεμελίωσε την πρωτοβάθμια φροντίδα, τόνισε τον καθολικό της χαρακτήρα και την ανάγκη ενσωμάτωσης της στις κρατικές πολιτικές μέχρι τη σημερινή της αποδιοργάνωση, έχουν μεσολάβήσει πάνω από τριάντα χρόνια. Αντί για την περαιτέρω ανάπτυξή της, η Ευρώπη φαίνεται να παλεύει ίσα ίσα για την διατήρηση της σε αποδεκτά επίπεδα καθώς η οικονομική κρίση έχει μειώσει τα αποθεματικά ακόμα και χωρών με σταθερά ασφαλιστικά συστήματα και έχει φέρει στο προσκήνιο επιβαλλόμενες πολιτικές λιτότητας σε όλους τους τομείς και περισσότερο στην υγεία, που παραδοσιακά είχε πολύ υψηλές δαπάνες.

Για την Ελλάδα οι επιπτώσεις ήταν διπλά ισοπεδωτικές καθώς ιστορικά, στη χώρα μας δεν υπήρχε ποτέ ένα σταθερό ολοκληρωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας όπως υποδεικνύουν και οι πολυάριθμες νομοθετικές και μεταρρυθμιστικές απόπειρες. Το ίδιο το ΕΣΥ αντιμετωπίζει χρόνια προβλήματα που μέχρι τώρα είχαν να κάνουν με τη δυσκαμψία του συστήματος, την έλλειψη αποφασιστικότητας και την ύπαρξη ενός μηχανισμού που δρούσε παράλληλα ενάντια σε οποιαδήποτε βελτίωση. Σήμερα το ΕΣΥ πλήττεται από τις περικοπές των δαπανών υγείας που επιβάλλουν τα Μνημόνια και αδυνατεί να τροφοδοτήσει την οποιαδήποτε

πρωτοβάθμια δομή παρότι αυτό θα ανακούφιζε μακροπρόθεσμα τις ιδιαίτερα επιβαρυνόμενες νοσοκομειακές μονάδες. Επιπλέον, οι οικονομικά ασθενείς, ο ανασφάλιστος και άνεργος πληθυσμός, οι μετανάστες και άλλες κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες, χάνουν την πρόσβασή τους στην πρωτοβάθμια υγειονομικής φροντίδα και η παροχή των υπηρεσιών έρχεται αντιμέτωπη με ασυνέχειες και οριστικές παύσεις λόγω της περικοπής χρηματοδότησής τους θυσιάζοντας έτσι το δικαίωμα στην υγεία. Οι επιφορτισμένοι με τις επιπλέον αρμοδιότητες δήμοι εξαιτίας των ρυθμίσεων κατά τη δεκαετία του '90 αναλαμβάνουν σήμερα να προσφέρουν όσα το νοσοκομειακό σύστημα και οι δομές του αδυνατούν, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Μέσα σε αυτό το κλίμα κατάρρευσης τα άτομα στρέφονται σε άλλες δομές, είτε ιδιωτικές για όσους διαθέτουν τη δυνατότητα, είτε δημοτικές. Στην Τοπική Αυτοδιοίκηση λειτουργεί λοιπόν ένα δίκτυο πρωτοβάθμιας περίθαλψης που αποτελείται από επίσημες και ανεπίσημες δομές που βασίζονται είτε στους πόρους των δήμων είτε στα ευρωπαϊκά κονδύλια είτε στην εθελοντική πρωτοβουλία και ενίσχυση. Οι φορείς Τοπικής Αυτοδιοίκησης βρίσκονται πολύ πιο κοντά στους πολίτες με αποτέλεσμα να ακούνε πρώτοι τις φωνές και να βλέπουν ιδίως όμμασι τις πολυπληθείς ανάγκες καθιστώντας το να τις αγνοήσουν περισσότερο δύσκολο. Προσπαθούν επομένως να ανταποκριθούν με όποιο τρόπο μπορούν καλώντας σε βοήθεια τους ίδιους τους δημότες πολλές φορές και βασιζόμενοι στην ενίσχυση τους (συγκέντρωση φαρμάκων και εθελοντικών υπηρεσιών στις δημοτικές κοινωνικές υπηρεσίες).

Τα δε προγράμματα και οι δομές –προϋπάρχοντα της κρίσης και πιο πρόσφατα- που απευθύνονται στους δημότες επιδιώκουν να ανταπεξέλθουν με περιορισμένες δυνάμεις σε οικονομικούς, υλικοτεχνικούς και ανθρώπινους πόρους. Χαρακτηριστικά είναι τα αποτελέσματα της εμπειρικής έρευνας ως προς αυτό το σημείο που υποδεικνύουν ότι οι δύο δομές οι οποίες εξετάστηκαν, όχι μόνο έχουν επηρεαστεί από την κρίση αλλά αδυνατούν να προσφέρουν καλύτερες και πληρέστερες υπηρεσίες εξαιτίας αυτής, σύμφωνα με τα στελέχη τους. Από την άλλη, η ζήτηση φαίνεται να έχει αυξηθεί λόγω των κοινωνικο-οικονομικών δυσκολιών που συνδέονται κιάλας με τα αυξημένα προβλήματα υγείας. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες καθυστερεί στο «Οδοιπορικό» λόγω της έλλειψης ψυχολόγων ενώ η χρηματοδότηση του «Βοήθεια στο σπίτι» αντιμετωπίζει ασυνέχειες (ορισμένου χρόνου συμβάσεις που εκκρεμεί η ανανέωσή τους κάθε χρόνο). Η έλλειψη προσωπικού δηλώθηκε και στις

δύο περιπτώσεις από τα στελέχη ενώ στο «Βοήθεια στο σπίτι» υπάρχει και σχετική υλικοτεχνική έλλειψη (μέσο μεταφοράς). Το γεγονός αυτό συνιστά περιορισμό στις διαθέσιμες υπηρεσίες και υποβάθμιση της ποιότητάς τους. Επιπλέον φάνηκε η ανάγκη της υποβοήθησης των δομών από άλλες καθώς δε δύνανται να καλύψουν όλη τη ζήτηση, συγκεκριμένα, στο Κέντρο Πρόληψης παραπέμπονται περιστατικά από το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Περιστερίου ενώ στο «Βοήθεια στο σπίτι» τα στελέχη παίρνουν τη βοήθεια άλλων προνοιακών δομών (σισσίτια, Κοινωνικά Παντοπωλεία και Φαρμακεία).

Τέλος, σαν παρατήρηση θα μπορούσε να προστεθεί και η έλλειψη κεντρικών μηχανισμών συλλογής στοιχείων και αξιολόγησης από τους εποπτεύοντες φορείς, τα οποία θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν στην κατεύθυνση της βελτίωσης των προσφερόμενων υπηρεσιών καθώς επίσης και η λειτουργική επικοινωνία μεταξύ στελεχών και αρμόδιων που εποπτεύουν. Οι στόχοι που τίθενται είναι σημαντικό να συμβαδίζουν με την αναγκαία χρηματοδότηση και να είναι ρεαλιστικοί ώστε να μπορούν οι δομές να ανταποκρίνονται σε αυτούς.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι έχει υπάρξει αλλοίωση της ποιότητας των υπηρεσιών εξ αιτίας της κρίσης σε πολλαπλά επίπεδα η οποία έχει υποβαθμίσει τελικώς και την ανθρώπινη ζωή, τόσο των χρηστών όσο και των στελεχών και τελικώς, ολόκληρης της ελληνικής κοινωνίας.

Η συμβολή των δήμων υπό αυτές τις συνθήκες θα μπορούσε ωστόσο να είναι πολύ σημαντική. Η αποκέντρωση των βασικών υπηρεσιών όπως η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας θα απάλλαζε τα νοσοκομεία από ένα σημαντικό βάρος το οποίο έτσι και αλλιώς αδυνατούν να σηκώσουν με τη μειωμένη χρηματοδότηση, και θα έφερνε τις υπηρεσίες υγείας κοντά στον πολίτη αυξάνοντας την προσβασιμότητά του σε αυτή.

Επιπλέον, η ευθύνη των υπηρεσιών θα βρισκόταν στην αρμοδιότητα των τοπικών αρχόντων με αποτέλεσμα οι υπηρεσίες να περνούν περισσότερο από κοινωνικό έλεγχο και να υπάρχει η ευκαιρία συμμετοχής στη διαχείριση και την διαμόρφωσή τους σε επίπεδο δημοτικής κοινότητας. Οι καθημερινές ανάγκες θα εισακούγονταν περισσότερο και ο πολίτης θα ανέπτυξε μια πολύ στενή σχέση με την τοπική του κοινότητα. Οι αλλαγές που θα προωθούνται θα εφαρμόζονται συντομότερα, με λιγότερες αλλοιώσεις και μεγαλύτερη ευελιξία στην υλοποίησή τους, παρακάμπτοντας τα στενά γραφειοκρατικά πλαίσια από τα οποία περνάνε οι πολιτικές όταν εφαρμόζονται από τις κεντρικές διοικήσεις.

Τέλος, η χρηματοδότηση που θα προοριζόταν για την πρωτοβάθμια φροντίδα θα έφτανε ασφαλέστερα στις υπηρεσίες αν αποδιδόταν κατευθείαν στην Τοπική Αυτοδιοίκηση, οι δαπάνες θα ήταν περισσότερο ελεγχόμενες και η ανάγκη χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας από πόρους της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, θα έδινε στους δήμους το κίνητρο να αναπτύξουν μεθόδους αύξησης και εξορθολογισμού κατανομής των εσόδων τους όπως η αποδοτικότερη διαχείριση των πόρων, η εκμετάλλευση αναξιοποίητων μέσων, η συνεργασία με άλλους δήμους και η προώθηση της εθελοντικής πρωτοβουλίας και συνεργασίας των δημοτών με τις τοπικές αρχές για τη λειτουργία των μονάδων.

## **ΠΗΓΕΣ**

### **A' ΝΟΜΟΙ**

Νόμος 4486/2017 Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις.

Νόμος 3413/2006 Κύρωση του Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων.

Νόμος 2539/1997 Συγκρότηση της Πρωτοβάθμιας Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Νόμος 3852/2010 Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης – Πρόγραμμα Καλλικράτης.

Νόμος 2618/2012 Γνωμοδότηση βάσει του άρθρου 23 του Ν. 3959/2011.

Νόμος 4071/2012 Ρυθμίσεις για την τοπική ανάπτυξη, την αυτοδιοίκηση και την αποκεντρωμένη διοίκηση - Ενσωμάτωση Οδηγίας 2009/50/EK.

Νόμος 4238/2014 Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις.

Νόμος 3235/2014 Γενικές Διατάξεις για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

### **B' ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ**

Ο Ευρωπαϊκός Ορισμός της Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής, WONCA, 2002 <https://www.google.gr/url?>

[sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewjdm6ma7pLYAhUjJ8AKHepBDDUQFggoMAA&url=http%3A%2F%2Fm.kondilis-doc.gr%2Fupload%2F87971\\_ORISMOS%2520GENIKIS%2520OIKOGENEIAKIS%2520IATRIS.pdf&usg=AOvVaw2qPf85x\\_VIIC-FjPcG9tXP](http://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewjdm6ma7pLYAhUjJ8AKHepBDDUQFggoMAA&url=http%3A%2F%2Fm.kondilis-doc.gr%2Fupload%2F87971_ORISMOS%2520GENIKIS%2520OIKOGENEIAKIS%2520IATRIS.pdf&usg=AOvVaw2qPf85x_VIIC-FjPcG9tXP) (τελευταία πρόσβαση 12/1/2018).

Building Primary Care in a changing Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, τεύχος 38, 2015

[https://www.google.gr/url?](https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewj8kcir7pLYAhVrAsAKHS9BBkUQFggoMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.euro.who.int%2F_data%2Fassets%2Fpdf_file%2F0018%2F271170%2FBuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf&usg=AOvVaw25NFp88K17gk5SrYIrbquN)

[sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewj8kcir7pLYAhVrAsAKHS9BBkUQFggoMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.euro.who.int%2F\\_data%2Fassets%2Fpdf\\_file%2F0018%2F271170%2FBuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf&usg=AOvVaw25NFp88K17gk5SrYIrbquN](https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewj8kcir7pLYAhVrAsAKHS9BBkUQFggoMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.euro.who.int%2F_data%2Fassets%2Fpdf_file%2F0018%2F271170%2FBuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf&usg=AOvVaw25NFp88K17gk5SrYIrbquN) (τελευταία πρόσβαση 12/1/2018).

Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, τεύχος 41, 2015

<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/economic-crisis,-health-systems-and-health-in-europe-impact-and-implications-for-policy-policy-summary-2015> (τελευταία πρόσβαση 12/1/2018).

Primary Care Evaluation Tools, WHO, 2010

[https://www.google.gr/url?](https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewj4xaS17pLYAhULJMAKHcZjCJoQFgg3MAI&url=http%3A%2F%2Fwww.euro.who.int%2F_data%2Fassets%2Fpdf_file%2F0004%2F107851%2FPrimaryCareEvalTool.pdf&usg=AOvVaw0ukXWYY1mdSpy13RXky9qN)

[sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewj4xaS17pLYAhULJMAKHcZjCJoQFgg3MAI&url=http%3A%2F%2Fwww.euro.who.int%2F\\_data%2Fassets%2Fpdf\\_file%2F0004%2F107851%2FPrimaryCareEvalTool.pdf&usg=AOvVaw0ukXWYY1mdSpy13RXky9qN](https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewj4xaS17pLYAhULJMAKHcZjCJoQFgg3MAI&url=http%3A%2F%2Fwww.euro.who.int%2F_data%2Fassets%2Fpdf_file%2F0004%2F107851%2FPrimaryCareEvalTool.pdf&usg=AOvVaw0ukXWYY1mdSpy13RXky9qN) (τελευταία πρόσβαση 12/1/2018).

The origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care, American Journal of Public Health, 2004

[https://www.google.gr/url?](https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewj9hvfP7pLYAhUJD8AKHdlGCKsQFgg1MAE&url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fglobal_health_histories%2Fseminars%2Fpresentation02.pdf&usg=AOvVaw0rMJZ_Of8xmlLOCHW7ApgR)

[sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewj9hvfP7pLYAhUJD8AKHdlGCKsQFgg1MAE&url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fglobal\\_health\\_histories%2Fseminars%2Fpresentation02.pdf&usg=AOvVaw0rMJZ\\_Of8xmlLOCHW7ApgR](https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewj9hvfP7pLYAhUJD8AKHdlGCKsQFgg1MAE&url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fglobal_health_histories%2Fseminars%2Fpresentation02.pdf&usg=AOvVaw0rMJZ_Of8xmlLOCHW7ApgR) (τελευταία πρόσβαση 12/1/2018).

Declaration of Alma-Ata, WHO, 1978

[https://www.google.gr/url?](https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewjrwNba7pLYAhUqAcAKHf00B_EQFgggoMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fpublications%2Falmaata_declaration_en.pdf&usg=AOvVaw1hOLGsN8QGBZGKh1o02pjj)

[sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewjrwNba7pLYAhUqAcAKHf00B\\_EQFgggoMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fpublications%2Falmaata\\_declaration\\_en.pdf&usg=AOvVaw1hOLGsN8QGBZGKh1o02pjj](https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewjrwNba7pLYAhUqAcAKHf00B_EQFgggoMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fpublications%2Falmaata_declaration_en.pdf&usg=AOvVaw1hOLGsN8QGBZGKh1o02pjj) (τελευταία πρόσβαση 12/1/2018).

Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα, Θ. Αδαμακίδου, Α. Καλοκαιρινού- Αναγνωστοπούλου, 2008  
[https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjMqeHj7pLYAhXKCsAKHRkFBMsQFggoMAA&url=http%3A%2F%2Fhjn.gr%2Fwp-content%2Fuploads%2F2014%2F10%2Fget\\_pdf-265.pdf&usg=AOvVaw0onqo6LwfscbHbECkOunk5](https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjMqeHj7pLYAhXKCsAKHRkFBMsQFggoMAA&url=http%3A%2F%2Fhjn.gr%2Fwp-content%2Fuploads%2F2014%2F10%2Fget_pdf-265.pdf&usg=AOvVaw0onqo6LwfscbHbECkOunk5) (τελευταία πρόσβαση 12/1/2018).

Economic crisis, health systems and health in Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, τεύχος 41, 2015  
[https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiQ07Ps7pLYAhUnDMAKHeoiDTwQFggyMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.euro.who.int%2F\\_data%2Fassets%2Fpdf\\_file%2F0010%2F279820%2FWeb-economic-crisis-health-systems-and-health-web.pdf%3Fua%3D1&usg=AOvVaw01MemeXqXTmYhp-G1w7MRa](https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiQ07Ps7pLYAhUnDMAKHeoiDTwQFggyMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.euro.who.int%2F_data%2Fassets%2Fpdf_file%2F0010%2F279820%2FWeb-economic-crisis-health-systems-and-health-web.pdf%3Fua%3D1&usg=AOvVaw01MemeXqXTmYhp-G1w7MRa) (τελευταία πρόσβαση 12/1/2018).

Health at a Glance: Europe 2016, State of health in the EU cycle, OECD/EU, 2016  
<https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiF5b6bmtLYAhWJDZoKHcJFDYAQFggwMAE&url=https%3A%2F%2Fwww.oecd.org%2Fels%2Fhealth-systems%2FHealth-at-a-Glance-Europe-2016-CHARTSET.pdf&usg=AOvVaw0Xrr1VWPaGxxTS-vmRX4zr> (τελευταία πρόσβαση 12/1/2018).

The impact of the financial crisis on health system and health in Greece, WHO, European Observatory on Health Systems and Policies, 2014  
[https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi4ymZ39HYAhWqF5oKHXoHBUsQFggoMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.euro.who.int%2F\\_data%2Fassets%2Fpdf\\_file%2F0007%2F266380%2FThe-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf&usg=AOvVaw3E7ujHP1NIy15iu5S2V2jn](https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi4ymZ39HYAhWqF5oKHXoHBUsQFggoMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.euro.who.int%2F_data%2Fassets%2Fpdf_file%2F0007%2F266380%2FThe-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf&usg=AOvVaw3E7ujHP1NIy15iu5S2V2jn) (τελευταία πρόσβαση 12/1/2018).

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Η επαγγελία της αδύνατης μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, Π. Χριστοδούλου, 2006  
[https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiRjIH57pLYAhVDL8AKHb3ECNcQFggoMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.alterthess.gr%2Fcontent%2Fprotovathmia-frontida-ygeias-i-epaggelia-tis-ady-natis-metarrythmisis-stin-ellada&usg=AOvVaw14Gdk\\_Wxk6MeI3RGKQRijS](https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiRjIH57pLYAhVDL8AKHb3ECNcQFggoMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.alterthess.gr%2Fcontent%2Fprotovathmia-frontida-ygeias-i-epaggelia-tis-ady-natis-metarrythmisis-stin-ellada&usg=AOvVaw14Gdk_Wxk6MeI3RGKQRijS) (τελευταία πρόσβαση 12/1/2018).

Belgium healthcare system

[http://www.coopami.org/en/countries/countries/south\\_korea/projects/2013/pdf/2013112602.pdf](http://www.coopami.org/en/countries/countries/south_korea/projects/2013/pdf/2013112602.pdf) (τελευταία πρόσβαση 12/1/2018).

Estonia healthcare system

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0018/231516/HiT-Estonia.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/231516/HiT-Estonia.pdf?ua=1) (τελευταία πρόσβαση 12/1/2018).

France healthcare system

<http://international.commonwealthfund.org/countries/france/> (τελευταία πρόσβαση 12/1/2018).

Portugal healthcare system

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0019/150463/e95712.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/150463/e95712.pdf) (τελευταία πρόσβαση 12/1/2018).

Ireland healthcare system

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/260088/Health-system-responses-to-financial-pressures-in-Ireland.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/260088/Health-system-responses-to-financial-pressures-in-Ireland.pdf) (τελευταία πρόσβαση 12/1/2018).

Lithuania healthcare system

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/95127/E69920.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/95127/E69920.pdf) (τελευταία πρόσβαση 12/1/2018).

ΕΣΠΑ 2014-2010

<https://www.espa.gr/el/Pages/default.aspx> (τελευταία πρόσβαση 12/1/2018).

Έως το 2019 το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»- Η Καθημερινή 4/8/2017

<http://www.kathimerini.gr/921428/article/epikairothta/ellada/ews-to-2019-to-programma-voh8eia-sto-spiti> (τελευταία πρόσβαση 12/1/2018).

Τα κοινωνικά ιατρεία αναζητούν ταυτότητα- «Η Καθημερινή» 4/1/ 2015

<http://www.kathimerini.gr/798183/article/epikairothta/ellada/ta-koinwnika-iatreia-anazhtoy-n-taytothta> (τελευταία πρόσβαση 12/1/2018).



Ιατρεία Ολικής Προσέγγισης στο Δήμο Αθηναίων- «Αθηναϊκό-Μακεδονικό Πρακτορείο Ειδήσεων»

[www.amna.gr/](http://www.amna.gr/) (τελευταία πρόσβαση 12/1/2018).

Μειώνονται οι δημόσιες δαπάνες υγείας- «Η Καθημερινή» 18/3/2017

<http://www.kathimerini.gr/901165/article/epikairothta/ellada/meiwnontai-oi-dhmosies-dapanes-ygeias> (τελευταία πρόσβαση 12/1/2018).

Δημοτικά Ιατρεία: Δωρεάν... υγεία για όλους- iatronet, 18/3/2014

<http://www.iatronet.gr/eidiseis-nea/perithalpsi-asfalisi/news/26144/dimotika-iatreia-dwrean-ygeia-gia-oloys.html> (τελευταία πρόσβαση 12/1/2018).

Δώδεκα χρόνια «Βοήθεια στο σπίτι»- «Η Καθημερινή» 3/1/2015

<http://www.kathimerini.gr/798062/article/epikairothta/ellada/dwdeka-xronia-vohθεια-sto-spiti> (τελευταία πρόσβαση 12/1/2018).

Αξιολόγηση της κοινωνικής και ψυχο-συναισθηματικής υποστήριξης των ηλικιωμένων με προβλήματα υγείας, κοινωνικής απομόνωσης και αποκλεισμού Η περίπτωση του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι»- Αλεξιάς, Γ., Φλάμου, Α.- Ερευνητική Εργασία

<https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewiY6o7OmNLYAhWKA5oKHcQNAFMQFgg3MAI&url=http%3A%2F%2Fwww.mednet.gr%2Farchives%2F2007-sup%2Fpdf%2F37.pdf&usq=AOvVaw0IE9RJUqg8sfo43GcDE17F> (τελευταία πρόσβαση 12/1/2018).

[www.europarl.europa.eu/portal/el](http://www.europarl.europa.eu/portal/el)

[www.eurostat.com](http://www.eurostat.com)

[www.statistics.gr](http://www.statistics.gr)

[www.peristeri.gr](http://www.peristeri.gr)

[www.okpapa.gr](http://www.okpapa.gr)

[www.50plus.gr](http://www.50plus.gr)

[www.idika.gr](http://www.idika.gr)

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Αλετράς, Β., Ματσαγγάνης, Μ., Νιάκας, Δ. (2002). Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας, Τόμος Α. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Βλάχου, Μ., Οικονόμου, Θ., Φλωρίνης, Δ. (2008). Θέματα Κοινωνικής Πολιτικής και Πεδία Εφαρμογής. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Δημουλάς, Κ., Οικονόμου, Χ. (2012). Βασικές αντιλήψεις, μοντέλα και μετασχηματισμοί του Κράτους Πρόνοιας με έμφαση στα Συστήματα Υγείας. Αθήνα: ΙΝΕ/ΓΣΣΕΕ.

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. (2001). Συστήματα Υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Κυριόπουλος, Γ., Γεωργούση, Ε., Μαργαριτίδου, Β., Συμεωνίδου, Χ. (1995). Υγεία Κοινωνική Προστασία και Οικογένεια. Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας.

Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Σουλιώτης, Κ., Τσάκος, Γ. (επιμ.) (2003). Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο.

Κυριόπουλος, Γ., Φιλαλήθης, Τ. (1996). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα. Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο και Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας.

Οικονόμου, Χ. (2004). Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες. Αθήνα: Εκδόσεις Διόνικος.

Τελώνη, Δ., Αδάμ, Σ. (2015). Κοινωνικά ιατρεία στην Ελλάδα της κρίσης: Η εμπειρία της παροχής υπηρεσιών υγείας όταν το Εθνικό Σύστημα Υγείας υποχωρεί (Μελέτες τεύχος 44). Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας Γ.Σ.Ε.Ε.

Babones, S. (2009) *Social Inequality and Public Health*. Bristol: The Policy Press-University of Bristol.

Esping-Andersen, G. (1990). *The Three worlds of Welfare Capitalism*. New Jersey: Princeton University Press.

Navarro, V., Muntaner, C. (2014). *The Financial and Economic Crises and their Impact on Health and Social Well-Being*. New York: Baywood Publishing Company, Inc.

Mason, J. (2011). *Η διεξαγωγή της ποιοτικής έρευνας*. Αθήνα: Πεδίο.

Robson, C. (2000). *Η Έρευνα του πραγματικού κόσμου*. Αθήνα: Gutenberg.

Sheaff, R. (1996). *The Need for Healthcare*. London: Routledge.