

**ΥΠΟΕΡΓΟ: ΥΠΟΕΡΓΟ 3 «ΔΡΑΣΕΙΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΕΠΙΜΟΡΦΩΤΙΚΩΝ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ»**

της Πράξης «ΔΡΑΣΕΙΣ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ 2014-2018»

κωδ. ΟΠΣ 5000245

ΤΙΤΛΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ:

**«Βασικές Αρχές οργάνωσης και Λειτουργίας της Πρωτοβάθμιας
Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ)»**

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ

Κωδικός εκπαιδευτικού υλικού: 642

Κωδικός Πιστοποίησης προγράμματος:



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Ταμείο Ανάπτυξης
και Επένδυσης

Ε.Π.
**ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΔΗΜΟΣΙΟΥ
ΤΟΜΕΑ**



ΕΣΠΑ
2014-2020
ανάπτυξη - εργασία - αλληλεγγύη

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

**ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕ ΤΙΤΛΟ
«Βασικές Αρχές Οργάνωσης και Λειτουργίας της Πρωτοβάθμιας
Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ)»**

ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ

Δημήτριος Απίστουλας, Υπεύθυνος/η Σπουδών και Έρευνας Ε.Κ.Δ.Δ.Α.

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

Αντώνιος Κουφάκης, Αναπληρωτής Διοικητής στο Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων
Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία».

Δρ. Σπυριδούλα-Διονυσία Διαμαντάτου, Εμπειρογνώμονας στα Οικονομικά της Υγείας.

Πέτρος Σούλης, Τεχνολόγος Ακτινολόγος, Υπεύθυνος Ακτινοδιαγνωστικού
Εργαστηρίου του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων».

Χριστίνα Τζώρτζη, Προϊσταμένη Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του
Υπουργείου Υγείας.

ΑΘΗΝΑ, ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2018



Ε.Π.
**ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΔΗΜΟΣΙΟΥ
ΤΟΜΕΑ**



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Περιεχόμενα

1Η ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	6
1.1 Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ.....	6
1.2 Η ΑΝΑΔΕΙΞΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	6
1.3 ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ	9
1.4 ΔΙΑΣΥΝΟΡΙΑΚΗ ΥΓΕΙΑ (ΟΔΗΓΙΑ 24/2011)	10
1.5 Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑΣ	10
1.6 Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΒΡΕΤΑΝΙΑΣ.....	12
1.7 Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΓΕΡΜΑΝΙΑΣ	16
1.8 Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΥΣΤΡΙΑΣ	18
1.9 Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΓΑΛΛΙΑΣ	20
1.10 Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΣΟΥΗΔΙΑΣ	22
2Η ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΠΦΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	27
2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	27
2.2 Η ΚΑΘΙΕΡΩΣΗ & Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΣΥ) (1983 – 2000).	29
2.2.1 Το ΝΔ 2592/1953 «Περί Οργανώσεως της Ιατρικής Αντιλήψεως».	29
2.2.2 Ο ν. 1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας».....	29
2.2.3 Ο ν. 2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας».	32
2.2.4 Ο ν. 2194/1994 «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις».	32
2.2.5 Ο ν. 2345/1995 «Άδεια λειτουργίας φορέων κοινωνικής πρόνοιας κλπ διατάξεις».	32
2.2.6 Ο ν.2519/1997 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις».	33
2.3 Η ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΟΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ, ΩΣ ΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΑ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ (2001 – 2011).	33
2.3.1 Ο ν.2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις».....	33
2.3.2 Ο ν. 3235/2004 «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας».	34
2.3.3 Ο ν.3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις».	36
2.3.4 Ο ν.3527/2007 «Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευομένων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις».	36
2.4 Η ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ (2011-2016)..	37
2.4.1 Ο ν.3918/2011 «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις».	37
2.4.2 Ο ν.4025/2011 «Ανασυγκρότηση Φορέων Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρα Αποκατάστασης, αναδιάρθρωση ΕΣΥ και άλλες διατάξεις» (άρθρο 26 - Θέματα Κέντρων Υγείας).	38
2.4.3 Ο ν.4058/2012 «Παροχή υπηρεσιών ασφαλείας από ένοπλους φρουρούς σε εμπορικά πλοία και άλλες διατάξεις» (άρθρο 41 - Ρυθμίσεις θεμάτων Νοσοκομείων ΕΣΥ, Κέντρων Υγείας και ΟΚΑΝΑ).	39

2.4.4	Ο ν. 4238/2014 «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις».....	39
2.4.5	Ο ν. 4272/2014 «Προσαρμογή στο εθνικό δίκαιο της Εκτελεστικής Οδηγίας 2012/25/ΕΕ της Επιτροπής... και λοιπές διατάξεις».....	40
2.4.6	Ο ν. 4368/2016 «Μέτρα επιτάχυνσης του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις».....	41
2.5	ΕΝΙΑΙΟΠΟΙΗΣΗ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΟΜΩΝ ΠΦΥ & Η ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ (2017-2018). 41	
2.5.1	Ο ν. 4461/2017 «Μεταρρύθμιση της Διοικητικής Οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, Κέντρα Εμπειρογνωμοσύνης σπανίων και πολύπλοκων νοσημάτων, τροποποίηση συνταξιοδοτικών ρυθμίσεων του ν. 4387/2016 και άλλες διατάξεις».	41
2.5.2	Ο ν. 4486/2017 «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις».	42
2.6	ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ	49
2.6.1	Διαχρονική επισκόπηση του θεσμικού πλαισίου, ως προς την οργάνωση του συστήματος της ΠΦΥ και τη διοικητική υπαγωγή των ΚΥ.....	49
2.6.2	Διαχρονική επισκόπηση του θεσμικού πλαισίου, ως προς τον οικ. ιατρό και τον ηλεκτρονικό φάκελο 51	
2.6.3	Συμπεράσματα.....	52
3	3Η ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΦΥ	56
3.1	ΕΙΣΑΓΩΓΗ	56
3.2	ΣΥΝΘΕΣΗ ΟΜΑΔΑΣ ΠΦΥ	57
3.2.1	Ο ρόλος του γενικού ιατρού στην ομάδα υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	57
3.2.2	Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ομάδα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	58
3.2.3	Ο επισκέπτης υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	61
3.2.4	Ρόλοι του κοινωνικού λειτουργού στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	66
3.3	ΔΙΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	68
3.3.1	Επικοινωνία.....	69
3.3.2	Μέτρα για την αποτελεσματική επικοινωνία	72
3.3.3	Συγκρούσεις	73
3.4	ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΜΕ ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	77
4	4Η ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ, ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΠΦΥ.....	86
4.1	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ, ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΔΡΑΣΕΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ, ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ.	86
4.1.1	Οργάνωση της διαδικασίας του σχεδιασμού	86
4.1.2	Εκτίμηση της κατάστασης.....	90
4.1.3	Ορισμός σκοπού, στόχων και ομάδας-στόχου και λοιπών βασικών εννοιών.....	91
4.1.4	Επιλογή στρατηγικής, δράσεων και διαχείρισης πόρων.....	94
4.1.5	Επιλογή και εφαρμογή δεικτών.....	95
4.1.6	Επανεκτίμηση του σχεδιασμού και αξιολόγηση.....	96
4.2	ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΔΟΜΕΣ.	99
4.2.1	Ολοκληρωμένη Φροντίδα Υγείας.....	99
4.2.2	Χαρτογράφηση Δομών.....	101
4.2.3	Διασύνδεση.....	103
4.3	ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ.	103

4.3.1	Όροι αξιολόγησης.....	103
4.3.2	Κριτήρια και Δείκτες Αξιολόγησης	105
4.3.3	Παροχή Φροντίδας Υγείας.....	105
4.3.4	Ασφάλεια Ασθενών.....	107
4.3.5	Ανθρώπινο Δυναμικό	108
4.3.6	Διαχείριση Συστήματος και Μηχανισμός Αξιολόγησης	109
4.4	ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.	110
4.4.1	Το ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα στην ΠΦΥ	110
4.4.2	Ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας στις χώρες τη Ε.Ε.....	111
4.4.3	Ανάλυση SWOT του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας.....	117
5Η ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: ΠΡΟΣΟΜΟΙΩΣΗ ΣΕ ΥΠΟΘΕΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΠΦΥ		124
5.1	ΠΡΟΣΟΜΟΙΩΣΗ, CASE STUDY ΚΑΙ ROLE PLAYING	124
5.1.1	Μελέτη περίπτωσης	125
5.1.2	Παιχνίδι ρόλων	125
5.1.3	Προσομοίωση	125
5.2	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΝΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΔΡΑΣΗΣ (ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ).....	126
5.2.1	Οργάνωση της διαδικασίας του σχεδιασμού	126
5.2.2	Εκτίμηση της κατάστασης.....	127
5.2.3	Ορισμός σκοπού, στόχων και ομάδας-στόχου	127
5.2.4	Επιλογή στρατηγικής, δράσεων και διαχείρισης πόρων.....	128
5.2.5	Επιλογή και εφαρμογή δεικτών.....	129
5.2.6	Επανεκτίμηση του σχεδιασμού.....	129
5.3	ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗΣ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΔΟΜΕΣ.....	130
5.4	Η ΠΟΡΕΙΑ ΕΝΟΣ ΛΗΠΤΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΕΣΥ-Ο ΡΟΛΟΣ ΜΙΑΣ ΔΟΜΗΣ ΠΦΥ	134

1η ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ:

Διεθνής Εμπειρία και Ευρωπαϊκό Πλαίσιο Οργάνωσης και Λειτουργίας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

1.1 Η ανάπτυξη του Κοινωνικού Κράτους

Μετά το τέλος του 2^{ου} Παγκοσμίου πολέμου επικράτησε η αντίληψη ότι η πολιτεία έχει την υποχρέωση να παρέμβει με οργανωμένους μηχανισμούς κοινωνικής προστασίας για την αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων που προκαλούνται από ασθένεια, φτώχεια, ανεργία. Στη βάση αυτή το κοινωνικό κράτος επεκτάθηκε και αναπτύχθηκε με σύνθετες μορφές κρατικής παρέμβασης και παράλληλα κατοχυρώθηκαν θεσμικά τα αντίστοιχα κοινωνικά δικαιώματα. Η πολιτική υγείας συνιστά βασικό τομέα της κοινωνικής πολιτικής.

Το ίδιο διάστημα ιδρύθηκαν σημαντικοί νέοι υπερεθνικοί θεσμοί μεταξύ των οποίων και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) που αποτελεί εξειδικευμένη υπηρεσία του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) και ασχολείται με τη διεθνή δημόσια υγεία. Στόχος του οργανισμού «είναι η επίτευξη από όλους τους ανθρώπους του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας». Σκοπός του είναι η απόκτηση του ανώτερου δυνατού επιπέδου Υγείας σε όλους τους λαούς της Γης. Υπέρ αυτού του σκοπού προσφέρει υπηρεσίες σε παγκόσμια κλίμακα σε κάθε κράτος, ενθαρρύνει ιατρικές έρευνες, χορηγώντας υποτροφίες, οργανώνει εργαστήρια και πλήθος εκθέσεων και σεμιναρίων για την διασφάλιση της υγείας.

Από την ίδρυσή του έχει διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των μεταδοτικών ασθενειών, τον περιορισμό των επιπτώσεων των μη μεταδοτικών ασθενειών, τη σεξουαλική υγεία και τη αναπαραγωγή, την υγιεινή διατροφή και την ασφάλεια των τροφίμων.

Ο **ορισμός της Υγείας** που υιοθετήθηκε από τη Διεθνή Διάσκεψη για την Υγεία (Νέα Υόρκη, 19-22 Ιουνίου 1946) περιλαμβάνεται στον πρόλογο του καταστατικού του και έχει επικρατήσει μέχρι σήμερα ορίζοντας πως: «Υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία νόσου ή αναπηρίας.» ("Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.")

1.2 Η ανάδειξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Στις αρχές της δεκαετίας του 70 η έννοια της υγείας είχε ταυτιστεί με την ιατρική φροντίδα. Η ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης και η κυριαρχία της Νοσοκομειακής

ιατρικής σε συνδυασμό με την έκρηξη της τεχνολογίας (που πλέον αποτελούσε αναγκαία προϋπόθεση κάθε υγειονομικής δραστηριότητας) οδήγησαν σε έντονο προβληματισμό αναφορικά με το μέλλον και την αναμόρφωση του υγειονομικού συστήματος. Η πετρελαϊκή κρίση του 1973 και στη συνέχεια η χρηματοδοτική και πιστωτική κρίση που ακολούθησε, είχαν τεράστιο αντίκτυπο σε όλο τον κόσμο.

Επιπρόσθετα το σύστημα υγείας είχε:

A. Αυξανόμενο κόστος που λόγω της οικονομικής κρίσης θέτει σε κίνδυνο την έννοια του κοινωνικού κράτους που είχε οικοδομηθεί μετά το Β Παγκόσμιο πόλεμο

B. Αδυναμία να βελτιώσει περαιτέρω τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας

Γ. Αδυναμία ουσιαστικής εξάλειψης των υγειονομικών ανισοτήτων

Δ. Εξελιχτεί σε νοσοκομειοκεντρικό ιατροκεντρικό και απρόσωπο

Ε. Έντονη τάση υπερεξειδίκευσης της ιατρικής

Απέναντι σ αυτή τη λειτουργική κρίση του ιατροκεντρικού και νοσοκομειακού συστήματος υπηρεσιών υγείας αναδύθηκε ως εναλλακτική ρεαλιστική λύση η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η ΠΦΥ συνδέθηκε με την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα που αποτελούν πλέον έννοιες αναγκαίες τόσο στις ανεπτυγμένες οικονομίες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Η διεθνής αναγνώρισή της, ως η απαραίτητη και ρεαλιστική δομή για τον επανασχεδιασμό και την αναβάθμιση των συστημάτων υγείας, επικυρώνεται το 1978, με τη διακήρυξη της Συνδιάσκεψης του ΠΟΥ στην Alma Ata.

Η Διακήρυξη υιοθετήθηκε από το σύνολο των κρατών-μελών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), αποτελεί σταθμό στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας αφού συνεπαγόταν την καταπολέμηση των ανισοτήτων στην υγεία, την ικανοποίηση των αναγκών υγείας μέσω της πρόληψης, της θεραπείας και της αποκατάστασης, την οριζόντια και ολοκληρωμένη οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, καθώς και τη συμμετοχή της κοινότητας στη λήψη των αποφάσεων για την υγεία.

Η Διακήρυξη διατυπώνει έναν πλήρη ορισμό για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Ως ΠΦΥ ορίζεται «Η βασική περίθαλψη που βασίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες προσβάσιμες απ όλα τα άτομα και τις οικογένειες της κοινότητας, σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να καλύψουν. Η ΠΦΥ συνιστά αναπόσπαστο κομμάτι του συστήματος υγείας της χώρας, στο οποίο επιτελεί κεντρικό ρόλο, αποτελώντας ταυτόχρονα και τον πυρήνα της γενικότερης κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Η ΠΦΥ είναι το πρώτο επίπεδο επαφής των πολιτών με το σύστημα υγείας,

παρέχοντας την πρωτοβάθμια περίθαλψη όσο εγγύτερα γίνεται , εκεί όπου τα άτομα ζουν και εργάζονται και αποτελώντας την απαρχή μιας συνεχούς διαδικασίας περίθαλψης και φροντίδας υγείας»

Ουσιαστικά ο ορισμός (α) αναγνωρίζει την υγεία ως θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, (β) καταδεικνύει ως πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά μη αποδεκτές τις ανισότητες στο επίπεδο της υγείας, (γ) αξιολογεί την προαγωγή και την προστασία της υγείας ως βασική προϋπόθεση κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης, (δ) καθιερώνει το σχεδιασμό και την πραγμάτωση της φροντίδας υγείας ως ατομικό και συλλογικό δικαίωμα και καθήκον, (ε) αναδεικνύει την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως το μέσο για τη βελτίωση της υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο στο πνεύμα της κοινωνικής δικαιοσύνης και (στ) προσδιορίζει την πρωτοβάθμια φροντίδα ως αναπόσπαστο μέρος και ως κεντρική λειτουργία του υγειονομικού συστήματος, και ακόμη ως το πρώτο επίπεδο προσέγγισης του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας σε αυτό.

Οι νέες αντιλήψεις δίνουν περισσότερο κοινωνικό περιεχόμενο στην υγεία και τονίζουν ότι η αρρώστια δεν είναι αποκλειστικά βιολογικό φαινόμενο μα έχει κοινωνική βάση. Η σύγχρονη προσέγγιση της υγείας έχει πολυπαραγοντικό χαρακτήρα, μια και πιστεύει πως επηρεάζεται καθοριστικά από το βιολογικό υπόστρωμα μα κύρια από το περιβάλλον τόσο το φυσικό όσο από το κοινωνικό, το πολιτιστικό κλπ. Η ιατρική φροντίδα είναι μεν αναπόσπαστο τμήμα των υπηρεσιών υγείας μα όχι το σύνολό τους.

Η ΠΦΥ ανεξαρτήτως των ιδιαιτεροτήτων κάθε χώρας που αναπτύσσεται και λειτουργεί βασίζεται στις παρακάτω αρχές:

- Να είναι προσβάσιμη, δηλαδή να μην υπάρχουν εμπόδια στη χρήση των υπηρεσιών της
- Να είναι συνεχής, να μην παρέχεται αποσπασματικά αλλά να υπάρχει συνέχεια και συνέπεια στην παρακολούθηση, περίθαλψη και φροντίδα
- Να είναι διαθέσιμη όλο το 24ωρο
- Να είναι αποδεκτή. Να μην δημιουργεί αντιδράσεις στον πληθυσμό τον οποίο αφορά και να συνάδει με τα ήθη και τα έθιμα, καθώς και με τις προσδοκίες των χρηστών
- Να είναι ολική και να περιλαμβάνει δράσεις που να αντιστοιχούν τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική και κοινωνική διάσταση της υγείας. Να μην περιορίζεται μόνο στην περίθαλψη αλλά να επεκτείνεται και στους τομείς της πρόληψης , παρέχοντας ολοκληρωμένο φάσμα υπηρεσιών

Εν συνεχεία ακολούθησαν πλήθος συνεδρίων, διασκέψεων και εκθέσεων όπου εστιάζονταν στην πρόληψη, τις συμπεριφορές των ατόμων και στο εξωτερικό περιβάλλον, καθώς και στη διατύπωση συστάσεων για την ενίσχυση του ρόλου της ΠΦΥ. Πιο πρόσφατα (2008), ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας emphatικά σημειώνει την ανάγκη για ενδυνάμωση της ΠΦΥ ως όχημα για την αναμόρφωση των συστημάτων υγείας και υποδεικνύει σχετικές παρεμβάσεις προς την κατεύθυνση της καθολικής κάλυψης του πληθυσμού, της ανθρωποκεντρικής οργάνωσης των υπηρεσιών, του σχεδιασμού δημόσιων πολιτικών που προάγουν την υγεία και της συμμετοχικής ηγεσίας που απαιτείται για την υλοποίησή τους με την ΠΦΥ στο επίκεντρο των υπηρεσιών υγείας.

1.3 Τάσεις και εξελίξεις στην Ευρώπη

Στις μέρες μας ο τομέας της υγείας είναι ένας από τους μεγαλύτερους τομείς στην ΕΕ: αντιπροσωπεύει περίπου το 10% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος της ΕΕ και απασχολεί έναν στους δέκα εργαζόμενους, ενώ το ποσοστό των εργαζομένων με επίπεδο σπουδών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης υπερβαίνει τον γενικό μέσο όρο. Ως εκ τούτου, η υγεία αποτελεί σημαντικό παράγοντα της στρατηγικής «Ευρώπη 2020». Οι γενικοί στόχοι του προγράμματος «Υγεία για την Ανάπτυξη» που υλοποιείται είναι η συνεργασία με τα κράτη μέλη με σκοπό την ενθάρρυνση της καινοτομίας στην υγειονομική περίθαλψη και την αύξηση της βιωσιμότητας των συστημάτων υγείας, τη βελτίωση της υγείας των πολιτών της ΕΕ και την προστασία τους από διασυννοριακές απειλές υγείας. Το πρόγραμμα εστιάζεται σε τέσσερις ειδικούς στόχους με ισχυρή δυναμική οικονομικής ανάπτυξης μέσω της βελτίωσης της υγείας:

(1) ανάπτυξη κοινών εργαλείων και μηχανισμών σε επίπεδο ΕΕ, με στόχο να αντιμετωπιστούν οι ελλείψεις πόρων, τόσο ανθρώπινων όσο και οικονομικών, και διευκόλυνση της υιοθέτησης της καινοτομίας από τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, ούτως ώστε να υποστηριχθεί η ανάπτυξη καινοτόμων και βιώσιμων συστημάτων υγείας·

(2) βελτίωση της πρόσβασης στην ιατρική εμπειρογνωμοσύνη και ενημέρωση για ειδικά θέματα και πέρα από τα εθνικά σύνορα και ανάπτυξη κοινών λύσεων και κατευθυντήριων γραμμών για τη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης και της ασφάλειας των ασθενών, ούτως ώστε να βελτιωθεί η πρόσβαση των πολιτών της ΕΕ σε καλύτερη και ασφαλέστερη υγειονομική περίθαλψη·

(3) εντοπισμός, διάδοση και προώθηση της υιοθέτησης επικυρωμένων βέλτιστων πρακτικών για οικονομικά αποδοτικά μέτρα πρόληψης, μέσω της αντιμετώπισης των κρίσιμων παραγόντων κινδύνου και συγκεκριμένα του καπνίσματος, της κατάχρησης οινόπνευματος και της παχυσαρκίας, όπως και του VIH/AIDS, με εστίαση στη διασυννοριακή διάσταση, με στόχο την πρόληψη των νόσων και την προαγωγή της καλής υγείας· και

(4) ανάπτυξη κοινών προσεγγίσεων και απόδειξη της αξίας τους για τη βελτίωση της ετοιμότητας και του συντονισμού σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης στον τομέα της υγείας, με στόχο την προστασία των πολιτών από διασυνοριακές απειλές υγείας.

1.4 Διασυνοριακή Υγεία (οδηγία 24/2011)

Με την υιοθέτηση της οδηγίας οδηγία 24/2011 και την ενσωμάτωσή της στο εθνικό δίκαιο (νόμος 4213/2013) στόχος είναι η διευκόλυνση της πρόσβασης σε ασφαλή και ποιοτική υγειονομική περίθαλψη στην Ευρωπαϊκή Ένωση δηλαδή τη διασφάλιση της απρόσκοπτης κινητικότητας των ασθενών σύμφωνα με τις αρχές που έχει καθιερώσει το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο».

Συνεπώς τα κράτη μέλη πρέπει να συνεργαστούν για την προώθηση της μεταξύ τους συνεργασίας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

Απαραίτητη προϋπόθεση είναι ο πλήρης σεβασμός των αρμοδιοτήτων τους για τον καθορισμό των παροχών κοινωνικής ασφάλισης που αφορούν την υγεία και σε θέματα οργάνωσης και παροχής υγειονομικής περίθαλψης και ιατρικής φροντίδας

Σύμφωνα με την οδηγία καλύπτονται έξοδα για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στη διάρκεια σύντομης παραμονής στη χώρα επιλογής, θεραπείες για χρόνιες ή σπάνιες ασθένειες (μετά από εξέταση του αιτήματος) και έκτακτα περιστατικά

Ωστόσο οι δαπάνες καλύπτονται μέχρι του ορίου που ορίζει το ασφαλιστικό ταμείο του ασθενούς. Επιπρόσθετα δημιουργεί ένα δίκτυο εθνικών σημείων επαφής που θα παρέχουν σαφείς και ακριβείς πληροφορίες για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη

Η οδηγία εστιάζει στην παροχή της υγειονομικής περίθαλψης σύμφωνα με σαφή πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας ενώ απαραίτητη προϋπόθεση είναι η δυνατότητα κινητικότητας του φακέλου ασθενούς – ηλεκτρονικός φάκελος διασύνδεση με άλλα συστήματα υγείας και η απρόσκοπτη διακίνηση των ιατρικών δεδομένων ασθενούς μεταξύ κρατών – μελών με ταυτόχρονη διαφύλαξη των θεμελιωδών δικαιωμάτων του ασθενούς (προσωπικά δεδομένα)

1.5 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο σύστημα υγείας της Πορτογαλίας

Το σύστημα υγείας διασφαλίζει το δικαίωμα στις υπηρεσίες υγείας σε όλους τους πολίτες ανεξαρτήτως της κοινωνικής και οικονομικής τους θέσης. Είναι οργανωμένο σε πέντε (5) υγειονομικές περιφέρειες συν δύο αυτόνομες περιοχές.

Οι πόροι του συστήματος προέρχονται από τη γενική φορολογία και κατανέμονται από το Υπουργείο Υγείας στις υγειονομικές περιφέρειες. Σε κάθε υγειονομική περιφέρεια λειτουργεί τμήμα συμβάσεων το οποίο φέρει την ευθύνη διαπραγμάτευσης με τα νοσοκομεία και τους παρόχους Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για το ύψος των οικονομικών πόρων που προορίζονται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και στη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η πρώτη προσπάθεια ανάπτυξης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας έγινε το 1971 με την ψήφιση Νόμου με στόχο να ενοποιήσει κάτω από ενιαίο φορέα τις μέχρι τότε διάσπαρτες και από διαφορετικούς φορείς παρεχόμενες υπηρεσίες. Στόχος ήταν η δημιουργία Κέντρων Υγείας, η έμφαση στη Γενική Ιατρική και η πρόληψη

Το 2005 ακολούθησε μεταρρύθμιση του συστήματος ΠΦΥ. Στο επίκεντρο των βρέθηκε η δημιουργία Οικογενειακών μονάδων υγείας, δηλαδή ομάδες αποτελούμενες από Οικογενειακούς γιατρούς, νοσηλευτές και διοικητικό προσωπικό που εργάζονται μαζί με σκοπό μια πιο προσωπική και ευέλικτη προσέγγιση στη φροντίδα των ασθενών. Στόχος ήταν η βελτίωση της πρόσβασης, της αποδοτικότητας, η διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας και η αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών

Η ομάδα παρέχει ιατρικές υπηρεσίες που κυμαίνονται από τη γενική φροντίδα, τη φροντίδα των παιδιών από τη γέννησή τους μέχρι να γίνουν 18 ετών, τον οικογενειακό προγραμματισμό έως και τις κατ' οίκον επισκέψεις, τον εμβολισμό, την παρακολούθηση χρονίως πασχόντων κλπ. Οι ασθενείς πρέπει να εγγραφούν σε ένα γενικό γιατρό, κατά προτίμηση στην περιοχή διαμονής τους, ώστε να μπορούν να δικαιούνται περίθαλψης και κατ' οίκον επισκέψεις. Κάθε οικογενειακή μονάδα έχει 3-8 οικογενειακούς γιατρούς και παρέχει υπηρεσίες σε πληθυσμό μεταξύ 4.000-18.000 κατοίκων. Υπάρχουν ομάδες Κέντρων υγείας (74 σε όλη τη χώρα) που καλύπτουν πληθυσμό μεταξύ 50000-200000 κατοίκων. Όλοι οι πάροχοι ΠΦΥ λειτουργούν κάτω από το δίκτυο αυτό των ΚΥ

Οι οικογενειακές μονάδες αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής με το σύστημα υγείας και οι γενικοί / οικογενειακοί γιατροί λειτουργούν τόσο ως φορείς παροχής φροντίδας όσο και ως keepers. Η πρόσβαση στη δευτεροβάθμια περίθαλψη είναι δυνατή μόνο με παραπεμπτικό. Η μόνη εξαίρεση είναι τις ώρες που δεν λειτουργούν οι οικογενειακές μονάδες και τα Κέντρα υγείας όπου οι πολίτες με επείγοντα προβλήματα υγείας εξυπηρετούνται στα αντίστοιχα τμήματα των νοσοκομείων. Σε αυτές τις περιπτώσεις γίνεται χρήση ενός ηλεκτρονικού συστήματος παραπομπής με ανατροφοδότηση. Όλα τα κλινικά αρχεία είναι μηχανογραφημένα, συμπεριλαμβανομένων των ιατρικών συνταγών, παραπομπών αναρρωτικών αδειών κλπ. Ωστόσο παρατηρούνται σημαντικά προβλήματα στη διαλειτουργικότητα και διασύνδεση των συστημάτων και οι προσπάθειες εστιάζονται στη δημιουργία ενιαίου πληροφοριακού συστήματος σε εθνικό επίπεδο

Οι πολίτες έχουν ελεύθερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας συμμετέχουν στο κόστος καταβάλλοντας ένα συγκεκριμένο ποσό σε κάθε επίσκεψη

Development of health care resources and utilization

	Total health expenditure as % of GDU		Total health expenditures per capita (in PPP\$)		Hospital beds (per 100 000 population)		Physicians (per 100 000 population)		GPs as % of all physicians	
	Portugal	EU ¹	Portugal	EU ¹	Portugal	EU ¹	Portugal	EU ¹	Portugal	EU
1995	7.8	7.6	1014	1275.9	391.7	740.9	292.6	292.7	51.6	27.5 ⁶
2000	8.8	7.9	1511	1608.0	380.5	669.0	317.8	295.1	48.4	28.3 ⁵
2005	10.2	8,5	2100	2150.9	353.9	604.6	342.6	316.0	49.0	26.3 ⁴
2009	9,9 ⁷	8.8	2151 ⁷	2788.2	336.7 ^s	564.8	377.1	321.6	50.4	25.5 ^s

	Nurses (per 100 000 population)		Average length of stay (days) in all hospitals		Acute care hospital admissions (per 100 population)		Outpatient contacts per person (per year)	
	Portugal	EU ²	Portugal	EU ²	Portugal	EU ¹	Portugal	EU ²
1995	n.a.	575.1	9.8	12.5	11.1	15.7	3.2	6.6
2000	366.6	655.9	9.2	10.3	10.8	17.7	3.5	6.8
2005	456.5	682.7	8.7	9.5	11.2	16.2	3.9	6.8
2009	533,9 ⁸	745.5	8.2 ^s	8.8	11.2 ⁹	15.6	4.5 ⁸	6.9

Sources; EU and Portugal average values are based on the European Health for All database (WHO Regional Office for Europe, 2010).

1.6 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο σύστημα υγείας της Βρετανίας

Η Αγγλία το 1948 ξεκίνησε την προσπάθεια εφαρμογής ενός ολοκληρωμένου και δημόσια χρηματοδοτούμενου Εθνικού Συστήματος Υγείας. Η υγεία αντιμετωπίστηκε ως δημόσιο αγαθό και το Εθνικό Σύστημα Υγείας διασφάλισε την ισότιμη και καθολική κάλυψη του πληθυσμού ανεξάρτητα από την επαγγελματική τους κατάσταση και το ύψος του εισοδήματός τους. Το σύστημα χαρακτηρίζεται από την απουσία ασφαλιστικών ταμείων και την έντονη κρατική παρέμβαση. Οι βασικές αυτές αρχές αποτελούν τον πυρήνα του συστήματος υγείας και διατηρούνται μέχρι σήμερα ενώ στα θέματα δομής και οργάνωσης υλοποιήθηκαν σημαντικές αλλαγές. Κατά τις τελευταίες δεκαετίες μετεξελίχθηκε από ένα σύστημα αυστηρά συγκεντρωτικό και πυραμιδικό σε πολυδύναμο και ανταγωνιστικό (Πολύζος 2014)

Διοικητικά, το NHS αποτελείται από οργανισμούς που λειτουργούν σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο.

Αναλυτικότερα, σε εθνικό επίπεδο το Σύστημα διοικείται από το Υπουργείο Υγείας, το οποίο κατέχει ρόλο στρατηγικό, χαράζει τις πολιτικές υγείας, εποπτεύει το

σύστημα υγείας και κατανέμει τους πόρους στις Υγειονομικές Περιφέρειες (Strategic Health Authorities–SHAs).

Σε περιφερειακό επίπεδο, πρωταγωνιστούν οι Υγειονομικές Περιφέρειες (SHAs), οι οποίες λειτουργούν ως προέκταση του Υπουργείου Υγείας, με πρώτηιστη αρμοδιότητα αφενός τη διαχείριση αποδοτικών υπηρεσιών υγείας στην περιοχή ευθύνης τους και αφετέρου την εποπτεία των Υγειονομικών Επαρχιών (τέως Distinct Health Authorities – DHAs ή Area Health Authorities – AHAs, νυν Primary Care Trusts – PCTs).

Σε τοπικό επίπεδο λειτουργούν τα Τραστ Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (PCTs), με κύριο στόχο την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού στη γεωγραφική περιοχή ευθύνης τους

Πυλώνας του όλου συστήματος είναι η ΠΦΥ η οποία αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ασθενή με το σύστημα υγείας (με εξαίρεση τα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων)

Μέχρι το 1991 η ΠΦΥ που παρέχεται από το βρετανικό εθνικό σύστημα υγείας (NHS) στηρίζεται στον παραδοσιακό θεσμό των οικογενειακών- γενικών γιατρών οι οποίοι προσέφεραν τις ιατρικές υπηρεσίες τους (προληπτικές, διαγνωστικές, θεραπευτικές) και παράλληλα λειτουργώντας ως ελεγκτές καθοδηγούσαν τον ασθενή στις διάφορες βαθμίδες περίθαλψης (δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, τριτοβάθμια, αποκατάσταση, εξειδικευμένοι ιατροί και νοσοκομεία). Είναι ιδιώτες ιατροί που κατά κανόνα εργάζονται μόνοι τους ή κατά ομάδες στα ιδιωτικά τους ιατρεία και η αμοιβή τους αποτελούνταν από ένα προκαθορισμένο ποσό ανά ασθενή που καταβάλλονταν από το Δημόσιο. Αρχικά οι γιατροί δούλευαν μεμονωμένα αλλά σταδιακά η τάση που επικράτησε ήταν η λειτουργία κατά ομάδες που αποτελούνταν εκτός από τους γιατρούς από νοσηλευτές, οδοντίατροι, επισκέπτες υγείας και διοικητικούς. Ο πολίτης είχε μια μικρή ευελιξία στην επιλογή οικογενειακού- γενικού γιατρού. Δευτερευόντως στα πλαίσια της ΠΦΥ παρέιχαν υπηρεσίες και άλλοι επαγγελματίες υγείας (νοσηλευτές, οδοντίατροι, επισκέπτες υγείας)

Με τη μεταρρύθμιση του συστήματος το 1991 το Δημόσιο παραχωρούσε ένα κονδύλιο σε κάθε οικογενειακό γιατρό και αυτός αναλάμβανε τη διαχείρισή του και χρηματοδοτούσε την αγορά φαρμάκων και ορισμένες θεραπείες των ασθενών του στο επίπεδο της δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Δόθηκε δηλαδή η δυνατότητα στους οικογενειακούς γιατρούς να ενεργούν ως αγοραστές υπηρεσιών. Με το πλεόνασμα του κονδυλίου, οι οικογενειακοί γιατροί μπορούσαν να χρηματοδοτήσουν την παροχή δικών τους υπηρεσιών.

Ακολούθησε νέα μεταρρύθμιση το 1997 με τη δημιουργία ομάδων Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Περίθαλψης (Primary Care Groups). Οι ομάδες αυτές αργότερα εξελίχθηκαν

σε Ενώσεις Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Περίθαλψης (Primary Care Trusts). Πρόκειται για ανεξάρτητες ενώσεις οι οποίες έχουν την ευθύνη παροχής πρωτοβάθμια φροντίδας υγείας, τη διεύθυνση των ασθενών στις άλλες βαθμίδες περίθαλψης. Επιπρόσθετα διαχειρίζονται μεγάλο μέρος των πόρων της δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Συγκροτούν το τοπικό επίπεδο διοίκησης του NHS, φέρουν την πλήρη ευθύνη στη λειτουργία των δομών ΠΦΥ και η χρηματοδότησή τους προέρχεται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό και δευτερευόντως από την ιδιωτική ασφάλιση. Το Υπουργείο Υγείας κατανέμει περίπου το 80% του συνολικού προϋπολογισμού για το NHS κατευθείαν στα PCTs, τα οποία στη συνέχεια αγοράζουν υπηρεσίες υγείας μέσω συμβολαίων από προμηθευτές. Ειδικότερα, για την ορθή κατανομή των πόρων στα PCTs χρησιμοποιείται ένας σταθμισμένος κατά κεφαλήν-πολυπαραγοντικός τύπος, ο οποίος έχει προσδιορισθεί από εξειδικευμένη επιστημονική ομάδα του Υπουργείου Υγείας (Department of Health's Advisory Committee on Resource Allocation) και επιδιώκει τη μέγιστη κάλυψη των τοπικών αναγκών και την άμβλυνση των ανισοτήτων στην υγεία. Προς αυτή την κατεύθυνση, το μέγεθος του πληθυσμού και η ηλικιακή δομή των κατοίκων της κάθε περιοχής, καθώς και οι δείκτες υγείας και ανισότητας οι διαφορές κόστους ανά γεωγραφική περιοχή. Τα πλεονάσματα των κονδυλίων της Ένωσης διανέμονται σε όλους τους οικογενειακούς γιατρούς της Ένωσης. Στόχος τους είναι μεταξύ άλλων να εκτιμούν τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού ευθύνης τους και να θέτουν τοπικές προτεραιότητες ώστε να υπάρχει στρατηγικό σχέδιο να προωθούν τη δημόσια υγεία και να διαχειρίζονται τον προϋπολογισμό.

Οι συμβάσεις συνάπτονται μεταξύ των συνεταιρισμών γενικών γιατρών και Primary Care Trusts βάση διαπραγματεύσεων μεταξύ του Βρετανικού Ιατρικού Συλλόγου και της Συνομοσπονδίας Φορέων παροχής υγείας

Development of health care resources and utilization

					Hospital beds					
Total health expenditure as % of GDU			Total health expenditures per capita (in PPP\$)		(per 100 000 population)		Physicians (per 100 000 population)		GPs as % of all physicians	
	United Kingdom	EU ¹	United Kingdom	EU ¹	United Kingdom	EU ¹	United Kingdom	EU ¹	United Kingdom	EU
1995	6.8	7.6	1349	1275.9	n.a.	740.9	175	292.7	35.0	27.5 ⁶
2000	7.0	7.9	1833	1608.0	410	669.0	196	295.1	32.5	28.3 ^s
2005	8.2	8.5	2693	2150.9	373	604.6	239	316.0	29.8	26.3 ⁴
2009	9.0 ⁷	8.8	3230 ⁷	2788.2	338 ⁷	564.8		321.6	29.4	25.5 ³
					Acute care hospital admissions (per 100 population)		Outpatient contacts per person (per year)			
	Nurses (per 100 000 population)		Average length of stay (days) in all hospitals		United Kingdom	EU ¹	United Kingdom	EU ¹		
	United Kingdom	EU ²	United Kingdom	EU ¹	United Kingdom	EU ¹	United Kingdom	EU ¹		

1995	n.a.	575.1 9.9	12.5	11.8	15.7	6.1	6.6
2000	868	555.9 9.9	10.3	12.5	17.7	n.a.	6.8
2005	992	682.7 9.0	9.5	12.7	16.2	n.a.	6.8
2009	957	745.5 8.0 ⁷	8.8	12.8 ⁷	15.6	n.a.	6.9

Sources: EU and UK data from WHO European Health for All database (WHO Regional Office for Europe, 2010).

Η ευκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες ΠΦΥ προωθήθηκε επιπλέον με τη **δημιουργία 90 walk-in centres** σε κεντρικούς δρόμους ή κόμβους για την εξυπηρέτηση όσων εργαζόμενων δεν κατάφερναν να εξυπηρετηθούν εντός του συμβατικού ωράριο των υπολοίπων κέντρων. Επιπρόσθετα λειτουργούν και άλλες δομές όπως το NHS Direct που δέχεται και εξυπηρετεί τηλεφωνικά εκατομμύρια πολιτών παρέχοντας συμβουλές και οδηγίες σε θέματα υγείας

Έλεγχος και Ποιότητα

Τα τελευταία χρόνια τα ζητήματα ποιότητας αποτελούν προτεραιότητα. Σε εθνικό επίπεδο λειτουργεί το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Αριστείας (National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE) και η Επιτροπή Ποιότητας Φροντίδας (Care Quality Commission - CQC), με αρμοδιότητες τη διασφάλιση και προαγωγή της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και τη μέτρηση της απόδοσης του συστήματος

Στα νέα συμβόλαια των γενικών γιατρών, προβλέπει έξτρα αμοιβές μέχρι 25% εφόσον επιτευχθούν κάποιοι στόχοι που συνδέονται με την απόδοση. Το Quality and Outcome Framework (QOF) αποτελείται από ένα σετ δεικτών, βάσει των οποίων καθορίζεται και το ποσό των έξτρα αμοιβών. Παρά το ότι η συμμετοχή των GPs δεν είναι υποχρεωτική, οι περισσότεροι γιατροί συμμετέχουν σ' αυτό και αμείβονται επιπλέον. Οι επιδόσεις κάθε γιατρού στα πλαίσια του Quality and Outcome Framework καταγράφονται ηλεκτρονικά και στη συνέχεια ακολουθούν δειγματοληπτικοί έλεγχοι.

Το Quality and Outcome Framework έχει 4 κύριους άξονες:

- Κλινικά στάνταρτ,
- Οργανωτικά στάνταρτ,
- Εμπειρίες ασθενών,
- Επιπλέον υπηρεσίες.

1.7 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο σύστημα υγείας της Γερμανίας

Το σύστημα υγείας της Γερμανίας είναι το παλαιότερο στην Ευρώπη με χρονική αφετηρία το 1883. Στηρίζει τη λειτουργία του και χρηματοδοτείται από την Κοινωνική Ασφάλιση. Τα αυτοδιοικούμενα ασφαλιστικά ταμεία υγείας διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στο σύστημα υγείας εντός του οποίου είναι σαφής ο διαχωρισμός ενδονοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής φροντίδας. Η ένταξη των πολιτών στη δημόσια ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική εφόσον το ετήσιο εισόδημα δεν ξεπερνάει ένα συγκεκριμένο ποσό και οι εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών υπολογίζονται βάση εισοδήματος (το 90% του πληθυσμού είναι ασφαλισμένο στη δημόσια ασφάλιση υγείας και το 10% καλύπτεται από ιδιωτική ασφάλιση)

Διοικητικά, το γερμανικό σύστημα υγείας οργανώνεται

Σε κεντρικό επίπεδο με την Ομοσπονδιακή Βουλή να έχει την πρώτη ευθύνη στον στρατηγικό σχεδιασμό των πολιτικών υγείας. Επιπλέον αποφασίζει τις πολιτικές που θα ακολουθηθούν σε ιδιαίτερα ευαίσθητα θέματα κοινωνικής προστασίας, όπως τη χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών, την οργανωτική δομή των Ταμείων Ασφάλισης, το πεδίο διαπραγματεύσεων μεταξύ Ταμείων και φορέων υγειονομικής παροχής, την εφαρμογή του ομοσπονδιακού κώδικα άσκησης της ιατρικής από τους γιατρούς, καθώς και την εποπτεία της μακροχρόνιας φροντίδας

Η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση βρίσκεται επίσης σε στενή συνεργασία με αρχές και φορείς όπως το Ομοσπονδιακό Συμβούλιο, το Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης, το Ομοσπονδιακό Ινστιτούτο Φαρμάκων και Ιατρικών Συσκευών, το Ομοσπονδιακό Κέντρο Εκπαίδευσης στην Υγεία και το Γερμανικό Ινστιτούτο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης. Οι οποίοι έχουν μεγάλη επίδραση στο πεδίο λήψης των αποφάσεων.

Σε περιφερειακό επίπεδο, οι κυβερνήσεις των ομόσπονδων κρατιδίων καλούνται να υιοθετήσουν την κεντρική πολιτική, έχοντας ωστόσο δικαίωμα παρέμβασης σε τοπικού βεληνεκούς ζητήματα. Έτσι, η προαγωγή της υγείας, ο περιφερειακός νοσοκομειακός προγραμματισμός και ο έλεγχος των επαγγελματιών υγείας άπτεται των αρμοδιοτήτων των τοπικών κυβερνήσεων και των υπουργών υγείας των κρατιδίων.

Τέλος λειτουργούν τα ταμεία υγείας και οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες

Τα τελευταία 30 χρόνια έχουν συντελεστεί σημαντικές αλλαγές ως αποτέλεσμα ευρύτερων αλλαγών που αντιμετώπισε η χώρα όπως η επανένωση της χώρας.

Η σημαντικότερη αφορά στην ίδρυση **Κεντρικού Ταμείου Υγείας** το 2009 που συγκεντρώνει όλες τις εισφορές από τα ταμεία και τις κατανέμει πίσω στα ταμεία με κριτήριο σειρά δεικτών επιδημιολογικών και δημογραφικών.

Οι μεταρρυθμίσεις αυτές επέτρεψαν στους πολίτες να επιλέγουν ασφαλιστικό ταμείο ενώ παράλληλα τα ταμεία διαπραγματεύονται με τους προμηθευτές και συνάπτουν συμβάσεις με ιδιώτες γιατρούς και όχι μόνο με τις ενώσεις των συνδεδεμένων με τα ταμεία γιατρών όπως γινόταν στο παρελθόν.

Πιο αναλυτικά, η ΠΦΥ παρέχεται σχεδόν μονοπωλιακά από ιδιώτες γενικούς γιατρούς, εκ των οποίων η πλειοψηφία διατηρεί προσωπικό ιατρείο και ένα μικρότερο ποσοστό λειτουργεί υπό καθεστώς συνεργασίας με άλλους γιατρούς (π.χ. πολυκλινικές). Κάθε ασφαλισμένος πολίτης έχει αφενός το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής γενικού γιατρού από τη λίστα των συμβεβλημένων γιατρών με το ταμείο στο οποίο ανήκει και αφετέρου το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε συμβεβλημένους γιατρούς ειδικοτήτων. Ωστόσο, η εισαγωγή σε νοσοκομείο μπορεί να επιτευχθεί έπειτα από παραπομπή του συμβεβλημένου γιατρού.

Ειδικότερα, οι γιατροί της εξωνοσοκομειακής φροντίδας, ως ιδιώτες γιατροί, είναι οργανωμένοι στις Ενώσεις Γιατρών. Αυτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη χρηματοδότηση της ΠΦΥ, λόγω της καθοριστικής επίδρασής τους στις συνεχείς διαπραγματεύσεις για τη σύναψη συμβάσεων με τα Ασφαλιστικά Ταμεία.

Συγχρόνως, οι Ενώσεις Γιατρών ελέγχουν τις αποζημιώσεις των γιατρών (κατά πράξη), διαμορφώνουν υγειονομικά προγράμματα και εγκρίνουν συμβάσεις νέων γιατρών βάσει των τοπικών αναγκών.

Η διαδικασία αποζημίωσης των γιατρών στην ΠΦΥ περιλαμβάνει 2 στάδια:

α) αρχικά τα Ασφαλιστικά Ταμεία καταβάλλουν τον συνολικό προϋπολογισμό στις Ενώσεις Γιατρών, έπειτα από συνεχείς διαπραγματεύσεις που έχουν προηγηθεί μεταξύ τους β) στη συνέχεια οι Ενώσεις Γιατρών οφείλουν να κατανείμουν τον προϋπολογισμό στους συμβεβλημένους γιατρούς, σύμφωνα με ένα σύστημα πόντων, την ενιαία κλίμακα αξιών και το ποσό κατά κεφαλήν ασφαλισμένου που προσδιορίζουν την τελική αποζημίωση την οποία θα λάβει ο καθένας.

Development of health care resources and utilization

Total health expenditure as % of GDP			Total health pital beds (per expenditures per100 000 capita {in PPP\$)population)				Physicians (per 100 000 population)		GPs as % of all physicians	
	Germany	EU ¹	GermanyEU ¹	GermanyEU ¹	GermanyEU ¹	GermanyEU ¹	GermanyEU ¹	GermanyEU ¹	GermanyEU ¹	GermanyEU ¹
1995	10.1	7.6	2267	1276	968.3	740.9	306.5	292.7	21.7	27.5 ⁶
2000	10.3	7.9	2669	1608	911.9	669.0	326.0	295.1	20.3	28.3 ⁵
2005	10.7	8.5	3353	2151	846.8	604.6	341.1	316.0	19.5	26.3 ⁴
2009	10.5 ⁷	8.8	3737 ⁷	2788	821.3 ⁷	564.8	355.7 ⁷	321.6	18.4 ⁷	25.5 ³

Nurses (per 100 000 population)			Average length of stay (days) in all hospitals		Acute care hospital admissions (per 100 population)		Outpatient contacts per person (per year)	
	Germany	EU ²	GermanyEU ¹	GermanyEU ¹	GermanyEU ¹	GermanyEU ¹	GermanyEU ¹	GermanyEU ¹
1995	n.a.	575.1	13.5	12.5	19.2	15.7	6.4	6.6
2000	958.8	655.9	11.4	10.3	20.5	17.7	7.3	6.8
2005	1022.3	682.7	10.2	9.5	19.9	16.2	7.5	6.8
2009	1068.0 ⁷	745.5	9.9 ⁷	8.8	20.7 ⁷	15.6	7.8 ⁷	6.9

Sources: EU and Germany data from WHO European Health for All database (WHO Regional Office for Europe, 2010).

1.8 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. στο σύστημα υγείας της Αυστρίας

Στην Αυστρία προβλέπεται η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας του πληθυσμού. Οι πολίτες εντάσσονται σε ασφαλιστικά ταμεία ανάλογα με το επάγγελμά τους με μοναδική εξαίρεση τους αυτοαπασχολούμενους, οι οποίοι μπορούν να επιλέξουν ασφαλιστικό φορέα. Οι εισφορές καθορίζονται από το εισόδημα των εργαζομένων

Σε Κεντρικό επίπεδο η πολιτική υγείας καθορίζεται από το Υπουργείο Υγείας ενώ παράλληλα σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν Οργανισμοί όπως ο οργανισμός για την υγεία και την ασφάλεια τροφίμων, η Ομοσπονδιακή Επιτροπή Υγείας και ομάδες επαγγελματιών υγείας. Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες παροχής ΠΦΥ είναι ασκούνται από τις περιφέρειες (9 περιφέρειες και μία μητροπολιτική περιοχή) οι οποίες λαμβάνουν επιχορηγήσεις από τις ομοσπονδιακές κυβερνήσεις. Ωστόσο παρατηρούνται μεγάλες διαφορές στο ύψος των προϋπολογισμών. Στη συνέχεια σημαντικό μέρος των αρμοδιοτήτων μεταφέρονται και ασκούνται σε τοπικό επίπεδο από τις τοπικές αρχές

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας δεν αποτελεί διακριτό πεδίο στο σύστημα υγείας και δεν έχουν καθοριστεί συγκεκριμένες πολιτικές και στόχοι για την ανάπτυξή της.

Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παρέχονται από γενικούς γιατρούς και γιατρούς άλλων ειδικοτήτων που στη συντριπτική τους πλειοψηφία δεν λειτουργούν ως ομάδες αλλά μεμονωμένα. Δεν έχει αναπτυχθεί στο σύστημα υγείας ο οικογενειακός γιατρός και δεν λειτουργεί σύστημα παραπομπών σε γιατρούς άλλων ειδικοτήτων και στη δευτεροβάθμια περίθαλψη. Με τους λοιπούς επαγγελματίες υγείας (νοσηλευτές επισκέπτες υγείας μαίες κλπ) δεν υπάρχει συστηματική και συνεχής συνεργασία παρά μόνο περιστασιακή.

Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης εποπτεύονται από τον Κεντρικό Οργανισμό Ασφάλισης ο οποίος διαπραγματεύεται με τις επαγγελματικές ενώσεις των παρόχων υγείας. Ακολουθώς συνάπτονται συμβάσεις όπου καθορίζονται τόσο το εύρος των παρεχομένων υπηρεσιών όσο και οι αποζημιώσεις των παρόχων

Οι πολίτες μπορούν να επιλέξουν ελεύθερα το γιατρό στον οποίο θα απευθύνονται χωρίς γεωγραφικούς περιορισμούς. Οι επισκέψεις σε συμβεβλημένους γιατρούς καλύπτονται από το Ταμείο τους ενώ πληρώνουν μικρή συμμετοχή για εμβολιασμούς και συνταγογράφηση με εξαίρεση τις ευπαθείς ομάδες

Οι επισκέψεις σε μη συμβεβλημένους γιατρούς πληρώνονται απ ευθείας από τους ασθενείς και το ταμείο υγείας καλύπτει στη συνέχεια το 80% του κόστους

Η αύξηση των χρόνιων πασχόντων ασθενών οδήγησε σε αύξηση του φόρτου εργασίας των γενικών γιατρών (ο αριθμός των οποίων παρουσιάζει σημαντικές διαφορές από περιοχή σε περιοχή) και στην ανάγκη για αποτελεσματική διαχείρισή τους.

Development of health care resources and utilization

		Total health expenditure as % of GDP		Total health expenditures per capita (in PPP\$)		Hospital beds (per 100 000 population)		Physicians (per 100 000 population)		GPs as % of all physicians	
	Austria	EU ¹	Austria	EU ¹	Austria	EU ¹	Austria	EU ¹	Austria	EU	
1995	9.5	7.6	2239	1275.9	843.3	740.9	347.0	292.7	35.9	27.5 ⁶	
2000	9.9	7.9	2862	1608,0	785.4	669.0	380.6	295.1	35.4	28.3 ⁵	
2005	10.4	8.5	3472	2150,9	768.2	604,6	431.4	316.0	34.0	26.3*	
2009	10.5 ⁷	8.8	3970 ⁷	2788.2	770.9 ⁷	564.8	467.8	321.6	33.2	25.5 ³	
		Nurses (per 100 000 population)		Average length of stay (days) in all hospitals		Acute care hospital admissions (per 100 population)		Outpatient contacts per person (per year)			
	Austria	EU ²	Austria	EU ¹	Austria	EU ¹	Austria	EU ¹	Austria	EU ¹	

1995	n.a,	575.1	11.2	12.5	21.9	15.7	6.3	6.6
2000	707.3	655.9	9.8	10.3	24.4	17.7	6.7	6.8
2005	717,4	682.7	8.0	9.5	26.1	16.2	6.7	6.8
2009	751.6	745.5	7.9 ⁷	8.8	26.7 ⁷	15.6	6.9	6.9

Source: EU and Austria average values are based on the European Health for All database (WHO Regional Office for Europe, 2010).

1.9 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. στο σύστημα υγείας της Γαλλίας

Το σύστημα υγείας είναι σύνθετο και στηρίζεται στη χρηματοδότηση της Κοινωνικής Ασφάλισης η οποία είναι υποχρεωτική με εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών.

Χαρακτηρίζεται από ισχυρό κρατικό έλεγχο με

- το κοινοβούλιο να καθορίζει την πολιτική και τις προτεραιότητες υγείας και
- το υπουργείο υγείας να είναι αρμόδιο για τη διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας και να διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στις δαπάνες υγείας επιδρώντας άμεσα τόσο στα ταμεία ασφάλισης όσο και στους παρόχους αφού εγκρίνει τις συμβάσεις που συνάπτουν μεταξύ τους και καθορίζει τις τιμές των υπηρεσιών και των φαρμάκων
- σε περιφερειακό επίπεδο λειτουργούν τα Περιφερειακά γραφεία υγείας με αρμοδιότητα τη σύνθεση των υγειονομικών προτεραιοτήτων και την εναρμόνιση τους με τους εθνικούς στόχους. Διευθύνουν το σύστημα υγείας προκειμένου να ανταποκριθεί καλύτερα στις ανάγκες του πληθυσμού και να βελτιώσει την αποτελεσματικότητά του

Το ασφαλιστικό σύστημα προωθεί την λογική μιας «Εθνικής Ασφάλισης Υγείας» με σκοπό την καθολική κάλυψη την ενίσχυση της αλληλεγγύης και την ποιότητα και είχαν αναπτυχθεί γι αυτό τρία (3) βασικά ταμεία που καλύπτουν το σύνολο σχεδόν του πληθυσμού

- Για τους μισθωτούς CNAMTS (87% του πληθυσμού)
- Για τους αγρότες και τους εργάτες στον αγροτικό τομέα MSA (5% του πληθυσμού)
- Για τους ελεύθερους επαγγελματίες- αυτοαπασχολούμενους RSI (6% του πληθυσμού)

Οι παροχές προς τους ασφαλισμένους τους δεν παρουσιάζουν διαφορές ωστόσο θεωρούνται υψηλές οι ασφαλιστικές εισφορές

Η παροχή Πρωτοβάθμιας φροντίδας γίνεται από αυτοαπασχολούμενους γιατρούς, οδοντιάτρους, νοσηλευτές και φυσικοθεραπευτές οι οποίοι εργάζονται στα ιατρεία τους μεμονωμένα και λιγότερο ως μισθωτοί σε Κέντρα Υγείας ή νοσοκομεία. Στην πλειοψηφία τους δεν λειτουργούν σε ομάδες αλλά πλέον η ενθάρρυνση της ομαδικής πρακτικής (group practice) εντάσσεται στους στόχους της πολιτικής υγείας για τις οποίες δίδονται ιδιαίτερα κίνητρα μέσω ειδικών συμβάσεων όπως πχ 24ωρη λειτουργία

Οι ασθενείς επιλέγουν ελεύθερα το γιατρό που θα απευθυνθούν ανεξαρτήτως ειδικότητας. Ωστόσο παρατηρείται άνιση κατανομή των γιατρών στη χώρα ανά περιφέρεια και ανά ειδικότητα με αποτέλεσμα η διαθεσιμότητα ορισμένων ειδικοτήτων στην επαρχία να είναι μικρή (πχ παιδίατροι, οφθαλμίατροι)

Οι αμοιβές των γιατρών είναι κατά πράξη. Επιπλέον αμοιβές προβλέπονται για όσους λειτουργούν σε ομάδες ή έχουν ασθενείς με χρόνιες παθήσεις. Έχουν αναπτυχθεί πειραματικά συμπληρωματικά σχήματα αμοιβών σε 6 περιφέρειες της χώρας. Προβλέπεται συμμετοχή των ασθενών στο κόστος επισκέψεων στην ΠΦΥ καθώς επίσης και στα φάρμακα. Εξαιρέση αποτελούν οι χρόνιοι πάσχοντες και όσοι διαθέτουν χαμηλό εισόδημα. Τα ποσοστά συμμετοχής ορίζονται από το κράτος

Το 2004 συστάθηκε η «Εθνική Ένωση Ταμείων Ασφάλισης Υγείας» (UNCAM) η οποία διαπραγματεύεται με τους παρόχους υπηρεσιών υγείας και υπογράφονται συλλογικές συμφωνίες οι οποίες αφορούν σε αμοιβές, κατευθυντήριες οδηγίες, συνταγογράφηση γενοσήμων, διαχείριση χρόνιων παθήσεων, προγράμματα πρόληψης κλπ

Συνάπτουν συμβόλαιο 4ετούς ή 5ετούς διάρκειας ενώ παράλληλα δημιουργήθηκαν δίκτυα υπηρεσιών ανά περιφέρεια όπου εντάχθηκε όχι μόνο ο δημόσιος αλλά και ο ιδιωτικός τομέας υγείας

Σε τοπικό επίπεδο επιχορηγούνται δράσεις για τη φροντίδα μητέρας – παιδιού, κατ' οίκον υπηρεσίες εμβολιαστική κάλυψη του πληθυσμού και προγράμματα πρόληψης

Οι Επαγγελματικοί Σύλλογοι έχουν αρμοδιότητες αναφορικά με ζητήματα ηθικής δεοντολογίας και εκπαίδευσης. Για την προάσπιση των δικαιωμάτων των ασθενών λειτουργούν σε περιφερειακό και εθνικό επίπεδο ενώσεις – ομοσπονδίες ασθενών

Εθνική Ένωση Επαγγελματιών υγείας που εκπροσωπεί τις πολλές Επαγγελματικές Ενώσεις έχει αρμοδιότητες αναφορικά με ζητήματα διαπραγματεύσεων, αμοιβών με την κοινωνική ασφάλιση

Από το 2009 δημιουργήθηκε μια νέα κατηγορία συμβάσεων «ατομικές συμβάσεις για τη βελτίωση της επαγγελματικής πρακτικής» για τους γενικούς γιατρούς. Είχαν τριετή διάρκεια και οι αμοιβές καθορίζονται βάσει απόδοσης με την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων (χρόνια νοσήματα, συνταγογράφηση)

Ιδιαίτερη βαρύτητα δίδεται στα ζητήματα ποιότητας με τη λειτουργία Ειδικού φορέα ποιοτικού ελέγχου και διαπίστευσης με υιοθέτηση πρωτοκόλλων, κατευθυντηρίων οδηγιών με προτεραιότητα τα χρόνια νοσήματα και έμφαση στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση

Development of health care resources and utilization

Total health expenditure as % of GDP			Total health expenditures per capita (in PPP\$)		Hospital beds (per 100 000 population)		Physicians (per 100 000 population)		GPs as % of all physicians	
France	EU	France	EU ¹	France	EU ¹	France	EU ¹	France	EU	
1995	10.4	7.6	2101	1275.9	892.6	740.9	323.3	292.7	28.8	27.5 ⁶
2000	10.2	7.9	2542	1608.0	805.1	669.0	329.6	295.1	28.0	28.3 ⁵
2005	11.1	8.5	3303	2150.9	725.3	604.6	337.7	316.0	26.4	26.3 ⁴
2009	11.03 ⁷	8.8	3601 ⁷	2788.2	692.9 ⁷	564.8	334.8	321.6	25.9 ⁷	25.5 ³

Nurses (per 100 000 population)			Average length of stay (days) in all hospitals		Acute care hospital admissions (per 100 population) year)		Outpatient contacts per person (per year)	
France	EU ²	France	EU ¹	France	EU ¹	France	EU	
1995	590.6	575.1	11.5	12.5	22.9	15.7	6.4	6.6
2000	650.6	655.9	10.8	10.3	22.3	17.7	6.9	6.8
2005	742.2	682.7	10.4	9.5	20.9	16.2	6.6	6.8
2009	793.7	745.5	10.0 ⁷	8.8	20.8 ⁷	15.6	6.3 ⁹	6.9

Sources: EU average values are based on the European Health for All database (WHO Regional Office for Europe, 2010). France values are based on Eco-Santé data (Eco-Santé, 2010), with sources from INSEE, DREES, IRDES, CNAM.

1.10 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο σύστημα υγείας της Σουηδίας

Η Σουηδία θεωρείται ως πρότυπο κοινωνικού κράτους με ισχυρούς μηχανισμούς Κοινωνικής προστασίας οι οποίοι καλύπτουν τους πολίτες δια βίου και τελούν υπό την εγγύηση του κράτους.

Το σύστημα υγείας στη Σουηδία βρίσκεται στην κορυφή της κατάταξης του ΠΟΥ σε σχέση με το εύρος κάλυψης του πληθυσμού, το φάσμα και την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών

Στα πλαίσια αυτά αναπτύσσεται και το σύστημα υγείας το οποίο οργανώνεται σε

- Εθνικό επίπεδο με την Κυβέρνηση να έχει τη γενική ευθύνη διασφάλισης ποιότητας των υπηρεσιών και να ρυθμίζει τους κεντρικούς άξονες της πολιτικής υγείας με το υπουργείο υγείας να εγγυάται την προστασία της υγείας και την παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Η κυβέρνηση υποστηρίζει επίσης (θεσμικά και χρηματοδοτώντας) τη συνεργασία και διασύνδεση των περιφερειών με τους δήμους για την αναβάθμιση υπηρεσιών φροντίδας ηλικιωμένων, μαθητών κλπ

- Περιφερειακό και Τοπικό επίπεδο που έχουν την ευθύνη για το σχεδιασμό, την οργάνωση, τη χρηματοδότηση και την παροχή υπηρεσιών υγείας από το 1983

Οι δαπάνες καλύπτονται από τη γενική φορολογία και οι ιδιωτικές δαπάνες είναι σε χαμηλό επίπεδο (αφορούν κυρίως στη συμμετοχή των χρηστών στις υπηρεσίες υγείας)

Επιπλέον λειτουργούν κρατικοί φορείς με αρμοδιότητες σε θέματα υγείας και συμβάλουν στη λήψη σχετικών αποφάσεων (υγεία και την κοινωνική προστασία, ανάλυση των υπηρεσιών υγείας και ποιότητας, δημόσια υγεία, για τις κυρώσεις και τις καταγγελίες, για την αξιολόγηση και τεκμηρίωση των επιστημονικών – τεχνολογικών μέσων που χρησιμοποιούνται στο σύστημα υγείας κλπ)

Οι βασικές αρμοδιότητες έχουν εκχωρηθεί στην Περιφέρεια με πρωταρχική την κατάρτιση και τήρηση των προϋπολογισμών ενώ μεταξύ των 21 Περιφερειών εντοπίζονται σημαντικές διαφορές στους χρόνους αναμονής των ασθενών, την αναλογία του προσωπικού όπου παρατηρείται συσσώρευση γιατρών στα αστικά κέντρα σε αντίθεση με την επαρχία

. Οι Δήμοι μεριμνούν κυρίως για την παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας

Η ΠΦΥ παρέχεται κυρίως από δημόσιες δομές ενώ λειτουργούν και ιδιωτικοί φορείς οι οποίοι προβλέπεται να αδειοδοτούνται από τα τοπικά συμβούλια

Η ΠΦΥ οργανώνεται σε τοπικό επίπεδο σε υγειονομικές μονάδες που διαθέτουν κέντρο υγειονομικής φροντίδας και nursinghome και είναι στελεχωμένες με γενικούς γιατρούς μαιές νοσηλεύτές εξυπηρετώντας 5000-50000 πληθυσμό

Προβλέπεται η υποχρεωτική εγγραφή των πολιτών σε δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς παροχής φροντίδας (παλαιότερα ήταν υποχρεωτική η εγγραφή τους στην περιοχή κατοικίας τους)

Οι γενικοί γιατροί λειτουργούν αρκετές φορές μαζί με άλλες ειδικότητες. Οι περισσότεροι νοσηλευτές εργάζονται σε δήμους με επισκέψεις κατ' οίκον και σε πολλές περιπτώσεις αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής με τους ασθενείς. Πάντοτε όμως λαμβάνουν οδηγίες από τον οικογενειακό γιατρό

Το σύστημα παραπομπών στα νοσοκομεία δεν είναι υποχρεωτικό αλλά όταν οι ασθενείς παραπέμπονται από τους γενικούς γιατρούς λαμβάνουν προτεραιότητα και ο χρόνος αναμονής είναι μικρότερος ενώ όταν παρακάμπτουν τους γενικούς γιατρούς αναγκάζονται να πληρώσουν αυξημένη συμμετοχή

Ειδική μέριμνα λαμβάνεται για την παροχή υπηρεσιών σε ηλικιωμένους με την Τοπική Αυτοδιοίκηση έχει την ευθύνη των παρεχόμενων υπηρεσιών υπό την εποπτεία του Εθνικού συμβουλίου Υγείας και Πρόνοιας το οποίο θέτει κανόνες και παραμέτρους.

- ✓ Το 81,4% των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι δημόσιες
- ✓ Το 2010, το συνολικό κόστος για την φροντίδα των ηλικιωμένων ήταν 10.7 δις € με τη δημόσια δαπάνη (funded by taxes) να καλύπτει το 97% (The Swedish Institute (SI)).
- ✓ Υπηρεσίες κατ' οίκον βοήθειας παρέχουν επαγγελματίες (home care assistants) που μπορεί να είναι Νοσηλευτές ή Κοινωνικοί Λειτουργοί.
- ✓ Σημαντικός είναι ο ρόλος των άτυπων φροντιστών (μέλη της οικογένειας, φίλοι κ.λπ.)

Συμμετοχή των ασθενών στο κόστος

Στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας προβλέπεται συμμετοχή στο κόστος (από 11-20€ (μέγιστη συμμετοχή 122€ το έτος) με εξαίρεση τις ηλικίες κάτω των 20 ετών. Υπάρχει επίσης συμμετοχή στις επισκέψεις κατ' οίκον, στη συνταγογράφηση φαρμάκων, στη νοσοκομειακή και την οδοντιατρική φροντίδα, στην προμήθεια μηχανικών βοηθημάτων. Εξαιρούνται κάποιες ομάδες πληθυσμού Η συμμετοχή έχει ως ανώτατο όριο ένα συγκεκριμένο ποσό πάνω από το οποίο το κράτος είναι υποχρεωμένο να απαλλάξει τον ασθενή από οποιαδήποτε επιπλέον συμμετοχή σε κόστος

Τίθενται επίσης στόχοι προκειμένου να ανταποκριθούν στις ανάγκες του πληθυσμού όπως 0 – 7 – 90 – 90 που αντιστοιχούν σε

- ✓ 0= μηδενική καθυστέρηση στην επαφή μεταξύ ασθενή και συστήματος υγείας
- ✓ 7= επίσκεψη σε γενικό γιατρό εντός 7 ημερών

- ✓ 90= επίσκεψη σε ειδικό γιατρό εντός 90 ημερών
- ✓ 90 = αναμονή μεταξύ διάγνωσης και θεραπείας όχι μεγαλύτερη των 90 ημερών

Ο βαθμός επίτευξης των στόχων είναι μεγάλος και υπάρχει συστηματική παρακολούθηση τους

Development of health care resources and utilization

Total health expenditure as % of GDP			Total health expenditures per capita (in PPP\$)		Hospital beds (per 100 000 population)	Physicians (per 100 000 population)		GPs as % of all physicians		
		EU ¹		EU ¹		EU ¹		EU ¹		EU
1995	8.0	7.6	1741	1275.9	n.a.	740.9	288.7	292.7	16.7	27.5 ⁶
2000	8.2	7.9	2286	1608.0	n.a.	669.0	308.2	295.1	17.2	28.3 ⁵
2005	9.2	8.5	2958	2150.9	n.a.	604.6	349.4	316.0	16.9	26.3 ⁴
2009	9.8	8.8	3470 ⁷	2788.2	n.a.	564.8	n.a.	321.6	n.a.	25.5 ³

Nurses (per 100 000 population)			Average length of stay (days) in all hospitals		Acute care hospital admissions (per 100 population)		Outpatient contacts per person (per year)	
		EU ²		EU ¹		EU ¹		EU ¹
1995	965.9	575.1	7.8	12.5	16.3	15.7	3.0	6.6
2000	991.8	655.9	6.8	10.3	15.5	17.7	2.8	6.8
2005	1069.4	682.7	6.3	9.5	15.1	16.2	2.8	6.8
2009	n.a.	745.5	6.2 ⁸	8.8	15.2	15.6	n.a.	6.9

Development of health care resources and utilization Sources: EU and Sweden average values are based on the European Health for All database (WHO Regional Office for Europe, 2010).

Βιβλιογραφία

1. Building Primary Care in a changing Europe, Case studies, European Observatory on health and policies 2015
2. Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ 2015
3. Η Π.Φ.Υ στο επίκεντρο μιας διαχρονικής συζήτησης εκδόσεις Πασχαλίδης 2010
4. Μελέτη Οργάνωσης – Χρηματοδότησης Μονάδων ΠΦΥ που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ Ν. Πολύζος 2013
5. Υπηρεσίες υγείας Γιάννης Τούντας εκδόσεις Οδυσσέας 2008
6. Περιοδικό ΠΦΥ ΤΟΜΟΣ 20
7. Σκανδιναβικό Μοντέλο Μ Χίλσον Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης 2012
8. Μελέτη για την οργάνωση Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας 1995

2η ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ:
ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ
ΤΗΣ ΠΦΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.

Η διακήρυξη της Alma Ata (1978) και ο χάρτης της Ottawa (1986) σηματοδότησαν μια θεαματική στροφή στη φιλοσοφία για την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και τις αντιλήψεις της διεθνούς κοινότητας, δίνοντας έμφαση στην προαγωγή της υγείας και κάνοντας λόγο για τη «νέα δημόσια υγεία». Ο διατομεακός και διεπιστημονικός χαρακτήρας, η οικολογική κατεύθυνση και η πολιτική δέσμευση για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού συνιστούν τα κύρια χαρακτηριστικά της νέας αντίληψης για τη δημόσια υγεία. (WHO 1996)

Βασική συνιστώσα της νέας δημόσιας υγείας αποτελεί η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η οποία εστιάζεται στην προαγωγή της υγείας μέσω της συνεργασίας μεταξύ όλων των επαγγελματιών υγείας και της τοπικής κοινότητας. Ωστόσο διεθνώς παρατηρείται το φαινόμενο της εννοιολογικής σύγχυσης σχετικά με το ουσιαστικό περιεχόμενο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Μερικοί συγχέουν την πρωτοβάθμια φροντίδα για την υγεία με την πρωτοβάθμια κλινική ιατρική, άλλοι θεωρούν ότι είναι παροχή υπηρεσιών η οποία απευθύνεται κυρίως σε φτωχές αγροτικές περιοχές ή αναπτυσσόμενες χώρες, ενώ κάποιοι άλλοι τη θεωρούν ως μια φθηνή εναλλακτική λύση.

Στην πραγματικότητα η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας υπερβαίνει το συμβατικό πλαίσιο παροχής κλινικής και φαρμακευτικής θεραπείας και περιλαμβάνει δραστηριότητες που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία, το περιβάλλον και τη διατροφή. Από οργανωτική και λειτουργική άποψη, η ΠΦΥ αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό του συστήματος υγείας, με την έννοια ενός ολοκληρωμένου, συνεχούς και διακεκριμένου μέρους των υπηρεσιών υγείας, στο οποίο ο γενικός γιατρός παίζει έναν διευρυνμένο ρόλο στο πλαίσιο διατομεακής δράσης και διεπιστημονικής συνεργασίας.

Σύμφωνα με τη διακήρυξη της Alma Ata ως πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ορίζεται η βασική φροντίδα υγείας η οποία στηρίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες, κοινωνικά αποδεκτές, πρακτικές εφαρμόσιμες και οικονομικά προσιτές μεθόδους και τεχνολογίες. Αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα τόσο του συστήματος υγείας όσο και της συνολικότερης κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Παρέχει υπηρεσίες προαγωγής, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης, και αφορά όχι μόνο τον τομέα υγείας αλλά όλους τους τομείς που σχετίζονται με αυτόν. Ειδικότερα, περιλαμβάνει

δραστηριότητες όπως : α) η εκπαίδευση σχετικά με τα προβλήματα υγείας και τις μεθόδους πρόληψης και θεραπείας τους, β) η προώθηση της σωστής διατροφής γ) η παροχή μέτρων βασικής υγιεινής, δ) η παροχή υπηρεσιών φροντίδας στη μητέρα και το παιδί, ε) η διενέργεια εμβολιασμών, στ) η πρόληψη και η καταπολέμηση των ασθενειών, και ζ) η παροχή της κατάλληλης θεραπευτικής και φαρμακευτικής αγωγής.

Η φιλοσοφία της ΠΦΥ στηρίζεται στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και της ισότητας, ενώ η στρατηγική της στοχεύει στην ικανοποίηση των ατομικών αναγκών και των αναγκών της κοινότητας, εξασφαλίζοντας προσπελασιμότητα, αποδοχή και συμμετοχή του πληθυσμού (WHO 1982).

Η δεκαετία του 70 έχει χαρακτηριστεί ως η δεκαετία της αμφισβήτησης της ιατρικής και του ρόλου του νοσοκομείου, η περίοδος της σύγχρονης θεώρησης του ρόλου των υπηρεσιών υγείας και των στόχων και της στρατηγικής των συστημάτων υγείας. Οι νέες ολιστικές απόψεις που διατυπώθηκαν εδράζονται στην αρχή ότι η αρρώστια δεν είναι αποκλειστικά βιολογικό φαινόμενο, αλλά έχει κοινωνική βάση και ότι η υγεία πρέπει να είναι σκοπός και όχι μέσο για την οικονομική ανάπτυξη. Και ακόμη, ότι επειδή η ιατρική φροντίδα δεν μπορεί να υποκαταστήσει τη φροντίδα για την υγεία, μια και οι υπηρεσίες περίθαλψης δεν είναι παρά υποσύστημα του συστήματος υγείας που περιλαμβάνει διάφορα άλλα υποσυστήματα (κατοικία, εργασία, περιβάλλον κλπ), τονίστηκε με έμφαση πως η διατήρηση και προαγωγή της υγείας των πολιτών διασφαλίζεται μόνο με την ανάπτυξη υπηρεσιών υγείας προσανατολισμένων στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας και όχι μόνο με την αντιμετώπιση της αρρώστιας.

Στη Διακήρυξη της Alma Ata οριοθετείται η σύγχρονη προσέγγιση της έννοιας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και στα βασικά συστατικά της τονίζεται η ανάγκη διαμόρφωσης πολιτικών και στρατηγικών που θα «... εισάγουν και ενσωματώνουν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως μέρος ενός εκτεταμένου εθνικού υγειονομικού συστήματος, συντονισμένου με άλλους τομείς...» (WHO 1978) και υιοθετείται το όραμα για μια καλύτερη κοινωνία για Υγεία για Όλους ως το έτος 2000.

Πρόσφατα, στη Διακήρυξη της Astana επαναπροσδιορίστηκαν οι στόχοι και οι αρχές της ΠΦΥ (βλ. κεφ 1 & 3 της παρούσας εργασίας).

2.2 Η ΚΑΘΙΕΡΩΣΗ & Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΣΥ) (1983 – 2000).

2.2.1 Το ΝΔ 2592/1953 «Περί Οργάνωσης της Ιατρικής Αντιλήψεως».

Η πρώτη ουσιαστική προσπάθεια για την οργάνωση πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας και τη δημιουργία ενός ενιαίου συστήματος υγείας εκδηλώνεται με την ομόφωνη ψήφιση του Νομοθετικού Διατάγματος 2592/1953 «Περί Οργάνωσης της Ιατρικής Αντιλήψεως», στο οποίο προβλεπόταν, με σκοπό την κάλυψη των αναγκών της υπαίθρου, **η ίδρυση των Κοινοτικών Υγειονομικών Σταθμών** για την κάλυψη των αναγκών υγείας συνδέσμων κοινοτήτων πληθυσμού 5.000-8.000 κατοίκων. Παρά τις διαπιστώσεις για την ανεπάρκεια των υπηρεσιών, η κατάσταση μέχρι τα τέλη της δεκαετίας 70 πέρα από οριακές βελτιώσεις των υπηρεσιών δεν έδειχνε να οδηγείται σε οργάνωση ενιαίου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας. Στη συνέχεια το 1980 στο σχέδιο Νόμου του Υπουργού Υγείας Σπύρου Δοξιάδη «Μέτρα Προστασίας της Υγείας», προβλέφθηκε η δημιουργία σύγχρονου συστήματος υγείας με στροφή στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, το οποίο όμως δεν ολοκληρώθηκε.

2.2.2 Ο ν. 1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας».

Με το ν.1397/1983 θεσμοθετούνται οι αρχές και οι στόχοι της νέας πολιτικής για την υγεία με ιδιαίτερη έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Καθιερώνεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα, σύμφωνα με τον οποίο το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας. Στο νόμο αυτό ενσωματώνονται οι αρχές της διακήρυξης της Alma Ata και η σύγχρονη φιλοσοφία για την ΠΦΥ.

Κεντρικός θεσμός στη διαδικασία υλοποίησης των νέων στόχων και αντιλήψεων για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι **τα Κέντρα Υγείας, τα οποία συστήνονται ως αποκεντρωμένες μονάδες των Νοσοκομείων**. Παράλληλα η καθιέρωση των τομέων Κοινωνικής Ιατρικής στα Νοσοκομεία έχει ως στόχο τη σύνδεση της πρωτοβάθμιας με τη δευτεροβάθμια φροντίδα.

Τα Κέντρα Υγείας συνιστώνται σε κάθε νομό της Χώρας (Κοινή Υπουργική Απόφαση των υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας), ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των αντίστοιχων Νοσοκομείων. Επίσης, **θεσμοθετούνται τα Περιφερειακά Ιατρεία ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας**. Τα Περιφερειακά Ιατρεία διακρίνονται σε Ιατρεία με ορισμένες μέρες και ώρες λειτουργίας και σε Ιατρεία 24ωρης ετοιμότητας. Για κάθε Κέντρο Υγείας και για τα Περιφερειακά Ιατρεία ορίζεται η έδρα και η περιοχή ευθύνης αυτών. Κριτήριο για τον καθορισμό της έδρας περιφερειακού Ιατρείου

24ωρης ετοιμότητας αποτελεί η εξασφάλιση παροχής υπηρεσιών υγείας σε κατοίκους περιοχών με ειδικές χωροταξικές συνθήκες και δύσκολη συγκοινωνιακή πρόσβαση.

Για την εξασφάλιση της ομοιόμορφης και ενιαίας εφαρμογής των προαναφερόμενων προβλέπεται η κατάργηση των υφιστάμενων Κέντρων Υγείας, των πολυιατρείων, των ιατρείων και οποιαδήποτε άλλης μονάδας παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης που είχαν συσταθεί και λειτουργούσαν με οποιαδήποτε μορφή από το δημόσιο, την τοπική αυτοδιοίκηση τους ασφαλιστικούς φορείς και τα ταμεία, εκτός από τους υγειονομικούς σταθμούς και τα αγροτικά ιατρεία. Για την ομαλή μετάβαση στο νέο σύστημα προβλέπεται μεταβατική περίοδος. Οι υγειονομικοί σταθμοί και τα αγροτικά ιατρεία συγχωνεύονται σε Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία τους, κατά τις διατάξεις του νόμου.

Για λόγους καλλίτερης παροχής υπηρεσιών υγείας τα Κέντρα Υγείας διακρίνονται ως προς την οργάνωση και τον τρόπο λειτουργίας τους σε Κέντρα Υγείας αστικών περιοχών και σε Κέντρα Υγείας μη αστικών περιοχών. Στα Κέντρα Υγείας αστικών περιοχών προβλέπεται να υπηρετούν ιατροί των αντίστοιχων τομέων των νοσοκομείων και οικογενειακοί ιατροί (παιδίατροι ή γενικοί γιατροί). Στα Κέντρα Υγείας μη αστικών περιοχών προβλέπεται να υπηρετούν οι γενικοί γιατροί, οι γιατροί συγκεκριμένων ειδικοτήτων (π.χ. καρδιολόγοι) και γιατροί άλλων ειδικοτήτων των οικείων Νοσοκομείων που επισκέπτονται περιοδικά το Κέντρο Υγείας.

Τα Κέντρα Υγείας λειτουργούν σε τακτικό ωράριο οκτώ ωρών, πέντε μέρες την βδομάδα και εφημερεύουν τις υπόλοιπες μέρες και ώρες. Επίσης, τα Κέντρα Υγείας βρίσκονται σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεση με το Νοσοκομείο, στο οποίο υπάγονται οργανικά και διοικητικά.

Για το συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας του Κέντρου Υγείας ορίζεται υπεύθυνος γιατρός με βαθμό Διευθυντή, ο οποίος εκλέγεται από τους γιατρούς του Κέντρου Υγείας.

Σε σχέση με τις προβλέψεις του νόμου, υλοποιήθηκαν τα αγροτικά ΚΥ, ενώ τα αστικά δεν μπόρεσαν να δημιουργηθούν λόγω της αδυναμίας ένταξης των μονάδων υγείας της κοινωνικής ασφάλισης (κυρίως του ΙΚΑ) στο ΕΣΥ. Η αδυναμία ολοκλήρωσης της ΠΦΥ στο πλαίσιο του ΕΣΥ οδήγησε στον κατακερματισμό των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών και στη διόγκωση του ιδιωτικού τομέα. Αυτή η εξέλιξη, παράλληλα με την υποβάθμιση των δημόσιων παροχών, προκάλεσε σημαντικές κοινωνικές ανισότητες στη χρήση υπηρεσιών υγείας και οδήγησε σε υπέρμετρη αύξηση των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία.

Σκοπός των Κέντρων Υγείας ήταν η παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης και αναλυτικότερα:

α) Η παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής τους και σε όσους προσωρινά διαμένουν σε αυτήν.

β) Η νοσηλεία και παρακολούθηση αρρώστων που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδο τους από το Νοσοκομείο.

γ) Η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις έως τη διακομιδή των αρρώστων στο Νοσοκομείο.

δ) Η διακομιδή αρρώστων με ασθενοφόρο αυτοκίνητο ή με οποιοδήποτε άλλο μέσο μεταφοράς σε έκτακτες περιπτώσεις στο Κέντρο Υγείας ή στο Νοσοκομείο.

ε) Η οδοντιατρική περίθαλψη.

στ) Η άσκηση προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής και η υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού.

ζ) Η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα.

η) Η ιατρική της εργασίας.

θ) Η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής.

ι) Η ενημέρωση και διαφώτιση για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.

ια) Η εκπαίδευση των γιατρών και του λοιπού προσωπικού υγείας.

ιβ) Η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.

ιγ) Η παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους, αν δεν λειτουργεί φαρμακείο στην περιοχή τους.

Συμπεράσματα :Με το ν.1397/19983 προβλέπεται:

α) η καθιέρωση των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατειρών,

β) η σταδιακή ενοποίηση όλων των υφιστάμενων δομών ΠΦΥ (ιατρεία ασφαλιστικών ταμείων κλπ)

γ) η υπαγωγή των Κέντρων Υγείας στα Νομαρχιακά Νοσοκομεία, ως αποκεντρωμένες μονάδες αυτών και

δ) ο οικογενειακός γιατρός.

2.2.3 Ο ν. 2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας».

Με το άρθρο 15 του ν.2071/1992 τα **Κέντρα Υγείας μετατρέπονται σε αποκεντρωμένες μονάδες, που υπάγονται απευθείας στη Διεύθυνση Υγείας της οικείας Νομαρχίας**. Επίσης, τα Περιφερειακά Ιατρεία των Κέντρων Υγείας και τα αγροτικά ιατρεία μετατρέπονται σε υγειονομικούς σταθμούς, οι οποίοι υπάγονται απευθείας στη Διεύθυνση Υγείας της οικείας Νομαρχίας.

Επίσης, με το άρθρο 28 **καθιερώνεται το σύστημα κατ' οίκον νοσηλείας** και προβλέπεται η έκδοση Προεδρικού Διατάγματος για τον καθορισμό των όρων και προϋποθέσεων για την εφαρμογή του εν λόγω συστήματος. Το προβλεπόμενο ΠΔ δεν εκδόθηκε.

Συμπεράσματα: Μεταφέρεται η αρμοδιότητα και η διοικητική υπαγωγή των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων από τα Νοσοκομεία στις Δ/νσεις Υγείας των οικείων Νομαρχιών.

2.2.4 Ο ν. 2194/1994 «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις».

Με το άρθρο 1 του ν.2194/1994 επαναφέρονται σε ισχύ οι διατάξεις του ν. 1397/1983, που είχαν καταργηθεί με το ν. 2071/1992.

Συμπεράσματα : Η αρμοδιότητα και η διοικητική υπαγωγή των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων επανέρχεται στα οικεία Νομαρχιακά Νοσοκομεία.

2.2.5 Ο ν. 2345/1995 «Άδεια λειτουργίας φορέων κοινωνικής πρόνοιας κλπ διατάξεις».

Με το άρθρο 6 του ν.2345/1995 προβλέπεται **η δυνατότητα σύστασης Ειδικών Κέντρων Υγείας**, ως αποκεντρωμένων οργανικών μονάδων των Νοσοκομείων, καθώς και των Ειδικών Περιφερειακών Ιατρείων, ως αποκεντρωμένων μονάδων των Κέντρων Υγείας ή των Νοσοκομείων.

Σκοπός των Ειδικών Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων είναι ο οριζόμενος από τις διατάξεις του άρθρου 15 του ν.1397/1983 και του άρθρου 16 του ν.2071/1992 και η κάλυψη αναγκών των ειδικών κατά περίπτωση πληθυσμιακών ομάδων. Τα Ειδικά Κέντρα Υγείας διέπονται από τις διατάξεις που ισχύουν για τα Κέντρα Υγείας. Στα Ειδικά Κέντρα Υγείας δύναται να αναπτύσσονται κλίνες και να λειτουργεί μονάδα νοσηλείας για παραμονή ασθενών, που έχουν ανάγκη από ιατρική παρακολούθηση και νοσηλεία.

Συμπεράσματα : Πρόβλεψη για την ίδρυση Ειδικών Κέντρων Υγείας και Ειδικών Περιφερειακών Ιατρείων για την κάλυψη συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων, όπως κρατούμενοι σωφρονιστικών καταστημάτων, επιβάτες σε αεροδρόμια κλπ.

2.2.6 Ο ν.2519/1997 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις».

Με το άρθρο 26 προβλέπεται ότι σε κενές θέσεις και κενούμενες θέσεις ιατρών υπηρεσίας υπαίθρου **διορίζονται κατά προτεραιότητα ιατροί με ειδικότητα γενικής ιατρικής**. Οι κατά τις διατάξεις αυτές καταλαμβανόμενες θέσεις μετατρέπονται με την απόφαση διορισμού σε θέσεις του κλάδου ιατρών ΕΣΥ με βαθμό Επιμελητή Β.

Με το άρθρο 27 προβλέπεται **ο χαρακτηρισμός Περιφερειακών Ιατρείων νησιών στα οποία δεν λειτουργεί Κέντρο Υγείας, ως Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία**. Στα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία προβλέπεται η σύσταση θέσεων και λοιπού, εκτός ιατρικού, προσωπικού (νοσηλευτών, τεχνολόγων κλπ). Τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία λειτουργούν τις εργάσιμες ημέρες επί οκτάωρο. Τις μη εργάσιμες εφημερεύουν κατά τις ώρες 8.00 π.μ. έως 4.00 μ.μ. Τις υπόλοιπες ώρες όλων των ημερών εφαρμόζεται πρόγραμμα εφημερίας ετοιμότητας.

Συμπεράσματα : α) Καθιερώνονται κίνητρα για την κατάληψη θέσεων ιατρών υπηρεσίας υπαίθρου από ιατρούς ειδικότητας γενικής ιατρικής, και

β) καθιερώνονται τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, ως Περιφερειακά Ιατρεία με ενισχυμένο προσωπικό για απομακρυσμένες περιοχές, όπως τα νησιά στα οποία δεν υπάρχει Κέντρο Υγείας.

2.3 Η ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΟΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ, ΩΣ ΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΑ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ (2001 – 2011).

2.3.1 Ο ν.2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις».

Με το ν.2889/2001 σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια της Χώρας ιδρύεται νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου με την επωνυμία «Περιφερειακό Σύστημα Υγείας» (Πε.Σ.Υ.), που συμπληρώνεται από το όνομα της οικείας Περιφέρειας. Κατ'εξάιρεση στην Περιφέρεια Αττικής συνιστώνται τρία (3) Πε.Σ.Υ. (Α', Β' και Γ' Αττικής) και στις Περιφέρειες Μακεδονίας και Νοτίου Αιγαίου συνιστώνται από δύο (2) Πε.Σ.Υ. (Α' και Β' Πε.Σ.Υ. Κεντρικής Μακεδονίας και Α' και Β' Νοτίου Αιγαίου). Όλες οι

Νοσοκομειακές Μονάδες, καθώς και τα Κέντρα Υγείας με τα Περιφερειακά τους Ιατρεία, που ανήκουν στο ΕΣΥ και βρίσκονται και λειτουργούν στη χωρική αρμοδιότητα κάθε ιδρυόμενου Πε.Σ.Υ. μετατρέπονται αυτοδικαίως σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες του αντίστοιχου Πε.Σ.Υ. με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια.

Συμπεράσματα : Τα Κέντρα Υγείας παύουν να αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των οικείων Νοσοκομείων. Τα Κέντρα Υγείας με τα Περιφερειακά τους Ιατρεία αποτελούν αποκεντρωμένες του Περιφερειακού Συστήματος Υγείας (Πε.Σ.Υ.) της οικείας Περιφέρειας.

2.3.2 Ο ν. 3235/2004 «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας».

Με το ν.3235/2004, που είναι αφιερωμένος εξ ολοκλήρου στην ΠΦΥ, προσδιορίζονται ο σκοπός, η έννοια και το περιεχόμενο αυτής και αναφέρονται οι υπηρεσίες που παρέχουν ΠΦΥ (Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία του ΕΣΥ, Κέντρα Υγείας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης, των ΟΤΑ κλπ.). Προβλέπονται ειδικές πρόσθετες υπηρεσίες στα Κέντρα Υγείας, στα Περιφερειακά Ιατρεία και στα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία και ειδικότερα η λειτουργία συστήματος προγραμματισμού επισκέψεων με χρήση σύγχρονων μέσων ηλεκτρονικής και τηλεφωνικής επικοινωνίας. Επίσης, για τα ΚΥ και τα ΠΙ των απομακρυσμένων και δυσπρόσιτων περιοχών προβλέπεται η λειτουργία συστήματος τηλεϊατρικής υποστήριξης, μετά από σχετική μελέτη σκοπιμότητας και μελέτη κόστους.

Τόσο για τα ΚΥ του ΕΣΥ και όσο και για τα Κέντρα Υγείας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης προβλέπεται η 24ωρη λειτουργία, ενώ για την ίδρυση νέων δομών απαιτείται έγκριση σκοπιμότητας από τον Υπουργό Υγείας.

Καθιερώνεται η οργάνωση της ΠΦΥ στη βάση τομεοποιημένου γεωγραφικά συστήματος, με την συγκρότηση των Ειδικών Τομεακών Επιτροπών ΠΦΥ, με απόφαση των Διοικητικών Συμβουλίων των Πε.Σ.Υ. Με την τομεοποίηση προάγονται οι διατομεακές συνεργασίες, οι συνεργασίες με την δευτεροβάθμια περίθαλψη, παρακολουθούνται οι δείκτες επάρκειας της κάλυψης των αναγκών υγείας του πληθυσμού ευθύνης και συντάσσονται προτάσεις/γνωμοδοτήσεις για θέματα στελέχωσης και εξοπλισμού.

Καθιερώνεται ο θεσμός του οικογενειακού και του προσωπικού γιατρού για όλους τους πολίτες της Χώρας, στη βάση της τομεοποίησης του συστήματος ΠΦΥ. Καθήκοντα οικογενειακού γιατρού μπορούν να ασκούν όλοι οι γιατροί με τίτλο ειδικότητας Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής.

Προβλέπεται το έργο Νοσηλευτή ΠΦΥ, ό οποίος επικουρεί το έργο του οικογενειακού ή προσωπικού γιατρού.

Καθιερώνεται ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος και εισάγεται η ηλεκτρονική κάρτα υγείας κάθε πολίτη. Σε κάθε Κέντρο Υγείας εγκαθίσταται πλήρης υποδομή για την τήρηση και ενημέρωση στοιχείων του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου και για την πρόσβαση σε στοιχεία τα οποία τηρούνται σε άλλους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας. Αντίστοιχη υποδομή οφείλουν να διαθέτουν και τα ιατρεία των ιδιωτών οικογενειακών ή και προσωπικών γιατρών, που έχουν σχετική σύμβαση με ασφαλιστικούς οργανισμούς. Ο οικογενειακός και ο προσωπικός γιατρός υποχρεούται να ενημερώνει τους ηλεκτρονικούς ιατρικούς φακέλους των ασφαλισμένων που τον έχουν επιλέξει με τις πληροφορίες που παράγονται από τον ίδιο. Με την ηλεκτρονική κάρτα διευκολύνεται η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για την αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και την άμεση εξασφάλιση παροχής των αναγκαίων πληροφοριών και δεδομένων σχετικών με την υγεία που αφορούν στον κάτοχο της κάρτας. Ακολούθως, λόγω της αρχής της εμπιστευτικότητας, τίθενται οι αναγκαίοι περιορισμοί στη λειτουργία του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου και της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας, ως προς την πρόσβαση στη βάση δεδομένων.

Τέλος, **προβλέπεται η πιστοποίηση των Κέντρων Υγείας**, με βάση τα εξής κριτήρια: ιατρική υποδομή και εξοπλισμός, ξενοδοχειακή υποδομή και εξοπλισμός, υποδομή μηχανογράφησης, στελέχωση όσον αφορά τον αριθμό του προσωπικού και την εξειδίκευση αυτού, τήρηση υγειονομικών διατάξεων και των μέτρων προστασίας των εργαζομένων και των ασθενών, διαδικασίες πρόσβασης, ποιότητα έργου και εξυπηρέτηση κοινού, διασύνδεση των φορέων της ΠΦΥ τόσο μεταξύ τους όσο και με φορείς παροχής νοσοκομειακής φροντίδας, και ποιότητα τήρησης διαδικασιών.

Ο ν.3235/2004 παρέμεινε ως πλαίσιο, αλλά δεν εφαρμόστηκε στο σύνολο του γιατί είχε θεωρητικό χαρακτήρα και έλλειψη λεπτομερών ρυθμίσεων.

Συμπεράσματα : Με το ν. 3235/2004:

α) αποδίδεται ο ορισμός της ΠΦΥ, ο οποίος καλύπτει τους σκοπούς των Κέντρων Υγείας όπως έχουν ήδη καθιερωθεί με προηγούμενους νόμους,

β) επιχειρείται η σύγκλιση των διάφορων δομών ΠΦΥ (Κέντρα Υγείας ΕΣΥ, Κέντρα Υγείας Ασφαλιστικών Οργανισμών, μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ των ΟΤΑ κλπ) χωρίς να ομογενοποιούνται οργανωτικά, διοικητικά και λειτουργικά,

γ) περιλαμβάνονται σύγχρονες πρακτικές για την άσκηση της ΠΦΥ όπως η τηλεματική, η τομεοποίηση, ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος και η ηλεκτρονική κάρτα υγείας, η εφαρμογή της αρχής της εμπιστευτικότητας και η πιστοποίηση των Κέντρων Υγείας,

δ) επανέρχεται διευρυμένα ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, δεδομένου ότι εκτός από τους γιατρούς των Κέντρων Υγείας, καθήκοντα οικογενειακού γιατρού μπορούν να ασκούν και ιδιώτες γιατροί συμβεβλημένοι με Ασφαλιστικούς Οργανισμούς.

2.3.3 Ο ν.3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις».

Στην έδρα κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας συνιστάται Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου με την επωνυμία «Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Δ.ΥΠ.Ε.» που συμπληρώνεται από το όνομα της οικείας Περιφέρειας. Κατ'εξάιρεση η περιφέρεια Αττικής διαιρείται σε τρεις (3) Υγειονομικές Περιφέρειες και οι Περιφέρειες Κεντρικής Μακεδονίας και Νοτίου Αιγαίου διαιρούνται σε δύο (2) Υγειονομικές Περιφέρειες η καθεμία. Σκοπός των Δ.Υ.Π.Ε., μεταξύ άλλων, είναι η εποπτεία και ο έλεγχος της λειτουργίας όλων των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης εντός των γεωγραφικών ορίων της. Ως Φορείς Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ορίζονται τα Νοσοκομεία, τα Κέντρα Υγείας, οι Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας, τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Απεξάρτησης και λοιπά νομικά πρόσωπα δημοσίου και ιδιωτικού δικαίου του δημόσιου τομέα, που ασκούν δραστηριότητες στους τομείς υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και εποπτεύονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Τα Νοσοκομεία του ΕΣΥ, που είχαν μετατραπεί σε αποκεντρωμένες μονάδες των Πε.Σ.Υ. με το άρθρο 1 του ν.2889/2001, μετατρέπονται σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, τα οποία υπόκεινται στον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της αντίστοιχης Υγειονομικής Περιφέρειας.

Συμπεράσματα : Επανέρχεται το προηγούμενο (πριν το ν.2889/2001) σχήμα κατά το οποίο τα Κέντρα Υγείας αποτελούν αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των οικείων Νοσοκομείων, τα οποία μετατρέπονται σε αυτοτελή νπδδ.

2.3.4 Ο ν.3527/2007 «Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευομένων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις».

Η επικράτεια διαιρείται σε επτά Υγειονομικές Περιφέρειες : 1^η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής, 2^η Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου, 3^η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας, 4^η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας και Θράκης, 5^η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, 6^η Υγειονομική Περιφέρεια Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας και 7^η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης.

2.4 Η ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ (2011-2016).

2.4.1 Ο ν.3918/2011 «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις».

Συνιστάται νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου (νπδδ) με την επωνυμία **Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)**, το οποίο τελεί υπό την εποπτεία των Υπουργείων Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Στον ΕΟΠΥΥ μεταφέρονται και εντάσσονται ως υπηρεσίες αρμοδιότητες και προσωπικό ο Κλάδος Υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ με τις μονάδες υγείας του, οι Κλάδοι Υγείας του ΟΓΑ, του ΟΑΕΕ και του ΟΠΑΔ, ως προς τις παροχές σε είδος. (Στη συνέχεια με το ν.4052/2012 στον ΕΟΠΥΥ εντάσσονται ο *Οίκος Ναύτου*, ο κλάδος Υγείας του *ΤΑΥΤΕΚΩ* και ο Κλάδος Υγείας του *ΕΤΑΑ*).

Η ΠΦΥ παρέχεται στους ασφαλισμένους ΙΚΑ-ΕΤΑΜ από τις μονάδες υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, από τους συμβεβλημένους με το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, τον ΟΑΕΕ και τον ΟΠΑΔ ιατρούς και από τους ιατρούς των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων.

Σκοπός του ΕΟΠΥΥ, μεταξύ άλλων, είναι:

ü ο λειτουργικός συντονισμός και η επίτευξη συνεργασίας μεταξύ των φορέων που συνιστούν το δίκτυο ΠΦΥ, δηλαδή των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων του ΕΣΥ, των ιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου, των μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ), των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας του ΕΟΠΥΥ και των συμβεβλημένων ιατρών του,

ü η οργάνωση της λειτουργίας των προαναφερόμενων φορέων, η θέσπιση κανόνων ποιότητας και αποτελεσματικότητας της παροχής υπηρεσιών υγείας, η διαχείριση και ο έλεγχος της χρηματοδότησης καθώς και η ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων.

Συμπεράσματα : Δημιουργείται ο ΕΟΠΥΥ (νπδδ) στον οποίο μεταφέρονται, και ως εκ τούτου ενοποιούνται οργανωτικά, οι Κλάδοι Υγείας των περισσότερων Ασφαλιστικών Ταμείων και στον οποίο ανατίθενται αυξημένες αρμοδιότητες για την ΠΦΥ, με έμφαση: α) στον συντονισμό και την συνεργασία διαφορετικών δομών ΠΦΥ (ως προς την προέλευση και τον τρόπο λειτουργίας), και β) στην ορθολογική και αποδοτική λειτουργία αυτών, υπό την πίεση των δημοσιονομικών περιορισμών.

2.4.2 Ο ν.4025/2011 «Ανασυγκρότηση Φορέων Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρα Αποκατάστασης, αναδιάρθρωση ΕΣΥ και άλλες διατάξεις» (άρθρο 26 - Θέματα Κέντρων Υγείας).

Στα Κέντρα Υγείας μπορεί να διορίζεται, με απόφαση του Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας τριμελής Διοικούσα Επιτροπή η οποία αποτελείται α) από τον Πρόεδρο, που ορίζεται με απόφαση του Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, β) από τον Υπεύθυνο για τον συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας του Κέντρου Υγείας και γ) από έναν δημοτικό σύμβουλο του δήμου της έδρας του Κέντρου Υγείας, που ορίζεται από τον δήμο. Η θητεία των μελών είναι τριετής. Οι αρμοδιότητες της Διοικούσας Επιτροπής καθορίζονται με απόφαση του Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας.

Επίσης, **σε κάθε ΔΥΠΕ συνιστάται ένα Επιστημονικό Συμβούλιο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**, που αποτελείται από πέντε (5) μέλη : α) τον Υποδιοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, ο οποίος είναι αρμόδιος για θέματα Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας, ως Πρόεδρο, β) τρεις (3) Υπευθύνους για το συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας των Κέντρων Υγείας αρμοδιότητας της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, που εκλέγονται από όλους τους Υπευθύνους για το συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας των Κέντρων Υγείας αρμοδιότητας της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας και γ) έναν εκπρόσωπο του προσωπικού, πλην ιατρών, των Κέντρων Υγείας και των Μονάδων αρμοδιότητας τους, κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ. Η θητεία του Επιστημονικού Συμβουλίου είναι τριετής και η συγκρότηση του γίνεται με πράξη του Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

Τέλος, τροποποιούνται τα αντίστοιχα άρθρα του ν. 1397/1983 και προβλέπεται ότι ο **Υπεύθυνος για την επιστημονική λειτουργία του Κέντρου Υγείας είναι ιατρός Γενικής Ιατρικής ή Παθολόγος, ο οποίος κατέχει οργανική θέση Διευθυντή** και ορίζεται με απόφαση του Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας. Εάν στο Κέντρο Υγείας δεν υπηρετεί ιατρός αυτών των ειδικοτήτων σε οργανική θέση Διευθυντή, ο Διοικητής της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας μπορεί να αναθέσει το συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας του Κέντρου Υγείας σε ιατρό άλλης ειδικότητας ή οδοντίατρο με βαθμό Διευθυντή και εφόσον δεν υπάρχουν σε Επιμελητή Α του Κέντρου Υγείας. Η θητεία του Υπευθύνου για το συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας του Κέντρου Υγείας είναι τριετής. Με απόφαση του Διοικητή καθορίζονται οι ειδικότερες αρμοδιότητες, τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις του ως άνω Υπευθύνου.

Συμπεράσματα : Για τον συντονισμό και την εύρυθμη λειτουργία των Κέντρων Υγείας ορίζονται τα ακόλουθα όργανα με αντίστοιχες αρμοδιότητες: τριμελής Διοικούσα Επιτροπή, Επιστημονικό Συμβούλιο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και Υπεύθυνος επιστημονικής λειτουργίας Κέντρου Υγείας.

2.4.3 Ο ν.4058/2012 «Παροχή υπηρεσιών ασφαλείας από ένοπλους φρουρούς σε εμπορικά πλοία και άλλες διατάξεις» (άρθρο 41 - Ρυθμίσεις θεμάτων Νοσοκομείων ΕΣΥ, Κέντρων Υγείας και ΟΚΑΝΑ).

Υπεύθυνος για το συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας του Κέντρου Υγείας είναι ιατρός οποιασδήποτε ειδικότητας ή οδοντίατρος, ο οποίος κατέχει βαθμό Διευθυντή ΕΣΥ και ορίζεται με απόφαση του Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

Συμπέρασμα: Υπεύθυνος για την επιστημονική λειτουργία Κέντρου Υγείας μπορεί να είναι ιατρός του Κέντρου Υγείας με βαθμό Διευθυντή οποιασδήποτε ειδικότητας, τροποποιώντας προηγούμενη πρόβλεψη που όριζε μόνο ιατό γενικής ιατρικής ή παθολόγο.

2.4.4 Ο ν. 4238/2014 «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις».

Το Κράτος μεριμνά και εγγυάται την παροχή υπηρεσιών υγείας, μέσω της ΠΦΥ, στο σύνολο των πολιτών, οι οποίες είναι αναγκαίες και ικανές να διασφαλίσουν την υγεία τους και να προωθήσουν την κοινωνική ευημερία. **Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας συνιστάται Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), που λειτουργεί στις Διοικήσεις των Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠΕ) της Χώρας.**

Οι υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη μέσα από ένα καθολικό ενιαίο και αποκεντρωμένο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας. Επαναδιατυπώνεται ο ορισμός της ΠΦΥ και περιγράφονται οι παρεχόμενες υπηρεσίες που εμπίπτουν στο πεδίο της ΠΦΥ.

Τα Κέντρα Υγείας της Χώρας με τις αποκεντρωμένες μονάδες τους (Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία) μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των οικείων ΔΥΠΕ και αποτελούν εφεξής αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες τους. Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ του ΕΟΠΥΥ μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των ΔΥΠΕ, ως αποκεντρωμένες μονάδες τους, εξαιρουμένων των φαρμακείων του ΕΟΠΥΥ, τα οποία παραμένουν και λειτουργούν στον Οργανισμό. Τα Κέντρα Υγείας και οι λοιπές μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ των ΔΥΠΕ αποτελούν τις δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ του ΠΕΔΥ.

Τα Κέντρα Υγείας ως δομές παροχής Π.Φ.Υ. και οι αποκεντρωμένες τους μονάδες (περιφερειακά και πολυδύναμα ιατρεία) εντάσσονται πλέον στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών. Προβλέπεται η διαδικασία ίδρυσης και πολυδύναμων

Κέντρων Υγείας. Ορίζεται επιπλέον η περιοχή ευθύνης κάθε Κ.Υ. που ονομάζεται Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Το.Π.Φ.Υ.) ενώ γίνεται διασύνδεση του Το.Π.Φ.Υ. με την τοπική αυτοδιοίκηση έτσι ώστε σε κάθε δήμο να αντιστοιχεί τουλάχιστον ένας Το.Π.Φ.Υ.

Καθιερώνεται ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ στο πλαίσιο των τοπικών δικτύων υπηρεσιών ΠΦΥ που συνιστούν τους ΤοΠΦΥ.

Επίσης, προβλέπεται η καθιέρωση του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας για όλους τους Έλληνες πολίτες (ΑΗΦΥ). Ο Α.Η.Φ.Υ. συμπληρώνεται από ιατρό του τοπικού δικτύου Π.Φ.Υ. που παρακολουθείται ο ασθενής και ενημερώνεται από όλους όσους εξέτασαν ή άσκησαν θεραπεία. Από την εφαρμογή του συγκεκριμένου μέτρου παρέχεται η δυνατότητα ολιστικής αντιμετώπισης των ασθενών λόγω της συστημικής καταγραφής του ιστορικού τους.

Συμπεράσματα : Με το ν.4238/2014:

α) συγκεντρώνονται όλες οι δομές ΠΦΥ του ΕΣΥ (ΚΥ, ΠΙ, ΠΠΙ κλπ) και οι δομές ΠΦΥ του ΕΟΠΥΥ (πρώην Ασφαλιστικοί Οργανισμοί) και εντάσσονται οργανωτικά στις οικείες ΔΥΠΕ,

β) προσδιορίζεται ο Τομέας ΠΦΥ (ΤοΠΦΥ) ως περιοχή ευθύνης του Κέντρου Υγείας,

γ) επανέρχεται ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού, και

δ) καθιερώνεται ο ατομικός φάκελος υγείας (ΑΗΦΥ).

2.4.5 Ο ν. 4272/2014 «Προσαρμογή στο εθνικό δίκαιο της Εκτελεστικής Οδηγίας 2012/25/ΕΕ της Επιτροπής... και λοιπές διατάξεις».

Με το άρθρο 35 προβλέπεται ότι **η κατ' οίκον νοσηλεία αναπτύσσεται και οργανώνεται** από νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου που παρέχουν υπηρεσίες υγείας και δεν υπάγονται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας καθώς και από λοιπούς φορείς. Επίσης, προβλέπεται η έκδοση Κοινής Υπουργικής Απόφασης σχετικά με τους όρους και τις προϋποθέσεις της ανάπτυξης και λειτουργίας κατ' οίκον νοσηλείας από τους προαναφερόμενους φορείς. Η εν λόγω ΚΥΑ δεν έχει εκδοθεί.

2.4.6 Ο ν.4368/2016 «Μέτρα επιτάχυνσης του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις».

Υπεύθυνος για τον συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας του Κέντρου Υγείας ή της Μονάδας Υγείας ορίζεται εκ των υπηρετούντων, με απόφαση του Διοικητή της οικείας ΥΠΕ ιατρός κλάδου ΕΣΥ ή οδοντίατρος με βαθμό Διευθυντή και, εν ελλείψει αυτού, Επιμελητής Α με τριετή θητεία. Στην ίδια απόφαση με τις ανωτέρω προϋποθέσεις ορίζεται και ο αναπληρωτής του. Κατά τα λοιπά ισχύουν τα αντίστοιχα άρθρα 17 και 18 του ν.1397/1983.

Συμπεράσματα : Ο Υπεύθυνος για τον συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας του Κέντρου Υγείας ορίζεται ιατρός κλάδου ΕΣΥ ή οδοντίατρος με βαθμό Διευθυντή (εν ελλείψει Επιμελητής Α), χωρίς να τίθενται περιορισμοί ως προς την ιατρική ειδικότητα ή την κατοχή οργανικής θέσης στο συγκεκριμένο Κέντρο Υγείας.

2.5 ΕΝΙΑΙΟΠΟΙΗΣΗ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΟΜΩΝ ΠΦΥ & Η ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ (2017-2018).

2.5.1 Ο ν.4461/2017 «Μεταρρύθμιση της Διοικητικής Οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, Κέντρα Εμπειρογνωμοσύνης σπανίων και πολύπλοκων νοσημάτων, τροποποίηση συνταξιοδοτικών ρυθμίσεων του ν.4387/2016 και άλλες διατάξεις».

Για την υποστήριξη του έργου που παρέχουν οι δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του ΠΕΔΥ και οι αποκεντρωμένες μονάδες τους συγκροτούνται με απόφαση του Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, **Τοπικές Ομάδες Υγείας (Τ.ΟΜ.Υ.)** αποτελούμενες από προσωπικό έως δώδεκα (12) ατόμων. Έργο των Τ.ΟΜ.Υ. είναι η παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ (προαγωγή, πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία) στην περιοχή ευθύνης της και σε πληθυσμό από 10.000 έως 12.000 κατοίκους.

Οι Τ.ΟΜ.Υ. στελεχώνονται από επαγγελματίες υγείας, με σχέση ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου, ως εξής: ιατροί με ειδικότητα Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής, νοσηλευτές κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτες υγείας, και διοικητικούς. Κάθε Τ.ΟΜ.Υ. αποτελείται κατ' ελάχιστο από έναν ιατρό, ένα νοσηλευτή και έναν διοικητικό.

Συμπεράσματα : Καθιερώνονται οι Τοπικές Ομάδες Υγείας για την ενίσχυση του συστήματος ΠΦΥ και για την ανάπτυξη ενός επί πλέον βραχίονα της ΠΦΥ εγγύτερα στην Κοινότητα.

2.5.2 Ο ν. 4486/2017 «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις».

Βασικοί πυλώνες της μεταρρύθμισης είναι η στρατηγική αναμόρφωση του συστήματος υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.), η διασφάλιση του δικαιώματος του πληθυσμού σε δωρεάν, καθολική, ισότιμη και χωρίς διακρίσεις πρόσβαση στις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., η διαφανής και δημοκρατική διοικητική οργάνωση και ηλεκτρονική διακυβέρνηση της Π.Φ.Υ., η οικονομική προστασία του πληθυσμού αναφορικά με τις δαπάνες υγείας, ο κοινωνικός έλεγχος και η λογοδοσία των μονάδων παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. και η διασφάλιση της προάσπισης των δικαιωμάτων των ληπτών υπηρεσιών υγείας.

Ως ΠΦΥ νοείται το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οι οποίες έχουν σκοπό την παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ανθρώπου. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, τη διάγνωση, τη θεραπεία την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής.

Το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών ΠΦΥ στο σύνολο του πληθυσμού, με σεβασμό στα δικαιώματα και τις ανάγκες του.

Οι υπηρεσίες ΠΦΥ οργανώνονται και λειτουργούν, σύμφωνα με τις αρχές της δωρεάν καθολικής υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού, της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, της ειδικής μέριμνας για τις ευάλωτες και ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, της διασφάλισης της ποιότητας και ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών, της συνέχειας της φροντίδας υγείας, της ευθύνης και λογοδοσίας των παρόχων υπηρεσιών υγείας, της δεοντολογίας του ιατρικού επαγγέλματος, της εγγύτητας των υπηρεσιών στον τόπο κατοικίας, διαμονής ή εργασίας, της διασύνδεσης με λοιπές υπηρεσίες υγείας, της ορθολογικής παραπομπής σε άλλες μονάδες ή υπηρεσίες του ΕΣΥ ή συμβεβλημένων παρόχων, της διατομεακής συνεργασίας με τοπικούς, κοινωνικούς και επιστημονικούς φορείς καθώς και της αγωγής υγείας στην κοινότητα.

Οι υπηρεσίες ΠΦΥ περιλαμβάνουν:

α) τις υπηρεσίες υγείας για την παροχή των οποίων δεν απαιτείται εισαγωγή του ατόμου σε νοσηλευτική μονάδα,

β) την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών, το σχεδιασμό και την υλοποίηση μέτρων και προγραμμάτων για την πρόληψη των νοσημάτων, την καθολική εφαρμογή εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα και την προαγωγή υγείας,

- γ) την διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα,
- δ) την αναπαραγωγική υγεία και τη φροντίδα μητέρας – παιδιού,
- ε) την παραπομπή, παρακολούθηση και κατά περίπτωση συνδιαχείριση περιστατικών με την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα,
- στ) την παροχή επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας,
- ζ) την υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού,
- η) τις υπηρεσίες φυσικοθεραπείας,
- θ) την παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας,
- ι) την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Ψυχικής Υγείας και τη διασύνδεση με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και αντιμετώπισης των εξαρτήσεων,
- ια) την πρωτοβάθμια οδοντιατρική και ορθοδοντική φροντίδα, με έμφαση στην πρόληψη,
- ιβ) τη διασύνδεση με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας,
- ιγ) τη διασύνδεση με τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας,
- ιδ) τις υπηρεσίες Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας σε συνεργασία με τους συναρμόδιους κατά περίπτωση φορείς,
- ιε) την κατ'οίκον φροντίδα υγείας και την κατ'οίκον νοσηλεία.(άρθρο 1)

Τα Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου (ν.1397/1983) και οι Μονάδες Υγείας του ΠΕΔΥ (ν.4238/2014) μετονομάζονται σε Κέντρα Υγείας. Ο όρος ΠΕΔΥ καταργείται. Κάθε Κέντρο Υγείας με τα υπαγόμενα σε αυτό Περιφερειακά Ιατρεία, Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία και Τοπικά Ιατρεία αποτελεί αποκεντρωμένη οργανική μονάδα της οικείας ΔΥΠΕ με δική του στελέχωση. Τα Κέντρα Υγείας έχουν σκοπό την παροχή υπηρεσιών α) ειδικευμένης περιπατητικής φροντίδας για τους ασθενείς που είτε προσέρχονται αυτοβούλως στα Κέντρα Υγείας, είτε παραπέμπονται από τις λοιπές υπηρεσίες ΠΦΥ, β) εκτάκτων και επειγόντων περιστατικών, γ) εργαστηριακού και απεικονιστικού ελέγχου, δ) οδοντιατρικής φροντίδας ενηλίκων και παιδιών, ε) φροντίδας μητέρας και παιδιού, στ) φροντίδας παιδιών και εφήβων, ζ) εξειδικευμένης πρόληψης, η) φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας και λογοθεραπείας, θ) ιατρικής της εργασίας, ι) κοινωνικής ιατρικής και δημόσιας υγείας, ια) προαγωγής υγείας. (άρθρα 3 & 4)

Για την καλλίτερη παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ, προβλέπεται η δυνατότητα ίδρυσης και λειτουργίας των Κεντρικών Διαγνωστικών Εργαστηρίων και των Κέντρων Ειδικής Φροντίδας, ως αποκεντρωμένων οργανικών μονάδων των ΔΥΠΕ, με διακριτούς και εξειδικευμένους σκοπούς σε σχέση με τα Κέντρα Υγείας.(άρθρα 8 & 9)

Οικογενειακός ιατρός μπορεί να είναι : α) ιατρός κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., που υπηρετεί και παρέχει τις υπηρεσίες του στις Το.Μ.Υ., στα Κέντρα Υγείας και σε λοιπές δημόσιες μονάδες Π.Φ.Υ., β) ιατρός που παρέχει τις υπηρεσίες του στο πλαίσιο λειτουργίας της Τοπικής Ομάδας Υγείας του άρθρου 106 του ν. 4461/2017, γ) ιατρός συμβεβλημένος με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης.(άρθρο 6)

Για την συνεχή και ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας του πληθυσμού (αρχή της ολιστικής αντίληψης και της διεπιστημονικής αντιμετώπισης) **καθιερώνεται η Ομάδα Υγείας**, που στελεχώνεται από ιατρούς και λοιπούς επαγγελματίες υγείας όπως η Τοπική Ομάδα Υγείας (ν.4461/2017). Το έργο της Ομάδας Υγείας περιγράφεται αναλυτικά ανά ειδικότητα. (άρθρο 7)

Επίσης, γίνεται ιδιαίτερη πρόβλεψη για την **οργάνωση υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας**. Σε κάθε οδοντιατρείο Κέντρου Υγείας συγκροτείται και λειτουργεί η Οδοντιατρική Ομάδα, με ελάχιστη σύνθεση έναν οδοντίατρο και ένα βοηθό οδοντιατρείου ή νοσηλεύτη. Κάθε οδοντιατρείο Κέντρου Υγείας βρίσκεται σε επιστημονική διασύνδεση με τα άλλα οδοντιατρεία των δομών ΠΦΥ, τα οδοντιατρεία των νοσοκομείων και τα Κέντρα Ειδικής Φροντίδας. Προβλέπεται ότι με απόφαση του Υπουργού Υγείας, ύστερα από εισήγηση του ΚΕΣΥΠΕ, καθορίζονται τα οδοντιατρεία των Κέντρων Υγείας που παρέχουν πλήρη οδοντιατρική περίθαλψη και προσθετική αποκατάσταση σε παιδιά και ενήλικες. (άρθρο 10)

Για τους ιδιώτες οικογενειακούς γιατρούς, τόσο η σύναψη όσο και η ανανέωση των νέων συμβάσεων θεμελιώνεται στη βάση της αναπροσαρμογής του εύρους τους προς τη δυνατότητα κάλυψης του πληθυσμού από τις δημόσιες μονάδες παροχής Π.Φ.Υ. του οικείου Το.Π.Φ.Υ., όπως αυτή θα διαπιστώνεται με απόφαση του Διοικητή της οικείας Υ.Πε. η οποία λαμβάνεται με κριτήριο ιδίως τον πληθυσμό των εγγεγραμμένων ληπτών υπηρεσιών υγείας ανά Το.Μ.Υ. στον οικείο Το.Π.Φ.Υ. Με αυτόν τον τρόπο επαναπροσδιορίζεται το συμπληρωματικό προς το δημόσιο σύστημα υγείας έργο των ιδιωτών παρόχων υπηρεσιών υγείας. Με το νέο πλαίσιο σύναψης συμβάσεων μεταξύ ΕΟΠΥΥ και ιδιωτών οικογενειακών γιατρών, οι συμβεβλημένοι οικογενειακοί γιατροί θα καλύπτουν, συγκεκριμένο πληθυσμό ευθύνης και θα έχουν ελάχιστο ωράριο απασχόλησης ανά ημέρα και ανά βδομάδα. Οι ιδιώτες οικογενειακοί ιατροί αμείβονται κατά κεφαλή για τον πληθυσμό ευθύνης τους βάσει συντελεστή ηλικιακής ομάδας. Για τους ιατρούς λοιπών ειδικοτήτων παρέχεται, η δυνατότητα σύναψης συλλογικής σύμβασης μεταξύ του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου (ΠΙΣ), των κατά τόπους Ιατρικών Συλλόγων και του ΕΟΠΥΥ. (άρθρο 11)

Αναδεικνύεται η ιδιαίτερα σημαντική συμβολή των Μαιών- Μαιευτών και **αναβαθμίζεται η μαιευτική φροντίδα στην Π.Φ.Υ.** προς δύο κατευθύνσεις: α) Με τη θεσμοθέτηση του «**Δικτύου Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας Μαιών - Μαιευτών**», που συγκροτείται σε κάθε Υ.ΠΕ. με απόφαση του Διοικητή της και β) με τη χορήγηση στους επαγγελματίες υγείας του κλάδου ΤΕ Μαιευτικής του δικαιώματος συνταγογράφησης τόσο για τη λήψη τραχηλικού επιχρίσματος (τεστ Παπανικολάου) όσο και για τις σχετικές με την κύηση απαιτούμενες εξετάσεις, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία. (άρθρο 12)

Ενδυναμώνεται το έργο του Επισκέπτη Υγείας και προβλέπεται η δυνατότητα συντονισμού και υλοποίησης προγραμμάτων, παρεμβάσεων και δράσεων προαγωγής και αγωγής υγείας σε πανελλαδικό επίπεδο από τον Πανελλήνιο Σύλλογο Επισκεπτών Υγείας (Π.Σ.Ε.Υ.) την 17η Σεπτεμβρίου κάθε έτους, η οποία ορίζεται ως Ημέρα Επισκεπτών Υγείας. Επίσης, προβλέπεται η συγκρότηση με απόφαση του Διοικητή της οικείας Υ.ΠΕ. Δικτύου με τίτλο «**Δίκτυο Αγωγής Υγείας και Πρόληψης**», στο οποίο συμμετέχουν υπηρετούντες στις μονάδες Π.Φ.Υ. της οικείας Υ.ΠΕ. όλων των κλάδων, ενώ για τον κλάδο ΤΕ Επισκεπτών Υγείας η συμμετοχή είναι υποχρεωτική. Με την εν λόγω παράγραφο ρυθμίζονται επιμέρους ζητήματα που αφορούν κυρίως στη διασύνδεση του Δικτύου Αγωγής Υγείας και Πρόληψης με τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας της οικείας Υ.ΠΕ. και στη συμβολή του σε προγράμματα πρόληψης, αγωγής και προαγωγής υγείας.(άρθρο 13)

Προβλέπεται η σύσταση Επιτροπής Σχεδιασμού και Συντονισμού για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο Υπουργείο Υγείας. Κύριο έργο της Επιτροπής αποτελεί ο συντονισμός, η προώθηση και παρακολούθηση εφαρμογής μέτρων, προγραμμάτων και δράσεων πρόληψης, αγωγής υγείας και δημόσιας υγείας, η κατάθεση σχετικών εισηγήσεων προς τις αρμόδιες Διευθύνσεις του Υπουργείου Υγείας και τις Υ.ΠΕ. και η σύνταξη ετήσιων εκθέσεων σχετικά με την εφαρμογή και την αξιολόγηση των παραπάνω μέτρων, δράσεων και προγραμμάτων, προκειμένου να επιτυγχάνεται η απαραίτητη συνεργασία και σύμπλευση των διάφορων συναρμόδιων φορέων στο πεδίο παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ..(άρθρο 15)

Επίσης, προβλέπεται η συγκρότηση και λειτουργία σε κάθε Το.Π.Φ.Υ. τριμελούς Διοικούσας Επιτροπής με συμμετοχή εκπροσώπων της τοπικής κοινωνίας και της τοπικής αυτοδιοίκησης, με βασικές αρμοδιότητες την αποτελεσματική παρακολούθηση της εφαρμογής των προγραμμάτων και των άλλων δραστηριοτήτων των δημόσιων μονάδων Π.Φ.Υ. του οικείου Το.Π.Φ.Υ. και την εισήγηση πρόσφορων μέτρων για τη βελτίωση του τρόπου λειτουργίας του Το.Π.Φ.Υ. αρμοδιότητάς της. (άρθρο 16)

Θεσπίζεται ο ρόλος του Περιφερειακού Συντονιστή Το.Π.Φ.Υ., καθορίζονται οι αρμοδιότητες και προδιαγράφεται ο τρόπος εκλογής του. Ο Συντονιστής Το.Π.Φ.Υ. οφείλει να συνεισφέρει ουσιαστικά στην ανάπτυξη και διατήρηση δεσμών

εμπιστοσύνης του Το.Π.Φ.Υ. με την κοινότητα. Αντίστοιχα θεσπίζεται ο ρόλος του Συντονιστή Οδοντιάτρου σε κάθε Υ.ΠΕ. για το συντονισμό δραστηριοτήτων σχετικά με την οδοντιατρική φροντίδα. (άρθρα 17 & 18)

Θεσμοθετείται και εξειδικεύεται η διαδικασία εγγραφής του πληθυσμού στον οικογενειακό ιατρό, ως υποχρεωτική, και καθιερώνεται η διαδικασία παραπομπής, ως απαραίτητη προϋπόθεση της πρόσβασης στα Κέντρα Υγείας και τις δημόσιες μονάδες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας (με εξαίρεση τα έκτακτα και τα επείγοντα περιστατικά).(άρθρο 19)

Εισάγεται η καινοτομία της κοινωνικής ευθύνης στο πλαίσιο της Π.Φ.Υ.. Δεδομένου ότι ένας από τους βασικούς στόχους της μεταρρύθμισης είναι οι μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. να λειτουργούν με εξωστρέφεια, κοινοτικό προσανατολισμό και έμφαση στην πρόληψη της νόσου και την προαγωγή της υγείας, θεσπίζεται η ενεργή συμμετοχή της κοινότητας. Τα άτομα και οι κοινωνικοί φορείς, βάσει ερωτηματολογίων και μέσω της δυνατότητάς τους να καταθέτουν έγγραφες προτάσεις, για τη βελτίωση της παροχής των υπηρεσιών εκφέρουν απόψεις οι οποίες δεν άπτονται της ιατρικής επιστήμης και δεοντολογίας, αλλά αφορούν σε ζητήματα οργάνωσης και διοίκησης των μονάδων και υπηρεσιών της Π.Φ.Υ.. Κατά αυτόν τον τρόπο, η τοπική κοινότητα συμμετέχει ενεργά στη διαδικασία αξιολόγησης, η οποία κατατείνει στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που δύναται να ανακύπτουν στο στάδιο εφαρμογής της μεταρρύθμισης αλλά και στην υποβολή προτάσεων για τη βελτίωσή τους. (άρθρο 20)

Αναδεικνύεται η αξία του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας (Α.Η.Φ.Υ.) και προβλέπεται η διατήρηση επίκαιρου μητρώου χρηστών των ηλεκτρονικών εφαρμογών της Π.Φ.Υ., με στόχο την εποπτεία και τον εξορθολογισμό τους. (άρθρα 21 & 22)

Επίσης, η συνεχιζόμενη επανεκπαίδευση είναι θεμελιώδης προτεραιότητα της μεταρρύθμισης. Για αυτόν το λόγο θεσπίζεται η έννοια των Ακαδημαϊκών Μονάδων Π.Φ.Υ., οι οποίες θα αναλάβουν την κατάρτιση του επιστημονικού προσωπικού προκειμένου αυτό να είναι σε θέση να ανταποκρίνεται στα αυξημένα καθήκοντά του αλλά και να διατηρεί το απαιτούμενο επίπεδο γνώσης και ικανότητας. Χρειάζεται μία δια βίου εκπαίδευση, στον βαθμό που η εξέλιξη της ιατρικής και νοσηλευτικής επιστήμης αλλά και η πρόοδος της τεχνολογίας είναι ραγδαία, και οι ατομικές και κοινωνικές ανάγκες μεταβάλλονται αντίστοιχα. Οι δημόσιες μμονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. που τηρώντας τα κριτήρια του νόμου θα επιφορτισθούν με τις αρμοδιότητες αυτές, θα παίζουν τον ρόλο της επιμόρφωσης του προσωπικού του άρθρου 106 του ν. 4461/2017, και στη συνέχεια θα αναλάβουν την εκπαίδευση του προσωπικού που θα στελεχώνει τις Το.Μ.Υ. και τα Κέντρα Υγείας. Παράλληλα, οι μονάδες αυτές θα εκπονούν εισηγήσεις σχετικά με τον σχεδιασμό προγραμμάτων

Π.Φ.Υ, καθώς και την εν γένει αξιολόγηση της λειτουργίας των Το.Μ.Υ. και των Κέντρων Υγείας (άρθρο 24).

Στο πλαίσιο ανάπτυξης και αναδιοργάνωσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και ενίσχυσης του ρόλου της, τόσο ως βασικού πυλώνα του Ε.Σ.Υ., όσο και για την ενδυνάμωση της προάσπισης και της προαγωγής της υγείας του πληθυσμού της χώρας, κρίνεται απαραίτητη η οργάνωση σχετικών προγραμμάτων πρόληψης. Οι συνθήκες ενός συνεχώς μεταβαλλόμενου κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος, οδηγούν στην αναγκαιότητα σχεδιασμού, ανάπτυξης, υλοποίησης και αξιοποίησης προγραμμάτων πρόληψης, προάσπισης και προαγωγής της υγείας, σε ειδικές κατηγορίες πληθυσμού, όπως είναι οι μαθητές σχολικών μονάδων, οι ηλικιωμένοι, οι αγρότες, τα νεογνά και τα βρέφη, οι γυναίκες, καθώς και οι ειδικές ευπαθείς κοινωνικές ομάδες όπως, άτομα με αναπηρίες, μονογονεϊκές οικογένειες, Ρομά, μετανάστες, ασυνόδευτα παιδιά, άτομα σε κατάσταση σχετικής και απόλυτης ένδειας κ.λπ.. Η αναγκαιότητα ανάπτυξης των εν λόγω προγραμμάτων δύναται να γίνει σε περιφερειακό και εθνικό επίπεδο, υπό το συντονισμό και την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και του εκάστοτε συναρμόδιου Υπουργείου, όπως και των αρμόδιων φορέων και υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας, των Υ.ΠΕ. ή άλλων φορέων και υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.(άρθρο 25)

Σε εφαρμογή των ν.4461/2017 & ν.4486/2017 εκδόθηκαν οι ακόλουθες ΚΥΑ & ΥΑ:

- Η αρ. Γ3α/Γ.Π.οικ.43718/8-6-2017 (ΦΕΚ 2120/Β/21-6-2017) Κοινή Απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Ανάπτυξης, Οικονομικών, Υγείας & Διοικητικής Ανασυγκρότησης με θέμα: «Καθορισμός αποδοχών προσωπικού Τοπικών Ομάδων Υγείας (Τ.ΟΜ.Υ) κατ' εφαρμογή της παραγράφου 5α) του άρθρου 106 του ν. 4461/2017 (ΦΕΚ 38 Α')».
- Η αρ. Α2β/ΓΠ οικ. 48427/23-6-2017 (ΦΕΚ 2162/Β/23-6-2017) ΥΑ με θέμα: «Καθορισμός κριτηρίων, μοριοδότησης και προσόντων κατά κλάδο και ειδικότητα που αφορούν στη διαδικασία πρόσληψης του προσωπικού των Τοπικών Ομάδων Υγείας, όπως ορίζεται στο τρίτο εδάφιο της παραγράφου 4 του άρθρου 106 του ν. 4461/2017»
- Η αρ. 17/οικ.801/ΕΥΣΕΚΤ/125694/24-11-2017 (ΦΕΚ 4114/24-11-2017) Κοινή Απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Ανάπτυξης και Υγείας με θέμα: «Διαδικασία – Πλαίσιο εφαρμογής των Πράξεων για τη Λειτουργία Τοπικών Ομάδων Υγείας (ΤΟΜΥ), συγχρηματοδοτούμενων από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο στο πλαίσιο του Εταιρικού Συμφώνου για το Πλαίσιο Ανάπτυξης (ΕΣΠΑ) για την Προγραμματική Περίοδο 2014-2020»
- Η αρ. Γ1α/Γ.Π.οικ.87406/24-11-2017 ΥΑ με θέμα: «Καθορισμός τρόπου λειτουργίας Τοπικών Ομάδων Υγείας (Τ.ΟΜ.Υ.)» (ΑΔΑ:6Ν9Κ465ΦΥΟ-2Ι8).

- Η αρ. ΕΑΛΕ/ΓΠ 96258/2017 (ΦΕΚ 39/Β/17-1-2018) Κοινή Απόφαση του Υπουργού και του Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας με θέμα: «Καθορισμός του τρόπου και της διαδικασίας επιλογής οικογενειακών ιατρών προκειμένου να συμβληθούν με τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) καθώς και του τρόπου και του περιεχομένου των παρεχόμενων υπηρεσιών».

- Η αρ. Γ1α/Γ.Π.οικ.29106/13-4-2018 ΥΑ με θέμα: «Καθιέρωση και εφαρμογή συστήματος παραπομπών για την πρόσβαση στα Κέντρα Υγείας, τις δημόσιες δομές δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας και τους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ παρόχους υπηρεσιών υγείας». (ΑΔΑ: 6ΥΡΧ465ΦΥΟ-2ΣΥ).

- Η αρ. Γ1α/ΓΠ οικ. 29109/13-4-2018 ΥΑ με θέμα: «Καθιέρωση ημερησίου προγράμματος ιατρών στα Κέντρα Υγείας και καθορισμός χρονικής διάρκειας προγραμματισμένων επισκέψεων από παραπομπή που καλύπτει το ημερήσιο πρόγραμμα ιατρικού προσωπικού» (ΑΔΑ: 7ΧΚ2465ΦΥΟ-1Δ1).

- Η αρ. ΕΑΛΕ/ ΓΠ οικ. 45169/12-6-2018 (ΦΕΚ 2193/Β/12-6-2018) Κοινή Απόφαση του Υπουργού και του Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας με θέμα: «Τροποποίηση και αντικατάσταση της με αρ. ΕΑΛΕ/ΓΠ 96258/2017 απόφασης περί καθορισμού του τρόπου και της διαδικασίας επιλογής οικογενειακών ιατρών προκειμένου να συμβληθούν με τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) καθώς και του τρόπου και του περιεχομένου των παρεχόμενων υπηρεσιών (Β 39/2018)».

- Η αρ. Γ1α/ΓΠ οικ.45890/13-6-2018 ΥΑ με θέμα: «1^η Τροποποίηση και συμπλήρωση της υπ αρ. Γ1α/ΓΠ οικ. 87406/24-11-2017 υπουργικής απόφασης με θέμα: «Καθορισμός τρόπου λειτουργίας Τοπικών Ομάδων Υγείας (Τ.ΟΜ.Υ.)»» (ΑΔΑ: 727Ζ465ΦΥΟ-ΡΦΧ).

- Η αρ. Γ1α/ΓΠ οικ.46960/18-6-2018 ΥΑ με θέμα: «Τροποποίηση και αντικατάσταση της υπ αρ.Γ1α/Γ.Π.οικ.29106/13-4-2018 ΥΑ με θέμα: «Καθιέρωση και εφαρμογή συστήματος παραπομπών για την πρόσβαση στα Κέντρα Υγείας, τις δημόσιες δομές δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας και τους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ παρόχους υπηρεσιών υγείας»» (ΑΔΑ: 9Ι61465ΦΥΟ-ΦΧ0).

Επίσης για την εφαρμογή του ν.4486/2017 έχουν εκδοθεί οι ακόλουθες ερμηνευτικές εγκύκλιοι:

- Γ1α/ΓΠ οικ. 93380/14-12-2017 *«Διαδικασία εφαρμογής του ν.4486/2017 «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ... και άλλες διατάξεις (ΦΕΚ 115/τ. Α)» – Διευκρινίσεις για τον κατάλογο Οικογενειακών Ιατρών και την διαδικασία εγγραφής σε Οικογενειακό Ιατρό και σε ΤΟΜΥ»* (ΑΔΑ: ΩΘΧΠ465ΦΥΟ-Σ5Ζ)

- Γ1α/ΓΠ οικ.22823/16-3-2018 *«Συμπλήρωση της υπ'αρ. Γ1α/ΓΠ οικ. 93380/14-12-2017 «Διαδικασία εφαρμογής του ν.4486/2017 «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας*

Φροντίδας Υγείας ... και άλλες διατάξεις (ΦΕΚ 115/τ. Α)» – Διευκρινίσεις για τον κατάλογο Οικογενειακών Ιατρών και την διαδικασία εγγραφής σε Οικογενειακό Ιατρό και σε ΤΟΜΥ (ΑΔΑ: ΩΘΧΠ465ΦΥΟ-Σ5Ζ)» (ΑΔΑ : 6ΔΕΝ465ΦΥΟ-Λ69)

- Γ1α/ΓΠ οικ.42522/4-6-2018«Διαδικασία εγγραφής σε οικογενειακό ιατρό» & το αρ πρωτ Γ1α/ΓΠ 49308/7-8-18 έγγραφο με το οποίο παρέχονται διευκρινίσεις αναφορικά με τον θεσμό του οικογενειακού ιατρού.

- Γ1α/ΓΠ οικ. 60083/2-8-2018 με θέμα: «Συγκρότηση Δικτύων Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας Μαιών – Μαιευτών και Δικτύων Αγωγής Υγείας και Πρόληψης»

- Γ1γ/ΓΠ οικ.89548/4-12-2017 με θέμα : «Ανάπτυξη από το Υπουργείο Υγείας δράσεων και παρεμβάσεων ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης του μαθητικού πληθυσμού στο πλαίσιο της Αγωγής Υγείας σε Εθνικό επίπεδο».

- Γ1γ/ΓΠ οικ. 19814/8-3-2018 με θέμα : «Καθορισμός ενιαίας διαδικασίας ανάπτυξης και οργάνωσης προγραμμάτων παρεμβάσεων και δράσεων προληπτικών ιατρικών εξετάσεων σε επίπεδο ΠΦΥ στο γενικό ή σε ειδικές κατηγορίες πληθυσμού».

2.6 ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

2.6.1 Διαχρονική επισκόπηση του θεσμικού πλαισίου, ως προς την οργάνωση του συστήματος της ΠΦΥ και τη διοικητική υπαγωγή των ΚΥ.

Κατά την πρώτη περίοδο (ν.1397/1983 – ν.2519/1997) ο νομοθέτης καθιερώνει την ίδρυση και λειτουργία των Κέντρων Υγείας, των Περιφερειακών Ιατρείων, των Πολυδύναμων Περιφερειακών Ιατρείων καθώς και των Ειδικών Κέντρων Υγείας και Ειδικών Περιφερειακών Ιατρείων. Το οργανωτικό σχήμα που υιοθετείται είναι η διοικητική και οργανωτική υπαγωγή των ΚΥ στα οικεία Νοσοκομεία και των ΠΙ και ΠΠΙ στα ΚΥ. Με την σχέση αυτή εξασφαλίζεται και η απαραίτητη επιστημονική διασύνδεση των αποκεντρωμένων μονάδων με την δευτεροβάθμια περίθαλψη. Επίσης, με την ανάπτυξη των ΚΥ, των ΠΙ και των ΠΠΙ ενισχύεται η υγειονομική κάλυψη των αγροτικών και απομακρυσμένων περιοχών.

Προβλέπεται αλλά δεν εφαρμόζονται α) η λειτουργία των Κέντρων Υγείας Αστικού Τύπου, με την ενσωμάτωση/ενοποίηση όλων των δομών της ΠΦΥ στο ΕΣΥ (ιατρεία Ασφαλιστικών Οργανισμών, Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης κ.λπ.) και β) ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού.

Κατά την επόμενη περίοδο (ν.2889/2001 – ν.3527/2007) καθιερώνονται με ενδιάμεσες αλλαγές οι Υγειονομικές Περιφέρειες της Χώρας, ως Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Πε.Σ.Υ., Πε.Σ.Υ.Π., ΔΥΠΕ). Αρχικά τα ΚΥ αποτελούν

αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των Πε.Σ.Υ. και στη συνέχεια μεταφέρεται εκ νέου η υπαγωγή τους στα οικεία Νοσοκομεία.

Η ακόλουθη περίοδος (ν.3918/2011 – ν.4238/2014) χαρακτηρίζεται από τις αλλαγές στις δομές ΠΦΥ των Ασφαλιστικών Οργανισμών (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ κλπ.). Αρχικά μεταφέρονται από τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς στον νεοσύστατο ΕΟΠΥΥ και ακολούθως στις Υγειονομικές Περιφέρειες. Με το ν. 4238/2014 μεταφέρονται και τα ΚΥ, ΠΙ και ΠΠΙ στις Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες πλέον είναι αρμόδιες για την παροχή της ΠΦΥ στον πληθυσμό. Επανέρχεται η πρόβλεψη για τον θεσμό του οικογενειακού γιατρού και την λειτουργία του ηλεκτρονικού φακέλου.

Αναλυτικότερα, καθιερώνεται ένα εξωνοσοκομειακό σύστημα ΠΦΥ από την ενοποίηση των τεσσάρων μεγαλύτερων κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων. Ρυθμίζονται θέματα, όπως η νομική μορφή και το οργανωτικό και διοικητικό σχήμα του νέου φορέα, ο πληθυσμός που καλύπτει και που αποτελεί την πλειοψηφία του συνόλου των ασφαλισμένων για παροχές σε είδος, καθώς και το καθεστώς χρηματοδότησης του νέου φορέα. Προβλέπεται, ακόμη, η σύνταξη ενιαίου κανονισμού παροχών για όλους τους ασφαλισμένους, γεγονός που σημαίνει ότι οι ασφαλισμένοι των τεσσάρων ταμείων θα έχουν, ανεξάρτητα του ασφαλιστικού τους φορέα, την ίδια δυνατότητα πρόσβασης στο θεράποντά τους ιατρό, στις εργαστηριακές και στις απεικονιστικές εξετάσεις που απαιτούνται, στην προμήθεια των απαραίτητων φαρμάκων και των λοιπών αναγκαίων θεραπευτικών μέσων. Με τον ΕΟΠΥΥ γίνεται μια προσπάθεια σχεδιασμού ενός νέου υγειονομικού χάρτη ΠΦΥ, μέσω της καταγραφής και της αξιοποίησης των δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας, κυρίως του μεγαλύτερου ασφαλιστικού φορέα του ΙΚΑ, καθώς και των κέντρων υγείας. Ακόμη, μεγάλο και ζωτικής σημασίας θέμα αποτελεί η σχέση των επαγγελματιών υγείας με το νέο φορέα. Γίνεται προσπάθεια ώστε ο νέος φορέας να έχει ξεκάθαρους και σαφείς κανόνες συνεργασίας με όλους τους παρόχους υγείας. Επί πλέον, βαρύτητα δίνεται στην παροχή ενός ικανοποιητικού επιπέδου παρεχόμενων υπηρεσιών, με την καλύτερη αξιοποίηση των αναγκαίων πόρων, αφού καθένα από τα τέσσερα ταμεία εμφανίζει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα ως προς αυτόν τον τομέα.

Οπωσδήποτε υπάρχουν και αδύνατα σημεία. Ένα από αυτά αφορά στο γεγονός ότι ο ΕΟΠΥΥ είναι την ίδια στιγμή αφ' ενός φορέας παροχής υπηρεσιών (με τα πολυϊατρεία του ΙΚΑ) και αφ' ετέρου φορέας αγοράς αυτών των υπηρεσιών (με τους κλάδους υγείας των ασφαλιστικών ταμείων). Κατά δεύτερο λόγο, πρέπει να αναφερθεί ότι ο ΕΟΠΥΥ καλύπτει τους ασφαλισμένους των τεσσάρων ταμείων, οι κλάδοι υγείας των οποίων εντάχθηκαν σε αυτόν και αφήνει εκτός ένα, όχι αμελητέο, ποσοστό του πληθυσμού (άποροι, μετανάστες, μειονεκτικές κοινωνικές ομάδες, ανασφάλιστοι). Ακόμη, ο ΕΟΠΥΥ αρθρώνεται βάσει των ΔΥΠΕ, ενώ σύμφωνα νόμο 3852/2010, νέα αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης – Πρόγραμμα Καλλικράτης, η ΠΦΥ θα πρέπει να αρθρώνεται σε επίπεδο

δήμων και η νοσοκομειακή φροντίδα σε επίπεδο περιφερειών. Καταλήγουμε έτσι στο παράδοξο φαινόμενο, τα κέντρα υγείας να εντάσσονται σε δημοτικό επίπεδο, ενώ ανήκουν στα νοσοκομεία, που εντάσσονται σε επίπεδο περιφέρειας, και να συντονίζονται από τον ΕΟΠΥΥ, που αρθρώνεται σύμφωνα με τις ΔΥΠΕ. Επίσης, ένα σημαντικό σημείο είναι το γεγονός ότι στον ΕΟΠΥΥ εντάσσονται όλοι οι μέχρι τώρα συμβεβλημένοι ιατροί των ταμείων, των οποίων οι κλάδοι υγείας τον συγκροτούν, με την εργασιακή σχέση που ήδη έχουν. Ένα μείζον ερώτημα που εγείρεται λοιπόν είναι το τι πρόκειται να γίνει με τις νέες συμβάσεις και με τις παλαιές, όταν εκείνες λήξουν. Πώς θα χρηματοδοτηθούν από τη στιγμή που η οικονομική κατάσταση της χώρας είναι επεικώς προβληματική;

Τέλος, κατά την τρέχουσα περίοδο (ν.4461/2017 & ν.4486/2017) περιγράφεται η νέα δομή του συστήματος παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., το οποίο αναπτύσσεται σε δύο επίπεδα. Στο πρώτο επίπεδο, που αποτελεί το σημείο εισόδου των ατόμων στο Ε.Σ.Υ., παρέχονται υπηρεσίες Π.Φ.Υ. από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ), τα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι.), τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Π.Ι.), τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (Ε.Π.Ι.) και τα Τοπικά Ιατρεία (Τ.Ι.). Το επίπεδο αυτό περιλαμβάνει τους επαγγελματίες υγείας των μονάδων παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., καθώς και τους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ επαγγελματίες υγείας. Στο δεύτερο επίπεδο παρέχονται υπηρεσίες περιπατητικής φροντίδας από τα Κέντρα Υγείας. Τα Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου, και οι Μονάδες Υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), μετονομάζονται σε Κέντρα Υγείας. Η ονομασία Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), καταργείται.

Θεσπίζονται νέες δημόσιες μονάδες παροχής Π.Φ.Υ. (Τοπικές Μονάδες Υγείας, Κεντρικά Διαγνωστικά Εργαστήρια, Κέντρα Ειδικής Φροντίδας), ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των ΥΠΕ, με περιγραφή των υπηρεσιών που αυτές θα παρέχουν. Τέλος, θεσπίζεται η Ομάδα Υγείας, ως κεντρικός άξονα ανάπτυξης διεπιστημονικής και διεπαγγελματικής συνεργασίας στο δημόσιο σύστημα υγείας, με σαφή προσδιορισμό των καθηκόντων των επαγγελματιών υγείας- μελών της ομάδας.

2.6.2 Διαχρονική επισκόπηση του θεσμικού πλαισίου, ως προς τον οικ. ιατρό και τον ηλεκτρονικό φάκελο

Στο ν.1397/83 προβλέπεται ότι ο οικογενειακός ιατρός αμείβεται με μισθό και είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης στο ΕΣΥ. Προβλέπεται η ελεύθερη επιλογή του οικογενειακού ιατρού, καθώς και σύστημα παραπομπής των ασθενών σε διαφορετικής ειδικότητας ιατρό από αυτόν του οικογενειακού, όπως και στο δευτεροβάθμιο ή στο τριτοβάθμιο σύστημα υγείας. Αναφορικά με την ειδικότητα του οικογενειακού ιατρού και τον αριθμό του πληθυσμού ευθύνης του, προβλέπεται ότι ο οικογενειακός ιατρός μπορεί να είναι γενικός ιατρός, παθολόγος ή παιδίατρος, υπεύθυνος για 1.800–2.500 άτομα από 14 ετών και άνω ή για 1.200–2.000 παιδιά.

Στους ν.2519/97 και 3235/04 ο οικογενειακός ιατρός προβλέπεται να είναι ιδιώτης ιατρός, ιατρός του ΕΣΥ ή ιατρός ασφαλιστικών ταμείων, αμειβόμενος κατά κεφαλή, ενώ στο ν.3235/04 προβλέπεται να είναι γενικός ιατρός, παθολόγος και παιδίατρος.

Με το ν.4238/2014 καθιερώνεται ο Οικογενειακός Ιατρός μέσα στον Το.Π.Φ.Υ. των Δ.Υ.ΠΕ. Δίνεται η δυνατότητα παροχής υπηρεσιών κατ'οίκον και καταδεικνύεται ο καθοριστικός τους ρόλος στην παραπομπή των ασθενών είτε σε ιατρούς ειδικότητας είτε σε άλλο επίπεδο υγείας. Ο κάθε ασθενής έχει ελεύθερη επιλογή οικογενειακού ιατρού ενώ δίνεται και η δυνατότητα επιλογής ιατρού του Κ.Υ. ως οικογενειακού. Η ιδέα του οικογενειακού ιατρού δεν είναι κάτι καινούργιο καθώς γινόταν μνεία στο άρθρο 18 του ν.1397/1983 και στο άρθρο 32 του Ν.2519/1997 αλλά και στο εξωτερικό τα περισσότερα συστήματα Π.Φ.Υ. δομούνται πάνω στο θεσμό του οικογενειακού ιατρού. Στις διατάξεις του ν.4238/2014 δεν ορίζεται υποχρεωτική παραπομπή και ο νομοθέτης αρκείται στην υποστήριξη, τον προσανατολισμό και την καθοδήγηση.

Με το ν. 4486/2017 επιχειρείται ο επαναπροσδιορισμός της ιδιαίτερα σημαντικής θέσης του οικογενειακού γιατρού στο σύστημα της Π.Φ.Υ. και ο επανακαθορισμός του πλαισίου των συμβάσεων που θα συνάπτουν οι ιδιώτες γιατροί με τον ΕΟΠΥΥ. Με τις διατάξεις του νόμου και τις κατ'έξουσιοδότηση αυτού Υπουργικές Αποφάσεις ρυθμίζονται οι λεπτομέρειες εφαρμογής του θεσμού.

.

Ο οικογενειακός γιατρός παρέχει ολοκληρωμένη και συνεχή φροντίδα στο άτομο, στο πλαίσιο της οικογένειας και της κοινότητας ως μέρος της ιατρικής μεθόδου και της θεραπευτικής προσέγγισης, με σκοπό την πρόληψη των ασθενειών και την προαγωγή της υγείας. Η εγγραφή στον οικογενειακό ιατρό είναι υποχρεωτική. Γίνεται, επίσης, σαφής προσδιορισμός των ιατρικών ειδικοτήτων που συνδέονται με την ιδιότητα του οικογενειακού γιατρού, οι οποίες είναι γενικής ιατρικής ή παθολογίας για τον ενήλικο πληθυσμό και παιδιατρικής για τον παιδικό πληθυσμό. Γίνεται αναφορά στον ενδεδειγμένο εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης για τους οικογενειακούς ιατρούς. Η συγκεκριμένη πρόβλεψη έχει γίνει με βάση διεθνώς αναγνωρισμένες πρακτικές ως προς την κατανομή του πληθυσμού στις ιατρικές ειδικότητες, σε χώρες με ανεπτυγμένο σύστημα Π.Φ.Υ..

2.6.3 Συμπεράσματα

Ο σχεδιασμός της ΠΦΥ καλείται να ικανοποιήσει ποικίλα κριτήρια (γεωγραφικά, οργανωτικά, επιστημονικά κ.λπ.) και να καλύψει αυξημένες ανάγκες (υγείας, πρόληψης, κ.λπ.). Το σύστημα ΠΦΥ πρέπει να καλύψει το κριτήριο της γεωγραφικά εκτεταμένης κατανομής των υγειονομικών μονάδων για την καλλίτερη δυνατή εξυπηρέτηση όλου του πληθυσμού. Η γεωγραφική διασπορά εγείρει την ανάγκη του

ανεπτυγμένου συντονισμού των δομών ΠΦΥ και της διασύνδεσης τους με λοιπές υπηρεσίες υγείας και την κοινότητα. Επί πλέον, λόγω των δημοσιονομικών συνθηκών, το σύστημα ΠΦΥ καλείται να λειτουργήσει με τους κανόνες της αυξημένης αποδοτικότητας των διατιθέμενων πόρων. Η ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας είναι απαραίτητο να ενσωματώνεται στην λειτουργία της ΠΦΥ μέσω της αξιοποίησης των σύγχρονων εφαρμογών Τεχνολογίας Πληροφορικής και Επικοινωνιών (ΤΠΕ), όπως τηλεματικής, ηλεκτρονικού φακέλου κλπ. Η ταυτόχρονη και ικανοποιητική κάλυψη των προαναφερόμενων συχνά συναντά δυσχέρειες.

Από την επισκόπηση του θεσμικού πλαισίου διαπιστώνεται ότι στην Ελλάδα, σε αντίθεση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες (πχ Βρετανία, Σουηδία) δεν υπήρξε διαχρονικά μια ενιαία, σταθερή και συνεπής πολιτική με καθορισμένους στρατηγικούς στόχους για την ανάπτυξη της ΠΦΥ, γεγονός που εμπόδιζε την κατανόησή της και την ορθολογική της εφαρμογή.

Από 21-10-1981 έως 27-1-2015 στο Υπουργείο Υγείας έχουν διορισθεί 25 υπουργοί και 45 αναπληρωτές υπουργοί και υφυπουργοί. Η έλλειψη στρατηγικού σχεδιασμού και αντίστοιχου συντονισμού ανεξάρτητα από τις εναλλαγές των κυβερνήσεων είναι ανασχετικός παράγοντας στις αναγκαίες μεταρρυθμίσεις ενδυνάμωσης του συστήματος υγείας, προκειμένου να ανταποκρίνεται στις σύγχρονες κοινωνικές και επιστημονικές προκλήσεις.

Με σειρά νομοθετημάτων επιχειρήθηκαν οργανωτικές και διαχειριστικές παρεμβάσεις στα ΚΥ αλλά και γενικότερα στην ΠΦΥ. Ωστόσο ουσιαστικά αποτελέσματα δεν προέκυψαν και η ΠΦΥ δεν απέκτησε πρακτικά στο ΕΣΥ τον ουσιαστικό ρόλο που οι θεσμοθετημένες ρυθμίσεις προέβλεπαν και που η σύγχρονη πολιτική υγείας επιβάλλει. Όμως παρά τα σημαντικά προβλήματα η προσφορά υπηρεσιών από τα ΚΥ ήταν και είναι πάρα πολύ σημαντική. Τα ΚΥ πέτυχαν να αυξήσουν τη διαθεσιμότητα και τη προσπελασιμότητα των υπηρεσιών προσφέροντας στον αγροτικό και στον μη αστικό πληθυσμό μεγάλο όγκο υπηρεσιών υγείας μειώνοντας έτσι τις διαπεριφερειακές ανισότητες. Σε απομονωμένες και ιδίως νησιωτικές περιοχές τα ΚΥ αποτελούν τους μοναδικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας. Αρκετά μάλιστα ΚΥ σε διάφορες περιοχές της χώρας τα οποία ξεπέρασαν προβλήματα στελέχωσης και συντήρησης υποδομών και εξοπλισμού λειτούργησαν παρά τις διοικητικές αδυναμίες υποδειγματικά στο πεδίο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και ικανοποιητικά στο πεδίο της πρωτοβάθμιας φροντίδας. (Τούντας)

Κατά την τρέχουσα περίοδο (ν.4461/2017 & ν.4486/2017) ενισχύεται η λειτουργία των δημόσιων δομών ΠΦΥ με την συγκρότηση των Τοπικών Ομάδων Υγείας (Τ.ΟΜ.Υ.) και προβλέπονται αναλυτικότερες ρυθμίσεις για την καθιέρωση και εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού και την καθιέρωση και λειτουργία του ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου υγείας (ΑΗΦΥ).

ΠΗΓΕΣ

- ν.1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α)
- ν.2071/1992 (ΦΕΚ 123 Α)
- ν.2194/1994 (ΦΕΚ 34 Α)
- ν.2345/1995 (ΦΕΚ 213 Α)
- ν.2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α)
- ν.2889/2001 (ΦΕΚ 37 Α)
- ν.3235/2004 (ΦΕΚ 53 Α)
- ν.3329/2005 (ΦΕΚ 81 Α)
- ν.3527/2007 (ΦΕΚ 25 Α)
- ν.3918/2011 (ΦΕΚ 31 Α)
- ν.4025/2011 (ΦΕΚ 228 Α)
- ν.4058/2012 (ΦΕΚ 63 Α)
- ν. 4238/2014 (ΦΕΚ 38 Α)
- ν. 4272/2014 (ΦΕΚ 145 Α)
- ν.4368/2016 (ΦΕΚ 21 Α)
- ν.4461/2017 (ΦΕΚ 38 Α)
- ν. 4486/2017 (ΦΕΚ 115 Α)
- αιτιολογική έκθεση ν.4486/2017
- Υπηρεσίες Υγείας, Ι. Τούντας, 2008
- Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980–2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου, ειδικό άρθρο Γιανασμίδης, Τσιαούση, εργαστήριο Υγιεινής, Τμήμα Ιατρικής, ΑΠΘ

- Η Μεταρρύθμιση της ΠΦΥ, Υπουργείο Υγείας, Μάιος 2017

3η ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: Η διεπιστημονική ομάδα υγείας στην ΠΦΥ

3.1 Εισαγωγή

Ένας αυξανόμενος αριθμός ερευνών τεκμηριώνει τη σημασία της ομαδικής εργασίας στον χώρο της υγείας¹. Η ομαδική εργασία μπορεί να γίνει κατανοητή ως μια δυναμική διαδικασία των επαγγελματιών υγείας που έχουν διαφορετικό υπόβαθρο και δεξιότητες, συμπληρώνοντας ο ένας τον άλλο. Ωστόσο, μοιράζονται κοινούς στόχους για την υγεία και ενεργούν με συντονισμένες προσπάθειες στο πλαίσιο της φροντίδας υγείας μέσω αλληλοεξαρτώμενης συνεργασίας, ανοιχτής επικοινωνίας και από κοινού λήψης αποφάσεων². Μάλιστα, υπογραμμίζεται ότι «τα καλύτερα και πιο αποδοτικά αποτελέσματα για τους ασθενείς επιτυγχάνονται όταν οι επαγγελματίες υγείας εργάζονται μαζί, μαθαίνουν μαζί, συμμετέχουν στον κλινικό έλεγχο των αποτελεσμάτων από κοινού και προωθούν την καινοτομία για τη διασφάλιση της προόδου στις υπηρεσίες»³. Η αποτελεσματικότητα μιας ομάδας εξαρτάται από τη σαφήνεια των στόχων, το επίπεδο συμμετοχής, την έμφαση στην ποιότητα και την υποστήριξη για καινοτομία.

Η εύρυθμη λειτουργία ενός οργανισμού αποτελεί τον πιο σημαντικό στόχο της διοίκησης. Βασικοί παράγοντες που συμβάλλουν σημαντικά στην ομαλή λειτουργία ενός οργανισμού είναι η επικοινωνία, η συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων και η επαγγελματική επάρκεια των επαγγελματιών υγείας^{4,5}. Είναι ευρέως γνωστό, ότι σε αυτούς τους χώρους επικρατούν προβλήματα στις σχέσεις του προσωπικού, με αποτέλεσμα τη εκδήλωση συγκρούσεων ή αντιπαράθεσεων⁶, οι οποίες εάν δεν αντιμετωπιστούν εγκαίρως είναι δυνατόν να αποσυντονίσουν ακόμα και τη λειτουργία ολόκληρου του Οργανισμού.^{7,8} Συνεπώς είναι σημαντικός ο ρόλος της αποτελεσματικής επικοινωνίας για την εύρυθμη λειτουργία του Οργανισμού συμπεριλαμβανομένων των προσπαθειών των ατόμων και των ομάδων για την επίτευξη των στόχων του.⁹ Η «επικοινωνία» αποτελεί μία αμφίδρομη διαδικασία, κατά την οποία διάφορες πληροφορίες ανταλλάσσονται και κατανοούνται από δύο ή περισσότερους ανθρώπους. Αποτελεί τη γέφυρα ανάμεσα στους στόχους, στα πρότυπα απόδοσης και στην επιτυχία των εργαζομένων.¹⁰ Η φύση της επικοινωνίας είναι συνεχής, καθώς τα πάντα αποτελούν πιθανές πηγές πληροφορίας. Το είδος των πληροφοριών που επιλέγονται για επεξεργασία εξαρτάται από το τις αντιλήψεις και τις ανάγκες του ατόμου την συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Με αυτόν τον τρόπο, κάθε φορά, αποδίδεται ξεχωριστό νόημα και σκοπός σε κάθε επικοινωνιακή διαδικασία. 8 Οι αποτελεσματικές επικοινωνιακές σχέσεις, προϋποθέτουν την ανάπτυξη ικανοτήτων που αφορούν την εδραίωση της αλληλοαποδοχής μεταξύ αυτών που επικοινωνούν, την έκφραση των συναισθημάτων, την εξοικείωση με την γλώσσα του σώματος και την ανταλλαγή των μηνυμάτων. Η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ

των εμπλεκομένων μελών δεν εξασφαλίζει και τη βελτίωση της μεταξύ τους σχέσης, ωστόσο αποτελεί βασικό στοιχείο για μία θετική προσέγγιση.

3.2 Σύνθεση Ομάδας ΠΦΥ

Η ομάδα της ΠΦΥ αποτελείται από ιατρούς ειδικοτήτων γενικής ιατρικής, παθολογίας, παιδιατρικής, από νοσηλεύτη, επισκέπτη υγείας, κοινωνικό λειτουργό και από διοικητικό προσωπικό, με ελάχιστη σύνθεση έναν ιατρό ειδικότητας γενικής ιατρικής ή παθολογίας, έναν νοσηλεύτη ή επισκέπτη υγείας και έναν διοικητικό υπάλληλο. Ως Ομάδα Υγείας θεωρείται και η «Τοπική Ομάδα Υγείας» που συγκροτείται, σύμφωνα με το άρθρο 106 του ν. 4461/2017 (Α' 38).

3.2.1 Ο ρόλος του γενικού ιατρού στην ομάδα υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Ο γενικός ιατρός λοιπόν προσκαλείται να αναλάβει έναν ηγετικό ρόλο στην ομάδα υγείας της ΠΦΥ. Για την επίτευξη αυτού του ρόλου του, ο ιατρός γενικής ιατρικής θα πρέπει να εξετάσει την εφαρμογή ενός στρατηγικού σχεδίου που θα εμπλέκει ενεργά όλα τα μέλη της ομάδας υγείας, ανεξαρτήτως του ρόλου που θα τους έχει ανατεθεί. Επιπλέον, ιδιαίτερη σημασία αποτελεί η κουλτούρα και το στιλ ηγεσίας που θα εφαρμόσει ¹¹ ώστε να συμβάλλει επιτυχώς στην υιοθέτηση κανόνων για την επίτευξη της πιο κατάλληλης παροχής υπηρεσιών υγείας για τους ασθενείς και τη δημιουργία αισθήματος ικανοποίησης και πληρότητας σε όλα τα μέλη της ομάδας υγείας. Κάτω από την ευθύνη της ομάδας υγείας της ΠΦΥ για την παροχή ολοκληρωμένης και συντονισμένης φροντίδας, ο γενικός ιατρός καλείται να αναλάβει πολλαπλούς ρόλους, όπως η διαχείριση ποικίλων προκλήσεων στην υγεία, στις οποίες συγκαταλέγονται τα χρόνια νοσήματα, οι διαταραχές ψυχικής υγείας, η πολυφαρμακία, η φροντίδα των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρία, η αντιμετώπιση της πολλαπλής νοσηρότητας, η παρηγορητική φροντίδα στο τέλος της ζωής και η επίτευξη ψυχοκοινωνικής ευεξίας στο πλαίσιο των αναγκών του ασθενούς, της οικογένειάς του αλλά και των μελών μιας γεωγραφικά προσδιορισμένης κοινότητας¹¹. Στο πλαίσιο της διαχείρισης των πολυποίκιλων προκλήσεων που έχει να αντιμετωπίσει στην ΠΦΥ, ο γενικός γιατρός πρέπει να είναι εξοπλισμένος με εξειδικευμένες κλινικές γνώσεις που θα του επιτρέπουν την εφαρμογή τεκμηριωμένων παρεμβάσεων με τη συνεργασία του ασθενούς και γενικά του αποδέκτη των υπηρεσιών του στη λήψη της απόφασης ¹¹. Επιπλέον, ο γενικός ιατρός πρέπει να διαθέτει υψηλής ποιότητας κλινικές δεξιότητες για την παροχή βέλτιστης φροντίδας σε ομάδες του πληθυσμού όπως τα παιδιά και οι έφηβοι, άτομα με ψυχικές διαταραχές, άτομα που κάνουν χρήση ουσιών και αλκοόλ, που απαιτούν άμεση αποκατάσταση λόγω τραυματισμού ή με αναπηρία. Ως μέλος της ομάδας υγείας της ΠΦΥ με ηγετικό ρόλο, ο γενικός ιατρός θα πρέπει να συμβάλλει στον συντονισμό και στη συνέχεια της φροντίδας, ειδικά όταν αυτή απαιτεί την εμπλοκή επαγγελματιών υγείας διαφόρων ειδικοτήτων και μάλιστα από δομές εκτός ΠΦΥ.

Σημαντική υποστήριξη στο έργο του αναμένεται να του προσφέρουν τα πληροφοριακά συστήματα ηλεκτρονικής καταγραφής του ιστορικού υγείας. Δεδομένα από συστηματική ανασκόπηση αναφορικά με το ζήτημα αυτό στην ΠΦΥ, όπως αυτή υφίσταται στην Ελλάδα, δείχνουν ότι η συνέχεια στη φροντίδα υγείας από την ίδια ομάδα υγείας παραμένει ακόμα μία ανεκπλήρωτη ανάγκη, ενώ η ανάπτυξη και η χρήση ενός ηλεκτρονικού συστήματος καταγραφής του ιστορικού υγείας, παρά την πρόοδο που έχει παρατηρηθεί, έχει ακόμα αρκετό δρόμο για την ολοκληρωμένη εφαρμογή του. Επιπλέον, ο γενικός ιατρός οφείλει με διορατικότητα να προβλέπει και να αναγνωρίζει τις ανάγκες υγείας και φροντίδας του πληθυσμού στον οποίο η ομάδα υγείας απευθύνεται και να συμβάλλει στην εκτίμησή τους, καθώς και στον σχεδιασμό στρατηγικών βέλτιστης αξιοποίησης των πόρων και ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού της ομάδας υγείας, με στόχο πάντα την παροχή καλύτερης ποιότητας υπηρεσιών υγείας. Ως ηγετικό μέλος της ομάδας υγείας στην ΠΦΥ θα πρέπει να εμψυχήσει ένα κοινό όραμα και φιλοσοφία στα υπόλοιπα μέλη της ώστε η ομάδα να γίνει πιο ευέλικτη και να αναλαμβάνει μεγαλύτερη ευθύνη, συμβάλλοντας στη διεύρυνση του προκαθορισμένου ρόλου της. Ο γενικός ιατρός πρέπει να συμβάλλει στη βελτίωση της αλληλεπίδρασης μεταξύ των μελών της ομάδας υγείας στην ΠΦΥ και να δημιουργήσει αποτελεσματικά κανάλια επικοινωνίας και διάχυσης της πληροφορίας. Η ενίσχυση ειδικά του ρόλου των επαγγελματιών υγείας μέσω ανάθεσης περισσότερων ευθυνών μπορεί να βελτιώσει τη διαχείριση των ασθενών με χρόνια νοσήματα και τις δράσεις για την προαγωγή υγείας και την πρόληψη της νόσου κάτι όμως που είναι ακόμα μακριά από τη σημερινή ελληνική πραγματικότητα. Η διαχείριση ασθενών με πολλαπλές ανάγκες υγείας και φροντίδας απαιτεί μεγαλύτερης διάρκειας επισκέψεις στον γενικό ιατρό και συναντήσεις με την ομάδα υγείας στην ΠΦΥ ώστε να μπορούν να συζητηθούν εκτενέστερα όλα τα ζητήματα υγείας τους και να επιτευχθεί η επιθυμητή ποιότητα στην ολοκληρωμένη και συντονισμένη φροντίδα τους, στην οποία αναμένεται να εμπλακούν και άτομα εκτός ομάδας, όπως οι οικιακοί φροντιστές ¹¹. Η ομάδα υγείας θα πρέπει στο σύνολό της να επανασχεδιάζει και να προσαρμόζει το πρόγραμμά της στο προφίλ και στις ανάγκες του κάθε ασθενούς, και αυτό είναι ένα θέμα που πρέπει να συζητηθεί διεξοδικά μέσα στα κεφάλαια αυτού του βιβλίου. Σύμφωνα με το παραδοσιακό μοντέλο, ο γενικός ιατρός έχει μεγαλύτερη αυτονομία, αναλαμβάνει το κύριο μερίδιο της ευθύνης, είναι ηγέτης της ομάδας και την επιβλέπει ως εξωτερικό μέλος. Αντίθετα, καθώς μετακινούμαστε προς το μοντέλο της διεπιστημονικής συνεργασίας, αυξάνεται η συνεργατικότητα, οι ευθύνες μοιράζονται με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας υγείας και ο γενικός ιατρός προσαρμόζεται καλύτερα στον ρόλο του για την επίτευξη της εστιασμένης στον ασθενή φροντίδας και της συνοχής της ομάδας υγείας.

3.2.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ομάδα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Ηγετικό ρόλο στην ομάδα υγείας μπορούν να αναλάβουν και να επιτελέσουν επαρκώς και επιτυχώς και άλλοι επαγγελματίες υγείας (νοσηλευτές, κοινωνικοί

λειτουργοί, ψυχολόγοι κ.ά.) εκτός από τον ιατρό. Είναι σημαντικό κάθε μέλος της ομάδας να κατανοήσει ότι ο ρόλος του ηγέτη της ομάδας είναι να αναπτύσσει, να ενδυναμώνει και να καθοδηγεί την ομάδα και, επομένως, μπορεί να τον αναλάβει κάθε επαγγελματίας ο οποίος έχει την κατάλληλη επάρκεια για να επιτελέσει τις λειτουργίες αυτές ανεξαρτήτως της ειδικότητάς του ¹². Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ομάδα της ΠΦΥ μπορεί να έχει αλληλοσυμπληρούμενες διαστάσεις αφού μπορεί να λειτουργεί ως μέλος της ομάδας και να αναλάβει τον ρόλο του ηγέτη και συντονιστή της ομάδας. Το εκπαιδευτικό του υπόβαθρο και οι δεξιότητες που έχει αποκτήσει τον καθιστούν ικανό για να επιτελέσει αυτούς τους ρόλους. Ο νοσηλευτής, υπό το πλαίσιο της λειτουργίας της διεπιστημονικής ομάδας και ως μέλος αυτής, μπορεί να συμβάλλει με τους εξής τρόπους ¹²

- Κατανόηση του τρόπου λειτουργίας της ομάδας.
- Ενεργός συμμετοχή του στην ανάπτυξη και τον προσδιορισμό των κοινά αποδεκτών αξιών, σκοπών και διαδικασιών της ομάδας.
- Ενεργός συμμετοχή του στον προσδιορισμό της ταυτότητας της ομάδας, συμβάλλοντας στη δημιουργία και διατήρηση θετικού κλίματος συνεργασίας.
- Αναγνώριση και κατανόηση της κοινής ευθύνης των μελών της ομάδας για την έκβαση των παρεμβάσεων της αλλά και της προσωπικής ευθύνης κάθε μέλους για την αποτελεσματική συμμετοχή του.
- Κατανόηση των χαρακτηριστικών της ομάδας και των συνήθων λαθών και προβλημάτων που αντιμετωπίζει.
- Κατανόηση της απαιτούμενης επάρκειας των μελών μιας αποτελεσματικής ομάδας αλλά και των προσωπικών δυνατών και τρωτών σημείων.
- Προαγωγή της συνεργασίας μεταξύ των μελών με διπλούς αποδέκτες, το άτομο/χρήστη των υπηρεσιών και τα μέλη της ομάδας.
- Έκφραση σεβασμού στα άλλα μέλη της ομάδας και τους άλλους συνεργάτες (π.χ. γραμματέας, διοικητικό προσωπικό κ.ά.) και αναζήτηση του ανάλογου σεβασμού, ο οποίος αποτελεί βασική αρχή στην ανάπτυξη σχέσεων αλληλεπίδρασης μεταξύ των ανθρώπων.
- Περιγραφή της προσωπικής του εκπαίδευσης, του ρόλου του, των επαγγελματικών του αξιών και ευθυνών στα άλλα μέλη της ομάδας.
- Επιδίωξη προσέλευσης απόψεων και συμβουλών των άλλων μελών, ανάπτυξη συνεργασιών και έκφραση της εκτίμησής του στη συμβολή των άλλων μελών.
- Απασχόληση σε αλληλεξάρτηση και σε συνάρτηση με τα άλλα μέλη της ομάδας, που σημαίνει παραχώρηση του ελέγχου σε κάποιο άλλο μέλος, ικανότητα πρόληψης συγκρούσεων αλλά και επίλυσης αυτών όταν είναι εφικτό.
- Αποτελεσματική επικοινωνία με τα άλλα μέλη της ομάδας (κατάλληλη ορολογία, ενεργητική ακρόαση, σεβασμός, συλλογή και διάχυση πληροφοριών, αλληλεπίδραση).

- Αποφυγή συμπεριφορών που παρεμποδίζουν την αποτελεσματική επικοινωνία και συνεργασία με τα άλλα μέλη της ομάδας.
- Εφαρμογή των αρχών και των μεθόδων της πρακτικής βασισμένης σε ενδείξεις. Δ
- έσμευση της ενεργού συμμετοχής του στη διαχείριση της ομάδας και στην αλληλεπίδραση των μελών.
- Ενεργός συνεισφορά του στην επιλογή και συνεργασία και με άλλα, νέα μέλη της ομάδας.
- Ενεργός συμμετοχή του στην αποτελεσματική λειτουργία της ομάδας αλλά και στην αλληλεπίδραση των μελών.
- Ενεργός συμμετοχή του στην αξιολόγηση και τη βελτίωση της λειτουργίας της ομάδας.
- Ενεργός συμμετοχή του στην εκπαίδευση, στη δημιουργία και στις δράσεις της ομάδας.
- Ενεργός συνεισφορά του στην πρόληψη και διαχείριση των συγκρούσεων μέσα στην ομάδα.

Αναφέρεται ότι η συμμετοχή των κατάλληλα εκπαιδευμένων νοσηλευτών στην ομάδα ή την ηγεσία της ομάδας μπορεί να προάγει τη συμμόρφωση των άλλων μελών σε κατευθυντήριες οδηγίες, να αυξήσει την ικανοποίηση των ασθενών, να βελτιώσει την κλινική τους κατάσταση και την υγεία τους, να συμβάλλει στη σωστή χρήση των υπηρεσιών υγείας και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια νοσήματα, με την προϋπόθεση ότι τα μέλη της ομάδας έχουν σαφώς προσδιορισμένους ρόλους και έχουν εκπαιδευτεί κατάλληλα για τους ρόλους αυτούς¹³. Ο ρόλος του ηγέτη νοσηλευτή στην ομάδα της ΠΦΥ μπορεί να συνοψιστεί σε τρεις κατηγορίες καθηκόντων: α) δημιουργία συνθηκών οι οποίες ενδυναμώνουν τη λειτουργία της ομάδας, β) προαγωγή της δημιουργίας και ενίσχυση της ικανότητας της ομάδας για την επίτευξη του ρόλου της και γ) καθοδήγηση της ομάδας ώστε να βελτιστοποιήσει τη λειτουργικότητά της και τον ρόλο της με την κατανόηση του τρόπου λειτουργίας της ομάδας¹². Ο νοσηλευτής, υπό το πλαίσιο της λειτουργίας της διεπιστημονικής ομάδας και ως μέλος αυτής, μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της ομάδας με την κατανόηση του τρόπου λειτουργίας της ομάδας, με την προαγωγή της συνεργασίας μεταξύ των μελών με αποδέκτες τόσο το άτομο/χρήστη των υπηρεσιών όσο και τα μέλη της ομάδας¹⁴ και με τη δέσμευση της ενεργού συμμετοχής του στη διαχείριση της ομάδας και στην αλληλεπίδραση των μελών^{12,15}.

- Δημιουργία συνθηκών οι οποίες ενδυναμώνουν τη λειτουργία της ομάδας. Σαφής προσδιορισμός των μελών της ομάδας.
- Σαφής προσδιορισμός και διατήρηση των αμοιβαία κατανοητών στόχων της ομάδας.

- Σαφής προσδιορισμός της αμοιβαίας ευθύνης και υπευθυνότητας για την επίτευξη των στόχων.
- Επιβεβαίωση ότι η ομάδα έχει την κατάλληλη ηγεσία και την υποστήριξή της για την επίτευξη των στόχων.
- Προαγωγή της αλληλεπίδρασης, αλληλεξάρτησης και συνεργασίας των μελών. Διατήρηση της ενότητας της ομάδας και επιβεβαίωση της απουσίας υποομάδων που λειτουργούν ανεξάρτητα, αποκατάσταση της ισορροπίας της ομάδας, όταν κρίνεται απαραίτητο.
- Διατήρηση και αποτελεσματική διαχείριση των υποστηρικτικών πηγών (π.χ. χρηματοδότες) της ομάδας και του οργανισμού ή υπηρεσίας.
- Προαγωγή της δημιουργίας και ενίσχυση της ικανότητας της ομάδας για την επίτευξη του ρόλου της.
- Εποπτεία της στελέχωσης, του προσανατολισμού και της δημιουργίας της ομάδας.
- Προσδιορισμός των αξιών, των συμπεριφορών και των προτύπων της ομάδας.
- Επιβεβαίωση και ενίσχυση της ικανότητας της ομάδας για την επίτευξη του στόχου της.
- Προσδιορισμός και καλλιέργεια της ταυτότητας της ομάδας. Δημιουργία και διατήρηση κλίματος συνεργασίας.
- Επιβεβαίωση της αποτελεσματικής λειτουργίας της ομάδας.
- Καθοδήγηση της ομάδας να βελτιστοποιήσει τη λειτουργικότητά της και τον ρόλο της.
- Συλλογή πληροφοριών για τη λειτουργία της ομάδας και των μελών ξεχωριστά.
- Αξιολόγηση της λειτουργικότητας της ομάδας.
- Παροχή ανατροφοδότησης και συμβουλευτική.

3.2.3 Ο επισκέπτης υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Ο επισκέπτης υγείας είναι μέλος της ομάδας υγείας της ΠΦΥ, ενώ πολλές φορές ανήκει και σε μία υποομάδα επισκεπτών υγείας η οποία είναι μέλος της ευρύτερης ομάδας της ΠΦΥ και δουλεύει μαζί με την ομάδα και όχι παράλληλα ¹⁶. Ο επισκέπτης υγείας κατέχει έναν πολυδύναμο ρόλο στο πλαίσιο της ΠΦΥ ¹⁷ και ασχολείται με τα άτομα σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους, με τη συμμετοχή όλης της οικογένειας και της κοινότητας στη διαδικασία προαγωγής της υγείας τους ¹⁸. Το πεδίο δράσης του επισκέπτη υγείας είναι ευρύ και συμπεριλαμβάνει όχι μόνο τη σωματική αλλά και την ψυχική υγεία των ατόμων όλων των ηλικιών, των οικογενειών και της κοινότητας στο πλαίσιο της ανάπτυξης και διασφάλισης της δημόσιας υγείας και της μείωσης των ανισοτήτων στην υγεία ¹⁹. Ο επισκέπτης υγείας, σύμφωνα με τα κατοχυρωμένα επαγγελματικά δικαιώματά του, ασχολείται είτε αυτοδύναμα είτε σε συνεργασία με άλλους επιστήμονες στον τομέα της υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών με τον σχεδιασμό, την ανάπτυξη, την εφαρμογή και

αξιολόγηση παροχής όλων των υπηρεσιών ΠΦΥ. Ασκεί έργο αγωγής υγείας, συμβουλευτικής και εν γένει φροντίδας υγείας επικεντρώνοντας στην ΠΦΥ και στη φροντίδα αποκατάστασης, με έμφαση στην παροχή υπηρεσιών στο σπίτι, στο σχολείο, στον χώρο εργασίας και στην κοινότητα γενικότερα (Π.Δ. 351/1989, ΦΕΚ 159/τ. Α΄/1989). (Αναλυτικά το ΦΕΚ με τα επαγγελματικά δικαιώματα των επισκεπτών υγείας (άρθρο 3) στην ιστοσελίδα του Πανελλήνιου Συλλόγου Επισκεπτών Υγείας). Ο ρόλος του επισκέπτη υγείας στην παροχή υπηρεσιών υγείας εμπεριέχει μεταξύ άλλων και τα εξής στοιχεία²⁰:

- Δημόσια υγεία.
- Πρόωμη παρέμβαση και πρόληψη.
- Γνώση της κοινότητας.
- Προαγωγή της υγείας.
- Δράση πέρα από το πλαίσιο όπου εργάζεται.
- Συνεργασία και ομαδικότητα.
- Κατ' οίκον επίσκεψη.

Ως μέλος της ομάδας υγείας της ΠΦΥ ο επισκέπτης υγείας συνεργάζεται με τα άτομα της κοινότητας για τη βελτίωση της υγείας τους, στοχεύοντας στη μείωση των ανισοτήτων και του κοινωνικού αποκλεισμού. Καθιστά δυνατό τα άτομα να κατανοούν την κατάσταση της υγείας τους και να λαμβάνουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα υγείας. Στο πλαίσιο αυτό:

- Παρέχει βοήθεια στα μέλη της κοινότητας προκειμένου να κατανοήσουν τις υπηρεσίες υγείας και την πρόσβαση στις διαθέσιμες υπηρεσίες, ενώ παράλληλα φροντίζει και για τη διασύνδεση των υπηρεσιών και την παρακολούθηση των ατόμων, ώστε να εξασφαλίσει ότι κατανοούν τα ζητήματα υγείας τους και την απαραίτητη (αυτο)φροντίδα.
- Πραγματοποιεί παρεμβάσεις αγωγής υγείας για να βοηθήσει τα άτομα, τις οικογένειες και τις κοινότητες να αποκτήσουν γνώσεις για την υγεία τους και τους παράγοντες που την επηρεάζουν, καθώς και τον τρόπο ζωής που θα πρέπει να υιοθετήσουν προκειμένου να προάγουν την υγεία τους.
- Υπερασπίζει τα άτομα και την κοινότητα προκειμένου να λαμβάνουν την απαραίτητη φροντίδα και στηρίζει αλλαγές στις πολιτικές που πρέπει να υλοποιηθούν²¹.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ, 2011) καθώς και η Ευρωπαϊκή Ένωση (European Commission, 2010) συμφωνούν στο να υιοθετηθούν πολιτικές με στόχο τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία. Ο επισκέπτης υγείας στοχεύει στη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων και, συνεπώς, πραγματοποιεί παρεμβάσεις προαγωγής υγείας στην ²². Βασιζόμενος στις αρχές της δημόσιας υγείας, με έμφαση στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας των ατόμων, των οικογενειών και της κοινότητας εν γένει, ο επισκέπτης υγείας είναι σε θέση να εντοπίσει πρώιμα εκείνα τα ζητήματα υγείας που ενδέχεται να εξελιχθούν σε προβλήματα ή κινδύνους αν δεν αντιμετωπιστούν εγκαίρως ²³. Οι δράσεις που αφορούν την αντιμετώπιση των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία πρέπει να στοχεύουν σε όλο το φάσμα του πληθυσμού ²⁴ και μπορούν να χωριστούν σε δύο επίπεδα ²⁵:

- Ατομικό και οικογενειακό επίπεδο, περιλαμβάνοντας δράσεις όπως οι κατ' οίκον επισκέψεις, η συμβουλευτική, η διασύνδεση, ο προσυμπτωματικός έλεγχος κ.ά.
- Ομαδικό ή επίπεδο της κοινότητας, περιλαμβάνοντας δράσεις όπως αγωγή υγείας, ομάδες στήριξης κ.ά.

Οι δύο κύριοι πυλώνες της καθημερινής πρακτικής του επισκέπτη υγείας είναι η κοινότητα και η κατ' οίκον επίσκεψη. Οι αρχές αυτές δεν είναι απλά μία λίστα ικανοτήτων και δεξιοτήτων των επισκεπτών υγείας, αλλά παρέχουν ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο υποστηριζόμενο από την αξία της υγείας, με την προσέγγιση της προαγωγής υγείας των ατόμων, των οικογενειών και της κοινότητας ²⁵. Οι αρχές που διέπουν το έργο του επισκέπτη υγείας βασίζονται σε μία κυρίαρχη φιλοσοφία, σύμφωνα με την οποία:

- Η υγεία αντιμετωπίζεται ως διαδικασία και όχι ως υφιστάμενη (ή μη) κατάσταση που προσδιορίζεται και εκτιμάται στο συνολικό κοινωνικο-πολιτιστικό πλαίσιο που βιώνεται.
- Οι στάσεις, οι επιλογές και οι συμπεριφορές των ατόμων ή των ομάδων σχετικά με ζητήματα υγείας είναι καταρχήν αποδεκτές και σε καμία περίπτωση καταδικαστέες και απορριπτέες ²⁷

Ο επισκέπτης υγείας είναι ο εκπαιδευμένος για τον σκοπό αυτό επαγγελματίας υγείας και, επιπλέον, βρίσκεται στην προνομιακή θέση να έχει πρόσβαση στις οικογένειες και τις κοινότητες και, συνεπώς, μπορεί άμεσα να αναγνωρίσει τις ανάγκες υγείας τους, καθώς και τις προκλήσεις που προκύπτουν ²⁸.

Οι παρεμβάσεις του επισκέπτη υγείας είναι επίσης σημαντικές, ωστόσο θα πρέπει να ενταχθούν σε ένα ευρύτερο πλαίσιο και να καθοριστεί: α) σε ποια άτομα πρέπει να δοθεί προτεραιότητα (ομάδες υψηλού κινδύνου), β) ο πιο αποτελεσματικός τρόπος

παρέμβασης σε σχέση με τις ανάγκες του ατόμου, γ) ποιοι πόροι της κοινότητας μπορούν να αξιοποιηθούν ώστε να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες και να μειωθούν οι ανισότητες και δ) με τι ασχολούνται οι άλλοι οργανισμοί στην κοινότητα και πώς μπορεί να υπάρξει συνεργασία με στόχο τη βελτίωση της υγείας (Department of Health, 2001). Σημαντικό παράγοντα στη δουλειά με το άτομο και την οικογένεια παίζει η συνεργασία ατόμου – επισκέπτη υγείας ή/και οικογένειας – επισκέπτη υγείας, όπου ο επισκέπτης υγείας δεν υιοθετεί το πατερναλιστικό μοντέλο, αλλά θέτει το ίδιο το άτομο ή την οικογένεια στο επίκεντρο ²⁹. Ως εκ τούτου, το οικογενειακό πλάνο υγείας αποτελεί τον πυρήνα, επιτρέποντας στην οικογένεια να σκεφτεί τα ζητήματα υγείας των μελών της. Το πλάνο αυτό (Department of Health, 2001) θα πρέπει να αναγνωρίζει: α) τις ανάγκες της οικογένειας όπως τις βλέπουν τα ίδια τα μέλη της οικογένειας, β) το πώς θέλει η οικογένεια να αντιμετωπιστούν αυτές οι ανάγκες, γ) ένα σχέδιο δράσης για την οικογένεια, το οποίο να περιλαμβάνει τη στήριξη από τον επισκέπτη υγείας και τους άλλους επαγγελματίες υγείας και δ) ό,τι έχει ήδη επιτευχθεί. Η προαγωγή της υγείας των οικογενειών μιας κοινότητας μπορεί να επιτευχθεί βοηθώντας τους γονείς να αναγνωρίσουν τις δυνατότητές τους, ενδυναμώνοντας τον γονικό τους ρόλο και ενισχύοντας τους προστατευτικούς παράγοντες: οικογενειακούς δεσμούς, γνώσεις σχετικά με την ανάπτυξη του παιδιού, ικανότητα στην αντιμετώπιση του στρες και την επίλυση προβλημάτων, κοινωνικό δίκτυο, υποστήριξη από την κοινότητα ³⁰. Η κατ' οίκον επίσκεψη αποτελεί ένα από τα βασικά εργαλεία του επισκέπτη υγείας και πραγματοποιείται είτε γιατί τα άτομα/οικογένεια δεν μπορούν να προσέλθουν στη δομή υγείας ή γιατί η 115 επίσκεψη στο σπίτι θα βοηθήσει τους στόχους της προαγωγής υγείας ³¹. Ωστόσο, ο συνδυασμός των κατ' οίκον επισκέψεων και της παροχής υπηρεσιών υγείας στη δομή υγείας είναι πιο αποτελεσματικός σε σχέση και με το κόστος, αν και απαιτούν άριστη διαχείριση του ²⁹. Σύμφωνα με μελέτες, η αποτελεσματικότητα των κατ' οίκον επισκέψεων συνοψίζεται στα παρακάτω:

A. Σε σχέση με τους γονείς και τα παιδιά:

- Βελτίωση του γονικού ρόλου και της ποιότητας του περιβάλλοντος του σπιτιού.
- Βελτίωση των προβλημάτων συμπεριφοράς των παιδιών.
- Βελτίωση της ψυχοκινητικής ανάπτυξης των παιδιών.
- Αύξηση της εμβολιαστικής κάλυψης.
- Μείωση της χρήσης των επείγουσών υπηρεσιών υγείας.
- Μείωση των τραυματισμών και ατυχημάτων στο σπίτι.

- Ενίσχυση της ποιότητας υποστήριξης της μητέρας.

Β. Σε σχέση με τις ειδικές ανάγκες υγείας και τα χρόνια νοσήματα:

- Αύξηση του επιπέδου ενημέρωσης και ενίσχυση της αυτοφροντίδας.
- Βελτίωση της ψυχολογικής στήριξης της οικογένειας.

Γ. Σε σχέση με τα ηλικιωμένα άτομα και τους φροντιστές τους:

- Βελτίωση της ποιότητας ζωής.
- Μείωση των εισαγωγών στο νοσοκομείο.
- Μείωση της θνησιμότητας των ηλικιωμένων.
- Μείωση του στρες των φροντιστών.

Προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι των κατ' οίκον επισκέψεων, σημαντικό ρόλο παίζει η διασύνδεση με τις υπηρεσίες της κοινότητας και, συνεπώς, ο διασυνδεδετικός ρόλος του επισκέπτη υγείας μπορεί να είναι καθοριστικός ³². Συχνά προκύπτουν πολύπλοκες περιπτώσεις που χρειάζονται διασύνδεση, και ο επισκέπτης υγείας παίζει σημαντικό ρόλο στο να διευκολύνει την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και να εξασφαλίσει ότι τα άτομα επωφελούνται από την παρεχόμενη φροντίδα ³⁰. Η προσφορά του επισκέπτη υγείας είναι σημαντική και αποτελεσματική στο επίπεδο της κοινότητας, αναγνωρίζοντας τις οικογένειες με πρόσθετες ανάγκες, εντοπίζοντας τις δυνητικά ευάλωτες ομάδες και παρέχοντας επιπλέον υποστήριξη, βελτίωση των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία, καθώς και υποστηρίζοντας τα άτομα να υιοθετούν έναν υγιεινό τρόπο ζωής (NICE, 2014). Τέλος, η επιτυχία του έργου του επισκέπτη υγείας σχετίζεται με τρία επιπλέον βασικά στοιχεία ²⁵:

- Την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας που παρέχει ο επισκέπτης υγείας ώστε να υποστηρίζονται οι καλές πρακτικές.
- Την πραγματοποίηση προγραμμάτων και παρεμβάσεων βασισμένων σε τεκμηριωμένα στοιχεία με στόχο την προαγωγή της υγείας.
- Την κατάλληλη εκπαίδευση και κατάρτιση.

3.2.4 Ρόλοι του κοινωνικού λειτουργού στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Σε σχέση με το άτομο και την οικογένεια, ο κοινωνικός λειτουργός προσφέρει υπηρεσίες που έχουν σκοπό την πρόληψη και την αντιμετώπιση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων και την κάλυψη ανθρώπινων αναγκών. Διερευνά το ανθρώπινο πρόβλημα κυρίως μέσα από την κοινωνική έρευνα και την τεχνική της συνέντευξης, εντοπίζει λύσεις αντιμετώπισης, διαμεσολαβεί προς τους αρμόδιους φορείς και παρέχει ηθική και συμβουλευτική υποστήριξη και καθοδήγηση στο άτομο και την οικογένεια καθ' όλη τη διάρκεια επίλυσης του προβλήματός τους³³. Σφαιρικότερα, οι κοινωνικοί λειτουργοί δραστηριοποιούνται σε μακρο-, μέσο- και μικροεπίπεδο. Σε μακροεπίπεδο μπορούν να συνηγορήσουν για προνόμια ευάλωτων κοινωνικών ομάδων ή να συμμετέχουν στη χάραξη νέων πολιτικών που αφορούν την υγεία και την κοινωνική πρόνοια. Στο μικροεπίπεδο και μεσοεπίπεδο δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην αυτοδιαχείριση της νόσου, ιδιαίτερα όταν οι ασθενείς έχουν γνωστικές, σωματικές ή κοινωνικές αναπηρίες που περιορίζουν τη συμμετοχή τους στο σχέδιο συνολικής διαχείρισης της φροντίδας. Σε μικροεπίπεδο, οι κοινωνικοί λειτουργοί διευκολύνουν την προσαρμογή του ασθενούς στη χρόνια νόσο και υποστηρίζουν την απόκτηση υψηλότερων επιπέδων ποιότητας ζωής³⁴. Στο μεσοεπίπεδο, δράση μπορεί να αναπτυχθεί με οικογένειες και γειτονιές ως μέσο για την υποστήριξη των αναγκών φροντίδας του ασθενούς. Όσον αφορά τους ρόλους που μπορεί να αναπτύξει ο κοινωνικός λειτουργός, υπάρχει μία γενική ομοφωνία σε έξι κύριους ρόλους ή τύπους υπηρεσιών που ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να παρέχει στην ΠΦΥ σε άτομα, οικογένειες, ομάδες και κοινότητες, που είναι οι εξής:

- α) εκτίμηση βιοψυχοκοινωνικών παραγόντων της υγείας και της ποιότητας ζωής,
- β) παροχή απτών υπηρεσιών,
- γ) παροχή συμβουλευτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών,
- δ) διαβούλευση με άλλους επαγγελματίες υγείας σχετικά με βιοψυχοκοινωνικούς παράγοντες και τις επιπτώσεις τους στην υγεία και την ποιότητα ζωής,
- ε) εκπαίδευση σε βιοψυχοκοινωνικούς παράγοντες της ασθένειας και σε στρατηγικές παρέμβασης και
- στ) κοινοτική ανάπτυξη και ανάπτυξη ικανοτήτων³⁵.

Έμφαση έχει δοθεί στον ρόλο των κοινωνικών λειτουργών στην αντιμετώπιση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς. Τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όπως τα οικονομικά προβλήματα, το άγχος, τα νομικά θέματα, έχουν βρεθεί σε πρόσφατη μελέτη να είναι πολύ διαδεδομένα στην ΠΦΥ, με μέσο όρο πέντε

προβλημάτων ανά ασθενή, και με το 32% των ασθενών να επιζητεί συνάντηση με 125 κοινωνικό λειτουργό³⁶. Βιβλιογραφικά οι κοινωνικοί λειτουργοί θεωρούνται οι πλέον αρμόδιοι και επαρκώς εξοπλισμένοι για να αντιμετωπίσουν αυτού του τύπου τα προβλήματα χρησιμοποιώντας ποικιλία παρεμβάσεων. Έχει χαρακτηριστικά αναφερθεί ότι διευκολύνουν σημαντικά την πρόσβαση των ασθενών σε κοινοτικές πηγές και συμβάλλουν στην επανένταξή τους στην κοινότητα. Μια επίσης σημαντική διαπίστωση αναφορικά με τον ρόλο των κοινωνικών λειτουργών είναι ότι μπορούν να είναι εξαιρετικά ευέλικτοι και να εργαστούν σε πολλαπλά επίπεδα ταυτόχρονα προκειμένου να διευκολύνουν τη μετακίνηση του ασθενούς μέσα στο σύστημα υγείας, στοχεύοντας στην ταχύτερη ανάρρωση και στα υψηλότερα δυνατά επίπεδα λειτουργικότητας. Σε σχέση με την κοινότητα, το αντικείμενο του κοινωνικού λειτουργού επηρεάζεται από τις ανάγκες της υγειονομικής περιφέρειας στην οποία υπηρετεί. Σε γενικές γραμμές, ο κοινωνικός λειτουργός δραστηριοποιείται στα εξής αντικείμενα:

- Εκτίμηση και παρακολούθηση κοινωνικών και ψυχοσυναισθηματικών αναγκών του πληθυσμού μέσα από τη διενέργεια κοινωνικών ή ψυχοκοινωνικών μελετών.
- Διερεύνηση, καταγραφή και παρέμβαση σε κοινωνικούς, συμπεριφορικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη σωματική και ψυχική υγεία του πληθυσμού.
- Μελέτη του τοπικού κοινωνικού κεφαλαίου, της κοινωνικής δυναμικής, των δυνατοτήτων και των αδυναμιών του τοπικού χώρου.
- Σχεδιασμός και υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής υγείας (π.χ. επιθετική συμπεριφορά, προκαταλήψεις, ρατσισμός κ.λπ.).
- Σχεδιασμός και υλοποίηση προγραμμάτων παιδικής προστασίας, προστασίας υπερηλίκων, αναπήρων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων.

Η δραστηριοποίηση του κοινωνικού λειτουργού στην κοινότητα απαιτεί συνεργασία ανάμεσα στην επιστήμη της Δημόσιας Υγείας, που εστιάζει στην αλλαγή σε πληθυσμιακό επίπεδο, και της Κοινωνικής Εργασίας, που εστιάζει πρωτίστως στο άτομο και τις κοινωνίες (Whiteside, 2004, σσ. 381-382). Οι κοινωνικοί λειτουργοί, πλέον, εργάζονται σε πεδία που αφορούν την πληθυσμιακή υγεία και την προαγωγή της υγείας και, γενικότερα, σε χώρους που δεν θεωρούνται παραδοσιακοί για το επάγγελμα, γεγονός που νοείται ως μια στροφή προς πληθυσμιακής φύσεως προσεγγίσεις που είναι πιο κοντά στις κοινωνίες που εξυπηρετούνται³⁷. Ένα βασικό συστατικό της κοινωνικής εργασίας στην κοινότητα είναι αυτό της κοινοτικής ανάπτυξης και της προώθησης της κοινωνικής συμμετοχής, ιδιαίτερα σε συνθήκες κοινωνικού αποκλεισμού. Βασική επιδίωξη του κοινωνικού λειτουργού είναι να ευαισθητοποιήσει και να κινητοποιήσει την τοπική κοινωνία, καθώς και τοπικούς

φορείς και ομάδες στην αναγνώριση των δικών τους αναγκών υγείας, στον σχεδιασμό υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και φροντίδας υγείας και στην ανάληψη τοπικών πρωτοβουλιών και δράσεων για την ικανοποίηση αυτών. Οι κοινωνικοί λειτουργοί δεν μπορούν να επιτύχουν αλλαγές στα διαφορετικά συστήματα (π.χ. οικονομικό, εκπαιδευτικό, πολιτικό, σύστημα υγείας) αν δεν χρησιμοποιήσουν ευρύτερες προσεγγίσεις, προσανατολισμένες στην ενδυνάμωση του πληθυσμού, όπως αυτή της κοινοτικής οργάνωσης ³⁸. Ο πληθυσμός πρέπει να εμπλακεί στην απαίτηση της μείωσης της φτώχειας, στην ανάπτυξη της εθνικής ασφάλισης και ενός εθνικού συστήματος υγείας που θα εξασφαλίζει πρόσβαση σε πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα, στην πρόωμη ανίχνευση και παρέμβαση σε οικογενειακές και κοινωνικές καταστάσεις που απειλούν την ψυχική και σωματική υγεία και ποιότητα ζωής των μελών. Στο πλαίσιο αυτής της επιδίωξης, ο κοινωνικός λειτουργός προωθεί την ανάπτυξη τοπικών δικτύων από φορείς που δραστηριοποιούνται σε θέματα υγείας, καθώς και την ανάπτυξη καινοτόμων υπηρεσιών για την προαγωγή της υγείας όπως, για παράδειγμα, οργάνωση βιβλιοθήκης για θέματα υγείας, τράπεζα αίματος κ.λπ. Στο πλαίσιο της ενίσχυσης της κοινωνικής συμμετοχής σε θέματα υγείας, ο κοινωνικός λειτουργός δραστηριοποιείται επίσης στη σύσταση ομάδων υγείας στην περιοχή ευθύνης του, μέσα από τις οποίες ενθαρρύνεται η συμμετοχή των πολιτών στην ανάδειξη προτεραιοτήτων και στον σχεδιασμό υπηρεσιών υγείας ³⁹. Τέλος, ο κοινωνικός λειτουργός λειτουργεί ως πηγή υποστήριξης για άλλους επαγγελματίες και για την ομάδα υγείας της ΠΦΥ αναλαμβάνοντας τη φροντίδα ασθενών και των οικογενειών τους σε ζητήματα που οι άλλοι επαγγελματίες δεν μπορούν να παρέμβουν, χρησιμοποιώντας εδραιωμένα δίκτυα τοπικών φορέων, κυβερνητικών και μη, προκειμένου να διευκολύνουν την πρόσβαση των ασθενών σε εξειδικευμένες υπηρεσίες, κατάλληλες για την επίλυση του προβλήματός τους (π.χ. παιδιά που βρίσκονται σε κίνδυνο, άτομα που κακοποιούνται, αυτοκτονικοί ασθενείς). Πιο συγκεκριμένα, ο Salvatore (1988) περιέγραψε δύο μοντέλα κοινωνικής εργασίας στην ΠΦΥ. Το πρώτο μοντέλο, με την επωνυμία «μοντέλο παραπομπής ή διαβούλευσης», επιτρέπει στους ιατρούς να παραπέμπουν στον κοινωνικό λειτουργό ασθενείς με ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όπως παραπέμπουν σε μία άλλη ιατρική ειδικότητα. Στο δεύτερο, το αποκαλούμενο «συνεργατικό μοντέλο», ο ιατρός αναγνωρίζει ένα ψυχοκοινωνικό πρόβλημα που χρήζει υπηρεσίες κοινωνικού λειτουργού για μεγάλο χρονικό διάστημα, και ο κοινωνικός λειτουργός καθίσταται υπεύθυνος για τη θεραπεία του ψυχοκοινωνικού προβλήματος του ασθενούς και παραμένει σε συνεργασία με τον ιατρό, ο οποίος συνεχίζει να καλύπτει τις ανάγκες του ασθενούς σε ιατρική φροντίδα.

3.3 Διεπαγγελματική συνεργασία των επαγγελματιών Υγείας

Η διεπαγγελματική συνεργασία είναι η διαδικασία ανάπτυξης συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που ανήκουν σε διαφορετικές ειδικότητες⁴⁰. Στον τομέα της υγείας, η συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων με τα ίδια καθήκοντα, αλλά και μεταξύ διαφορετικών επαγγελμάτων, ήταν προϋπόθεση για τη λειτουργία των

υπηρεσιών σε κάθε περίοδο λειτουργίας του. Η διακήρυξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 1978 σημείωσε μεταξύ άλλων την ανάγκη για αποτελεσματικότερη συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων επαγγελματιών, αλλά και τη συμμετοχή των χρηστών των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, με σκοπό την πληρέστερη παροχή φροντίδας στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αλλά και τη συνεργασία μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων φροντίδα υγείας.

Οι αλλαγές στα επαγγελματικά δικαιώματα και την εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας και πρόνοιας που έχει σημειωθεί τις τελευταίες δεκαετίες, οδήγησε σε επαναπροσδιορισμό των σχέσεων της συνεργασίας. Έτσι, το απολύτως ιατροκεντρικό σύστημα υγείας έχει αρχίσει να αμφισβητείται από τους νοσηλευτές, τους κοινωνικούς λειτουργούς και άλλους επαγγελματίες που λειτουργούν στα πλαίσια του τομέα υγείας. Αν και στα περισσότερα συστήματα υγείας η νομοθεσία δίνει προτεραιότητα στην ιατρική ευθύνη, οι ανάγκες των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, τα ηθικά και δεοντολογικά διλήμματα που προκύπτουν σε συνδυασμό με την αυξανόμενη αυτονομία των υπολοίπων επαγγελματιών, δημιουργούν την τάση για συνυπευθυνότητα και επομένως συνεργασία για τη λήψη κοινά αποδεκτών αποφάσεων που αναφέρονται στη φροντίδα υγείας των πολιτών, αλλά και στη διοίκηση των οργανισμών υγείας. Οι σύγχρονες εξελίξεις που σχετίζονται με τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας τοποθετούν επιπλέον βαρύτητα στη συνεργασία μεταξύ των διαφόρων επαγγελμάτων υγείας και πρόνοιας με σκοπό από τη μια μεριά τη μείωση των δαπανών (π.χ. σε φάρμακα, σε εργαστηριακές εξετάσεις, κ.τ.λ.), αλλά και την πιο ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας που μπορεί να προσφερθεί μόνον όταν καλυφθούν όλες οι διαστάσεις της ανθρώπινης ανάγκης για φροντίδα υγείας. Πιο συγκεκριμένα η ανάγκη για τον περιορισμό του κόστους των υπηρεσιών υγείας μπορεί να ερμηνευθεί στην πράξη ως περιορισμός της επανάληψης θεραπευτικών και νοσηλευτικών δραστηριοτήτων και μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας, μέσα από την καλύτερη πληροφόρηση, επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των διαφόρων επαγγελμάτων.

3.3.1 Επικοινωνία

Η επικοινωνία προϋποθέτει ένα πομπό, ένα δέκτη και την μετάδοση/ανταλλαγή μηνυμάτων μέσω ενός καναλιού επικοινωνίας. Δύο διαφορετικοί άνθρωποι σπάνια βλέπουν το ίδιο πράγμα σε ένα μήνυμα, αφού έχουν διαφορετικές αντιληπτικές δυνατότητες. Για να υπάρξει επικοινωνία, ο αποστολέας πρέπει να γνωρίζει τι είναι ικανός ο παραλήπτης, ο πραγματικός δέκτης της επικοινωνίας, να δει και να ακούσει. Η αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας «μετράται» με το βαθμό στον οποίο το μήνυμα που έχει κατά νου ο πομπός φθάνει «ανέγγιχτο» στο δέκτη. Τα εμπόδια για μια αποτελεσματική επικοινωνία σχετιζόμενα με το πομπό, είναι η λανθασμένη ανάλυση του ακροατηρίου, η έλλειψη σαφήνειας, η λανθασμένη επιλογή του μέσου

επικοινωνίας, ο τρόπος παρουσίασης, η αδυναμία δημιουργίας κλίματος εμπιστοσύνης ανάμεσα στα άτομα που επικοινωνούν, η λάθος ερμηνεία και η μη χρησιμοποίηση της αναπληροφόρησης (όταν δεν υπάρχει αξιοποίηση ή κατανόηση των «σήματων ανταπόκρισης» που στέλνει ο δέκτης)⁴¹. Τα εμπόδια στην αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας σχετιζόμενα με το δέκτη είναι τα βιαστικά συμπεράσματα, η έλλειψη ενδιαφέροντος για το θέμα, η αρνητική αντίληψη για το πομπό, ο δέκτης να «ακούει αυτά που θέλει να ακούσει» χωρίς να φιλτράρει το μήνυμα και οι ψυχολογικές, νοητικές και συναισθηματικές μεροληψίες. Ο δέκτης του μηνύματος θα πρέπει να ακούει προσεκτικά τον πομπό, κατανοώντας την θέση και τα συναισθήματα του χωρίς αυτό να σημαίνει ότι κατ' ανάγκη αποδέχεται και το μήνυμα που εκπέμπει.⁴²

3.3.1.1 Εμπόδια στην επικοινωνία σε επίπεδο εργαζομένων

Πλήθος παραγόντων επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας, όπως η πολυπλοκότητα και η πληθώρα των μηνυμάτων ενώ από την πλευρά του δέκτη, η έλλειψη προσοχής, η βιαστική αξιολόγηση και η έλλειψη κοινού λεξιλογίου. Όσο πιο εξειδικευμένη είναι η νοσηλευτική εργασία, τόσο πιο πολύπλοκη γίνεται η επικοινωνία. Στα μεγάλα νοσοκομεία, όπου οι νοσηλευτές έρχονται σε επαφή με ιατρούς πολλών ειδικοτήτων, με ειδικευόμενους, φαρμακοποιούς, κ.ά., η επανάληψη της ίδιας πληροφορίας σε διαφορετικούς επαγγελματίες υγείας δεν αποτελεί σπάνιο φαινόμενο⁴³. Η επικοινωνία γίνεται είτε προφορικά είτε μέσα από τηλεφωνήματα, σημειώσεις και φύλλα νοσηλείας. Προβλήματα δημιουργούν οι ασαφείς και πολύπλοκες οδηγίες των ιατρών, οι ταυτόχρονες εντολές από πολλούς ιατρούς, η κόπωση που οδηγεί σε έλλειψη προσοχής, η ανομοιογενής αντίληψη της έννοιας του επείγοντος⁴⁴. Η ποιότητα των παρεχόμενων πληροφοριών από τους νοσηλευτές εξαρτάται από τις προηγούμενες επαφές του με τον ιατρό. Αν ο νοσηλευτής φοβάται και έχει κακές προηγούμενες εμπειρίες, είναι πιθανό να μην δώσει πολλές πληροφορίες. Εμπόδια στην επικοινωνία θεωρούνται, ακόμη ο έντονος τόνος της φωνής, η «σφιγμένη» γλώσσα του σώματος, η βίαιη συμπεριφορά, οι συναισθηματικές εκρήξεις⁴⁵. Ένας άλλος παράγοντας που υπονομεύει την αποτελεσματική επικοινωνία είναι οι δύο ξεχωριστές επαγγελματικές κουλτούρες ιατρών-νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές, περνώντας περισσότερο χρόνο με τον ασθενή επικεντρώνονται περισσότερο στην φροντίδα και όχι στη θεραπεία⁴⁶. Επίσης, ενδιαφέρονται περισσότερο για τη βελτίωση της επικοινωνίας με τους ιατρούς ενώ οι ιατροί ενδιαφέρονται για την λήψη δομημένων πληροφοριών από τους νοσηλευτές. Άλλα εξίσου σημαντικά εμπόδια θεωρούνται η απουσία ή η λανθασμένη τήρηση αρχείου, η απουσία σεβασμού του χρόνου των συνεργατών, όπως επίσης η απασχόληση τους κατά την ώρα διαλείμματος⁴⁷.

3.3.1.2 Σπουδαιότητα της επικοινωνίας

Η παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας εξασφαλίζεται με την καλή επικοινωνία. Οι ιατροί συνεργάζονται στενά με το νοσηλευτικό προσωπικό, μολονότι η συνεργασία μεταξύ των δυο επαγγελματιών υγείας είναι δύσκολη, κυρίως στη διαχείριση των αποφάσεων. Η έλλειψη υπομονής, από την πλευρά των ιατρών, η άρνηση να απαντήσουν σε ερωτήσεις, ή στις επαναλαμβανόμενες κλήσεις των νοσηλευτών, η αρνητική κριτική, τα φυλετικά ή τα εθνικά σχόλια είναι συμπεριφορές που δηλώνουν έλλειψη σεβασμού των ιατρών απέναντι στους νοσηλευτές, προκαλώντας πίεση και σύγκρουση στον εργασιακό χώρο ⁴⁸. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης των Casanova και συν. ⁴⁹, ο επαγγελματικός σεβασμός είναι απαραίτητος για την επιτυχή επικοινωνία. Οι συγκρούσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών είναι αποτέλεσμα ενός διαφορετικού τρόπου εργασίας, όπου οι νοσηλευτές εστιάζουν στην ομαδική εργασία ενώ οι ιατρο αποδίδουν στον εαυτό τους κυρίαρχο ρόλο στην παροχή φροντίδας. Έτσι, δημιουργείται ένα αρνητικό κλίμα το οποίο εύκολα πυροδοτεί αρνητικές συμπεριφορές, επηρεάζοντας έτσι την επικοινωνία ⁴⁹. Οι Schmidt και Svarstad, υποστήριξαν ότι, η ομαδική συνεργασία, μέσα από την αποτελεσματική επικοινωνία στο χώρο των νοσοκομείων βελτιώνει τα κλινικά αποτελέσματα, αυξάνει το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών και συμβάλλει στη μείωση των δαπανών σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους ⁵⁰. Οι Vazirani και συν. ⁵¹, αναφέρουν ότι ο κυριαρχικός τρόπος συμπεριφοράς του ιατρού προς το νοσηλευτή επηρεάζει αρνητικά την επικοινωνία μεταξύ τους. Το γεγονός αυτό αποδίδεται στη διαφορετική φιλοσοφία εργασίας, στην ευθύνη και στην εκπαίδευση. Η πλειοψηφία των ιατρών ενημερώνονται από τους νοσηλευτές για την κατάσταση του ασθενούς. Επίσης, όπως υποστηρίζουν οι Reader και Flin και συν. ⁵², η αποτελεσματική επικοινωνία μέσα στο χώρο του νοσοκομείου και ιδιαίτερα στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας διασφαλίζει την αποτελεσματική συνεργασία και επακόλουθα την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Το σύστημα υγείας απαιτεί από τους νοσηλευτές να επικοινωνούν επιτυχώς και να είναι αποτελεσματικοί τόσο στην παροχή φροντίδας συμπεριλαμβανομένης της ενημέρωσης όσο και στις σχέσεις με τους ιατρούς ^{53,54}. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελέτης των Puntillo και συν. ⁵⁴, οι ιατροί ήταν περισσότερο αισιόδοξοι στην ενημέρωση των ασθενών και λιγότερο σαφείς, ακριβείς και ρεαλιστές στην πρόγνωση της νόσου. Χρησιμοποιούσαν συνεχώς ιατρική ορολογία, απομακρύνονταν νωρίς από τον ασθενή και απέφευγαν την οικογένεια, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει καλή επικοινωνία μεταξύ ιατρών νοσηλευτών-ασθενών. Παράλληλα, επέτρεπαν στους νοσηλευτές να διευκρινίζουν τις λεπτομέρειες, συχνά όμως αγνοούσαν τις απόψεις τους ⁵³. Σήμερα, η επικοινωνία των ιατρών με τους νοσηλευτές παίζει σημαντικό ρόλο στην παροχή φροντίδας όπου ο σύγχρονος νοσηλευτής συντονίζει τις δραστηριότητες όλων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και τους ενημερώνει επαρκώς. Συμπερασματικά, η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την ασφαλή διαχείριση των ασθενών. ^{55,56} Η καλή διεπαγγελματική συνεργασία και ο σωστός καταμερισμός

εργασίας μεταξύ των εργαζομένων, αφενός δημιουργούνε ένα ευχάριστο περιβάλλον κατά την διάρκεια της εργασίας, αφετέρου ωφελούν σημαντικά την υγεία του ασθενή.

3.3.2 Μέτρα για την αποτελεσματική επικοινωνία

Για την εύρυθμη λειτουργία ενός νοσοκομείου, η διοίκηση μπορεί να ενισχύσει την αλληλοσύνδεση του προσωπικού, τη στενή λειτουργική διασύνδεση των υπηρεσιών και των τμημάτων, την παροχή σωστών οδηγιών και τη βελτίωση της επικοινωνίας με την πραγματοποίηση τακτικών συσκέψεων τόσο μεταξύ των διευθυντών των τμημάτων και των υφισταμένων τους, όσο και μεταξύ της ανώτατης διοίκησης και των ηγετικών στελεχών⁵⁷. Ο ιατρός οφείλει να σέβεται τη διαφορετική άποψη των συναδέλφων του σε επιστημονικά θέματα και σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να τους επικρίνει δημόσια, να υπαινίσσεται υπεροχή έναντι αυτών και να καταφεύγει σε αθέμιτο ανταγωνισμό. Οφείλει, ταυτόχρονα, να διατηρεί άριστες σχέσεις και να συνεργάζεται αρμονικά με τους νοσηλευτές, αναθέτοντάς τους τη φροντίδα του ασθενή και δίνοντάς τους όλες τις απαραίτητες πληροφορίες. Οι νοσηλευτές με την σειρά τους θα πρέπει να φροντίζουν το μήνυμα να είναι σύντομο, καλά οργανωμένο, βασισμένο σε γεγονότα και προσανατολισμένο σε δράση.⁷ Γενικότερα, στο χώρο του νοσοκομείου απαιτείται συνεχής βελτίωση με την ανάπτυξη ικανοτήτων, την επεξεργασία προτάσεων εύκολα εφαρμόσιμων και την εφαρμογή μέτρων για την επίλυση των πραγματικών προβλημάτων και όχι μόνο των συμπτωμάτων⁵⁸. Θα πρέπει να υπάρχει αρμονική συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, προκειμένου να αποφευχθούν τα ιατρικά λάθη, να εξασφαλιστεί η ασφάλεια των ασθενών, να ελαχιστοποιηθεί η σπατάλη των πόρων και να μεγιστοποιηθούν τα αποτελέσματα της παροχής φροντίδας υγείας. Παράλληλα, με αυτό τον τρόπο βελτιώνεται η επικοινωνία μέσα στον Οργανισμό, μειώνεται η εχθρότητα των ιατρών προς την διοίκηση και αυξάνεται η ικανοποίηση από το λειτούργημά τους. Επίσης η άμεση πρόσληψη επιπλέον προσωπικού, αποτελεί μεγάλη ανάγκη.⁵⁹ Προτείνεται, επίσης η παρακολούθηση μεταπτυχιακής εκπαίδευσης στην επικοινωνία καθώς η τριετής εκπαίδευση δε βελτιώνει τις επικοινωνιακές ικανότητες⁶⁰. Βέβαια βασική συνιστώσα της επιτυχούς επικοινωνίας είναι η ανατροφοδότηση⁶¹. Ένα άλλο μέτρο είναι η διατύπωση σαφούς επικοινωνίας που ξεκινάει με τη διατύπωση μηνύματος που θα είναι περιεκτικό και ξεκάθαρο. Οι λέξεις που χρησιμοποιούνται να είναι κατανοητές, η επικοινωνία να μην είναι βιαστική και να παρέχεται ο κατάλληλος χρόνος ώστε το μήνυμα που στέλνει ο αποστολέας να ληφθεί σωστά από τον δέκτη. Επίσης, θα πρέπει να γίνεται έλεγχος της σωστής κατανόησης του μηνύματος από τον λήπτη. Ο τρόπος που ο αποστολέας ενός μηνύματος θα το μεταδώσει στον λήπτη, έχει καθοριστικό ρόλο στην αποτελεσματική επικοινωνία⁶². Εξίσου ουσιαστικό μέτρο θεωρείται η συστηματική αξιολόγηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στην καθημερινή κλινική πράξη διότι υπονομεύει σημαντικά την αποτελεσματική επικοινωνία και συνεπάγεται φτωχή ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και μείωση του βαθμού επαγγελματικής ικανοποίησης. Αναλυτικότερα, η έλλειψη υποστηρικτικού κλίματος και συμπαράστασης από

συναδέλφους και ανωτέρους, οι συγκρούσεις μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας, η ασάφεια των ρόλων, οι διαφορετικές ιεραρχικές βαθμίδες, η έλλειψη οργανωτικής δομής και άλλοι διοικητικοί παράγοντες έχουν μερίδιο της ευθύνης για την πρόκληση εργασιακής κόπωσης⁶³. Επίσης, σημαντική θεωρείται και η εξασφάλιση αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών, η οποία θεωρείται ως δυναμική εναλλασσόμενη σχέση αλληλεπίδρασης. Για παράδειγμα, από τη μια πλευρά, οι επαγγελματίες υγείας χρειάζονται να έχουν αποτελεσματική επικοινωνία με τους ασθενείς για την εκτίμηση της κατάστασής τους, την ακρίβεια της διάγνωσης και την επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης ενώ από την άλλη πλευρά, οι ασθενείς μέσω της καλής επικοινωνίας επιτυγχάνουν την κατανόηση των ιατρικών οδηγιών και την αποδοχή της κατάστασης της υγείας τους. Η αποτελεσματική επικοινωνία που εκτείνεται από τη λήψη ιστορικού έως την εφαρμογή κάθε ιατρικής/νοσηλευτικής πράξης συντελεί στη μείωση του άγχους των ασθενών και στην εξασφάλιση της συνεργασίας τους με αποτέλεσμα την επιτέλεση του κλινικού έργου με μεγαλύτερη ακρίβεια και την παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας⁶⁴.

3.3.3 Συγκρούσεις

Οι οποιεσδήποτε συγκρούσεις σε όλα τα εργασιακά περιβάλλοντα απορρέουν από διάφορες αιτίες. Ειδικότερα, στο χώρο της υγείας εντοπίζονται πολλοί παράγοντες που φορτίζουν το εργασιακό κλίμα και ενεργοποιούν διενέξεις και προστριβές μεταξύ των εργαζομένων.

3.3.3.1 Ασυμβατότητα στόχων – αξιών - προσδοκιών

Οι διαφορετικές συνεργαζόμενες αλληλεπιδρούσες επαγγελματικές ομάδες⁶⁵, ο βαθμός συνεκτικότητας των μελών μιας ομάδας, η ασυμβατότητα των στόχων των ατόμων ή των ομάδων, η αβεβαιότητα, η έλλειψη κατανόησης, οι διαφορές στις αξίες, στις στάσεις, στις ανάγκες, στις πεποιθήσεις, στις αντιλήψεις, και στα συμφέροντα αποτελούν πηγές έντασης και συγκρούσεων^{66,67}. Η διαφορετική κοινωνικοποίηση των Λειτουργών υγείας, διαμορφώνει αποκλίνουσες αντιλήψεις σχετικά με τους ρόλους που προσδιορίζονται από τις θέσεις εργασίας, καθώς και τις προσδοκίες που διαμορφώνουν τα άτομα ή οι ομάδες για τα αποτελέσματα της εκτέλεσης του ρόλου τους⁶⁸. Όταν τα αποτελέσματα των ενεργειών τους δεν εκπληρώνονται τότε απογοητεύονται. Οι Brown J, et al, το 2011 και Patton C.M, το 2014 υποστηρίζουν ότι η προσδοκία της μεγαλύτερης αρμοδιότητας και ευθύνης οδηγεί σε συγκρούσεις μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού^{69,70}. Σημαντικό στοιχείο της πρόκλησης και διόγκωσης μιας διαφωνίας που οδηγεί τελικά σε σύγκρουση αποτελεί και η πολιτισμική ευαισθησία των ατόμων ή των ομάδων που εμπλέκονται σε αυτή. Με βάση την πολιτισμική ευαισθησία των μερών που διαδρούν, κατανοούνται τα επιμέρους στοιχεία της κάθε πλευράς. Έτσι αναλύεται η πολυπλοκότητα των πολιτισμικών παραγόντων που καθορίζουν τη συμπεριφορά, διαπιστώνεται η ύπαρξη

ή όχι μιας κυρίαρχης κουλτούρας, καθώς και η ύπαρξη αλληλεπίδρασης των συγκεκριμένων πολιτισμικών στοιχείων τόσο στην ενδοπροσωπική όσο και διαπροσωπική τους διάσταση⁷¹.

3.3.3.2 Πόροι

Οι συγκρουσιακές καταστάσεις στο χώρο εργασίας προκαλούνται και συχνά επιδεινώνονται εξαιτίας των περιορισμένων πόρων που διατίθενται από τους αρμόδιους φορείς. Η έλλειψη επαρκών πόρων δεν επιτρέπει την ικανοποίηση των αναγκών όλων των εργαζομένων και κατά συνέπεια απαιτείται η άριστη αξιοποίηση της κατανομής τους. Επιπρόσθετα, ο ανταγωνισμός μεταξύ των δομών υγείας με αίτιο την ανεπάρκεια πόρων, οι οποίοι μπορεί να μην είναι μόνο οικονομικοί αλλά και υλικοτεχνικοί, όπως ο χρόνος, οι ευθύνες, η έλλειψη προσωπικού, έχει ως κατάληξη τη δημιουργία συγκρούσεων⁷².

3.3.3.3 Οργανωσιακό περιβάλλον - οργανωτική δομή

Βασική αιτία συγκρούσεων αποτελεί τόσο το πολύπλοκο οργανωσιακό εργασιακό περιβάλλον, όσο και η ταχεία αλλαγή και ο μεγάλος φόρτος εργασίας στον οποίο πρέπει να ανταπεξέλθουν οι εργαζόμενοι. Τμήμα της σύνθετης οργάνωσης είναι και η αλλαγή που αφορά στη δομή της μονάδας υγείας, στο υφιστάμενο προσωπικό που άπτεται σε θέματα μετακίνησης, εκπαίδευσης και ελλειπών αριθμού ατόμων για να στελεχώσουν ικανοποιητικά το Φορέα υγείας. Το Σύστημα υγείας είναι αρκετά σύνθετο και δυναμικό, εφόσον τα άτομα που απαρτίζουν μια οποιαδήποτε δομή διαφέρουν τόσο σε εκπαιδευτικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο αρμοδιοτήτων. Η μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας, επιφέρει πληθώρα αλλαγών στους επαγγελματίες υγείας καθώς και στους εμπλεκόμενους φορείς της υγειονομικής περίθαλψης, όπως οι υπηρεσίες στις οποίες αναφέρεται το υγειονομικό προσωπικό⁷⁰. Οι αλλαγές στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, όπως η ενσωμάτωση των νέων πολιτικών στις Υπηρεσίες Υγείας, έχουν οδηγήσει σε αύξηση του επιπέδου των διαφωνιών και των συγκρούσεων. Η σύγκρουση εξουσίας που εκδηλώνεται στη σχέση ατόμων που βρίσκονται σε διαφορετικό επίπεδο στην κλίμακα της ιεραρχίας είναι ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας για τη ρήξη μεταξύ δύο ή περισσότερων πλευρών⁷³. Συγκρούσεις προκύπτουν επίσης και από την έλλειψη οργάνωσης, τις αλλαγές στις οργανωτικές δομές και την οργανωσιακή κουλτούρα. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε νοσηλεύτριες στο Ιράν από Nayeri και Negarandeh το 2009, διαπιστώθηκε ότι ήρθαν αντιμέτωπες με δυσκολίες που σχετίζονταν με τον εργασιακό χώρο. Οι δυσκολίες αυτές αφορούσαν στις ελλείψεις σε προσωπικό, στο φόρτο εργασίας, στα ασαφή καθήκοντα που ήταν υποχρεωμένες να εκτελέσουν, στις ελλείψεις εξοπλισμού, στο χαμηλό μισθό καθώς και σε δυσκολίες που σχετίζονταν με κακή δημόσια εικόνα και χαμηλή κοινωνική θέση των νοσηλευτών. Υπό αυτές τις συνθήκες, τα αιτία συγκρούσεων αυξάνονται⁷⁴.

3.3.3.4 Η αναποτελεσματική επικοινωνία

Για την παραγωγή ικανοποιητικών υπηρεσιών υγείας σε ένα οργανισμό απαιτείται η συνεργασία μεταξύ των διάφορων επαγγελματιών. Η ύπαρξη επικοδομητικής συνεργασίας προϋποθέτει παράλληλα τη δημιουργία αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ των διαφορετικών μελών του οργανισμού. Σύμφωνα με ευρήματα μελετών η αναποτελεσματική επικοινωνία είναι σημαντική αιτία διαπροσωπικών συγκρούσεων^{75,76}. Η έλλειψη πληροφοριών, η κακή μετάδοση των μηνυμάτων από τον πομπό καθώς και η μη-σωστή μετάφραση των μηνυμάτων από το δέκτη δεν επιτρέπουν την αλληλοκατανόηση, με άμεση συνέπεια τη δημιουργία συγκρούσεων. Η έλλειψη καλής επικοινωνίας μεταξύ του προσωπικού, του φορέα υγείας, μπορεί να οφείλεται είτε σε ακατάλληλες συνθήκες στον εργασιακό χώρο, είτε σε ασυμβατότητα μεταξύ των χαρακτήρων των εργαζομένων ή και από δημογραφικές διαφορές μεταξύ τους⁷⁷. Συγκρούσεις είναι δυνατό να προκληθούν είτε από λεκτική επικοινωνία που περιλαμβάνει ακατάλληλη κοινωνική κριτική, τη σκληρή γλώσσα, τις φήμες, τις διαδόσεις, τις επικρίσεις και τα ταπεινωτικά σχόλια είτε από τη μη λεκτική επικοινωνία, όπως οι εκφράσεις του προσώπου και η γλώσσα του σώματος. Παράδειγμα δυσλειτουργικής επικοινωνίας που μπορεί να οδηγήσει σε συγκρούσεις είναι και ο εκφοβισμός στο χώρο εργασίας⁷⁰.

3.3.3.5 Η αλληλοεπικάλυψη ρόλων και αρμοδιοτήτων

Συγκρούσεις μεταξύ αλληλοεξαρτώμενων μερών όπως είναι οι εργαζόμενοι της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να προκύψουν από τη σύγκρουση των ρόλων, από υπερφόρτωση του ρόλου, αλλά και από τις διαφορές σχετικά με το ποια επαγγελματική ομάδα είναι υπεύθυνη για να εκτελεί συγκεκριμένους ρόλους ή να λαμβάνει αποφάσεις σε μία επιλεγείσα διαδικασία⁷⁰. Οι Ρούσου και Παυλάκης το 2011 αναφέρουν ότι στη μελέτη του Skjorshammer, το 95,75% των επαγγελματιών υγείας πιστεύουν ότι «...οι θεσμοθετημένοι κανονισμοί δεν καθορίζουν με σαφήνεια τα καθήκοντά τους και δεν τους βοηθούν να τα εκτελέσουν αποδοτικά». Παρατηρείται συχνά το φαινόμενο της αλληλοεπικάλυψης ρόλων που αυξάνει τις προστριβές ανάμεσα στους εργαζόμενους⁶⁸. Σύγκρουση ρόλου συμβαίνει όταν οι άνθρωποι έρχονται αντιμέτωποι με ασύμβατες προσδοκίες ρόλου, στο εργασιακό τους περιβάλλον. Σύγκρουση μπορεί επίσης να συμβεί όταν οι άνθρωποι διαφωνούν για το ποιες είναι οι προσδοκίες που απορρέουν από ένα συγκεκριμένο ρόλο. Η υπερφόρτωση ρόλου περιγράφει καταστάσεις στις οποίες, οι εργαζόμενοι αισθάνονται ότι υπάρχουν πάρα πολλές αρμοδιότητες ή δραστηριότητες που αναμένονται από αυτούς σε προβλεπόμενο χρόνο^{78,79}. Η έλλειψη κατανόησης του ρόλου που διαδραματίζουν οι άλλες ομάδες, περιγράφεται ως βασική πηγή συγκρούσεων στις ομάδες υγειονομικής περίθαλψης⁶⁹.

3.3.3.6 Διακρίσεις και αντιλαμβανόμενες ανισότητες

Συγκρούσεις μπορεί να παραχθούν και από συμπεριφορές στις οποίες εκδηλώνονται διακρίσεις (εκούσιες ή ακούσιες) από την διοίκηση ή την ηγεσία σε βάρος των μελών που απαρτίζουν μία ομάδα ή ένα οργανισμό, αλλά και από την προκλητική συμπεριφορά απέναντι στην ηγεσία από μέρους των εργαζομένων⁸⁰. Εάν οι εργαζόμενοι θεωρούν ότι γίνονται διακρίσεις σε βάρος τους, σε σχέση με άλλους εργαζόμενους, θα αντιδράσουν ώστε να διορθωθεί η κατάσταση, αλλά η αίσθηση αδικίας που νιώθουν μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της απόδοσης, αύξηση των αντιδράσεων, αδιαφορία, δυσαρέσκεια και πόλωση.

3.3.3.7 Επίπεδο εκπαίδευσης

Η διαφορετική κουλτούρα, δηλαδή το πώς νιώθει ένα άτομο, πώς λειτουργεί, πως μαθαίνει, τι πιστεύει, πως αντιδρά στα καθημερινά ερεθίσματα, συνθέτουν την κουλτούρα ή τις κουλτούρες στις οποίες ανήκει, καθώς επίσης και το διαφορετικό επίπεδο μόρφωσης οδηγεί σε προβλήματα επικοινωνίας και εμποδίζει την καλή ροή των πληροφοριών μεταξύ των διαφορετικών επαγγελματικών ομάδων. Οι Nayeri και Negarandeh υποστηρίζουν ότι, τα προσωπικά χαρακτηριστικά και οι συμπεριφορές των επαγγελματιών υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο σε ζητήματα συγκρούσεων⁷⁴. Σε μελέτη του Παυλάκη και συν, το 2011, που έγινε σε δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου και αφορούσε τη διαχείριση συγκρούσεων, βρέθηκε ότι οι διαφορές στο μορφωτικό επίπεδο είναι πιθανό να οδηγήσουν σε προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ των διαφόρων κλάδων επαγγελματιών υγείας⁸¹. Επιπλέον και η Σαπουτζή-Κρέπια το 2001 αναφέρει ότι για τον τρόπο που οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν τη σύγκρουση σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η εκπαίδευση που έχουν λάβει⁸². Στη μελέτη της Καϊτελίδου και συν, το 2012, οι νοσηλεύτριες ανέφεραν ότι οι διαφορές εκπαίδευσης είναι ισχυρή πηγή συγκρούσεων, δεδομένου ότι στην Ελλάδα υπάρχουν αρκετά διαφορετικά επίπεδα στη νοσηλευτική εκπαίδευση (ανώτατη-πανεπιστημιακή, ανώτερη-τεχνολογική, σχολές νοσοκόμων διетуής επαγγελματικής κατάρτισης). Στην ίδια μελέτη, οι γιατροί ανέφεραν ότι είχαν περισσότερες συγκρούσεις με νοσηλευτές και ιδιαίτερα αυτών με υψηλότερη (πανεπιστημιακή) εκπαίδευση, ενώ παρουσιάζεται εντονότερα ανάμεσα σε κατόχους διδακτορικού διπλώματος⁸³. Αυτό μπορεί να αποδοθεί πιθανά στην εξέλιξη του τομέα της νοσηλευτικής και στην αναβάθμιση του ρόλου των νοσηλευτών. Πολλοί νοσηλευτές σήμερα, έχουν αυξημένα ακαδημαϊκά προσόντα, αφού είναι κάτοχοι μεταπτυχιακών και διδακτορικών τίτλων⁷⁰. Η εισαγωγή νέων ρόλων της νοσηλευτικής κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, έφερε αλλαγή στο πρότυπο της παραδοσιακής κυριαρχίας των γιατρών. Οι νοσηλευτές έχουν πλέον αποκτήσει μεγαλύτερη ανεξαρτησία και ευθύνη στη λήψη αποφάσεων, η οποία έχει οδηγήσει σε αύξηση των συγκρούσεων μεταξύ νοσηλευτών και γιατρών καθώς υπάρχει σχέση εξάρτησης και επικάλυψης ρόλων^{73,75}.

3.4 Ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού με έμφαση στην κατάρτιση και στην εκπαίδευση

Η πλήρης ανάπτυξη και η καλή λειτουργία του Εθνικού Δικτύου ΠΦΥ προϋποθέτει την συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση όλων των εργαζομένων στις δομές του, με σκοπό να εξοικειωθούν με έννοιες, λειτουργίες, δεξιότητες και πρακτικές, που απαιτεί το Δίκτυο αυτό, μέσα από Προγράμματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και Κατάρτισης. Η ενδεικτική θεματική των Προγραμμάτων αυτών είναι:

- Βασικές αρχές της ΠΦΥ
- Κριτήρια σχεδιασμού, ανάπτυξης, λειτουργίας και αξιολόγησης των υπηρεσιών του Εθνικού Δικτύου ΠΦΥ
- Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας
- Δεξιότητες και πρακτικές που απαιτεί ο ρόλος του κάθε επαγγελματία υγείας και η λειτουργία της Ομάδας Υγείας
- Εκτίμηση αναγκών φροντίδας υγείας του πληθυσμού
- Συστηματική παρακολούθηση της υγείας και της ανάπτυξης παιδιών και εφήβων
- Αντιμετώπιση και διαχείριση κοινών σημείων, συμπτωμάτων και προβλημάτων υγείας στην ΠΦΥ
- Πρωτόκολλα παρακολούθησης χρονίως πασχόντων
- Προγράμματα πρόληψης νοσημάτων και προαγωγής της υγείας
- Προγράμματα φυσικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης
- Υποστήριξη οικογένειας
- Συστηματική παρακολούθηση εγκύων και λεχωίδων
- Φροντίδα στο σπίτι
- Φροντίδα ειδικών ομάδων πληθυσμού (φροντιστών, αναπήρων, καρκινοπαθών κ.α.)

Η παρακολούθηση των Προγραμμάτων Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και Κατάρτισης αποτελεί συμβατική υποχρέωση όλων των εργαζομένων στις δομές του Εθνικού Δικτύου ΠΦΥ. Η υλοποίησή τους γίνεται από τις ΔΥΠΕ. Για την υλοποίηση της εκπαίδευσης αυτής, κρίνεται απολύτως αναγκαία και πρώτη προτεραιότητας η δημιουργία Πρότυπων Περιφερειακών Κέντρων Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και Κατάρτισης ΠΦΥ. Στα Κέντρα αυτά προτυποποιούνται όλες οι λειτουργίες που αναπτύσσονται στο Εθνικό Δίκτυο ΠΦΥ και εκπαιδεύονται σε αυτές όλοι οι εργαζόμενοι (on the job training). Για τον σκοπό αυτόν δημιουργούνται, σε πρώτο χρόνο, τρία τέτοια Κέντρα, σε αστικό περιβάλλον. Το κάθε Κέντρο αποτελεί συγχρόνως, ένα Τοπικό Δίκτυο ΠΦΥ (μία ΜΑΠΦΥ με τις μονάδες αναφοράς της), έχοντας ιδιαίτερη στελέχωση, ειδικά για τον σκοπό αυτόν. Στα Κέντρα αυτά εκπαιδεύονται περιοδικά και συνεχώς όλοι οι εργαζόμενοι στην ΠΦΥ. Σε δεύτερο

χρόνο, αναπτύσσεται ένα τέτοιο Κέντρο, σε κάθε ΥΠΕ, όπου μεταφέρεται η τεχνογνωσία που έχει, εν τω μεταξύ, αναπτυχθεί στα τρία πρώτα Κέντρα.

Βιβλιογραφία

1. Jones, C. (2009). Interdisciplinary approach - advantages, disadvantages, and the future benefits of interdisciplinary studies. ESSAI, 7(26). Διαθέσιμο στο: <http://dc.cod.edu/essai/vol7/iss1/26>.
2. Xyrichis, A. & Ream, E. (2008). Teamwork: a concept analysis. Journal of Advanced Nursing, 61, pp. 232241
3. National Health Service Management Executive (1993). Nursing in Primary Care – new world, new opportunities. Leeds: NHSME.
4. Φουντούκη Α, Γκατζέλης Θ, Πάντας Δ, Θεοφανίδης Δ. Η διεπαγγελματική συνεργασία του νοσηλευτή στο εργασιακό περιβάλλον ενός επαρχιακού νοσοκομείου. Το Βήμα του Ασκληπιού. 2009;8(4):336-352.
5. Porter - O'Grady. Constructing a Conflict Resolution Program for Health Care. Health Care Manage Rev. 2004;29(4):278-83.
6. Woolley FR, Kane RL, Hughes CC, Wright DD. The effects of doctor- patient communication on satisfaction and outcome of care. Soc Sci & Med. 1978; 12(2A):123-8.
7. Forte PS. The High Cost of Conflict. Nurs Econ. 1997;15(3):119-23.
8. Σταθοπούλου Χ. Επίλυση συγκρούσεων σε νοσοκομειακό περιβάλλον. Νοσηλευτική, 2006; 45(1):50–58.
9. Μπουραντάς Δ. Μάνατζμεντ. Εκδ., Γ' Μπένου, Αθήνα, 2002
10. Κουτούζης Μ. Η επικοινωνία σε έναν οργανισμό. ΕΑΠ Πάτρα, 1999.
11. Pullon, S. (2007). Teamwork: A Fundamental principle of primary health care and an essential prerequisite for effective management of chronic conditions. New Zealand Family Physician, 34(5), pp. 318-321.
12. Mosser, G. & Begun, J. (2014). Understanding teamwork in health care. US: McGraw-Hill Education.
13. Wagner, E.H. (2000). The role of patient care teams in chronic disease. British Medical Journal, 320, pp. 569572.

14. D' Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L. & Beaulieu, M. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19(s1), pp. 116-131.
15. Giltenane, M., Dowling, M. & Kelly, M. (2013). Public health nurses' (PHNs) experiences of their role as part of a primary care team (PCT) in Ireland. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 32(3), pp.1-10.
16. Robotham, A. (2006a). Skills in specialist public health nursing-health visiting: working with social groups and communities. In Robotham, A. & Frost, M. (Eds), *Health Visiting. Specialist community public health nursing*. UK: Elsevier.
17. Baldwin, S. (2012). Exploring the professional identity of health visitors. *Nursing Times*, 108(25), pp. 12-15
18. Hemingway, A., Aarts, C., Koskinen, L., Campbell, B. & Chasse F. (2012). A European Union and Canadian Review of Public Health Nursing Preparation and Practice. *Public Health Nursing*, 30(1), pp. 58-69.
19. Cowley, S. (2010a). Professional briefing: public safety and statutory regulation of Health Visitors.
20. Lowe, R. (2007). Facing the future. A review of the role of Health Visitors
21. Berthold, T., Miller, J. & Avila-Esparza, A. (2009). *Foundations for community health workers*. USA: JosseyBass.
22. Sakellari, E. (2012). Assessment of health needs; the health visiting contribution to public health. *International Journal of Caring Sciences*, 5(1), pp. 19-25
23. Department of Health (2011). *Health Visitor Implementation Plan 2011-2015*. Διαθέσιμο στο: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213110/Health-visitorimplementation-plan.pdf
24. Kelly, M.P., Morgan, A., Bonnefoy, J., Butt, J. & Bergman, V. (2007). The social determinants of health: Developing an evidence base for political action. Final Report to World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health from Faculty of Medicine Universidad del Desarrollo, Chile. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Διαθέσιμο στο: http://www.who.int/social_determinants/resources/mekn_report_10oct07.pdf
25. Cowley, S., Whittaker, K., Grigulis, A., Malone M., Donetto, S., Wood, H., Morrow, E. & Maben, J. (2013). Why Health Visiting? A review of the literature

about key health visitor interventions, processes and outcomes for children and families. London: National Nursing Research Unit, King's College. Διαθέσιμο στο: <https://www.kcl.ac.uk/nursing/research/nnr/publications/Reports/Why-HealthVisiting-NNRU-report-12-02-2013.pdf>

26. Λάγιου, Α. & Στοικίδου, Μ. (2008). Δημόσια Υγεία και Επισκέπτης Υγείας. Τεχνολογικά Χρονικά, 12, σσ. 31-34.

27. Λάγιου, Α. & Στοικίδου, Μ. (2008). Δημόσια Υγεία: Ο ρόλος του Επισκέπτη Υγείας. Τεχνολογικά Χρονικά, 15, σσ. 50-53.

28. Bishop, P., Gilroy, V. & Stirling, L. (2015). A National Framework for Continuing Professional Development for Health Visitors - Standards to support professional practice. London: Institute of Health Visiting. Διαθέσιμο στο: http://ihv.org.uk/wp-content/uploads/2015/09/iHV_Framework-for-CPD_HIA-Revision-AW-WEB.pdf

29. Robotham, A. (2006a). Skills in specialist public health nursing-health visiting: working with social groups and communities. In Robotham, A. & Frost, M. (Eds), Health Visiting. Specialist community public health nursing. UK: Elsevier.

30. US Department of Health and Human Services (2008). Promoting healthy families in your community. Διαθέσιμο στο: <https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/packet.pdf>

31. Wenzl & Berthold, (2009). Home Visiting. In Berthold, T., Miller, J. & Avila-Esparza A. (Eds), Foundations for community health workers. USA: John Wiley & Sons.

32. Gomby, D.S., Culross, P.L. & Behrman, R.E. 1999. Home visiting: recent program evaluations — analysis and recommendations. The Future of Children, 9(1), pp. 4-26. Διαθέσιμο στο: http://www.princeton.edu/futureofchildren/publications/docs/09_01_Analysis.pdf

33. Irish Association of Social Workers (IASW) (2008). Social Work in Primary Care. Submission prepared by the Irish Association of Social Workers to the Primary Medical Care subcommittee of the Oireachtas Joint Committee on Health and Children.

34. Gehlert, S. & Browne, T. A. (2006). Handbook of health social work. New York, NY: John Wiley & Sons.

35. Geron, S.M., Andrews, C. & Kuhn, K. (2005). Infusing aging skills into the Social Work practice community: A new look at strategies for continuing professional

education. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 86(3), pp. 431-440.

36. Bikson, K., McGuire, J., Blue-Howells, J. & Seldin-Sommer, L. (2009). Psychosocial problems in primary care: Patient and provider perceptions. *Social Work in Health Care*, 48(8), pp. 736-749. doi:10.1080/00981380902929057

37. Vourlekis, B.S., Ell, K. & Padgett, D. (2001). Educating social workers for health care's brave new world. *Journal of Social Work Education*, 37(1), pp. 177-191.

38. Dunlop, J.M. & Holosko, M.J. (1992). Community social work practice: Health promotion in action. In M.J. Holosko & P.A. Taylor (Eds.), *Social work practice in health care settings* (2d ed., pp. 623-636). Toronto: Canadian Scholars' Press.

39. Pillinger, J. (2010). Formative Evaluation of the Joint Community Participation in Primary Care Initiative. Executive Summary. Διαθέσιμο στο: <http://www.lenus.ie/hse/handle/10147/106635>

40. Σαπουντζή- Κρέπια, Δ. (2004) Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα. Β' έκδοση. Πόλη έκδοσης: Αθήνα. Έλλην.

41. Montana PJ, Charnow BH. Μάνατζμεντ. Εκδ., Κλειδάριθμος, Αθήνα, 2002.

42. Swansburg R, Swansburg R. Εισαγωγή στη νοσηλευτική διοίκηση και ηγεσία. Επιστημονική επιμέλεια Ελένη Αποστολοπούλου. Εκδ., Λαγός, Αθήνα. 1999.

43. Grover SM. Shaping Effective Communication Skills and Therapeutic Relationships at Work. *AAOHN J*. 2005; 53(4):177-82.

44. Keatinge D, Bellchambers H, Bujack E, Cholowski K, Conway J, Neal P. Communication: Principal barrier to nurse-consumer partnerships. *Intern J Nurs Pract*. 2002;8(1):16-22.

45. Iacono M. Conflict, communication, and collaboration: Improving interactions between nurses and physicians. *J Perianesth Nurs*. 2003; 18(1):42-6.

46. Frederich ME, Strong R, and Gunten CF. NursePhysician: Can nurses refuse to carry out doctor's orders. *J Palliat Med*. 2002; 5(1):155-8.

47. Arford PH. Nurse-Physician Communication: An Organizational Accountability. *Nurs Econ*. 2005; 23(2):72-7, 55.

48. Kelly J. An overview of conflict. *Dimens Crit Care Nurs*. 2006; 25(1):22-8.

49. Casanova J, Day K, Dorpat D, Hendricks B, Theis L, Wiesman S. Nurse-physician work relations and role expectations. *J Nurs Adm.* 2007; 37(2):68-70.
50. Schmidt IK, Svarstad BL. Nurse-physician communication and quality of drug use in Swedish nursing homes. *Soc Sci Med.* 2002; 54(12):1767-77.
51. Vazirani S, Hays RD, Shapiro MF, Cowan M. 'Effect of a multidisciplinary intervention on communication and collaboration among physicians and nurses. *Am J Crit Care.* 2005; 14(1):71-7.
52. Reader TW, Flin, R, Mearns K, Cuthbertson BH. Interdisciplinary communication in the intensive care unit. *British Journal of Anesthesia.* 2007;98(3):347-52.
53. Puntillo KA, Mc Adam JL. Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life care in the intensive care unit: Challenges and opportunities for moving forward. *Crit Care Med.* 2006;34(11 Suppl):S332-40.
54. Van den Brink-Muinen, A. The role of gender in healthcare communication. *Patient Educ Couns.* 2002; 48(3):199-200.
55. Karima AEL, Wafaa F. Nurse – physician collaboration: A comparative study of the attitudes of nurses and physicians at Mansoura University Hospital. *Life Science Journal.* 2011;8 (2) :140-146
56. Tjia J, Mazor MK, Field T, Meterko V, Spenard A, Gurwitz HJ. Nurse-Physician Communication in the Long-Term Care Setting: Perceived Barriers and Impact on Patient Safety. 2009;5(3):145-152.
57. Σιγάλας Ι. Αρχές διοίκησης οργανισμών υγείας. ΕΑΠ Πάτρα, 1999.
58. Krammer AWM, Dosman H, Tan LHC, Jannen JJM, Grol, RPTM. Acquisition of communication skill in postgraduate training for general practice. *Med Educ.* 2004;38 (2): 158-167
59. Levinson W, D'Aunno, T, Gorawara-Bhat R, Stein T, Reifsteck, S, Egner B, et al. Patient-Physician Communication as Organizational Innovation in the Managed Care Setting, *Am J Manag Care.* 2002;8(7):622-30.
60. Weiner JS, Cole SA. Three Principles to Improve Clinician communication for Advance Care Planning: Overcoming Emotional, Cognitive, and Skill Barriers. *J Palliat Med.* 2004; 7(6):817-29.

61. Dacre J, Richardson J, Noble L, Stephens K, Parker N. Communication skills training in postgraduate medicine: the development of a new course. *Postgrad Med J*. 2004; 80(950):711-5.
62. Epstein RM, Franks P, Fiscella K, Shields CG, Meldrum SC, Kravitz RL, et al. Measuring patientcentered communication in patient-physician consultations: Theoretical and practical issues. *Soc Sci & Med*. 2005; 61(7):1516-28.
63. Κουτελέκος Ι, Πολυκανδριώτη Μ. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 2007;6(1):1-7.
64. Polikandrioti M, Ntokou M. Needs of hospitalized patients. *Health science journal*. 2011; 5(1):15-22.
65. Tengilimoglu D, Kisa A. Conflict management in public University Hospitals in Turkey. A pilot study. *The Health Care Manager*. 2005, 24(1): 55-60
66. Maxwell L, Odukoya O, Stone J, Chui M. Using a Conflict Conceptual Framework to Describe Challenges to Coordinated Patient Care from the Physicians' and Pharmacists' Perspective. *Res Social Adm Pharm*. 2014, 10(6): 824–836.
67. Singleton R, Toombs L, Taneja S, Larkin C, Pryor M. Workplace conflict:A strategic leadership imperative. *IJBPA*. 2011,8(1):149–163.
68. Ρούσου Ε, Παυλάκης Α. Αξιολόγηση συγκρούσεων μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών στα τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών των δημόσιων νοσηλευτηρίων της Κύπρου. *Κυπριακά Νοσηλευτικά Χρονικά*. 2011, 12(1): 36-50
69. Brown J , Lewis L , Ellis K , Stewart M, Freeman T, Kasperski M J. Conflict on interprofessional primary health care teams – can it be resolved? *J Interprof Care*. 2011, 25(1):4-10
70. Patton C M . Conflict in Health Care: A Literature Review. *The Internet Journal of Healthcare Administration*. 2014, 9(1): 1-11
71. Σπυράκη Γ, Σπυράκη Χ. Αντιμετώπιση των συγκρούσεων στους οργανισμούς: από την επίλυση συγκρούσεων, στη διαχείριση. *Διοικητική ενημέρωση*; 32-50. Ημερομηνία πρόσβασης 15-12016 από: http://www.specialedition.gr/pdf_dioik_enim/pdf_de_44/spyrakis.pdf
72. Mullins, L.J. MANAGEMENT AND ORGANIZATIONAL BEHAVIOR. 4th Edition, Pittman, 1996

73. RISTINA GARCÍA VIVAR. Putting conflict management into practice: a nursing case study. *Journal of Nursing Management*. 2006, 14: 201–206
74. Nayeri N.D , Negarandeh R. Conflict among Iranian hospital nurses: a qualitative study. *Human Resources for Health*. 2009, 7:25
75. Kaitelidou D, Kontogianni A, Galanis P etal. Conflict management and job satisfaction in pediatric hospitals in Greece *Journal of Nursing Management*. 2012, 20: 571–578
76. Al-Hamali R.M, Alghanim S , Sasidhar B. Role Conflict among Health Personnel – A Study of Saudi Hospitals. 2013, 2(8): 42-51.
77. Μπουραντάς Δ. Μάνατζμεντ: Θεωρητικό υπόβαθρο, σύγχρονες πρακτικές, Εκδόσεις: Μπένος, Αθήνα, 2001(σ. 423).
78. Workplace Conflict and How Businesses Can Harness It to Thrive Global Human Capital Report CPP2008. Ημερομηνία πρόσβασης 15-1-2016 από: https://www.cpp.com/pdfs/PP_Global_Human_Capital_Report_Workplace_Conflict.pdf
79. Brinkert R. A literature review of conflict communication causes, costs, benefits and interventions in nursing. *Journal of Nursing Management*. 2010, 18: 145–156
80. Borou A, Korakidi D, Sarakatsianou C etal. Investigation of conflict management among nurses in public hospitals *Interscientific Health Care*. 2013, 5(3): 120-129
81. Pavlakis A, Kaitelidou D, Theodorou M, Galanis P, Sourtzi, Siskou O. Conflict management in public hospitals: the Cyprus case. *International Nursing Review*. 2011, 58: 242–248
82. Σαπουτζή-Κρέπια Δ. Ομάδα υγείας: διεπαγγελματική συνεργασία , συγκρούσεις και διαχείριση συγκρούσεων . *Νοσηλευτική*. 2001, 1: 75-81.

4η ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ:

Αρμοδιότητες, λειτουργίες και οργάνωση ΠΦΥ

4.1 Σχεδιασμός, οργάνωση και αξιολόγηση προγραμμάτων δράσεων πρόληψης, αγωγής και προαγωγής υγείας στην κοινότητα.

4.1.1 Οργάνωση της διαδικασίας του σχεδιασμού

Το 1978 στην Άλμα-Άτα προσδιορίστηκε η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) ως «η βασική φροντίδα βασισμένη σε πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και μεθόδους κοινωνικά αποδεκτές και έχοντας ως αρωγό την τεχνολογία. Η φροντίδα αυτή είναι στη διάθεση όλων των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και παρέχεται με την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορεί να επωμισθεί σε κάθε στάδιο της ανάπτυξής της, μέσα στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και της αυτοδιάθεσης. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί ένα βασικό συστατικό στοιχείο όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας, του οποίου είναι το κεντρικό σημείο αναφοράς, αλλά και του γενικότερου κοινωνικοοικονομικού οικοδομήματος. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατό πιο κοντά στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται και αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μία συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας».

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1983), η ΠΦΥ είναι:

- μία φιλοσοφία βασισμένη στις αρχές της ισότητας, της κοινωνικής δικαιοσύνης και της αυτοδύναμης ανάπτυξης,
- μία στρατηγική, που έχει ως κεντρική ιδέα τον ολιστικό και διατομεακό σχεδιασμό για την υγεία και βασίζεται στις ανάγκες του πληθυσμού και στην ενεργό συμμετοχή της κοινωνίας,
- ένα επίπεδο φροντίδων πλησιέστερο στο άτομο και στους τόπους δραστηριοποίησής του και
- ένα σύνολο δραστηριοτήτων στις οποίες η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού έχουν πρωτεύουσα θέση.

Στην Αστάνα το 2018 η εμπειρία που έχει συσσωρευτεί τα τελευταία 40 χρόνια υποστηρίζει έναν πιο περιεκτικό ορισμό της ΠΦΥ, η οποία ενσωματώνει τρία αλληλοσυνδεδεμένα και συνεργούντα συστατικά (Σχήμα 1).

1. Την κάλυψη των αναγκών υγείας των ανθρώπων μέσω ολοκληρωμένης, ολιστικής, προληπτικής, θεραπευτικής, προστατευτικής, ανακουφιστικής, και παρηγορητικής φροντίδας και αγωγής και προαγωγής υγείας, καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής, δίνοντας στρατηγική προτεραιότητα στη βασική υγειονομική περίθαλψη. Ταυτόχρονα, με τις υπηρεσίες που απευθύνονται σε άτομα και οικογένειες μέσω της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και στον πληθυσμό μέσω των λειτουργιών της δημόσιας υγείας και των ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας

2. Τη συστηματική αντιμετώπιση των ευρύτερων καθοριστικών παραγόντων της υγείας (συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών, οικονομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων), καθώς και των ατομικών και συμπεριφοριστικών χαρακτηριστικών), μέσω ενημερωμένων στοιχείων πολιτικών και δράσεων σε όλους τους τομείς και

3. Την ενδυνάμωση των ατόμων, των οικογενειών και των κοινοτήτων για τη βελτιστοποίηση της υγείας τους, ως υποστηρικτές των πολιτικών που προωθούν και προστατεύουν την υγεία και την ευημερία, ως συμμετοχοί στις υπηρεσίες υγείας και στις κοινωνικές υπηρεσίες και ως λήπτες και πάροχοι υπηρεσιών υγείας.

Σχήμα 1: Τα συστατικά στοιχεία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας



Επομένως, δεν επιδιώκεται μόνο η υγειονομική/ιατρική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας, αλλά καθορίζεται ένα γενικότερο κοινωνικό και κοινοτικό πλαίσιο μέσα από το οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας σε συνεργασία με άλλους τομείς κοινωνικών υπηρεσιών. Σήμερα, η διεθνής εμπειρία αναδεικνύει την αναγκαιότητα της ΠΦΥ ως επίκεντρο του όλου συστήματος υγείας. Οι μονάδες ΠΦΥ βρίσκονται αποκεντρωμένες μέσα στον χώρο της καθημερινής ζωής των ανθρώπων και κατέχουν στρατηγική θέση για την άμεση και συνεχή σχέση του πληθυσμού με τις υπηρεσίες υγείας. Λόγω της θέσης τους αποτελούν κομβικό σημείο για τη διάρθρωση ενός ολοκληρωμένου συστήματος φροντίδας υγείας, το οποίο για την αποτελεσματική λειτουργία του απαιτεί, εκτός από την καλή οργάνωση, την καλή συνεργασία και την αμφίδρομη σχέση/επικοινωνία με τη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας (δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια), καθώς και με τους υπόλοιπους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, φροντίδας, πρόνοιας και τοπικής αυτοδιοίκησης. Επιπλέον, ο ρόλος των μονάδων ΠΦΥ είναι, μεταξύ των άλλων, να αποτελούν ένα είδος «πυλωρού» (gatekeeper) των περιπτώσεων που προσέρχονται σε αυτές πριν προωθηθούν στη νοσοκομειακή φροντίδα, με στόχο τον περιορισμό της άσκοπης ζήτησης ακριβών, εξειδικευμένων υπηρεσιών και, κατ' επέκταση, τον περιορισμό των δαπανών.

Οι σύγχρονες μονάδες ΠΦΥ λειτουργώντας ως διεπιστημονικές ομάδες έρχονται αντιμέτωπες με ένα σύνολο προκλήσεων, όπως:

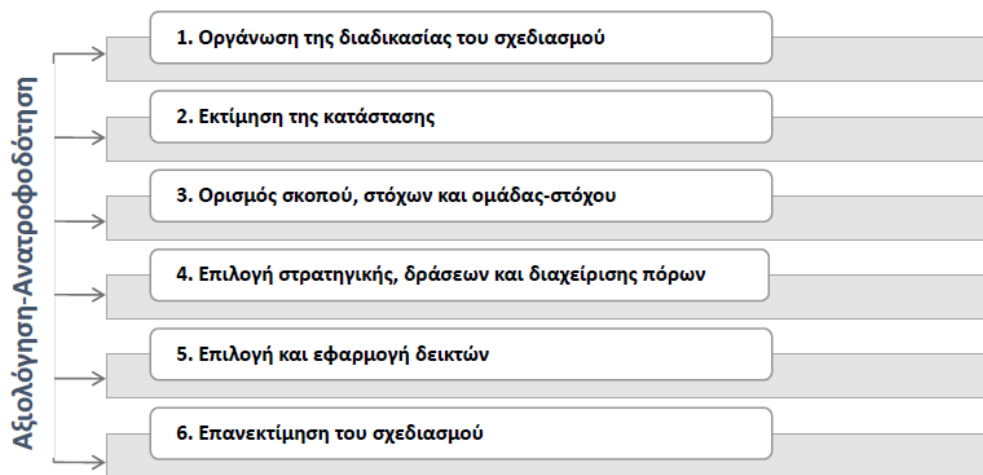
- ανισότητες στα ζητήματα υγείας (προσδόκιμο επιβίωσης, επίπτωση νοσημάτων, πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών κ.ά.) ανάμεσα σε χώρες και ανάμεσα σε διαφορετικές ομάδες του πληθυσμού (εισόδημα, εκπαίδευση κλπ),
- μεταβαλλόμενη φύση των ζητημάτων υγείας (γήρανση του πληθυσμού, μεταδιδόμενα νοσήματα, χρόνια και μη μεταδοτικά νοσήματα, πολυνοσηρότητα, ασφάλεια τροφίμων, κλιματική αλλαγή, κοινωνικές εντάσεις, φτωχοποίηση και μετακινήσεις πληθυσμών κ.ά.),
- επιρροή των ευρύτερων συνθηκών (παγκοσμιοποίηση, θέματα οικονομικών και πολιτικών κρίσεων, εμπορευματοποίηση της υγείας κ.ά.) στα συστήματα υγείας.

Μέσα στο πλαίσιο λειτουργίας της ΠΦΥ και λαμβάνοντας υπ' όψιν τις προκλήσεις που προαναφέρθηκαν, αναλαμβάνει την οργάνωση και υλοποίηση ολοκληρωμένων σχεδίων παρέμβασης και δράσεις, τα οποία:

- περιλαμβάνουν τη χρήση πολλαπλών στρατηγικών, όπως εκπαιδευτικές, πολιτικές και περιβαλλοντικές στρατηγικές, μέσα σε διαφορετικά περιβάλλοντα, όπως είναι τα σχολεία, οι δομές υγείας, οι χώροι εργασίας κ.ά.

- στοχεύουν τόσο στην κοινότητα όσο και στις υποομάδες αυτής
- αντιμετωπίζουν τους παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση των προβλημάτων υγείας
- περιλαμβάνουν διαφορετικές δραστηριότητες για να ανταποκριθεί στις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες της ομάδας στην οποία απευθύνεται

Σχήμα 2: Βασικά βήματα σχεδιασμού προγραμμάτων υγείας



Πηγή: Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario). *Planning Health Promotion Programs: Introductory Workbook*. 4th ed. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario; 2015.

Για την οργάνωση της διαδικασίας του σχεδιασμού βασικά στοιχεία αποτελούν:

- ο προσδιορισμός και περιγραφή των προσδοκιών, των εμπλεκομένων, των ρόλων, των αρμοδιοτήτων και των διαδικασιών
- η διερεύνηση ζητημάτων χρόνου, πόρων, λήψης αποφάσεων, συλλογής δεδομένων
- η δημιουργία λεπτομερούς σχεδίου που θα περιλαμβάνει περιγραφή καθηκόντων, ανάθεση ρόλων, χρονοδιάγραμμα, διαχείριση πόρων κ.ά.

4.1.2 Εκτίμηση της κατάστασης

Η περιγραφή της παρούσας κατάστασης περιλαμβάνει τη συλλογή, την ανάλυση, τη σύνθεση, την ανταλλαγή απόψεων και τη συζήτηση επί των δεδομένων. Ταυτόχρονα πραγματοποιείται αναζήτηση και παρουσίαση θετικών και αρνητικών στοιχείων υλοποίησης ενός προγράμματος μέσω της ευρείας και εις βάθος διερεύνησης ζητημάτων υγείας του πληθυσμού.

Ιδιαίτερα σημαντικά στις αποφάσεις προγραμματισμού είναι τα δεδομένα. Τα συμπεράσματα σχετικά με την κατάσταση της κατάστασης θα πρέπει να περιλαμβάνουν όχι μόνο πιθανές επιλογές, αλλά και τα δεδομένα ώστε να οριστούν προτεραιότητες. Καλό είναι να εκτιμηθούν τα αποτελέσματα της αξιολόγησης της κατάστασης για όλες τις επόμενες αποφάσεις σχεδιασμού. Η συμμετοχή των ενδιαφερομένων μερών στη συλλογή και ερμηνεία δεδομένων αποτελούν έναν πολύ καλό τρόπο για να επιτευχθεί ουσιαστική συμμετοχή και μακροπρόθεσμη υποστήριξη του προγράμματος.

Η εκτίμηση της κατάστασης χρησιμοποιείται για:

- την επιλογή των στόχων, των κοινών-στόχων και των προσδοκώμενων αποτελεσμάτων (βήμα 3) και
- την επιλογή των πιο αποτελεσματικών στρατηγικών και δραστηριοτήτων για το πρόγραμμα (βήμα 4).

Τα έξι επιμέρους βήματα για την πραγματοποίηση αξιολόγησης της κατάστασης είναι:

1. Προσδιορισμός των βασικών ερωτήσεων που σκοπεύουν να απαντηθούν μέσω της εκτίμησης της κατάστασης.
2. Ανάπτυξη σχεδίου συλλογής δεδομένων.
3. Συγκέντρωση δεδομένων.
4. Οργάνωση, σύνθεση και συνόψιση δεδομένων.
5. Ανταλλαγή των πληροφοριών.
6. Σχεδιασμός και οργάνωση του προγραμματισμού.

Η εκτίμηση της κατάστασης αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για το επόμενο βήμα που είναι ο ορισμός σκοπού, στόχων και ομάδας-στόχου για την εφαρμογή προγραμμάτων και δράσεων.

4.1.3 Ορισμός σκοπού, στόχων και ομάδας-στόχου και λοιπών βασικών εννοιών

Στο μέρος της διαδικασίας της αξιολόγησης της κατάστασης, παρακολουθούνται τα ευρήματα που προέκυψαν σε αυτό το στάδιο, καθώς και τα δεδομένα ή συμπεράσματα σχετικά με την επιλογή σκοπού, κοινών-στόχων. Στο επόμενο βήμα, εφαρμόζονται τώρα αυτές τις πληροφορίες. Αυτό γίνεται πριν από την υλοποίηση των στρατηγικών και των ενεργειών του προγράμματος (βήμα 4). Το βήμα 3 έρχεται για να απαντήσει στην ερώτηση: «Ποιες στρατηγικές και δραστηριότητες θα προωθήσουν καλύτερα τους σκοπούς και τους στόχους μας μέσα στα όρια των πόρων μας;»

Καθώς το πρόγραμμα διαμορφώνεται οι στόχοι επανεξετάζονται και τροποποιούνται. Το πιο σημαντικό είναι οι σκοποί, οι στόχοι, οι στρατηγικές, οι δραστηριότητες και οι πόροι να έχουν νόημα από κοινού. Για παράδειγμα, τι θα συμβεί εάν οι διαθέσιμοι πόροι δεν μπορούν να υποστηρίξουν τις δράσεις; Συνεπώς, μπορεί να χρειαστεί να επανεξεταστούν αποφάσεις σχετικά με το εύρος του στόχου, τον αριθμό του κοινού-στόχου και τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα.

Στη συνέχεια παρατίθενται οι ορισμοί των βασικών εννοιών που περιλαμβάνονται σε ένα σχέδιο δράσης:

Σκοπός: Γενικευμένη δήλωση, με ποιοτικά χαρακτηριστικά, που παρέχει το πλαίσιο και τον προσανατολισμό ενός προγράμματος σε βάθος χρόνου. Παρέχει ένα σύνολο σαφών τελικών σημείων, γύρω από τα οποία οργανώνεται η στρατηγική ή οι παρεμβάσεις.

Ο σκοπός αναδεικνύει τη σημασία του σχεδιασμού και της αξιολόγησης των προγραμμάτων υγείας στην κοινότητα. Στην ουσία, αποτελεί γενικευμένη δήλωση, με ποιοτικά χαρακτηριστικά, που παρέχει το πλαίσιο και τον προσανατολισμό ενός προγράμματος σε βάθος χρόνου. Παρέχει ένα σύνολο σαφών τελικών σημείων, γύρω από τα οποία οργανώνεται η στρατηγική ή οι παρεμβάσεις.

Στόχοι: Η παρουσίαση βασικών εννοιών σχετικών με τα προγράμματα υγείας. Η περιγραφή της διαδικασίας οργάνωσης προγραμμάτων υγείας στην κοινότητα. Αποτελούν τη συνοπτική περιγραφή των επιδιωκόμενων αλλαγών ή επιδράσεων ενός

προγράμματος. Είναι συγκεκριμένοι, μπορούν να μετρηθούν και σχετίζονται με το επιθυμητό αποτέλεσμα μιας παρέμβαση.

Τα χαρακτηριστικά των «καλών» στόχων:

S pecific (= Συγκεκριμένος)

M easurable (= Μετρήσιμος)

A chievable (= Εφικτός)

R ealistic (= Ρεαλιστικός)

T ime-Bound (= Χρονικά Δεσμευτικός)

Οι σωστά σχεδιασμένοι στόχοι απαντούν τα εξής ερωτήματα:

- Ποιον θέλουμε να ωφελησουμε;
- Τι θέλουμε να πετύχουμε;
- Πόσο μεγάλη αλλαγή επιθυμούμε;
- Πότε εκτιμούμε ότι θα υλοποιηθούν;

Η διαφορά μεταξύ σκοπών και στόχων παρουσιάζεται παρακάτω:

Σκοποί	ν	s	Στόχοι
Γενικοί			Συγκεκριμένοι
Μη μετρήσιμοι/ποιοτικοί			Μετρήσιμοι
Χρονικά αόριστοι			Χρονικά προγραμματισμένοι
1-2 ανά πρόγραμμα			Πολλοί ανάλογα με την φάση του προγράμματος
Συνδέονται με την πολιτική			Συνδέονται με τους σκοπούς

Πληθυσμός αναφοράς: Τα άτομα που διαμένουν ή εργάζονται σε μια σαφώς προσδιορισμένη περιοχή και τα οποία είναι βασικοί αποδέκτες των υπηρεσιών υγείας μιας συγκεκριμένης δομής παροχής υπηρεσιών υγείας.

Κοινότητα:

Γενικά: Μια ομάδα ανθρώπων με ποικίλα χαρακτηριστικά που συνδέονται με κοινωνικούς δεσμούς, μοιράζονται κοινές απόψεις και εμπλέκονται σε κοινές δράσεις, εντός γεωγραφικά προσδιορισμένων περιοχών.

Ειδικά: Ομάδα κατοίκων που ζουν σε μια λίγο έως πολύ εντοπισμένη περιοχή, με κοινούς γενικούς κανονισμούς και οι οποίοι μοιράζονται κοινές αξίες, νόρμες και οργανισμούς.

Σχεδιασμός: Η διαδικασία καθορισμού στόχων/προτεραιοτήτων και επιλογής δράσεων.

Πρόγραμμα: Ένα σύνολο αντικειμενικών σκοπών, στόχων, δραστηριοτήτων και διαδικασιών, που σχετίζονται με συγκεκριμένη στρατηγική για την αντιμετώπιση/διαχείριση ζητημάτων υγείας στην κοινότητα.

Παρέμβαση: Μια συγκεκριμένη ομάδα δράσεων και συνοδευτικού υλικού, η ανάπτυξη και εφαρμογή των οποίων σχετίζονται με τους στόχους του προγράμματος.

Εκτίμηση αναγκών: Αφορά στη συστηματική αξιολόγηση του φαινομένου που παρατηρείται και στην εκτίμηση της καταλληλότητας της προτεινόμενης παρέμβασης.

Ομάδα-στόχος: Μια ομάδα ατόμων, νοικοκυριών, οργανώσεων ή κοινοτήτων ή οποιοδήποτε άλλο σύνολο που μπορεί να προσδιοριστεί και αποτελεί στόχο της παρέμβασης.

Διακρίνεται σε:

- Τελική ομάδα-στόχος: η ομάδα που θα ωφεληθεί τελικά και σε μέγιστο βαθμό από τα αποτελέσματα της παρέμβασης.
- Ενδιάμεση ομάδα-στόχος: μία ομάδα η οποία αποτελεί στόχο της παρέμβασης, θα ωφεληθεί από αυτήν και διαδραματίζει μεσολαβητικό ρόλο.

Το βήμα που ακολουθεί είναι η επιλογή στρατηγικής, δράσεων-ενεργειών και διαχείρισης πόρων.

4.1.4 Επιλογή στρατηγικής, δράσεων και διαχείρισης πόρων

Το τέταρτο βήμα αποτελεί το στάδιο του σχεδιασμού κατά το οποίο προσδιορίζονται στρατηγικές, επιλέγονται ενέργειες, κατανέμονται οι πόροι και καταγράφονται οι στόχοι της διαδικασίας. Στο δεύτερο βήμα, ανιχνεύθηκαν τα ευρήματα που πρότειναν οδηγίες ή προέκυψαν συμπεράσματα σχετικά με τη δράση. Στο τρίτο βήμα, καθορίστηκαν ο σκοπός, οι στόχοι, το κοινό και τα προσδοκώμενα αποτελέσματα. Το τέταρτο βήμα είναι το βήμα όπου τα δύο προηγούμενα βήματα συναντώνται για να απαντήσουν στην ερώτηση: «Ποιες στρατηγικές και δραστηριότητες θα προωθήσουν καλύτερα τον σκοπό και τους στόχους μας μέσα στα όρια των πόρων μας;»

Η στρατηγική αποτελεί μια ευρεία προσέγγιση για τη διευκόλυνση της αλλαγής. Βασικές στρατηγικές για την προαγωγή της υγείας αποτελούν οι κάτωθι:

- Δημιουργία υγιούς δημόσιας πολιτικής
- Δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος
- Ενδυνάμωση κοινωνικής και κοινοτικής δράσης
- Ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων
- Επαναπροσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας
- Επικοινωνία της υγείας
- Εκπαίδευση
- Αυτοφροντίδα

Ένα πρόγραμμα μπορεί να έχει πολλές στρατηγικές. Η επιλογή των δράσεων-ενεργειών σχετίζεται με στρατηγικές που μπορούν να τις υποστηρίξουν και το αντίστροφο.

Το τέταρτο βήμα του σχεδιασμού των δράσεων είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς συνδέει το τι θέλει να κάνει η ομάδα υγείας (στρατηγικές και δραστηριότητες) με αυτό που θέλει να επιτύχει (σκοπός, στόχοι, αποτελέσματα).

Στο βήμα 4, ο καθορισμός σαφών στρατηγικών και δραστηριοτήτων, η κατανομή πόρων και ο ορισμός των διαδικασιών παρέχουν:

- το θεμέλιο για λεπτομερείς προϋπολογισμούς και επιχειρησιακά προγράμματα εργασίας

- τις πληροφορίες για τον προσδιορισμό των δεικτών (βήμα 5), το οποίο είναι το κλειδί για την αξιολόγηση του προγράμματος. και
- περίπου το ήμισυ των πληροφοριών για ένα λογικό μοντέλο, το οποίο εξετάζεται στο βήμα 6.

Ο σκοπός, οι στόχοι, οι στρατηγικές, οι δραστηριότητες και οι πόροι πρέπει:

- να βασίζονται σε αξιόπιστα στοιχεία (που συλλέγονται στο βήμα 2, αξιολόγηση κατάστασης) ·
- να αναπτυχθούν με καλά οργανωμένες διαδικασίες (όπως περιγράφεται στο βήμα 1, διαχείριση έργου) και
- να έχουν νόημα όλα μαζί.

Εάν δεν πληρούνται τα παραπάνω κριτήρια, ίσως χρειαστεί να συλλεχθούν περισσότερα στοιχεία ή να επανεξετασθούν οι αποφάσεις σχετικά με τους στόχους, το κοινό και τα προσδοκώμενα αποτελέσματα.

4.1.5 Επιλογή και εφαρμογή δεικτών

Στο πέμπτο βήμα επιλέγονται οι δείκτες, οι οποίοι εκτιμούν το βαθμό κατά τον οποίο οι διαδικασίες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν απέφεραν τα προσδοκώμενα αποτελέσματα. Στην ουσία, οι δείκτες βοηθούν για να αποφασισθεί εάν η δράση ή το πρόγραμμα είναι αποτελεσματικό και επιτυχημένο. Συνοπτικά βοηθούν να απαντηθούν τα παρακάτω ερωτήματα:

- Υλοποιήθηκε η στρατηγική;
- Επετεύχθησαν οι στόχοι;
- Πραγματοποιήθηκε πρόοδος σε σχέση με τα αναμενόμενα αποτελέσματα;
- Παρατηρήθηκε αλλαγή μετά την εφαρμογή του προγράμματος;

Οι δείκτες των δράσεων υγείας μπορούν να διακριθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

- Στους δείκτες αποτελεσμάτων και
- στους δείκτες αξιολόγησης της διαδικασίας.

Οι δείκτες αποτελεσμάτων μετρούν την πρόοδο σε σχέση με τα προσδοκώμενα αποτελέσματα. Κάθε στόχος θα πρέπει να έχει έναν ή περισσότερους σαφώς καθορισμένους δείκτες επίτευξης. Οι δείκτες, επίσης μπορούν να προσφέρουν ένα μέτρο προόδου για περισσότερους από έναν στόχους.

Οι δείκτες αξιολόγησης της διαδικασίας μετρούν αμφότερα ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά της υλοποίησης της δράσης/προγράμματος. Οι ποσοτικές μετρήσεις δίνουν έμφαση στους αριθμούς (πχ. αριθμός ατόμων που ακολούθησε το πρόγραμμα μεσογειακής διατροφής κα), ενώ οι ποιοτικοί δείκτες χρησιμοποιούν λέξεις (πχ. σε ποιο βαθμό οι συμμετέχοντες συμφώνησαν σε μια πρόταση, εμπόδια ή καταλύτες στην αλλαγή κα).

Οι δείκτες μπορούν να είναι βράχυ- μέσο- μάκρο- πρόθεσμοι ανάλογα με τον στόχο που μετράται. Για τις δράσεις και τα προγράμματα αγωγής και προαγωγής υγείας, οι στόχοι μπορούν να ορίζονται σε θετικούς όρους, ακόμη και εάν οι δείκτες αποτελέσματος καθορίζονται σε αρνητικούς όρους π.χ. ο στόχος μπορεί να είναι η συνετή και ασφαλής κατανάλωση αλκοόλ και ένας δείκτης μπορεί να είναι η μείωση του αριθμού των τροχαίων ατυχημάτων.

4.1.6 Επανεκτίμηση του σχεδιασμού και αξιολόγηση

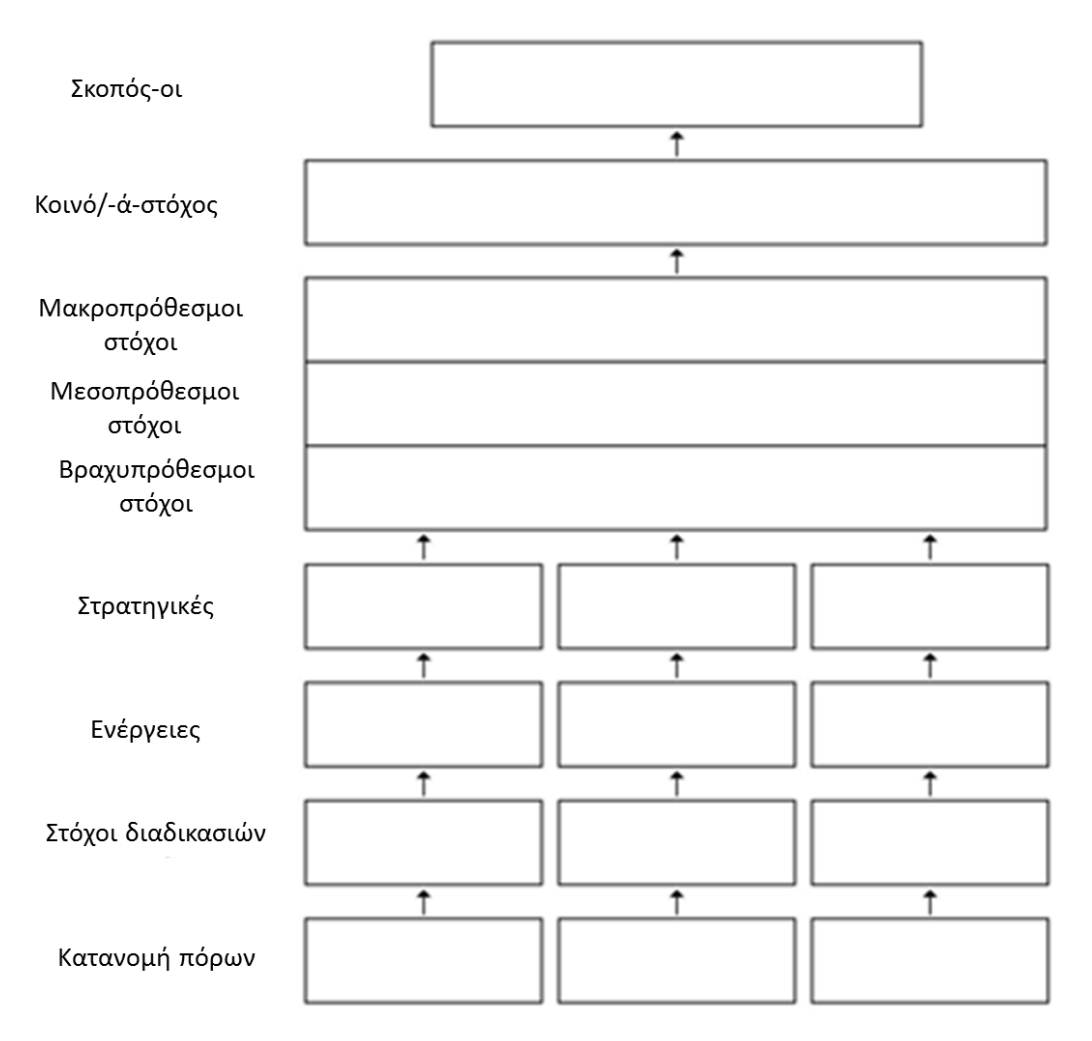
Μόλις ολοκληρωθεί το σχέδιο πραγματοποιείται μια επισκόπηση, στο οποίο μπορεί να γίνει μια περιεκτικότερη ανασκόπηση (Σχήμα: 3). Σύμφωνα με αυτό εξετάζεται κατά πόσον το σχέδιο είναι πλήρες, λογικό και ευθυγραμμισμένο με την αξιολόγηση κατάστασης (βήμα 2). Λόγω σφαλμάτων ή παραλείψεων, ίσως χρειαστεί να επανεξετασθούν ένα ή περισσότερα βήματα. Το βήμα 6 αποτελεί, επίσης, ένα σημαντικό βήμα για τον προγραμματισμό της συνολικής αξιολόγησης μετά την υλοποίηση του προγράμματος ή της δράσης.

Συνεπώς, στο τελευταίο βήμα πραγματοποιείται μια συνολική αξιολόγηση και συγκεκριμένα:

- Αξιολόγηση σχεδιασμού ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας.
- Ο ρόλος της υπόθεσης της αξιολόγησης και του κοινού-στόχος.
- Αξιολόγηση διαδικασίας: αξιολογούνται οι πόροι και οι υπάρχουσες δυνατότητες, σ' ό,τι αφορά το ανθρώπινο δυναμικό, την υλικοτεχνική υποδομή κλπ., καθώς και οι διαδικασίες που επιλέγονται για την εφαρμογή του προγράμματος.

- Αξιολόγηση αποτελεσμάτων: απώτερος στόχος είναι η μέτρηση της μείωσης του προβλήματος και η βελτίωση της υγείας, παράλληλα με τη μέτρηση του βαθμού επίτευξης και όλων των ενδιάμεσων στόχων κάθε προγράμματος.

Σχήμα 3: Μοντέλο αξιολόγησης του προγράμματος



Πηγή: Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario). *Planning Health Promotion Programs: Introductory Workbook*. 4th ed. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario; 2015.

Η αξιολόγηση μπορεί να πραγματοποιηθεί από:

- Τους ίδιους τους εκπαιδευτές υγείας (αυτο-αξιολόγηση).
- Επιστήμονες ειδικευμένους στο αντικείμενο του προγράμματος (αξιολόγηση ειδικών).

γ. Τον ίδιο τον πληθυσμό (γνώμη και αντιδράσεις) που απευθύνεται το πρόγραμμα (αξιολόγηση κοινού).

Βασικές προσεγγίσεις μεθοδολογίας αξιολόγησης:

α. Με μετρήσεις πριν την εφαρμογή του προγράμματος που συγκρίνονται με μετρήσεις μετά την εφαρμογή.

β. Με μετρήσεις σε μια περιοχή ή σ' έναν πληθυσμό όπου δεν εφαρμόζεται το πρόγραμμα, που συγκρίνονται με μετρήσεις σε μια αντίστοιχη περιοχή ή πληθυσμό όπου εφαρμόζεται το υπό αξιολόγηση πρόγραμμα.

Ο συνδυασμός αυτών των δύο προσεγγίσεων είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος αξιολόγησης.

Αξιολόγηση και τρόποι μέτρησης:

α. Άμεση επιτόπια παρατήρηση και καταγραφή

β. Ειδικά ερωτηματολόγια

γ. Ειδικές προφορικές συνεντεύξεις

δ. Διάφορα ειδικά τεστ

ε. Τακτικοί δείκτες (αρχεία, στατιστικές σειρές κλπ.)

στ. Επιδημιολογικές έρευνες

ζ. Κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις

Σε κάθε περίπτωση πρέπει να επιλέγεται εκείνος ο τρόπος αξιολόγησης ή εκείνος ο συνδυασμός διαφόρων τρόπων που να ανταποκρίνεται καλύτερα σ' αυτό που πρέπει να μετρηθεί και στα μέσα και στις δυνατότητες του εκάστοτε προγράμματος Αγωγής Υγείας.

4.2 Ολοκληρωμένη Φροντίδα Υγείας και Διασύνδεση με άλλες δομές.

4.2.1 Ολοκληρωμένη Φροντίδα Υγείας

Η παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας παίζει έναν συνεχώς αυξανόμενο σημαντικό ρόλο στις τρέχουσες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες των συστημάτων υγείας διεθνώς. Τόσο η ανάγκη για αλλαγή όσο και οι μεταρρυθμίσεις τείνουν να έχουν κοινά στοιχεία μεταξύ των κρατών. Οικονομικές, πολιτικές και κοινωνικοδημογραφικές δυνάμεις έχουν μετακινήσει τα σύγχρονα συστήματα υγείας πέρα από το υπόδειγμα της αντίδρασης στην οξεία περίθαλψη σε ένα πιο ολιστικό υπόδειγμα, το οποίο δίνει έμφαση στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Στον πυρήνα αυτής της μετατόπισης βρίσκεται η μετατόπιση από την μεμονωμένη αντιμετώπιση των επεισοδίων οξείας νόσου στην παροχή συντονισμένης συνεχούς υπηρεσιών φροντίδας υγείας που υποστηρίζει τα άτομα με χρόνιες παθήσεις και ενισχύει την υγειονομική κατάσταση καθορισμένων πληθυσμών. Πολλοί πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πιστεύουν ότι η παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας οδηγεί σε υπηρεσίες υψηλότερης ποιότητας με χαμηλότερο κόστος, διατηρώντας ή βελτιώνοντας την υγεία και την ικανοποίηση των ληπτών υπηρεσιών υγείας. Συνεπώς, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής και οι σχεδιαστές συστημάτων προσπαθούν να οικοδομήσουν και να διαχειριστούν συστήματα υγειονομικής περίθαλψης που μπορούν να εξυπηρετήσουν την παροχή συντονισμένων υπηρεσιών φροντίδας, είτε μέσω μακρο επιπέδου μέσω μιας μεταρρύθμισης στο σύστημα υγείας, είτε μέσω πρωτοβουλιών στο οργανωτικό πλαίσιο (μεσο) ή μέσω της αλληλεπίδρασης ιατρού-ασθενούς (μικρο) επίπεδο.

Η εννοιολογική ποικιλομορφία που χρησιμοποιείται στο πεδίο της παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας είναι τεράστια, καθώς η ολιστική προσέγγιση στην υγεία αποτελεί μια πολύπλοκη διαδικασία. Ωστόσο, επικρατούν δύο βασικές διαφορετικές εννοιολογικές υποκατηγορίες μέσα στη βιβλιογραφία. Η μία αναφέρεται στην ολοκληρωμένη παροχή υγειονομικής περίθαλψης ως είτε α) μια οργανωτική δομή που ακολουθεί κυρίως οικονομικές επιταγές (π.χ., που συνδυάζει τη χρηματοδότηση όλων των παρόχων - από νοσοκομεία, κλινικές και ιατρούς, υπηρεσίας φροντίδας κατ' οίκον και δομές μακροχρόνιας φροντίδας και αποκατάστασης έως φαρμακεία) ή β) έναν τρόπο οργάνωσης της παροχής φροντίδας υγείας που συντονίζονται διάφορες δραστηριότητες για να εξασφαλιστεί η αρμονική λειτουργία - τελικά για να ωφελήσει τους ασθενείς από την άποψη της κλινικής έκβασης. Και στις δύο υποκατηγορίες ένα βασικό χαρακτηριστικό ότι η παροχή των υπηρεσιών υγείας δεν γίνεται από μια ενιαία εγκατάσταση (π.χ. νοσοκομείο ή πρωτοβάθμια δομή), αλλά από ένα δίκτυο παρόχων που λογοδοτεί στους ασθενείς που το επιλέγουν. Διάφοροι σχετικοί ορισμοί για την ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας έχουν προταθεί.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ/ World Health Organization-WHO) δίνει τον ακόλουθο ορισμό: «Η ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας είναι μια έννοια που συνδυάζει τις εισροές, την παροχή, τη διαχείριση και την οργάνωση των υπηρεσιών που σχετίζονται με τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, την αποκατάσταση και την προαγωγή της υγείας. Η ολιστική προσέγγιση είναι ένα μέσο για τη βελτίωση των υπηρεσιών σε σχέση με την πρόσβαση, την ικανοποίηση και την αποτελεσματικότητα των χρηστών.»

Σε αυτό το πλαίσιο αποστολή της ΠΦΥ είναι η καθολική υγειονομική κάλυψη και η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, μέσω της παροχής ολοκληρωμένων ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, πρόληψης, αγωγής και προαγωγής υγείας στη βάση της ολιστικής προσέγγισης των αναγκών του ανθρώπου και της κάλυψης των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού. Ο Ν. 4486/2017 στόχο έχει να οργανώσει ένα ενιαίο και ολοκληρωμένο πανελλαδικό δίκτυο πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών που θα απαντούν και θα δίνουν λύσεις στις βασικότερες στρεβλώσεις που αντιμετωπίζει σήμερα το Δημόσιο Σύστημα Υγείας με κατεύθυνση την ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας:

- τον κατακερματισμό της φροντίδας
- την έλλειψη αγωγής, προαγωγής, πρόληψης και αποκατάστασης
- τη συνταγογραφική αντιμετώπιση των νοσημάτων
- την έμμεση συγκεντροποίηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων να με αποτέλεσμα την οριακή τους λειτουργία
- τη στροφή των ασθενών στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών των Νοσοκομείων για περιστατικά πρωτοβάθμιας, περιπατητικής φροντίδας ως την πιο άμεση λύση εξυπηρέτησης
- τη διαχείριση του δημόσιου συστήματος υγείας με κανόνες ελεύθερης αγοράς
- την ανακατεύθυνση του ασθενή από τον δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα, φαινόμενο στο οποίο οφείλεται αφενός η αύξηση της δαπάνης των νοικοκυριών για την υγεία και αφετέρου η προκλητή ζήτηση για υπηρεσίες και φάρμακα
- την απαξίωση των δημόσιων δομών υπηρεσιών υγείας μέσα από τη συνεχή μείωση της δημόσιας δαπάνης για την υγεία με την παράλληλη εκροή ανθρώπινου δυναμικού εκτός του συστήματος λόγω της ίδιας της απαξίωσης
- την αύξηση της ίδιας δαπάνης των νοικοκυριών, συμπεριλαμβανομένης της παράτυπης «αγοράς» των υπηρεσιών που οφείλουν να παρέχονται δωρεάν

4.2.2 Χαρτογράφηση Δομών

Η χαρτογράφηση των υπηρεσιών αποτελεί **το πρώτο βήμα** και τη βασική πηγή δεδομένων για τη **σύσταση του δικτύου** (υπηρεσιών και προγραμμάτων) στην περιοχή δράσης της TOMY, καθώς αφενός δίνει πληροφορίες για το πεδίο παρέμβασης των δομών/προγραμμάτων και τις παρεχόμενες υπηρεσίες/δραστηριότητες τους και αφετέρου επιτρέπει να εντοπιστούν κενά, επικαλύψεις και συμπληρωματικότητα των δράσεων προκειμένου να επιτευχθεί ο απαιτούμενος συντονισμός της λειτουργίας των υφιστάμενων υγειονομικών και κοινωνικών Υπηρεσιών με γνώμονα την ολοκληρωμένη ολιστική φροντίδα των ανθρώπων και την καλύτερη δυνατή εξυπηρέτηση των αναγκών τους.

Μεθοδολογικά εργαλεία που μπορούν να αξιοποιηθούν για τη σύσταση και ανάπτυξη ενός δικτύου Υπηρεσιών, Δομών και προγραμμάτων σε τοπικό επίπεδο είναι:

- ☐ Αποστολή **επιστολών** ενημέρωσης για τον τρόπο λειτουργίας και τους στόχους των TOMY και πρόθεσης συνεργασίας με τις λοιπές Υπηρεσίες και Δομές.
- ☐ Προγραμματισμένες **επισκέψεις** στην έδρα των Υπηρεσιών.
- ☐ Από κοινού καταγραφή υγειονομικού και κοινωνικού **προφίλ** πληθυσμού της περιοχής δραστηριοποίησης.
- ☐ **Συναντήσεις** με εκπροσώπους τοπικών υπηρεσιών και δομών στην έδρα της TOMY.
- ☐ **Οργάνωση** θεματικών **εργαστηρίων**, ημερίδων, διμερών ή/και πιο διευρυμένων συναντήσεων με στόχο τη συστηματική διασύνδεση των Υπηρεσιών και των Φορέων.
- ☐ **Συνδιοργάνωση δραστηριοτήτων** όπως π.χ. δράσεις εντοπισμού – προσέγγισης και προσέλευσης των ομάδων στόχου, δράσεις ευαισθητοποίησης.
- ☐ Μικτοί κύκλοι **επιμόρφωσης** του προσωπικού υπηρεσιών, δομών και προγραμμάτων της περιοχής δράσης της TOMY.

Η χαρτογράφηση των Υπηρεσιών περιλαμβάνει:

- ☐ **Υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας** σε τοπικό επίπεδο: Κέντρο Υγείας, Διαγνωστικά Εργαστήρια, Τοπικά και Περιφερειακά Ιατρεία, Παράρτημα ΕΚΑΒ, Γενικά, Ειδικά, Περιφερειακά ή Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία. Το Κέντρο Υγείας Αναφοράς και οι Υπηρεσίες του (Κέντρο Μάνας & Παιδιού, Μαιευτικό Τμήμα,

Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος, κ.λπ) είναι το βασικό υγειονομικό σημείο για τον συντονισμό και την εποπτεία της δράσης κάθε TOMY.

- ☐ **Συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ** γιατροί, διαγνωστικά κέντρα και άλλοι πάροχοι υπηρεσιών υγείας (ψυχοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, κ.λπ).
- ☐ **Σε επίπεδο Δήμου ή Περιφέρειας** (Τοπική αυτοδιοίκηση Α' & Β' βαθμού) είναι πιθανό να λειτουργούν: Διεύθυνση ή Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής (Κοινωνική Υπηρεσία), Δημοτικό Ιατρείο, Κοινωνικό παντοπωλείο/φαρμακείο, ΚΑΠΗ, ΚΗΦΗ, ΚΔΑΠ, Βρεφονηπιακοί Σταθμοί, Κέντρο πρόληψης, Διεύθυνση Κοινωνικής Μέριμνας και Αλληλεγγύης, κ.ά.
- ☐ **Δομές Ψυχικής Υγείας και Εξαρτήσεων:** Κέντρα Ψυχικής υγείας/Υγιεινής, Ψυχιατρικοί Ξενώνες, Στεγαστικές Δομές, Κέντρα Ημέρας, Δημόσιες Δομές Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων (ΟΚΑΝΑ, ΚΕΘΕΑ, 18 ΑΝΩ, ΨΝΑ και ΨΝΘ), Κέντρα Πρόληψης, κ.ά.
- ☐ **Υπηρεσίες και δομές της Κοινωνίας των Πολιτών ή οργανώσεων της Εκκλησίας:** Δομές Σίτισης, Στέγασης, Κοινωνικά Ιατρεία, Δομές Αλληλεγγύης, Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, κ.ά.
- ☐ **Υπηρεσίες Κοινωνικής Αλληλεγγύης:** Δομές Προστασίας, Κέντρα Κοινωνικής Πρόνοιας, Μονάδες φροντίδας Ηλικιωμένων, Κέντρα κακοποιημένων γυναικών, Ιδρύματα Παιδικής Προστασίας Δομές φιλοξενίας ασυνόδευτων ανηλίκων, κ.ά.
- ☐ **Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας:** Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας, Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας Περιφέρειας, Υπηρεσίες του ΚΕΕΛΠΝΟ, κ.ά.
- ☐ **Δομές του Υπουργείου Παιδείας:** Νηπιαγωγεία, Δημοτικά Σχολεία, Γυμνάσια, Λύκεια, Δημόσια ΙΕΚ, Πανεπιστημιακά Ιδρύματα αλλά και ιδιωτικά εκπαιδευτήρια.
- ☐ **Δομές του Υπουργείου Δικαιοσύνης, π.χ.** Σωφρονιστικά Ιδρύματα.
- ☐ **Δομές φιλοξενίας προσφύγων και μεταναστών.**
- ☐ **Ιδιωτικός Τομέας:** φαρμακεία, κλινικές, ιδιώτες γιατροί, κ.ά.

4.2.3 Διασύνδεση

Η διασύνδεση των υπηρεσιών δεν ταυτίζεται με την οργανωμένη και προβλεπόμενη διαδικασία παραπομπής αλλά αναφέρεται σε μια **ευρεία και αμοιβαία συνεργασία των εμπλεκόμενων φορέων** με άξονες τη συνέχεια στη φροντίδα, τη συμπληρωματικότητα των δράσεων, την ανίχνευση νέων αναγκών, την ισχυροποίηση των παρεμβάσεων, την ανταλλαγή της πληροφορίας, τη διάχυση της τεχνογνωσίας, την ενίσχυση της διαπραγματευτικής ικανότητας και τέλος την ανάληψη κοινών πρωτοβουλιών.

Βασικές προϋποθέσεις για την επιτυχία της διασύνδεσης και της δικτύωσης των φορέων είναι η συναντίληψη στην κατάρτιση του στρατηγικού σχεδιασμού, η εμπέδωση κοινής «γλώσσας» και ορολογίας, ο σεβασμός και η ισότιμη συμμετοχή στην υλοποίηση κοινών στόχων με συμπληρωματικότητα δράσεων και η σαφής οριοθέτηση ρόλων και αρμοδιοτήτων.

Τέλος, η **διατήρηση και η συνεχής ανατροφοδότηση των συνεργειών και συνεργασιών** με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς των υπηρεσιών και δομών σε τοπικό επίπεδο αποτελεί τον καθοριστικό παράγοντα για την συνεχή ανατροφοδότηση, διασύνδεση και ενσωμάτωση της TOMY στην τοπική κοινωνία της οποίας θα αποτελέσει αναπόσπαστο κομμάτι.

4.3 Διασφάλιση και αξιολόγηση ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών.

4.3.1 Όροι αξιολόγησης

Μέχρι τα τέλη του 1970, η διασφάλιση ποιότητας στην υγεία είχε περισσότερο ακαδημαϊκό χαρακτήρα, σε αντίθεση με το βιομηχανικό τομέα όπου οι στατιστικές μέθοδοι εφαρμόζονταν από τη δεκαετία του 1930. Ο Avedis Donabedian, σε μια ανασκόπηση μελετών της περιόδου 1954–1984, κατέγραψε τις προηγούμενες προσπάθειες και διαμόρφωσε το πλαίσιο διασφάλισης ποιότητας στο τρίπτυχο “sound structures, good processes and suitable outcomes” (σωστές δομές, καλές διαδικασίες και κατάλληλα αποτελέσματα). Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνει την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την τεχνική αρτιότητα, καθώς επίσης την ασφάλεια, την προσβασιμότητα και την ανάπτυξη των υπηρεσιών με επίκεντρο τον ασθενή, στο πλαίσιο μιας συνεχιζόμενης φροντίδας. Αφορά στη συνολική λειτουργία ενός τμήματος, με αφετηρία τα ζητήματα στελέχωσης, διοίκησης και οργάνωσης έως την κλινική πρακτική. Η ποιότητα μπορεί να μετρηθεί. Σύμφωνα με τη συστημική θεωρία του Donabedian, στις υπηρεσίες υγείας μπορούν να διακριθούν τρία συστατικά στοιχεία: η δομή (ανθρώπινοι πόροι και εγκαταστάσεις-υποδομές), οι διαδικασίες (οργάνωση, λειτουργία του οργανισμού

και παροχή υπηρεσιών υγείας) και τα αποτελέσματα (των δράσεων και των υπηρεσιών). Σε κάθε κατηγορία υπάρχουν ποσοτικά χαρακτηριστικά που μπορούν να μετρηθούν, όπως η εκπαίδευση και τα χρόνια εμπειρίας των ιατρών, οι χρόνοι αναμονής των ασθενών, η ακρίβεια των μηχανημάτων, ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, τα ποσοστά επιτυχίας των θεραπειών κ.ά., αρκεί να εντοπιστούν τα κρίσιμα σημεία ενδιαφέροντος στις υπηρεσίες υγείας και στη συνέχεια μπορούν να οριστούν πρότυπα καλής πρακτικής, δείκτες αξιολόγησης και δράσεις συμμόρφωσης. Η καταγραφή των διαδικασιών και η ανακοίνωση των αποτελεσμάτων της κλινικής πρακτικής, εκτός από την πειθαρχία που επιβάλλει, μπορεί να οδηγήσει σε χρήσιμα συμπεράσματα για την επίλυση καθημερινών προβλημάτων. Τέλος, η τήρηση κοινής μεθοδολογίας από τα τμήματα επιτρέπει πιο αξιόπιστες συγκρίσεις των αποτελεσμάτων τους και παρέχει χρήσιμο υλικό για μελέτες.

Για τη διασφάλιση της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας – (προαγωγής, πρόληψης, θεραπείας, αποκατάστασης) – τα συστήματα υγείας καθορίζουν διαδικασία αξιολόγησης της ποιότητας αυτών, με σκοπό την διασφάλιση δημιουργία ενός ολοκληρωμένου φάσματος σύγχρονης φροντίδας με επίκεντρο τον άνθρωπο.

Γενικά, οι επιμέρους στόχοι της ως άνω διαδικασίας είναι η ικανοποίηση των ληπτών υπηρεσιών υγείας και η κινητροποίηση του προσωπικού, η συνεχής βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μέσω της ανάπτυξης ενιαίου πλαισίου οργάνωσης βάσει διεθνών προδιαγραφών, η ορθολογική αξιοποίηση των πόρων και τέλος η ολική κάλυψη του πληθυσμού και η εξάλειψη των γεωγραφικών και κοινωνικών ανισοτήτων.

Ειδικότερα, ως αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας της ΠΦΥ στην Ελλάδα ορίζεται η εκτίμηση της λειτουργίας αυτών σε σχέση με τους προκαθορισμένους σκοπούς που προβλέπονται στο άρθρο 5 παρ. 2 του Ν. 4486/2017. Για την εκτίμηση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών της ΠΦΥ τίθενται ανθρωποκεντρικά κριτήρια και λαμβάνονται υπόψη οι αρχές της ισότητας, της αποτελεσματικότητας, της δωρεάν περίθαλψης, της αποδοτικότητας, της καταλληλότητας της φροντίδας, της οικονομικής προστασίας και της διαφανούς διακυβέρνησης.

Συνήθως η αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών κινείται στους παρακάτω όρους-άξονες: 1. Παροχή φροντίδας υγείας, 2. Ασφάλεια ασθενών, 3. Ανθρώπινο δυναμικό, 4. Διαχείριση συστήματος και 5. Χρηματοδότηση και κίνητρα.

4.3.2 Κριτήρια και Δείκτες Αξιολόγησης

Η ολοκληρωμένη αξιολόγηση αναλύεται και ταξινομείται σε διαφορετικά επίπεδα και ως εκ τούτου περιλαμβάνει επιμέρους διαστάσεις των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, οι οποίες ορίζονται ως κριτήρια.

Κάθε κριτήριο μετράται με εξειδικευμένους δείκτες, οι οποίοι ταξινομούνται αντίστοιχα. Η συνδυασμένη αξιολόγηση όλων των ανωτέρω επιπέδων οδηγεί στην ολοκληρωμένη αποτίμηση των υπηρεσιών υγείας.

Η σχέση των κριτηρίων και των εξειδικευμένων δεικτών περιγράφεται στις επόμενες ενότητες:

4.3.3 Παροχή Φροντίδας Υγείας

ΟΡΟΣ	ΚΡΙΤΗΡΙΑ	ΔΕΙΚΤΕΣ
ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	Προσβασιμότητα/Γεωγραφική απόσταση	<ul style="list-style-type: none"> Μέσος όρος χιλιομετρικής απόστασης κατοικίας των ληπτών υπηρεσιών υγείας από την πλησιέστερη Υπηρεσία ΠΦΥ (Υ.Π.Ε.) Γεωγραφική διασπορά των ιατρών ΠΦΥ (ΥΠΕ)
	Προσβασιμότητα/Οργανωσιακή επάρκεια	<ul style="list-style-type: none"> Πλήθος εγγεγραμμένου πληθυσμού ευθύνης (Δομές ΠΦΥ) Ποσοστό διαφοροποίησης συνόλου εγγεγραμμένου πληθυσμού μεταξύ όμοιων μεταξύ τους δομών (ΥΠΕ) Αριθμός δομών εντός της ίδιας Υγειονομικής Περιφέρειας οι οποίες λειτουργούν με διευρυμένο ωράριο παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ και ποσοστό επί του συνόλου αυτών. (Υ.Π.Ε.) Ποσοστό κατ' οίκον επισκέψεων επί του μηνιαίου προγράμματος (Δομές ΠΦΥ) Δυνατότητα ηλεκτρονικής προσβασιμότητας στο σύνολο ή μέρος των εφαρμογών ΠΦΥ (Δομές ΠΦΥ) Συχνότητα επικαιροποίησης του σχεδιασμού για την αντιμετώπιση μη οξέων περιπατητικών περιστατικών (ετησίως έως και μηνιαίως) (Δομές ΠΦΥ)
	Προσβασιμότητα/Ανταποκρισιμότητα	<ul style="list-style-type: none"> Έγκαιρη παροχή φροντίδας: Μέσος χρόνος ανταπόκρισης στις ανάγκες του πληθυσμού ευθύνης (τακτικές) (Δομές ΠΦΥ) Έγκαιρη παροχή φροντίδας: Μέσος χρόνος ανταπόκρισης στις ανάγκες του

		<p>πληθυσμού ευθύνης (έκτακτες) (Δομές ΠΦΥ)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Έγκαιρη παροχή φροντίδας: Μέσος χρόνος ανταπόκρισης στις ανάγκες του πληθυσμού ευθύνης (επείγουσες) (Δομές ΠΦΥ) ▪ Παροχή εξειδικευμένης φροντίδας σε συγκεκριμένες ομάδες ασθενών (πχ διαβητικών) βάσει έγκαιρου και πραγματικού, επικαιροποιημένου προγραμματισμού (Δομές ΠΦΥ)
	Συνέχεια/εφαρμογές πληροφορικής	<ul style="list-style-type: none"> • Σύνολο εργασιών εντός του ιατρείου που διενεργούνται με την χρήση ΤΠΕ (Δομές ΠΦΥ) ▪ Ποσοστό επί του συνόλου των ασθενών που εξυπηρετεί η κάθε δομή για τους οποίους τηρείται ηλεκτρονικός φάκελος υγείας (Δομές ΠΦΥ)
	Συνέχεια/επίπεδο διαχρονικότητας	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Συχνότητα ενημέρωσης των καταλόγων εγγεγραμμένων ληπτών υπηρεσιών ΠΦΥ (Δομές ΠΦΥ) ▪ Ποσοστό παραπομπών σε άλλες ειδικότητες και δομές (Δομές ΠΦΥ)
	Συνέχεια στην φροντίδα	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Διάρκεια σχέσης ασθενούς - παρόχου ΠΦΥ (συχνότητα χρήσης δυνατότητας διαγραφής από τους καταλόγους οικογενειακών ιατρών) (Δομές ΠΦΥ) ▪ Διάρκεια σχέσης ασθενούς - παρόχου ΠΦΥ (συχνότητα μετακίνησης οικογενειακών ιατρών από τις αρμόδιες ΥΠΕ) (ΥΠΕ)
	Συντονισμός/Συνοχή της οργάνωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	<ul style="list-style-type: none"> • Συχνότητα επικαιροποίησης της συνολικής διαδικασίας διαχείρισης παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ εντός της δομής, προς όφελος των ληπτών υπηρεσιών ΠΦΥ (ετήσια, εξαμηνιαία, τριμηνιαία), υπό την καθοδήγηση του Κέντρου Υγείας Αναφοράς και της οικείας ΥΠΕ (Δομές ΠΦΥ) • Συχνότητα συνεργασίας ανάμεσα σε γενικούς/οικογενειακούς ιατρούς εντός της ίδιας δομής, με σύγκληση επίσημων και άτυπων συναντήσεων για ανταλλαγή απόψεων και προβληματισμών (μηνιαία κλπ) (Δομές ΠΦΥ) ▪ Συχνότητα συνεργασίας ιατρών ΠΦΥ με άλλους επαγγελματίες ΠΦΥ των ΤΟΜΥ, Κ.Υ. κτλ (συχνότητα συναντήσεων σε τοπικό, περιφερειακό κλπ επίπεδο – τρίμηνο, εξάμηνο κλπ) (Δομές ΠΦΥ)

	Συντονισμός/Συνεργασία με λοιπούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας	<ul style="list-style-type: none"> Ποσοστό εφαρμογής και παρακολούθησης του συστήματος παραπομπών με κυκλική ανατροφοδότηση του συστήματος (Δομές ΠΦΥ) Περιπτώσεις αξιοποίησης της διασύνδεσης και διεπαφής, μέσω κατάλληλων μηχανισμών, του συνόλου των δομών παροχής υπηρεσιών υγείας ώστε να διασφαλίζεται η συνέχεια της φροντίδας (Δομές ΠΦΥ)
	Ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών υγείας/Συνθήκες παροχής φροντίδας υγείας	<ul style="list-style-type: none"> Μέση ηλικία ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού δομών και συχνότητα αντικατάστασης/ εκσυγχρονισμού αυτού (ΥΠΕ) Συχνότητα διεξαγωγής έργων βελτίωσης κτιριακών εγκαταστάσεων (ΥΠΕ) Συγκριτική αξιολόγηση της κατανομής και χρήσης ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού (ΥΠΕ)
	Ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών υγείας/Κοινοτικός προσανατολισμός	<ul style="list-style-type: none"> Σύνολο ερευνών (ηλεκτρονικών και μη) σε ετήσια βάση (μέσω ενιαίου και εγκεκριμένου, ανώνυμου ερωτηματολογίου βαθμολόγησης και διερεύνησης της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες) για την παρακολούθηση και αξιολόγηση των υπηρεσιών που παρασχέθηκαν από τις δομές (Δομές ΠΦΥ) Δεσμοί με την κοινότητα (ποσοστό συμμετοχής του πληθυσμού ευθύνης μιας δομής στον κοινωνικό έλεγχο μέσω της διαδικασίας ακρόασης κοινωνικών φορέων και πολιτών) (Δομές ΠΦΥ) Εξάλειψη εμποδίων στην ενημέρωση: διεξαγωγή ενημερωτικών παρουσιάσεων σε τοπικό επίπεδο όλων των πολιτών και των κατοίκων για τα δικαιώματά τους (Δομές ΠΦΥ)

4.3.4 Ασφάλεια Ασθενών

ΟΡΟΣ	ΚΡΙΤΗΡΙΑ	ΔΕΙΚΤΕΣ
ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ	Ορθή ταυτοποίηση των ασθενών/Βελτίωση της επικοινωνίας (εσωτερική - εξωτερική)	<ul style="list-style-type: none"> Ποσοστό δομών επί του συνόλου της οικείας ΥΠΕ, οι οποίες υιοθετούν προγράμματα βελτίωσης της ποιότητας και

		της ασφάλειας του ασθενή (περιλαμβάνει τις κλινικές και διαχειριστικές διεργασίες και τα αποτελέσματά τους) (ΥΠΕ)
	Βελτίωση της ασφάλειας της φαρμακευτικής αγωγής υψηλού κινδύνου	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Συλλογή και ανάλυση δεδομένων καθώς και γνωστοποίηση των αποτελεσμάτων της ανάλυσης (ΥΠΕ)
	Μείωση του κινδύνου βλάβης στο ασθενή	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Χρήση κατευθυντήριων οδηγιών (clinical practice guidelines) στην αξιολόγηση (assessment) και τη θεραπεία του ασθενή (Δομές ΠΦΥ) ▪ Προσδιορισμός διαδικασίας χειρισμού συμβάντων (incidents), που εμπλέκουν θανατηφόρα περιστατικά (sentinel events) (ΥΠΕ)

4.3.5 Ανθρώπινο Δυναμικό

ΟΡΟΣ	ΚΡΙΤΗΡΙΑ	ΔΕΙΚΤΕΣ
ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ	Στελέχωση	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Αριθμός των επαγγελματιών υγείας ανά δομή (Δομές ΠΦΥ) ▪ Ποσοστό Γενικών Ιατρών σε σχέση με τους ιατρούς ειδικοτήτων (Δομές ΠΦΥ)
	Επαγγελματική επάρκεια / ανάπτυξη	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Προώθηση του ρόλου των επαγγελματιών υγείας μέσω της συμμετοχής σε δίκτυα και προγράμματα (συχνότητα συμμετοχής, rotation) (Δομές ΠΦΥ) ▪ Ποσοστό συμμετοχής επί του συνόλου του προσωπικού σε προγράμματα εκπαίδευσης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Δομές ΠΦΥ) ▪ Ποσοστό συμμετοχής σε δίκτυα διεπιστημονικής εξ αποστάσεως μάθησης και αξιοποίηση δικτύων διεθνούς συνεργασίας (ΥΠΕ)

	Επαγγελματικό Ικανοποίηση	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Διερεύνηση της εργασιακής ικανοποίησης με την συμπλήρωση ενιαίων ερωτηματολογίων (ΥΠΕ) ▪ Ενθάρρυνση της καινοτομίας μέσω της συμμετοχής σε προγράμματα και έργα (ΥΠΕ)
--	---------------------------	--

4.3.6 Διαχείριση Συστήματος και Μηχανισμός Αξιολόγησης

ΟΡΟΣ	ΚΡΙΤΗΡΙΑ	ΔΕΙΚΤΕΣ
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	Ανάπτυξη πολιτικής για τις συνθήκες παροχής φροντίδας υγείας	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Στρατηγικός σχεδιασμός / χάραξη πολιτικών / στοχοθεσία (καθολική κάλυψη, οικονομική προστασία, διαφανής διακυβέρνηση): Συχνότητα και πλήθος παρεμβάσεων για την επικαιροποίηση των πολιτικών συνοδευόμενων από κοστολογημένα σχέδια με σαφείς στόχους και χρονοδιαγράμματα σε επίπεδο ΠΦΥ (Υ.Υ.) ▪ Σχεδιασμός επιλογής και ανάπτυξης ανθρώπινου δυναμικού (Υ.Υ.)
	Ανάπτυξη δομών	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Σύστημα διαπίστευσης των Μονάδων της ΠΦΥ (Υ.Υ.) ▪ Μηχανισμοί διασφάλισης ποιότητας για τις Μονάδες της ΠΦΥ (Υ.Υ.)
	Ανταποκρισιμότητα	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Εμπλοκή / συμμετοχή επαγγελματιών και ληπτών υπηρεσιών υγείας στη διαδικασία χάραξης πολιτικών παροχής φροντίδας υγείας (Υ.Υ.) ▪ Δικαιώματα ασθενών / διαδικασίες διατύπωσης, εξέτασης και αξιολόγησης παραπόνων μέσω ενιαίων διαδικασιών (Υ.Υ.)

4.4 Ηλεκτρονική διακυβέρνηση του συστήματος.

4.4.1 Το ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα στην ΠΦΥ

Η γήρανση του πληθυσμού και ο επακόλουθος μεγαλύτερος αριθμός ατόμων που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες και πολυνοσηρότητα, σε συνδυασμό με τις αυξημένες προσδοκίες των πολιτών για υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας, η έλλειψη καθολικής και ολοκληρωμένης υγειονομικής κάλυψης και το αυξανόμενο κόστος αποτελούν πρόκληση για τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη.

Μια σημαντική ατέλεια των συστημάτων υγείας στην Ε.Ε. είναι η έλλειψη πληροφόρησης για τη μέτρηση των υγειονομικών αποτελεσμάτων και για στοιχεία που αφορούν στο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών, έλλειψη που δημιουργεί προβλήματα στην σωστή κατανομή των πόρων. Η ανάπτυξη κατάλληλων πληροφοριακών συστημάτων θα βοηθήσει προς αυτή την κατεύθυνση.

Παράλληλα, υπάρχει η ανάγκη ανάπτυξης πληροφοριακών συστημάτων ασθενών στις υπηρεσίες υγείας. Αυτά θα πρέπει να έχουν δύο κύρια χαρακτηριστικά: Πρώτον, θα πρέπει να καταγράφουν λεπτομερώς το ιστορικό του ασθενή και τις θεραπείες που του παρασχέθηκαν όταν προέκυψε η ανάγκη. Τέτοια συστήματα σε γενικές γραμμές δεν είναι διαθέσιμα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Αν και πιθανότατα χρησιμοποιούνται για την παρακολούθηση της συνταγογράφησης, της εκτέλεσης των συνταγών και των δαπανών στην φαρμακευτική περίθαλψη, τα αποτελέσματά τους δεν έχουν γίνει ακόμα αισθητά, ενώ η εγκυρότητα και η πληρότητα των συλλεχθέντων υγειονομικών δεδομένων είναι αμφισβητήσιμα σε κάποιες χώρες. Μελέτες δείχνουν ότι τα περισσότερα πληροφοριακά συστήματα που σχετίζονται με τη χρήση φαρμάκων χρησιμοποιούνταν κυρίως από ιατρούς και λιγότερο από διοικητικό ή άλλο προσωπικό.

Δεύτερον, τα πληροφοριακά συστήματα έχουν να κάνουν με την κινητικότητα των ασθενών και την ανάγκη για συνεχή παρακολούθηση. Οι κάρτες υγείας είναι ένας τρόπος παρακολούθησης του ιστορικού του ασθενή. Εντούτοις, η χρήση τους είναι περιορισμένη, εξαιτίας σημαντικών τεχνικών προβλημάτων. Η Γαλλία και η Γερμανία είναι τα δύο Κράτη-Μέλη που παραδοσιακά αποτελούν τους πρωτοπόρους στην ανάπτυξη τεχνολογίας καρτών με ιατρικά δεδομένα. Η γερμανική κάρτα, η οποία καταγράφει μόνο διοικητικές πληροφορίες, επιτρέπει την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και στην συνταγογράφηση ιατρικών πράξεων και φαρμακευτικών σκευασμάτων και είναι το στοιχείο κλειδί της εκκινούμενης από τον ιατρό διαδικασίας για την απαίτηση αποζημίωσης. Τον Απρίλιο του 1996 η Γαλλία θέσπισε νόμο για την εισαγωγή ηλεκτρονικής κάρτας για την ασφάλιση υγείας και επαγγελματικής κάρτας για τους ιατρούς και τους νοσηλευτές. Άλλες ευρωπαϊκές χώρες (Βέλγιο, Ολλανδία, Πορτογαλία και Ισπανία) έχουν σχέδια προς την ίδια

κατεύθυνση. Παρόλα αυτά, σε όλες τις προαναφερθείσες περιπτώσεις, η χρήση της κάρτας υγείας περιορίζεται σε διοικητικούς σκοπούς (ταυτότητα του ασθενή, δικαίωμα υπαγωγής στην φροντίδα, κάλυψη από την κοινωνική ασφάλιση και την ασφάλεια υγείας) παρά σε ιατρικές εφαρμογές (ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος, παρακολούθηση των φαρμακευτικών αγωγών και του ιστορικού της θεραπείας).

4.4.2 Ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας στις χώρες τη Ε.Ε.

Κάνοντας μια επισκόπηση της ισχύουσας εθνικής νομοθεσίας για τον ηλεκτρονικό φάκελο υγείας στα κράτη μέλη της ΕΕ και την αλληλεπίδρασή τους για την παροχή διασυνοριακών υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας που αναφέρονται σε σχετικές οδηγίες της ΕΕ εντοπίζονται νομικά εμπόδια για τα δεδομένα διασυνοριακών μεταφορών από τα ηλεκτρονικά μητρώα υγείας και την παροχή διασυνοριακών υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας. Αυτό που συμπεραίνεται είναι ότι υπάρχουν μεγάλες διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών όσον αφορά στην ανάπτυξη των ΗΦΥ που αποτελούν τμήμα μιας διαλειτουργικής υποδομής, η οποία επιτρέπει σε διαφορετικούς παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να έχουν πρόσβαση και να ενημερώνουν τα ατομικά δεδομένα υγείας, προκειμένου να διασφαλίσουν τη συνέχεια της περίθαλψης του ασθενούς. Ορισμένες χώρες έχουν θεσπίσει συγκεκριμένους κανόνες για τα ηλεκτρονικά δεδομένα υγείας, ενώ άλλες βασίζονται στο συνδυασμό κανόνων ιατρικών θεμάτων και δεοντολογίας και στη νομοθεσία για την προστασία των προσωπικών δεδομένων.

Συνεπώς, για τη διασυνοριακή μεταφορά πληροφοριών για την υγεία, τα συστήματα ΗΦΥ που χρησιμοποιούνται από τους παρόχους υγείας πρέπει να έχουν ένα ελάχιστο επίπεδο διαλειτουργικότητας. Αυτή η διαλειτουργικότητα δεν απαιτεί όλα τα συστήματα που χρησιμοποιούνται να αποθηκεύουν έναν πανομοιότυπο κατάλογο δεδομένων. Οι κανόνες ή οι κατευθυντήριες οδηγίες σε εθνικό επίπεδο πρέπει να αποσκοπούν κυρίως στην επίτευξη βασικών απαιτήσεων όσον αφορά στη σημασιολογική, τεχνική, οργανωτική και νομική διαλειτουργικότητα. Για καθεμία από τις πτυχές αυτές, οι εθνικοί ή/και περιφερειακοί κανόνες πρέπει να λαμβάνουν υπόψη πρότυπα και κατευθυντήριες γραμμές που έχουν συμφωνηθεί σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

ΧΩΡΑ	ΣΤΑΔΙΟ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ	ΝΟΜΙΚΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ
ΑΥΣΤΡΙΑ	Ανάπτυξη συστήματος κοινού ΗΦΥ από το 2012 (ELGA).	Ειδικό νομικό πλαίσιο για την κοινή εφαρμογή του πρώτου σταδίου των εγκεκριμένων μέτρων

		εφαρμογής. Βασίζεται στα γενικά αρχεία υγείας και στην προστασία προσωπικών δεδομένων.
ΒΕΛΓΙΟ	Ανάπτυξη κοινών συστημάτων ΗΦΥ από το 2008.	Ειδικό νομικό πλαίσιο για τα κοινά συστήματα ΗΦΥ σε ομοσπονδιακό και περιφερειακό επίπεδο. Βασίζεται στα γενικά αρχεία υγείας και στην προστασία προσωπικών δεδομένων.
ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	Πλήρης ανάπτυξη κοινού συστήματος ΗΦΥ από το 2009 (PIS).	Δεν υπάρχει ειδική νομική διάταξη που να ισχύει για τα αρχεία PIS (Personalised Information System). Γενικοί κανόνες για τα ιατρικά αρχεία, την προστασία των δεδομένων, την ευθύνη και τη δευτερογενή χρήση, ισχύουν για τα αρχεία PIS.
ΓΑΛΛΙΑ	Σε φάση ανάπτυξης του κοινού συστήματος ΗΦΥ από το 2006 (DMP: Dossier Médical Partagé)	Ειδική νομοθεσία σχετικά με το σύστημα ΗΦΥ. Βασίζεται στη γενική νομοθεσία περί προστασίας δεδομένων και στη γενική νομοθεσία για θέματα υγείας.
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	Δεν υπάρχουν κοινά συστήματα ΗΦΥ. Έχουν δρομολογηθεί σχετικές ενέργειες.	Γενική διάταξη που καθορίζει το γενικό πλαίσιο για την ανάπτυξη του συστήματος ΗΦΥ. Βασίζεται στη γενικότερη νομοθεσία περί προστασίας προσωπικών δεδομένων και στη νομοθεσία του φακέλου υγείας.
ΔΑΝΙΑ	Πλήρης εφαρμογή κοινών συστημάτων ΗΦΥ από το 2003.	Δεν υπάρχει ειδική και ολοκληρωμένη νομοθεσία σχετικά με τον ΗΦΥ. Βασίζεται στη γενική νομοθεσία για τα δικαιώματα των ασθενών και τα καθήκοντα του επαγγελματία υγείας. Ορισμένες διατάξεις αυτής της νομοθεσίας περιέχουν

		λίγους ειδικούς κανόνες που στοχεύουν στον ΗΦΥ.
ΕΛΛΑΔΑ	Σε πιλοτική φάση από το 2016. Παλιότερα υπήρχε το συνοπτικό ιστορικό υγείας.	Γενική νομοθεσία για τον ΗΦΥ που ονομάζεται ΑΗΦΥ (Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας). Απαιτείται περαιτέρω εξειδίκευση. Βασίζεται στη νομοθεσία περί γενικών ιατρικών αρχείων και στους κανόνες προστασίας προσωπικών δεδομένων.
ΕΣΘΟΝΙΑ	Πλήρης εφαρμογή των κοινών συστημάτων ΗΦΥ (ENHIS) από το 2008.	Ειδική και ολοκληρωμένη νομοθεσία σχετικά με τα συστήματα ΗΦΥ.
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	Δεν υπάρχει κοινό σύστημα ΗΦΥ, αλλά ορισμένες πρωτοβουλίες πολιτικής που βρίσκονται σε εξέλιξη.	Δεν υπάρχει συγκεκριμένη νομοθεσία σχετικά για τον ΗΦΥ, αλλά μια σχετική πρόταση. Βασίζεται στους γενικούς κανόνες προστασίας προσωπικών δεδομένων.
ΙΣΠΑΝΙΑ	Κοινά συστήματα ΗΦΥ που αναπτύσσονται σε περιφερειακό επίπεδο (σε διαφορετικά στάδια ανάπτυξης). Το σύστημα διαλειτουργικότητας αναπτύσσεται σε κρατικό επίπεδο (συνοπτικό ιστορικό) από το 2006.	Ειδική νομοθεσία σχετικά με την κοινή περίληψη των ασθενών σε εθνικό επίπεδο (δυνατότητα ελάχιστων απαιτήσεων για τις περιφέρειες να εφαρμόσουν περαιτέρω μέτρα). Βασίζεται στη γενική νομοθεσία για τα μητρώα υγείας και στους κανόνες προστασίας δεδομένων (δυνατότητα ελάχιστων απαιτήσεων για τις περιφέρειες να εφαρμόσουν περαιτέρω μέτρα).
ΙΤΑΛΙΑ	Σε φάση εγκατάστασης του συστήματος ΗΦΥ στις περιφέρειες και στις αυτόνομες επαρχίες.	Νομική υποχρέωση για τις περιφέρειες και τις αυτόνομες επαρχίες να αναπτύξουν ΗΦΥ. Σχέδιο ειδικού νόμου για τον ΗΦΥ.

ΚΑΤΩ ΧΩΡΕΣ	Χρησιμοποιούνται πολλά συστήματα ΗΦΥ. Ανάπτυξη ενός κοινού συστήματος ηλεκτρονικής καταγραφής (LSR) από το 2011 που έχει τη δυνατότητα να αποτελέσει ένα εθνικό σύστημα.	Δεν υπάρχει συγκεκριμένη νομοθεσία σχετικά με τον ΗΦΥ, αλλά μια πρόταση σε διαβούλευση. Βασίζεται στη γενική νομοθεσία περί ιατρικών αρχείων και στους κανόνες προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.
ΚΡΟΑΤΙΑ	Πιλοτική φάση ενός κοινού συστήματος ΗΦΥ (CEZIH) από το 2006.	Ειδικοί κανόνες σχετικά με τον ΗΦΥ. Επικράτηση της γενικής νομοθεσίας περί δεδομένων για την υγεία και της νομοθεσίας για την προστασία των δεδομένων για ορισμένες πτυχές του ΗΦΥ. Νομική πρωτοβουλία σε εξέλιξη (π.χ. απαίτηση για πρόσβαση του ασθενή).
ΚΥΠΡΟΣ	Φάση εγκατάστασης του κοινού συστήματος ΗΦΥ (πρώιμο στάδιο) από το 2012.	Δεν υπάρχει συγκεκριμένο νομικό πλαίσιο που να ρυθμίζει τον ΗΦΥ και την ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Βασίζεται στη γενική νομοθεσία για την υγεία και την προστασία των προσωπικών δεδομένων.
ΛΕΤΟΝΙΑ	Πιλοτική φάση ενός κοινού συστήματος ΗΦΥ από το 2014.	Μόνο λίγες νομικές διατάξεις σχετικά με τον ΗΦΥ, αλλά μια σχετική πρόταση βρίσκεται υπό συζήτηση. Βασίζεται στη νομοθεσία περί γενικών ιατρικών αρχείων και στους κανόνες προστασίας προσωπικών δεδομένων.
ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	Τελική φάση ενός κοινού συστήματος ΗΦΥ που ολοκληρώθηκε κατά μεγάλο μέρος το 2015.	Ειδική νομοθεσία σχετικά με τον ΗΦΥ, που βασίζεται στη γενική νομοθεσία για τα ιατρικά αρχεία και στους κανόνες προστασίας των δεδομένων για ορισμένες πτυχές του ΗΦΥ.

ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	Σε φάση εγκατάστασης του κοινού συστήματος ηλεκτρονικής καταγραφής (RSC) από το 2012.	Έγκριση διαφόρων διατάξεων της γενικής νομοθεσίας περί υγειονομικής περίθαλψης που καθορίζουν το νομικό πλαίσιο για το σύστημα ΗΦΥ Θα πρέπει να εγκριθούν μέτρα εφαρμογής σχετικά με τον ΗΜΥ. Βασίζεται στο νόμο περί προστασίας προσωπικών δεδομένων για μη συγκεκριμένες πτυχές του ΗΦΥ.
ΜΑΛΤΑ	Κοινόχρηστο σύστημα ΗΦΥ (myHealth) από το 2012.	Δεν υπάρχει ειδική νομοθεσία για τον ΗΦΥ. Βασίζεται στη νομοθεσία περί γενικών αρχείων υγείας και στους κανόνες προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.
ΝΟΡΒΗΓΙΑ	Πιλοτική φάση ενός κοινού συστήματος ηλεκτρονικής καταγραφής ΗΦΥ (Nasjonal Kjernejournal) από το 2013.	Ειδική νομοθεσία σχετικά με το κοινό σύστημα ΗΦΥ. Βασίζεται στη γενική νομοθεσία για τα μητρώα υγείας και στους κανόνες προστασίας δεδομένων για μη συγκεκριμένες πτυχές του ΗΦΥ.
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	Σύστημα κοινής ηλεκτρονικής μάθησης (μηχανογραφικό μητρώο όπου ο ασθενής έχει πρόσβαση σε ορισμένες πληροφορίες για την υγεία). Πρωτοβουλία πολιτικής για την ανάπτυξη περαιτέρω κοινού συστήματος ΗΦΥ.	Βασίζεται στη νομοθεσία περί γενικών ιατρικών αρχείων και στους κανόνες προστασίας προσωπικών δεδομένων.
ΠΟΛΩΝΙΑ	Το κοινό σύστημα ΗΦΥ προβλέπεται να ολοκληρωθεί έως το 2017.	Ειδική νομοθεσία σχετικά με το κοινό σύστημα ΗΦΥ. Βασίζεται στη γενική νομοθεσία για τα μητρώα υγείας, στα δικαιώματα των ασθενών και στους κανόνες προστασίας προσωπικών δεδομένων.

ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	Σε φάση εγκατάστασης ενός κοινού συστήματος ΗΜΥ (RCU2) από το 2012.	Δεν υπάρχει ειδική νομοθεσία για τον ΗΦΥ (αλλά για μια υπουργική απόφαση σχετικά με το περιεχόμενό του). Βασίζεται στη νομοθεσία περί γενικών ιατρικών αρχείων και στους κανόνες προστασίας προσωπικών δεδομένων.
ΡΟΥΜΑΝΙΑ	Πιλοτική φάση ενός κοινού συστήματος ΗΦΥ (DES) από το 2013.	Δεν υπάρχει ειδική νομοθεσία σχετικά με τον ΗΦΥ, αλλά διάφορες, υπό συζήτηση, νομικές πρωτοβουλίες. Βασίζεται στη γενική νομοθεσία για την υγεία και στους κανόνες προστασίας προσωπικών δεδομένων.
ΣΛΟΒΑΚΙΑ	Σε φάση εγκατάστασης ενός κοινού συστήματος ΗΦΥ από το 2013 (NHIS).	Ειδική νομοθεσία σχετικά με τον ΗΦΥ. Βασίζεται στη γενική νομοθεσία για τα ιατρικά αρχεία και στην προστασία των δεδομένων και στους ιατρικούς κανόνες για μη συγκεκριμένες πτυχές του ΗΦΥ.
ΣΛΟΒΕΝΙΑ	Δεν υπάρχει κοινό σύστημα ΗΦΥ, αλλά ορισμένες πρωτοβουλίες πολιτικής που βρίσκονται σε εξέλιξη.	Δεν υπάρχει ειδική νομοθεσία για τον ΗΦΥ. Βασίζεται στη γενική νομοθεσία περί αρχείων υγείας και στους κανόνες προστασίας προσωπικών δεδομένων.
ΣΟΥΗΔΙΑ	Πλήρης εφαρμογή ενός κοινού συστήματος ΗΦΥ (NPO) από το 2012.	Ειδική νομοθεσία σχετικά με τον ΗΦΥ. Βασίζεται στη γενική νομοθεσία για τα μητρώα υγείας για μη συγκεκριμένες πτυχές του ΗΦΥ.
ΤΣΕΧΙΑ	Δεν υπάρχει κοινό σύστημα ΗΦΥ. Αρκετές πρωτοβουλίες πολιτικής βρίσκονται σε εξέλιξη από το 2013.	Δεν υπάρχει ειδική νομοθεσία σχετικά με τον ΗΦΥ. Βασίζεται στο γενικό νόμο περί υγείας και προστασίας των δεδομένων.

ΦΙΛΑΝΔΙΑ	Σε φάση εγκατάστασης μιας υπηρεσίας μετάδοσης δεδομένων και αρχειοθέτησης (Kanta) που εξασφαλίζει τη διαλειτουργικότητα των περιφερειακών συστημάτων ΗΦΥ από το 2007.	Ειδική νομοθεσία σχετικά με το σύστημα ΗΦΥ. Βασίζεται στη γενική νομοθεσία για την υγεία και στο νόμο περί προστασίας δεδομένων για μη συγκεκριμένες πτυχές. Υπάρχουν νομικές πρωτοβουλίες (διαλειτουργικότητα, ασφάλεια των πληροφοριών, προστασία δεδομένων και λειτουργικότητα).
*ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	Πλήρης εφαρμογή ενός κοινού συστήματος ΗΦΥ στις χώρες του Ηνωμένου Βασιλείου - Αγγλία (SCR 2008) , Σκωτία (ECS το 2006, ePCS το 2009, KIS 2013), Ουαλία (IHR το 2005) και Βόρεια Ιρλανδία (ECS 2008, NIECR το 2013).	Μόνο λίγες νομικές διατάξεις σχετικά με τον ΗΦΥ Βασίζεται σε ένα πλαίσιο διακυβέρνησης της πληροφόρησης, το οποίο περιλαμβάνει - τη γενική νομοθεσία για τα μητρώα υγείας, τη νομοθεσία περί προστασίας δεδομένων και τους ιατρικούς κανόνες. Θεσμικές κατευθυντήριες οδηγίες για τον ΗΦΥ.

4.4.3 Ανάλυση SWOT του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας

Ο Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (ΗΦΥ) ή Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (ΑΗΦΥ) αποτελεί ένα σημαντικό μέσο και εργαλείο για τη βελτίωση της ασφάλειας, της ποιότητας και της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη.

Ο ΑΗΦΥ αποτελεί μια διαχρονική ηλεκτρονική καταγραφή πληροφοριών για την υγεία του πολίτη που συλλέγονται κατά μία ή περισσότερες επαφές με φορείς παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι πληροφορίες που συλλέγονται περιλαμβάνουν δημογραφικά στοιχεία, διαγνώσεις, οικογενειακό ιστορικό, φαρμακευτικές αγωγές, ζωτικές παραμέτρους, ιατρικό ιστορικό, εμβολιασμούς, εργαστηριακές εξετάσεις, κ.λ.π. Ο ΗΦΥ αυτοματοποιεί και απλοποιεί τη ροή εργασίας του κλινικού ιατρού. Περιέχει πλήρες αρχείο των κλινικών επαφών του ασθενή και υποστηρίζει δραστηριότητες που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την παροχή φροντίδας, όπως η τεκμηριωμένη υποστήριξη αποφάσεων, η διαχείριση ποιότητας και η αναφορά αποτελεσμάτων.

Η ανάλυση SWOT είναι ένα εργαλείο στρατηγικού σχεδιασμού, το οποίο χρησιμοποιείται για την ανάλυση του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος ενός θέματος. Το αρκτικόλεξο SWOT προκύπτει από τις αγγλικές λέξεις: Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (αντίστοιχα στα ελληνικά: δυνατά σημεία, αδύνατα σημεία, ευκαιρίες, απειλές).

Κατά την ανάλυση SWOT μελετώνται τα δυνατά (Strengths) και αδύνατα (Weaknesses) σημεία, καθώς και οι ευκαιρίες (Opportunities) και οι απειλές (Threats) που υπάρχουν επί ενός ζητήματος. Τα δυνατά και αδύνατα σημεία αφορούν το εσωτερικό περιβάλλον, καθώς προκύπτουν από τους εσωτερικούς πόρους (π.χ. ικανότητες προσωπικού και στελεχών, ιδιότητες και χαρακτηριστικά της επιχείρησης, τεχνογνωσία, χρηματοοικονομική υγεία και ικανότητα να ανταποκριθεί σε νέες επενδύσεις, κλπ.). Αντιθέτως οι ευκαιρίες και οι απειλές αντανακλούν μεταβλητές του εξωτερικού περιβάλλοντος οι οποίες θα πρέπει να εντοπισθούν και να γίνει προσαρμογή σε αυτές.

Η παραπάνω θεώρηση των Δυνάμεων – Αδυναμιών πραγματοποιείται τόσο από την εσωτερική οπτική, όσο και από την οπτική των «ληπτών υπηρεσιών». Κρίσιμος παράγοντας, ο οποίος επιβάλει την προσπάθεια ποσοτικοποίησης των δεδομένων αποτελεί η δυνατότητα ρεαλιστικής (αντικειμενικής) αποτίμησης της υφιστάμενης κατάστασης. Η όλη ανάλυση οφείλει να γίνει συσχετιζόμενη με τις εναλλακτικές που παρέχονται. Από την άλλη, μια συνήθης προσέγγιση εντοπισμού των ευκαιριών έγκειται στην ανασκόπηση των Δυνάμεων και τη διερεύνηση της δυναμικής τους για άνοιγμα ευκαιριών. Εναλλακτικά, ανασκοπούνται οι Αδυναμίες και διερευνάται η δυνατότητα αξιοποίησης ευκαιρίας μέσω της εξάλειψης των.

Σχήμα 4: SWOT ανάλυση του ΑΗΦΥ

ΑΗΦΥ SWOT Analysis



101

Συνοπτικά, η συνεισφορά των πληροφοριακών συστημάτων στην υγεία αποκρυσταλλώνεται στα εξής:

- Βελτίωση της ακρίβειας και την ποιότητας των δεδομένων που καταγράφονται σχετικά με την υγεία.
- Ενίσχυση της πρόσβασης των επαγγελματιών υγείας στην υγειονομική περίθαλψη του ασθενούς. Πληροφορίες που επιτρέπουν τη συνέχεια στη φροντίδα του λήπτη υπηρεσιών υγείας.
- Βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης ως αποτέλεσμα της ύπαρξης πληροφοριών για την υγεία, οι οποίες είναι άμεσα διαθέσιμες για τη φροντίδα των ασθενών.
- Βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας στις υπηρεσίες υγείας.
- Εξορθολογισμός των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης

Βιβλιογραφία

📖 Επιτροπή Σχεδιασμού & Συντονισμού για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Εγχειρίδιο λειτουργίας των Τοπικών Ομάδων Υγείας, Αθήνα 2018.

📖 Καλοκαιρινού, Α., Αδαμακίδου, Θ., Βελονάκη, Β., Βιβιλάκη, Β., Καπρέλη, Ε., Κριεμπάρδης, Α., Λάγιου, Α., Λιονής, Χ., Μαρκάκη, Α., Μποδοσάκης, Π., Παπαδακάκη, Μ., Σακελλάρη, Ε. 2015. Εφαρμογές καλών πρακτικών ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. [ηλεκτρ. βιβλ.] Αθήνα:Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Διαθέσιμο στο: <http://hdl.handle.net/11419/3301>.

📖 Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario). Planning Health Promotion Programs: Introductory Workbook. 4th ed. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario; 2015.

📖 WHO Regional Committee for Europe Primary Care Evaluation Tool

(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/107851/PrimaryCareEvalTool.pdf?ua=1)

📖 WHO Regional Office for Europe From Alma-Ata to Astana: Primary health care – reflecting on the past, transforming for the future Interim (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/384757/AA40-Report-E-FINAL-FOR-WEB.pdf?ua=1)

📖 WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC55/R8 on strengthening health systems as a continuation of the WHO Regional Office for Europe's Country Strategy "Matching services to new needs". Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050920_2).

📖 Smith, PC, Mossialos E, Papanicolas I. Performance measurement for health

system improvement: experiences, challenges and prospects. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/document/hsm/2_hsc08_ebd2.pdf).

📖 Health systems performance: glossary [web site]. Geneva, World Health Organization, 2001 (<http://www.who.int/health-systemsperformance/docs/glossary.htm>).

📖 Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. Annals of Family Medicine, 2003, 1:134–143 (<http://www.annfammed.org/cgi/content/full/1/3/134>).

📖 Boerma WGW. Coordination and integration in European primary care. In: Saltman RB, Rico A, Boerma WGW, eds. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Maidenhead, Open University Press, 2006 (http://www.euro.who.int/Document/E87932_chapt1.pdf).

📖 Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care: Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. Geneva: World Health Organization; 1978 (http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf, accessed 4 September 2018).

📖 Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva. (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf, accessed 4 September 2018)

📖 The world health report. Primary health care (now more than ever). Geneva: World Health Organization; 2008 (<http://www.who.int/whr/2008/en/>, accessed 4 September 2018).

📖 The world health report. Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789241564021_eng.pdf?sequence=1, accessed 4 September 2018).

📖 WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC61/R1. The new European policy for health – Health 2020: vision, values, main directions and approaches. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/150619/RC61_Res_01.pdf?ua, accessed 4 September 2018).

📖 WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC66/15. Strengthening

people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/319111/66rs05e_IHSD_160764.pdf, accessed 4 September 2018).

📖 Integration of health care delivery. Report of a WHO study group. Geneva: World Health Organization; 1996 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/38408>, accessed 4 September 2018).

📖 Atun R, de Jongh TE, Secci FV, Ohiri K, Adeyi O, Car J. Integration of priority population, health and nutrition interventions into health systems: systematic review. BMC Public Health. 2011;11:780. doi: 10.1186/1471-2458-11-780.

📖 High-level meeting on prevention and control of non-communicable diseases [website]. New York: United Nations; 2018 (<http://www.un.org/en/ga/ncdmeeting2011/documents.shtml>, accessed 4 September 2018).

📖 Based on correspondence with European Member States leading up to the occasion of the 40th anniversary of the Declaration of Alma-Ata. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018.

OECD Health Division. OECD reviews of health care quality: Denmark. Executive summary, assessment and recommendations. Paris: OECD; 2013 (https://www.oecd.org/els/health-systems/ReviewofHealthCareQualityDENMARK_ExecutiveSummary.pdf, accessed 4 September 2018).

International profiles of health care systems, 2010. New York: The Commonwealth Fund; 2010 (https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2010_jun_1417_squires_intl_profiles_622.pdf, accessed 4 September 2018).

Ollila E, Stahl T, Wismar M, Lahtinen E, Melkas T, Leppo K. Health in all policies in the European Union and its Member States. Brussels: European Commission; 2006 (http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2005/action1/docs/2005_1_18_frep_a4_en.pdf, accessed 4 September 2018).

Donabedian A, Attwood JC. An evaluation of administrative controls in medical-care programs. *N Engl J Med* 1963;269:347-54.

Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q* 1966; 44:Suppl:166-206.

Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990;114:1115-8. 5. Donabedian A. A founder of quality assessment encounters a troubled system firsthand: interview by Fitzhugh Mullan. *Health Aff (Millwood)* 2001;20(1):137-41. DOI: 10.1056/NEJMp1605101

Noncommunicable diseases prevention and control in the South-eastern Europe Health Network. An analysis of intersectoral collaboration. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/164457/e96502.pdf?ua=1, accessed 4 September 2018).

Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *N Engl J Med*. 2009;361(4):368–78. doi: 10.1056/NEJMs0807651.

World Health Assembly resolution WHA66.24. eHealth standardization and interoperability. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/ehealth/events/wha66_r24-en.pdf, accessed 4 September 2018).

From innovation to implementation: eHealth in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/302331/From-Innovation-to-Implementation-eHealth-Report-EU.pdf?ua=1, accessed 4 September 2018).

📖 Benchmarking deployment of eHealth among general practitioners. Final report. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2013 (<https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/benchmarking-deployment-ehealth-among-general-practitioners-2013-smart-20110033>, accessed 4 September 2018).

📖 Adany R, Kosa K, Sandor J, Papp M, Furjes G. General practitioners' cluster: a model to reorient primary health care to public health services. *Eur J Public Health*. 2013;23(4):529–30. doi: 10.1093/eurpub/ckt095.

📖 Kosa K, Sandor J, Dobos E, Papp M, Furjes G, Adany R. Human resources development for the operation of general practitioners' cluster. *Eur J Public Health*. 2013;23(4):532–3. doi: 10.1093/eurpub/ckt097.

📖 Health system transformation: making it happen. Expert meeting: Madrid, Spain, 17–18 December 2015. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/318020/Madrid-Report-HST-making-it-happen.pdf?ua=1, accessed 4 September 2018).

📖 Leading health system transformation to the next level. Expert meeting: Durham, United Kingdom, 12–13 July 2017. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/369971/Leading-health-systems-transformation-to-the-next-level-report-eng.pdf, accessed 4 September 2018).

📖 EU Health Programme, 2014 Overview of the national lawson electronic health records in the EU Member States and their interaction with the provision of cross-border eHealth services Final report and recommendations
(https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/laws_report_recommendations_en.pdf).

📖 WHO, 2006 Library Cataloguing in Publication Data Electronic Health Records: Manual for Developing Countries (<http://www.wpro.who.int/publications/docs/EHRmanual.pdf>).

5η ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ:

Προσομοίωση σε υποθετική δομή ΠΦΥ

5.1 Προσομοίωση, Case Study και Role Playing

Υπάρχουν διάφορες εκπαιδευτικές μέθοδοι, οι οποίες χρησιμοποιούνται στην εκπαίδευση ενηλίκων και πιο αποτελεσματικές θεωρούνται εκείνες που προωθούν την ενεργητική συμμετοχή. Συνήθως γίνεται λόγος για συμμετοχικές μεθόδους (που αναπτύσσουν την αλληλεπίδραση μεταξύ εκπαιδευτή και εκπαιδευομένων, λ.χ. ερωτήσεις, συζήτηση, ομάδες ανταλλαγής απόψεων) και ευρετικές μεθόδους (με τις οποίες οι εκπαιδευόμενοι μόνοι τους ή σε ομάδες εκπονούν εργασίες, εξερευνούν και ανακαλύπτουν τη γνώση, λ.χ. άσκηση, πειράματα, μελέτη, σύνταξη κειμένων). Δύο βασικές κατηγορίες μεθόδων είναι οι ερωτηματικές (που βοηθούν τον εκπαιδευόμενο να ανακαλύψει αυτό που θέλει να διδάξει ο εκπαιδευτής) και οι ενεργητικές (που συνδυάζουν την πράξη με το λόγο). Ωστόσο, παρά τις διαφορές στη χρησιμοποιούμενη ορολογία, είναι φανερό ότι στη βιβλιογραφία της εκπαίδευσης ενηλίκων οι απόψεις συγκλίνουν στο ότι η ενεργητική συμμετοχή προωθείται μέσα από μεθόδους που αναπτύσσουν την αλληλεπίδραση μεταξύ του εκπαιδευτή και των εκπαιδευομένων, αλλά και μεταξύ των ίδιων των εκπαιδευομένων και δίνουν στους τελευταίους πηγές, ώστε να αναζητούν πληροφορίες, να αναπτύσσουν την κριτική τους ικανότητα, να επεξεργάζονται λύσεις, να μαθαίνουν πράττοντας.

Οι συμμετοχικές αυτές μέθοδοι υλοποιούνται μέσα από διάφορες εκπαιδευτικές τεχνικές. Οι κυριότερες εκπαιδευτικές τεχνικές που προωθούν την ενεργητική συμμετοχή είναι οι εξής:

- Ερωτήσεις - απαντήσεις
- Συζήτηση
- Καταιγισμός ιδεών
- Ασκήσεις
- Επίδειξη
- Ομάδες εργασίας
- Μελέτη περίπτωσης
- Παιχνίδι ρόλων

- Προσομοίωση
- Λύση προβλήματος
- Αυτοκατευθυνόμενη μάθηση
- Συνέντευξη από ειδικό
- Εκπαιδευτική επίσκεψη

5.1.1 Μελέτη περίπτωσης

Η μελέτη περίπτωσης πρόκειται για μορφή σύνθετης άσκησης, η οποία έχει τα εξής ιδιαίτερα χαρακτηριστικά: Ένα πραγματικό ή υποθετικό παράδειγμα, που αντανakλά μια ευρύτερη κατάσταση, παρουσιάζεται στους εκπαιδευόμενους, με σκοπό να αναλυθεί σε βάθος και να διερευνηθούν οι λύσεις στα προβλήματα που αναδύονται. Η εκπαιδευτική αυτή τεχνική έχει δύο πεδία εφαρμογής. Αφενός χρησιμοποιείται με στόχο να γίνει εμπέδωση και εφαρμογή των θεωρητικών γνώσεων που έχουν αποκτηθεί. Αφετέρου υιοθετείται όταν ακόμη δεν έχει ολοκληρωθεί η απόκτηση των απαιτούμενων γνώσεων και στόχος είναι ναυποκινηθεί η ευρετική πορεία προς τη μάθηση. Και στις δύο εκδοχές, μέσα από την ενδελεχή διερεύνηση της «επιμέρους» περίπτωσης, εξάγονται συμπεράσματα (ή τουλάχιστον διατυπώνονται υποθέσεις) για το «όλο».

5.1.2 Παιχνίδι ρόλων

Το παιχνίδι ρόλων πρόκειται για την εκπαιδευτική τεχνική κατά την οποία οι εκπαιδευόμενοι υποδύονται ρόλους, που συνδέονται με μια εξεταζόμενη κατάσταση στον επαγγελματικό ή στον κοινωνικό τομέα, με στόχο μέσα από το βίωμα να κατανοήσουν βαθύτερα τόσο την κατάσταση όσο και τις αντιδράσεις τους σε αυτήν. Το παιχνίδι ρόλων εφαρμόζεται κυρίως όταν επιδιώκεται η ανάλυση προβληματικών ή συγκρουσιακών καταστάσεων, που αφορούν τις ικανότητες, τις στάσεις, την επικοινωνία, τη συμπεριφορά.

5.1.3 Προσομοίωση

Η προσομοίωση είναι μια μεγάλη άσκηση, κατά την οποία οι εκπαιδευόμενοι συμμετέχουν νοητά στην αναπαράσταση μιας κατάστασης που ανταποκρίνεται στην

πραγματικότητα. Καλούνται να αντιληφθούν πώς θα σκέφτονταν και θα συμπεριφέρονταν ορισμένα πρόσωπα μέσα σε συγκεκριμένες συνθήκες (επιχειρηματίες, εργαζόμενοι, πελάτες, πολίτες, μηχανικοί κ.ά.) και να αντιδράσουν όπως αυτά, σαν να αντιμετώπιζαν τις ίδιες καταστάσεις. Με αυτή τη διείσδυση στη νοητή πραγματικότητα επιδιώκεται να γίνουν οι εκπαιδευόμενοι ικανοί να αντιλαμβάνονται βαθύτερα τις διάφορες πλευρές της και να μπορούν να συμπεριφέρονται αποτελεσματικά σε παρόμοιες περιστάσεις. Συνεπώς η προσομοίωση είναι μια εκπαιδευτική τεχνική που μοιάζει με το παιχνίδι ρόλων, με τη διαφορά ότι οι εκπαιδευόμενοι δεν καλούνται να δράσουν κατά θεατρικό τρόπο, αλλά να καταλάβουν πώς (πρέπει να) συμπεριφέρονται οι εμπλεκόμενοι σε αυτή την κατάσταση.

5.2 Σχεδιασμός και Υλοποίησης ενός προγράμματος δράσης (παράδειγμα)

Στην 4^η ενότητα αναφέρθηκαν αναλυτικά τα βήματα σχεδιασμού ενός προγράμματος δράσης στην κοινότητα. Στην ενότητα αυτή τίθεται συγκεκριμένο παράδειγμα υλοποίησης ενός προγράμματος δράσης στην κοινότητα, το οποίο εκπονήθηκε από την 5^η Υγειονομική Περιφέρεια και ειδικότερα η πραγματοποίηση δράσης για τη μείωση των τροχαίων ατυχημάτων.

5.2.1 Οργάνωση της διαδικασίας του σχεδιασμού

Στο πρώτο βήμα της οργάνωσης της διαδικασίας σχεδιασμού, όπως είδαμε, πραγματοποιείται ο προσδιορισμός και περιγραφή των προσδοκιών, των εμπλεκομένων, των ρόλων, των αρμοδιοτήτων και των διαδικασιών. Στη δράση για τη μείωση των τροχαίων ατυχημάτων στην περιοχή της Φωκίδας. Οι εμπλεκόμενοι φορείς ήταν οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας όπως το Νοσοκομείο Άμφισσας, η εκπαιδευτική κοινότητα και οι αρχές της πόλης. Επιθυμία ήταν η από κοινού αντιμετώπιση προβλημάτων της νεολαίας και ιδιαίτερα του ζητήματος της οδικής ασφάλειας και των τροχαίων ατυχημάτων.

Αναφορικά με τη διερεύνηση ζητημάτων χρόνου, πόρων, λήψης αποφάσεων, συλλογής δεδομένων όπως ήταν αναμενόμενο οι πόροι ήταν περιορισμένοι και υπήρχε δυσκολία εξεύρεσης χρόνου.

Για τη δημιουργία ενός λεπτομερούς σχεδίου που θα περιλαμβάνει περιγραφή καθηκόντων, ανάθεση ρόλων, χρονοδιάγραμμα, διαχείριση πόρων κ.ά. τέθηκαν στην πράξη ζητήματα ηγεσίας και καθορισμού ρόλων.

5.2.2 Εκτίμηση της κατάστασης

Στο δεύτερο βήμα πραγματοποιείται η εκτίμηση της κατάστασης, η οποία ξεκινά με την περιγραφή της παρούσας κατάστασης. Για το λόγο αυτό έγινε συλλογή δεδομένων για τροχαία ατυχήματα στην περιοχή. Ακολούθησε η συλλογή, ανάλυση, σύνθεση, επικοινωνία και συζήτηση για τα δεδομένα και συγκεκριμένα η συλλογή δεδομένων για τη χρήση αλκοόλ στις νεανικές ηλικίες. Στη συνέχεια αναζητήθηκαν και παρουσιάστηκαν τα θετικά και αρνητικά στοιχεία και ειδικότερα πραγματοποιήθηκε συλλογή δεδομένων για τη συμπεριφορά των νέων της περιοχής σε σχέση με την ασφαλή οδήγηση και την χρήση αλκοόλ. Τα δεδομένα συζητήθηκαν με τους εμπλεκόμενους φορείς, ενώ παράλληλα πραγματοποιήθηκε ευρεία και εις βάθος διερεύνηση των ζητημάτων υγείας που σχετίζονται με το συγκεκριμένο θέμα.

5.2.3 Ορισμός σκοπού, στόχων και ομάδας-στόχου

Με βάση τα όσα αναφέρθηκαν στην ενότητα 4 περί ορισμού σκοπού, στόχων και ομάδας-στόχου ορίστηκαν τα επίπεδα και τα πεδία εφαρμογής των στόχων (ατομικό, ομάδα, οργανισμού, κοινότητας, κοινωνίας). Συγκεκριμένα:

- Ομάδα-Στόχος: μαθητές του ΤΕΛ Άμφισσας, ηλικίας 18-19 ετών (σύνολο 75)
- Ενδιάμεσες Ομάδες: καθηγητές του ΤΕΛ Άμφισσας, προσωπικό της Τροχαίας Φωκίδας
- Στόχοι:
 - Αύξηση κατά 50% του αριθμού των μαθητών που θα φοράνε κράνος ή ζώνη, σε ένα χρόνο.
 - Αύξηση κατά 30% του αριθμού των αστυνομικών της Τροχαίας που πιστεύουν ότι η παρεμβάσεις της Τροχαίας έχουν και εκπαιδευτικό ρόλο, σε 6 μήνες.

5.2.4 Επιλογή στρατηγικής, δράσεων και διαχείρισης πόρων

Στο τέταρτο βήμα επιλέγονται οι στρατηγικές, οι ενέργειες και ο τρόπος διαχείρισης των πόρων. Σημειώνεται ότι ένα πρόγραμμα μπορεί να έχει πολλές στρατηγικές, ενώ η επιλογή των δράσεων σχετίζεται με τις στρατηγικές που τις υποστηρίζουν. Βασικές στρατηγικές για την προαγωγή της υγείας:

- Δημιουργία υγιούς δημόσιας πολιτικής
- Δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος
- Ενδυνάμωση κοινωνικής και κοινοτικής δράσης
- Ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων
- Επαναπροσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας
- Επικοινωνία της υγείας
- Εκπαίδευση
- Αυτοφροντίδα

Στο συγκεκριμένο παράδειγμα η στρατηγική που επιλέχθηκε και οι δράσεις που υλοποιήθηκαν ήταν οι ακόλουθες:

Στρατηγική	Δράσεις
Δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος	Ενημερωτικό υλικό σε σχολεία, δημοτικά ιατρεία κλπ για την ασφαλή οδήγηση
Εκπαίδευση	Αγωγή υγείας στα σχολεία
Επικοινωνία της υγείας	Εκδήλωση για τα τροχαία ατυχήματα και την πρόληψή τους

5.2.5 Επιλογή και εφαρμογή δεικτών

Στο 5^ο βήμα απαντώνται τα ερωτήματα:

- Υλοποιήθηκε η στρατηγική;
- Επετεύχθησαν οι στόχοι;
- Πραγματοποιήθηκε πρόοδος σε σχέση με τα αναμενόμενα αποτελέσματα;
- Παρατηρήθηκε αλλαγή μετά την εφαρμογή του προγράμματος

Για το λόγο αυτό πραγματοποιήθηκαν οι παρακάτω ενέργειες:

- Ερωτηματολόγια, πριν και μετά την εφαρμογή των παρεμβάσεων
- Έλεγχοι της Τροχαίας σε οχήματα
- Συνεντεύξεις με εμπλεκόμενους
- Καταγραφή συμμετεχόντων στις εκδηλώσεις
- Αριθμός ενημερωτικού υλικού που διανεμήθηκε

Οι δείκτες αφορούν σε ποσοτικά και ποιοτικά στοιχεία, τα οποία αξιολογούν την πορεία και τα αποτελέσματα του προγράμματος και βοηθούν στον επανασχεδιασμό του.

5.2.6 Επανεκτίμηση του σχεδιασμού

Το τελευταίο βήμα σε ένα σχέδιο δράσης αποτελεί η αξιολόγησή του. Στο σημείο αυτό, όπως αναφέρθηκε στην τέταρτη ενότητα, αξιολογούνται συνολικά, σωρευτικά και αλληλεπιδρώμενα όλα τα στάδια του σχεδίου από το ρόλο της υπόθεσης της αξιολόγησης και την αξιολόγηση της διαδικασίας έως την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.

Πίνακας 1: Αξιολόγηση της δράσης για τα τροχαία στην Άμφισσα

Σκοπός	Προστασία της υγείας των νέων απο τροχαία ατυχήματα		
Ομάδα-Στόχος	Νέοι 18-19 ετών, μαθητές ΤΕΛ		
Στόχοι	<ol style="list-style-type: none"> 1. Αύξηση κατά 30% του αριθμού των μαθητών που θα φοράνε κράνος ή ζώνη, σε ένα χρόνο 2. Αύξηση κατά 30% του αριθμού των αστυνομικών της Τροχαίας που πιστεύουν ότι η παρεμβάσεις της Τροχαίας έχουν και εκπαιδευτικό ρόλο, σε 6 μήνες 		
Στρατηγική	Δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος	Εκπαίδευση	Επικοινωνία της υγείας
	Ενημερωτικό υλικό σε σχολεία, δημοτικά ιατρεία κλπ για την ασφαλή οδήγηση	Αγωγή υγείας στα σχολεία	Εκδήλωση για τα τροχαία ατυχήματα και την πρόληψή τους

5.3 Οργάνωση και πραγματοποίηση διασύνδεσης με άλλες δομές

Η συζήτηση για την οργάνωση της παροχής υγειονομικής φροντίδας στην Ελλάδα είναι αρκετά μπερδεμένη εξαιτίας της ευρείας σύγχυσης μεταξύ των εννοιών περιπατητικής ή προνοσοκομειακής φροντίδας και πρωτοβάθμιας φροντίδας. Πολλοί θεωρούν κάθε περιπατητική φροντίδα – είτε παρέχεται από ιατρούς ειδικότητας ή υπο-ειδικότητας, ανειδίκευτους ιατρούς ή παραϊατρικό προσωπικό – ως πρωτοβάθμια φροντίδα. Συγκεκριμένα, οι υπηρεσίες των πρώην ΕΟΠΥΥ-ΠΕΔΥ με τους άμεσα προσβάσιμους ειδικούς ιατρούς, συχνά παρερμηνεύονται ως πρωτοβάθμια φροντίδα. Το ίδιο ισχύει και για τις υπηρεσίες από ιδιώτες γιατρούς. Αυτό είναι «πρωτοβάθμια» μόνο με την έννοια της πρώτης επαφής (συχνά επίσης και σταθμός για ασθενείς που απλά «ψωνίζουν» υπηρεσίες).

Η ορθή πρωτοβάθμια φροντίδα αφορά ένα ευρύτερο πλαίσιο δράσεων ολιστικής προσέγγισης στην φροντίδα, από την προαγωγή και την πρόληψη, έως την θεραπεία, την αποκατάσταση και την επανένταξη.

Πρόθεση είναι η αντικατάσταση ενός ιατροκεντρικού με ένα ανθρωποκεντρικό σύστημα, η μετακίνηση από δομές φροντίδας που έχουν στο επίκεντρο τους ειδικούς ιατρούς και τα νοσοκομεία, σε αυτές που είναι δομημένες γύρω από την πρωτοβάθμια

φροντίδα. Αυτό θα παίζει σημαντικό ρόλο στην άμβλυνση των συνεπειών που προκαλούνται από τις ανισότητες και την κοινωνική απομόνωση.

Ο ακρογωνιαίος λίθος της στρατηγικής αντιμετώπισης όλων αυτών των προκλήσεων, είναι η αναδιοργάνωση της παροχής υπηρεσιών υγείας γύρω από ένα σύγχρονο μοντέλο πρωτοβάθμιας φροντίδας με βασικούς άξονες:

- Την καθολική και ισότιμη πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας (προαγωγής, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης)
- Την διαφανή και δημοκρατική διακυβέρνηση από ένα αναδιοργανωμένο Υπουργείο Υγείας που αξιοποιεί στρατηγικές πληροφορίες σε πραγματικό χρόνο και διαχειρίζεται συνολικά τον τομέα υγείας, δημόσιο και ιδιωτικό, με τρόπο οικονομικά βιώσιμο, διαφανή και κοινωνικά ανταποδοτικό.
- Την βιώσιμη χρηματοδότηση του δημόσιου συστήματος υγείας με στόχο την πλήρη κάλυψη των αναγκών και την εξάλειψη των ιδιωτικών πληρωμών, ειδικά των κοινωνικά αδύναμων στρωμάτων.

Ο πρώτος άξονας αφορά στη σταδιακή ανάπτυξη ενός εθνικού δικτύου Τοπικών Μονάδων Υγείας (TOMY.), στελεχωμένες με διεπιστημονικές ομάδες (ιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί κ.α.) και οι οποίες θα αποτελούν την πρώτη βαθμίδα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Το δίκτυο αυτό, με την αποκέντρωση των δομών και την εγγύτητα στον χρήστη, θα αντιμετωπίζει άμεσα τις ανισότητες στην πρόσβαση και τις συνέπειες του κοινωνικού αποκλεισμού, θα δραστηριοποιείται ενεργά μέσα στη κοινότητα και τις γειτονιές.

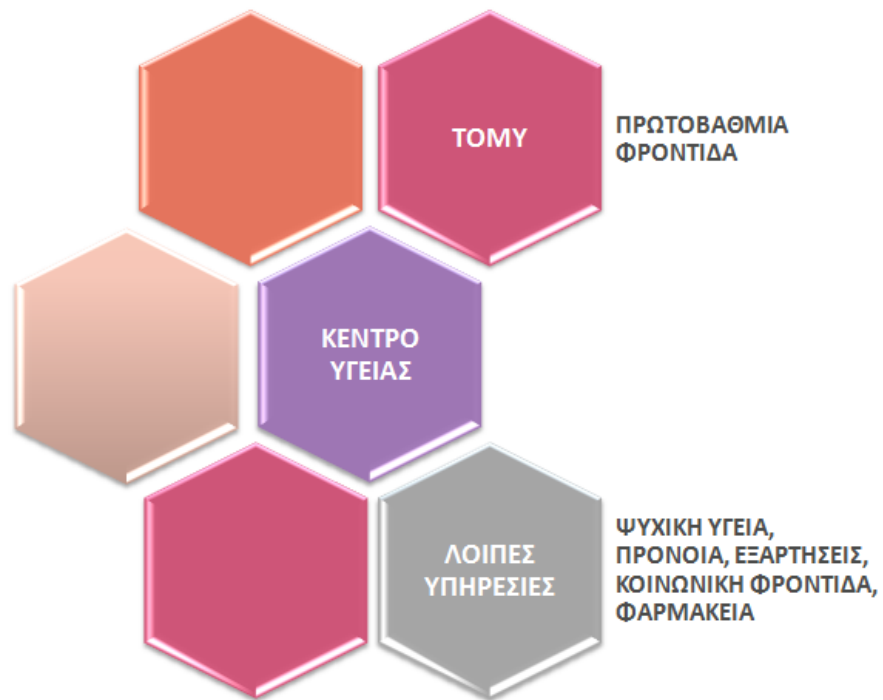
Η ποιότητα της φροντίδας μεγιστοποιείται όταν οι υπηρεσίες οργανώνονται σαν ένα μικρό εντατικό δίκτυο, με κοντινά στον χρήστη σημεία παροχής και συγκεκριμένο πληθυσμό ευθύνης. Μικρές ομάδες γνωρίζουν καλύτερα τις κοινότητές τους και αναγνωρίζονται από αυτές, αλλά είναι και αρκετά σταθερές για να εδραιώσουν μια σχέση διαρκείας. Οι ομάδες αυτές απαιτούν σχεσιακές, οργανωτικές όσο και τεχνικές ικανότητες για να λύσουν το μεγαλύτερο μέρος των προβλημάτων υγείας σε τοπικό επίπεδο.

Οι υπάρχουσες δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ιδίως τα Κέντρα Υγείας (ΚΥ) αποτελούν τις μονάδες αναφοράς του κάθε τομέα, δηλαδή την εξειδικευμένη και διαγνωστική βαθμίδα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (δεύτερη βαθμίδα), ενισχύονται και καταβάλλεται προσπάθεια να ενιαιοποιηθούν λειτουργικά.

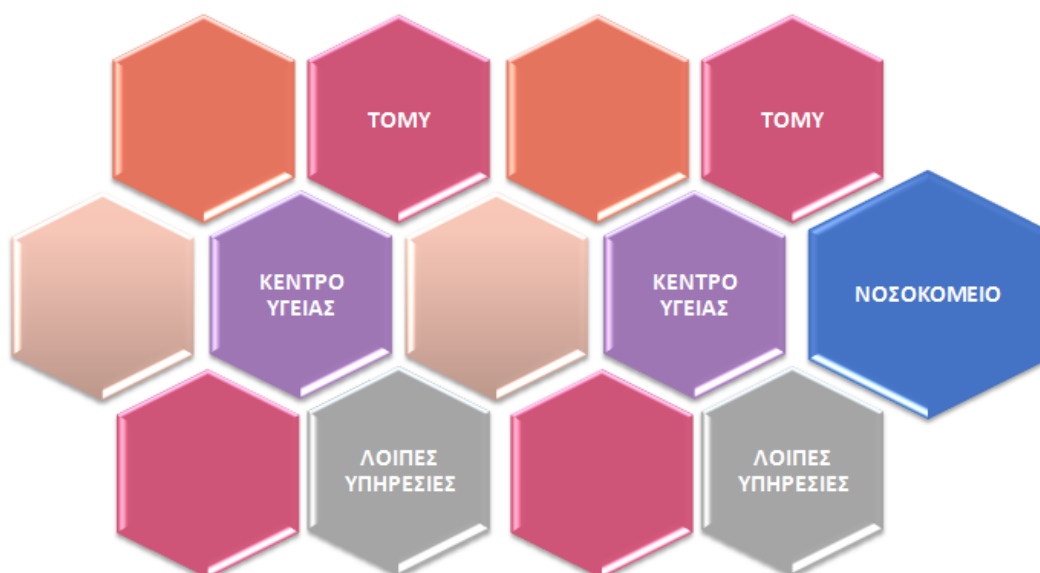
Η βασική καινοτομία της Μεταρρύθμισης συνίσταται στη θέσπιση δύο επιπέδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Σχήματα 2 και 3). Στο πρώτο επίπεδο ΠΦΥ θα λειτουργούν οι Τοπικές Ομάδες και Μονάδες Υγείας (TOMY) ενώ στο δεύτερο επίπεδο τα Κέντρα Υγείας και οι λοιπές δομές παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ. Τα Κέντρα

Υγείας και οι TOMY λειτουργούν σε Τομείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Τ.Ο.Π.Φ.Υ). Ήδη από το 2015, το Υπουργείο Υγείας και οι Υγειονομικές Περιφέρειες έχουν κατανείμει τη χώρα σε Τομείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με στόχο την καλύτερη διαχείριση των πόρων βάσει των υγειονομικών και δημογραφικών δεδομένων της κάθε περιοχής. Στη βάση αυτή θα αναπτυχθεί το νέο σύστημα της ΠΦΥ. Εντός του ΤΟΠΦΥ αναπτύσσεται το τοπικό Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όπου –με ευθύνη του Συντονιστή του Δικτύου- θα δικτυώνονται και θα αλληλεπιδρούν οργανωτικά όλοι οι τύποι δομών της ΠΦΥ με Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, Μονάδες Αντιμετώπισης της Εξάρτησης, Κοινωνικές Δομές, Δημοτικά Ιατρεία, Υπηρεσίες βοήθειας στο Σπίτι, κ.α. Αναλυτικά η διασύνδεση των δομών παρουσιάστηκε στην τέταρτη ενότητα. Η συνεργασία με τις υπόλοιπες μονάδες του Τομέα ΠΦΥ (peer to peer), καθιστά δυνατή την επιστημονική αντιμετώπιση των θεμάτων υγείας του πληθυσμού τους και αναπτύσσει την αυτοαξιολόγηση. Κάθε TOMY διαρθρώνεται δορυφορικά γύρω από το Κέντρο Υγείας του Τομέα ΠΦΥ, από το οποίο και εποπτεύεται. Ο πληθυσμός ευθύνης ανέρχεται σε περίπου 10.000 – 12.000 κατοίκους. Το Δίκτυο αυτό, με την αποκέντρωση των δομών και την εγγύτητα στον λήπτη υπηρεσιών υγείας αντιμετωπίζει άμεσα τις ανισότητες στην πρόσβαση και τις συνέπειες του κοινωνικού αποκλεισμού. Παράλληλα, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών μεγιστοποιείται, καθώς οι οικογενειακοί γιατροί και οι ομάδες υγείας έχουν συγκεκριμένο πληθυσμό ευθύνης, έχουν ως αναφορά και πεδίο παρέμβασης την κοινότητα, διασφαλίζουν την ολιστική προσέγγιση των προβλημάτων υγείας των ανθρώπων και τη συνέχεια στη φροντίδα, ενώ ταυτόχρονα είναι υπεύθυνοι για τον πληθυσμό ευθύνης τους. Βασικό ρόλο στη φιλοσοφία του νέου συστήματος της ΠΦΥ διαδραματίζει η εστίαση στην αντιμετώπιση των κοινωνικών και πολιτισμικών περιορισμών στην πρόσβαση. Επισημαίνεται ότι, διοικητικά, οι TOMY υπάγονται απευθείας στις Υγειονομικές Περιφέρειες, ενώ αναφέρονται στο Κέντρο Υγείας (ΚΥ) αναφοράς. Συνοπτικά, βασικότερος στόχος της Μεταρρύθμισης είναι η παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας μέσω μιας ολιστικής προσέγγισης, καθώς, επίσης, και η βελτίωση των υγειονομικών δεικτών του πληθυσμού και ειδικότερα η αντιμετώπιση του υψηλού επιπολασμού των χρόνιων και μη μεταδιδόμενων νοσημάτων.

Σχήμα 3: Η δομή της νέας ΠΦΥ



Σχήμα 4: Υπηρεσίες στην κοινότητα



5.4 Η πορεία ενός λήπτη υπηρεσιών υγείας στο ΕΣΥ-ο Ρόλος μιας δομής ΠΦΥ

Η έλλειψη ενός οργανωμένου Δημόσιου Συστήματος υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) στη χώρα μας αποτέλεσε κρίσιμο παράγοντα για την δημιουργία των περισσότερων από τις παθογένειες και στρεβλώσεις του Συστήματος Υγείας (Σχήμα 4). Οι στρεβλώσεις αυτές όχι μόνο εντάθηκαν με την κρίση αλλά και την ανατροφοδότησαν. Η ανάγκη όμως για ανάπτυξη της ΠΦΥ προϋπήρχε της κρίσης.

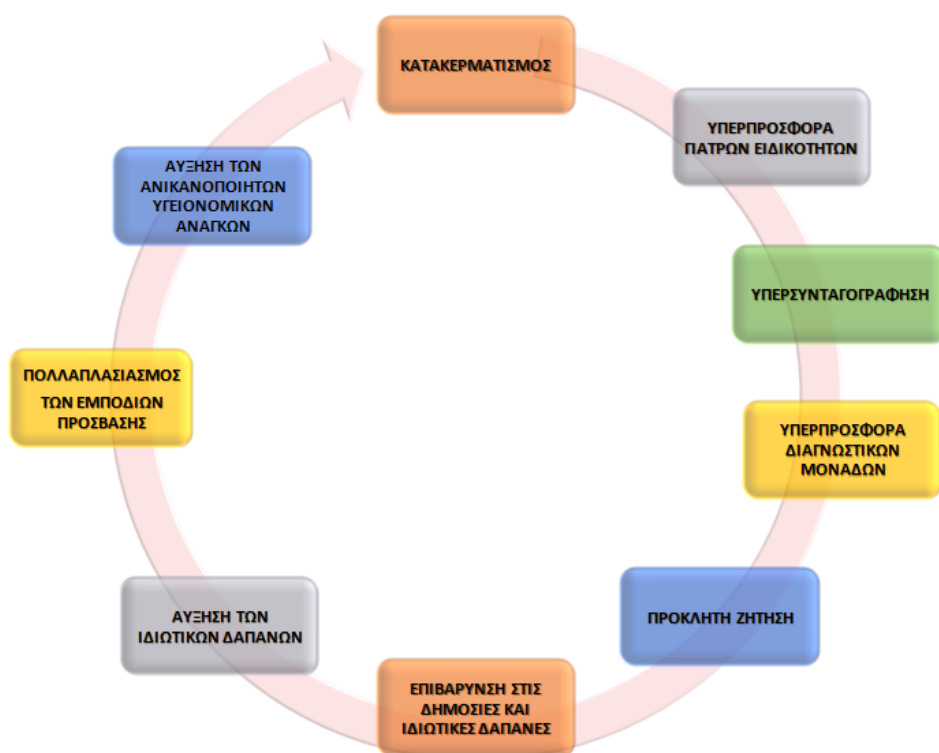
Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών δεκαετιών, οι Έλληνες δεν επωφελήθηκαν από την οικονομική ανάπτυξη και τη βελτίωση των συνθηκών ζωής αλλά και της υγειονομικής περίθαλψης στον ίδιο βαθμό με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, γεγονός που οδήγησε σε αυξανόμενη απόκλιση από τα πρότυπα προόδου των υγειονομικών δεικτών της ΕΕ. Τα ποσοστά θνησιμότητας στην ΕΕ μειώνονται ταχύτατα ενώ στην Ελλάδα μόλις που μεταβάλλονται. Η απογοητευτικά αργή πρόοδος αναφορικά με την κατάσταση της υγείας του Ελληνικού πληθυσμού οφείλεται περισσότερο στο συνδυασμό ανθυγιεινού τρόπου ζωής (αλλαγή διατροφικού προτύπου, παραμέληση φυσικής άσκησης κλπ) και ανυπαρξίας εθνικής πολιτικής πρόληψης και προαγωγής υγείας, παρά σε υστέρηση σε υποδομές, ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και υπηρεσίες εξειδικευμένης νοσοκομειακής περίθαλψης.

Η φροντίδα είναι πολλές φορές αναποτελεσματική, είναι πολύ συχνή η συνταγογραφική αντιμετώπιση των νοσημάτων, δεν υπάρχει συστηματική καταγραφή του ιατρικού ιστορικού και ηλεκτρονικός φάκελος υγείας του πολίτη, έχει απαξιωθεί ο ρόλος των υπόλοιπων επαγγελματιών υγείας, οι ασθενείς συχνά δεν λαμβάνουν τη φροντίδα που χρειάζονται ή λαμβάνουν φροντίδα που δεν χρειάζονται και σχεδόν πάντα πληρώνουν υπερβολικά πολλά χρήματα, μεγάλο μέρος εκ των οποίων "άτυπα". Αυτό οφείλεται στο ότι ο τρόπος που λειτουργεί η αγορά της υγειονομικής περίθαλψης και η αποζημίωση των παρόχων, δίχως αποτελεσματικούς μηχανισμούς ρύθμισης και ελέγχου, έχουν προκαλέσει την ανεξέλεγκτη δραστηριοποίηση του επιχειρηματικού ιδιωτικού τομέα, την υπερπροσφορά σύγχρονου τεχνολογικού εξοπλισμού και ιατρικών εξειδικεύσεων, την εμπορευματοποίηση των σχέσεων μεταξύ χρηστών και παρόχων υπηρεσιών υγείας και την εμφάνιση πολυάριθμων κερδοσκοπικών συμφερόντων.

Η υπέρμετρη αυτή προκλητή ζήτηση δημιουργήσε μηχανισμούς που ανακατευθύνουν τον ασθενή από τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε αυτές του ιδιωτικού τομέα, με συνέπεια το κόστος να μετακυλύεται στους πολίτες, χωρίς να μεταφράζεται πάντα σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Έτσι ανακυκλώνονται τα προβλήματα υγείας και επανέρχεται ο πληθυσμός στην αναζήτηση -ακριβότερων συνήθως τη δεύτερη φορά - υπηρεσιών υγείας. Το φαινόμενο αυτό αυξάνει την

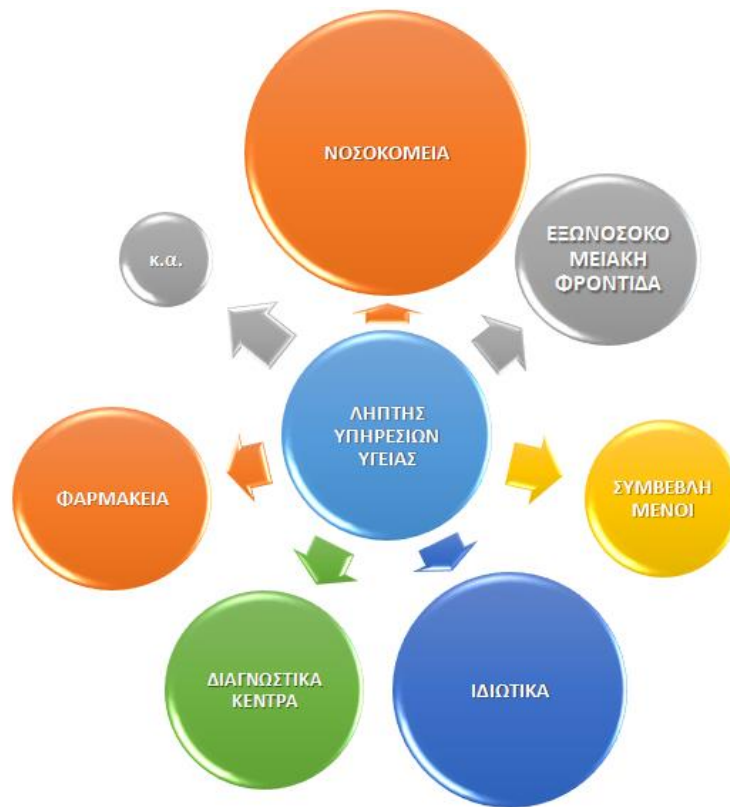
ιδιωτική δαπάνη για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ, μειώνοντας παράλληλα το υπόλοιπο ποσοστό που αντιστοιχεί στη δημόσια δαπάνη (64% των συνολικών δαπανών υγείας, ενώ ο ευρωπαϊκός μέσος όρος είναι 76%), η οποία ούτως ή άλλως έχει μειωθεί σε απόλυτα μεγέθη λόγω της γενικότερης πτώσης του ΑΕΠ. Παράλληλα, όπως έχει ήδη επισημανθεί, η ανεξέλεγκτη και επικερδής αγορά εξειδικευμένης φροντίδας έχει τροφοδοτήσει την υπερπροσφορά ειδικευμένων ιατρών, χωρίς απαραίτητα αυτό να συνοδεύεται με βελτιωμένο επίπεδο υπηρεσιών και μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στη φροντίδα

Σχήμα 4: Στρεβλώσεις του συστήματος υγείας

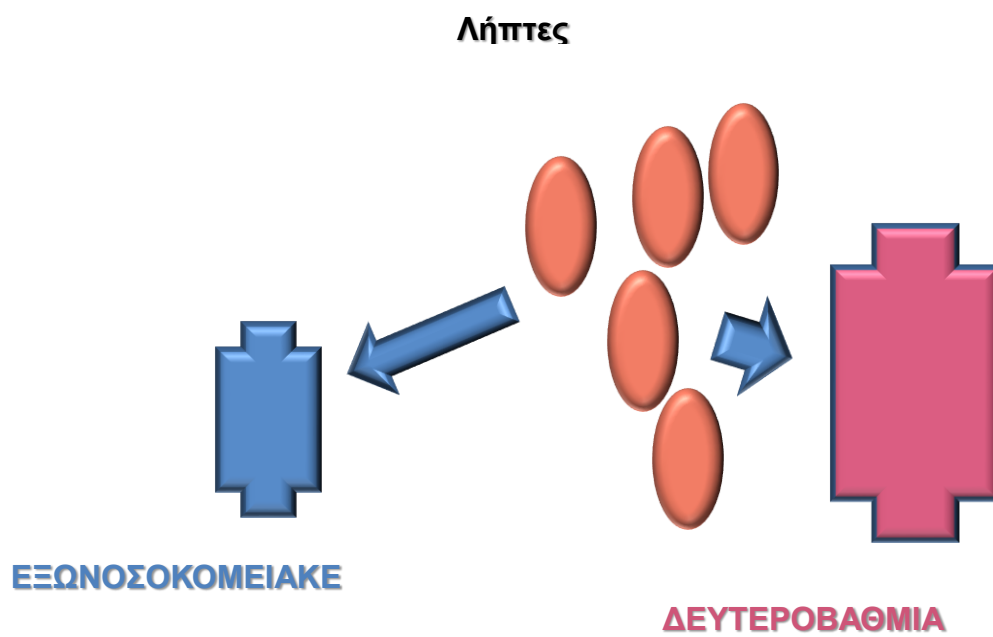


Αποτέλεσμα όλων αυτών των στρεβλώσεων και του κατακερματισμού των υπηρεσιών υγείας είναι ο λήπτης υπηρεσιών υγείας να χάνεται σε ένα δαιδαλώδες σύστημα υπηρεσιών υγείας (Σχήματα 5 και 6). Τον ρόλο του πλοηγού σε αυτό καλείται να παίζει η ΠΦΥ.

Σχήμα 5: Κατακερματισμός υπηρεσιών υγείας



Σχήμα 6: Τρέχουσα κατάσταση



Η TOMY αποτελεί το πρώτο κύτταρο του ΕΣΥ και είναι η βασική μονάδα στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε άτομα και οικογένειες και ο πυρήνας του νέου συστήματος υγείας. Οι δύο λέξεις κλειδιά είναι εγγύτητα και δικτύωση. Εγγύτητα επειδή αυτή καθορίζει την προσβασιμότητα, την συνέχεια και την ισότητα. Δικτύωση επειδή οι οικογενειακές μονάδες δεν μπορούν και δεν θα έπρεπε να λειτουργούν σε απομόνωση· πρέπει να συνεργάζονται εντός του τομέα τους και χρειάζονται την ενίσχυση και άλλων στοιχείων του συστήματος υγείας και πιο συγκεκριμένα τις δομές αναφοράς: τις μονάδες ειδικευμένης περιπατητικής φροντίδας και τα νοσοκομεία.

Οι μονάδες έχουν την ευθύνη - με την εποπτεία της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας - για την παροχή προσβάσιμης, κατάλληλης, αποτελεσματικής, αποδοτικής και ποιοτικής ανθρωποκεντρικής φροντίδας. Οι μονάδες λειτουργούν με δυναμικό πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, το οποίο ιδανικά διαμένει στην κοινότητα που εξυπηρετεί ή κοντά. Τέτοιου είδους μονάδες είναι πιο πιθανό να επιτύχουν συνέχεια στην φροντίδα και μια στενή σχέση με την κοινότητα.

Η κάθε μονάδα ξεχωριστά, διεξάγει ετήσια επίσημη αυτο-αξιολόγηση, σε συνεργασία με τις άλλες ομότιμες μονάδες στο δίκτυο του τομέα, καθώς και με τις περιφερειακές υγειονομικές αρχές και γνωστοποιεί τα αποτελέσματα στην κοινότητα. Η συνεργασία με τις υπόλοιπες μονάδες του τομέα (peer to peer), καθιστά δυνατή την επιστημονική αντιμετώπιση των θεμάτων υγείας του πληθυσμού τους και αναπτύσσει έμμεσα τον αυτοέλεγχο.

Η TOMY εξασφαλίζει πρόσβαση τις καθημερινές μεταξύ 7πμ και 10μμ. και σύμφωνα με τα γεωγραφικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά της περιοχής, την εποχή και τη διαμόρφωση των ομάδων, οι ώρες λειτουργίας μπορεί να υπόκεινται σε μείωση ή διεύρυνση. Στο επίπεδο του τομέα, διοργανώνεται τηλεφωνική διαλογή, δηλαδή συμβουλευτικό κέντρο ή συνεργασία ώστε να εξασφαλίσει 24ωρη εκτός ωραρίου φροντίδα ή ανακατεύθυνση του ασθενή και με αυτό τον τρόπο βοηθάει στη διαχείριση και του κόστους, αλλά και του φόρτου εργασίας.

Είναι ο μόνος τρόπος για να ξεκινήσει μια διαρθρωτική αντίδραση στις συσσωρευμένες στρεβλώσεις του Ελληνικού συστήματος υγείας. Η μετατόπιση του σημείου εισόδου στο σύστημα υγείας από το εξειδικευμένο νοσοκομείο στην γενική περιπατητική φροντίδα δημιουργεί τις συνθήκες για περισσότερο ολοκληρωμένη φροντίδα, συνέχεια και ανθρωποκεντρικότητα, τομείς όπου οι οικογενειακοί ιατροί τα καταφέρνουν καλύτερα.

Επίσης, όσον αφορά στις κοινές ασθένειες, παρέχουν υπηρεσίες τουλάχιστον ισάξιες με αυτές που παρέχονται από τους εξειδικευμένους στα νοσοκομεία.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται από την διεπιστημονική ομάδα στην TOMY αφορούν άτομα και οικογένειες, πληθυσμό και κοινότητα, φυσικό και δομημένο περιβάλλον:

☐ Άτομα και οικογένειες

- Συστηματική παρακολούθηση της υγείας
- Κλινική αντιμετώπιση – διαχείριση περιστατικών (επειγόντων, εκτάκτων, χρόνιων προβλημάτων υγείας, ψυχικής υγείας σε διασύνδεση με τις αντίστοιχες δομές, αναπτυξιακών διαταραχών)
- Κοινωνική φροντίδα
- Φροντίδα κατ' οίκον
- Εκτίμηση και διαχείριση κινδύνου νοσημάτων και καταστάσεων υψηλού επιπολασμού
- Φυσική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη
- Αγωγή υγείας
- Υγεία μητέρας και παιδιού (νεογνική, παιδική και εφηβική υγεία)

☐ Πληθυσμός και κοινότητα:

- Εκτίμηση των αναγκών υγείας της κοινότητας
- Σχεδιασμός και εφαρμογή προγραμμάτων (πρόληψης νοσημάτων, προαγωγής της υγείας)

☐ Φυσικό και δομημένο περιβάλλον

- Εκτίμηση και παρέμβαση σχετικά με τις συνθήκες υγιεινής διαβίωσης στο σπίτι, τη γειτονιά, την εργασία, το σχολείο

Η δυναμική οργάνωση και προώθηση της συνέχειας της φροντίδας, είναι ένα βασικό χαρακτηριστικό μιας ισχυρής ανθρωποκεντρικής πρωτοβάθμιας φροντίδας, για την οποία η μονάδα υγείας είναι υπεύθυνη. Η συνέχεια της περίθαλψης είναι σημαντική για την ποιότητα της φροντίδας όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τους ασθενείς και για την ικανοποίηση των ασθενών. Αλλά η καλύτερη συνέχεια της φροντίδας έχει κάποιες αντικειμενικές διαφορές:

⇒ Μειώνει:

- Τις νοσηλείες
- Την εισροή στα Επείγοντα και τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία
- Τα λάθη στη διάγνωση και τη θεραπεία
- Την κατανάλωση των πόρων

⇒ Βελτιώνει:

- Την αφομοίωση των υπηρεσιών πρόληψης και μειώνει τις ασθένειες
- Την ποιότητα της φροντίδας για ασθενείς με χρόνιες παθήσεις
- Την συμμόρφωση του ασθενούς στη θεραπεία

⇒ Εξασφαλίζει:

- Μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών
- Εξοικονόμηση χρόνου στο πλαίσιο της εξέτασης
- Μικρότερη χρήση των εργαστηριακών εξετάσεων
- Λιγότερες δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη

⇒ Σχετίζεται με:

- την καλύτερη υγεία του πληθυσμού
- μειωμένους συντελεστές θνησιμότητας
- μείωση θανάτων που σχετίζονται με την υπέρταση, εγκεφαλικά επεισόδια και καρκίνο του πνεύμονα
- χαμηλότερα ποσοστά παιδικής θνησιμότητας

Μια σημαντική διαφορά μεταξύ της ανθρωποκεντρικής πρωτοβάθμιας φροντίδας και της κατακερματισμένης περιπατητικής φροντίδας που προσφέρεται σήμερα στην Ελλάδα είναι η ολοκληρωμένη φροντίδα. Κάθε μονάδα θα πρέπει να εξασφαλίσει την πρόσβαση και την κάλυψη με βασικές ιατρικές υπηρεσίες του εγγεγραμμένου σε αυτή πληθυσμό. Το σύνολο των υπηρεσιών αυτών περιλαμβάνει:

- Μέριμνα για οξέα νοσήματα
- Παρακολούθηση, προαγωγή της υγείας και διαρκής πρόληψη νοσημάτων
- Παρακολούθηση ιατρικών περιπτώσεων χρόνιων παθήσεων και πολυνοσηρότητας

Η πρωτοβάθμια φροντίδα ανταποκρίνεται στα προβλήματα όπως εμφανίζονται: αναγνωρίσιμα ή όχι, ασαφή ή ακριβή, τετριμμένα ή ζωτικής σημασίας. Το εύρος των αντιδράσεων - προαγωγικών, προληπτικών, ιατρικών, ψυχολογικών, παραπομπές, παρακολούθηση - πρέπει να είναι εξίσου ολοκληρωμένο.

Το έργο της TOMY. έχει κοινοτική διάσταση - σε σχέση με τον πληθυσμό που απαρτίζει τους καταλόγους των εγγεγραμμένων, την γειτονιά στην οποία κατοικούν και τον τομέα στον οποίο δραστηριοποιούνται.

- Προσδιορισμός των ειδικών αναγκών υγείας των ατόμων ή οικογενειών (συμπεριλαμβανομένης της υγείας των γυναικών, την υγεία των νεογνών, των παιδιών και των εφήβων, την υγεία ενηλίκων και ηλικιωμένων)
- Αξιολόγηση των συγκεκριμένων κινδύνων για την υγεία της κοινότητας και του κάθε νοικοκυριού ξεχωριστά
- Παρέμβαση, με εξατομικευμένες πληροφορίες και εκπαίδευση σε θέματα υγείας σε συγκεκριμένους τομείς που σχετίζονται με την προώθηση και την προστασία της υγείας και την πρόληψη των επικίνδυνων για την υγεία συνηθειών σε διάφορα στάδια της ζωής
- Πρώτα μέτρα για την καταπολέμηση επιδημιών και τα σημεία εντοπισμού σε περίπτωση εκδήλωσης
- Διασφάλιση συμμόρφωσης με το Εθνικό σχέδιο εμβολιασμού και την εφαρμογή των επιλεγμένων προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου
- Προαγωγή της υγείας σε καταστάσεις ιδιαίτερης δεκτικότητας σε μηνύματα για την υγεία συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων-στόχων
- Κατ' οίκον επισκέψεις για ασθενείς με φυσική και λειτουργική εξάρτηση σε τελικά στάδια, που απαιτούν ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα και οι οποίοι δεν μπορούν να επισκεφθούν την Μονάδα
- Κατ' οίκον επισκέψεις με αίτηση των ασθενών ή των οικογενειών τους σε περιπτώσεις δυσκολίας πρόσβασης στην Μονάδα, ιδίως όταν υπάρχει φυσική και λειτουργική ανικανότητα του ασθενή

- Συντονισμός με την περιπατητική εξειδικευμένη φροντίδα και την νοσοκομειακή περίθαλψη, ιδίως σε περιπτώσεις παραπομπής, πριν, κατά τη διάρκεια ή και μετά τη νοσηλεία, εξασφαλίζοντας την καλύτερη δυνατή συνέχιση της περίθαλψης και την αποφυγή προβλημάτων που οφείλονται στην κακή επικοινωνία μεταξύ των υπηρεσιών
- Επικοινωνία και συνεργασία με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας και τις αρχές της υγείας, τόσο σε περιπτώσεις ασθενειών υποχρεωτικής δήλωσης, όπως και σε όλες τις περιπτώσεις όπου οι πληροφορίες που κατέχονται από τους επαγγελματίες υγείας της Μονάδας είναι σχετικές με την προστασία της δημόσιας υγείας
- Επικοινωνία και συντονισμός με τις κοινωνικές υπηρεσίες και άλλους φορείς σχετικά με το έργο της Μονάδας

Χωρίς να τίθεται σε κίνδυνο η επίτευξη του βασικού πυρήνα των υπηρεσιών, η ΥΠΕ θα μπορεί να προχωρεί σε σύμβαση για την παροχή επιπλέον υπηρεσιών και όπου υπάρχει αποδεδειγμένη ανάγκη. Η προτεινόμενη δραστηριότητα πρέπει να κατευθύνεται σε άτομα, οικογένειες ή κοινότητες στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η ΥΠΕ μπορεί να καλέσει την Μονάδα να υποβάλει προτάσεις για δραστηριότητες που πρέπει να αναληφθούν ως μέρος των πρόσθετων υπηρεσιών.

Οι πρόσθετες υπηρεσίες θα πρέπει να περιγράφονται και να αιτιολογούνται σε μια πρόταση η οποία θα περιλαμβάνει:

- Το σκεπτικό
- Αντικείμενα, στόχους και την περίοδο εφαρμογής
- Τον πληθυσμό αναφοράς
- Τους δείκτες απόδοσης που θα επιτρέπουν την μέτρηση του φόρτου εργασίας και πως αυτός επηρεάζει το έργο της Μονάδας
- Δραστηριότητες και μηνιαία ομάδα φόρτου εργασίας από επαγγελματία
- Χαρακτηρισμός των επαγγελματιών που εμπλέκονται, υποδεικνύοντας συγκεκριμένες ανάγκες κατάρτισης για την αντίστοιχη δραστηριότητα
- Προβλεπόμενη χρηματοδότηση της δραστηριότητας, συμπεριλαμβανομένων των οικονομικών ανταμοιβών για την ομάδα

Οι πρόσθετες υπηρεσίες υπόκεινται στην έγκριση της τεκμηριωμένης πρότασης και της χρηματοδότησης. Μπορεί να περιλαμβάνουν, για παράδειγμα:

- Σχολική υγεία
- Στοματική υγεία
- Εργασιακή υγεία
- Σχέδια που απευθύνονται σε όσους κινδυνεύουν από κοινωνικό αποκλεισμό
- Σχέδια με στόχο τους εφήβους και τους νέους
- Έργα που απευθύνονται σε χρήστες ναρκωτικών ουσιών
- Σχέδια με στόχο τους μετανάστες/πρόσφυγες
- Φυματίωση
- Άλλα

Ένα άλλο στοιχείο που εισάγει το νέο σύστημα ΠΦΥ στο ΕΣΥ είναι οι παραπομπές, οι οποίες κατευθύνουν ορθολογικά την πορεία του λήπτη υπηρεσιών υγείας στο σύστημα υγείας (Σχήμα 7). Σημειώνεται, δε ότι η πορεία του λήπτη υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να αποτυπώνεται και στο πληροφοριακό σύστημα που υποστηρίζει την όλη πορεία του στο σύστημα υγείας και αφήνει το ηλεκτρονικό υγειονομικό του αποτύπωμα.

Αρκετές μελέτες σε ενήλικες και παιδιά αναφέρουν ότι οι ασθενείς και οι ειδικοί προτιμούν κοινή φροντίδα μεταξύ γενικού και ειδικού και υπάρχουν συχνά πραγματικές κλινικές ενδείξεις για τον βαθμό συμμετοχής του ειδικού στην διαχείριση των προβλημάτων συγκεκριμένων ασθενών:

- Σε κάποιες περιπτώσεις τα αποτελέσματα ως προς την υγεία και η εμπειρία του ασθενούς επιδέχονται βελτιώσεων μέσα από μία κοινοτική δράση των ειδικών ως τμήμα της συνεργασίας μεταξύ της Το.Μ.Υ. και άλλων δομών στον τομέα της υγείας (ειδικές κοινοτικές υπηρεσίες υγείας, νοσοκομείο, κοινοτική ψυχική υγεία κλπ).
- Σε άλλες περιπτώσεις η παραπομπή απαιτείται. Η παραπομπή από έναν οικογενειακό γιατρό οδηγεί σε πιο κατάλληλη παρέμβαση με λιγότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές και επεισόδια, από ό,τι συμβαίνει όταν οι ασθενείς αυτοπαραπέμπονται στους ειδικούς. Ο βελτιωμένος συντονισμός της φροντίδας υγείας ενισχύει την συνέχεια της φροντίδας, τα αποτελέσματα ως προς το επίπεδο υγείας και την ικανοποίηση του ασθενή, ιδιαίτερα σε ασθενείς με πολλαπλές χρόνιες παθήσεις.

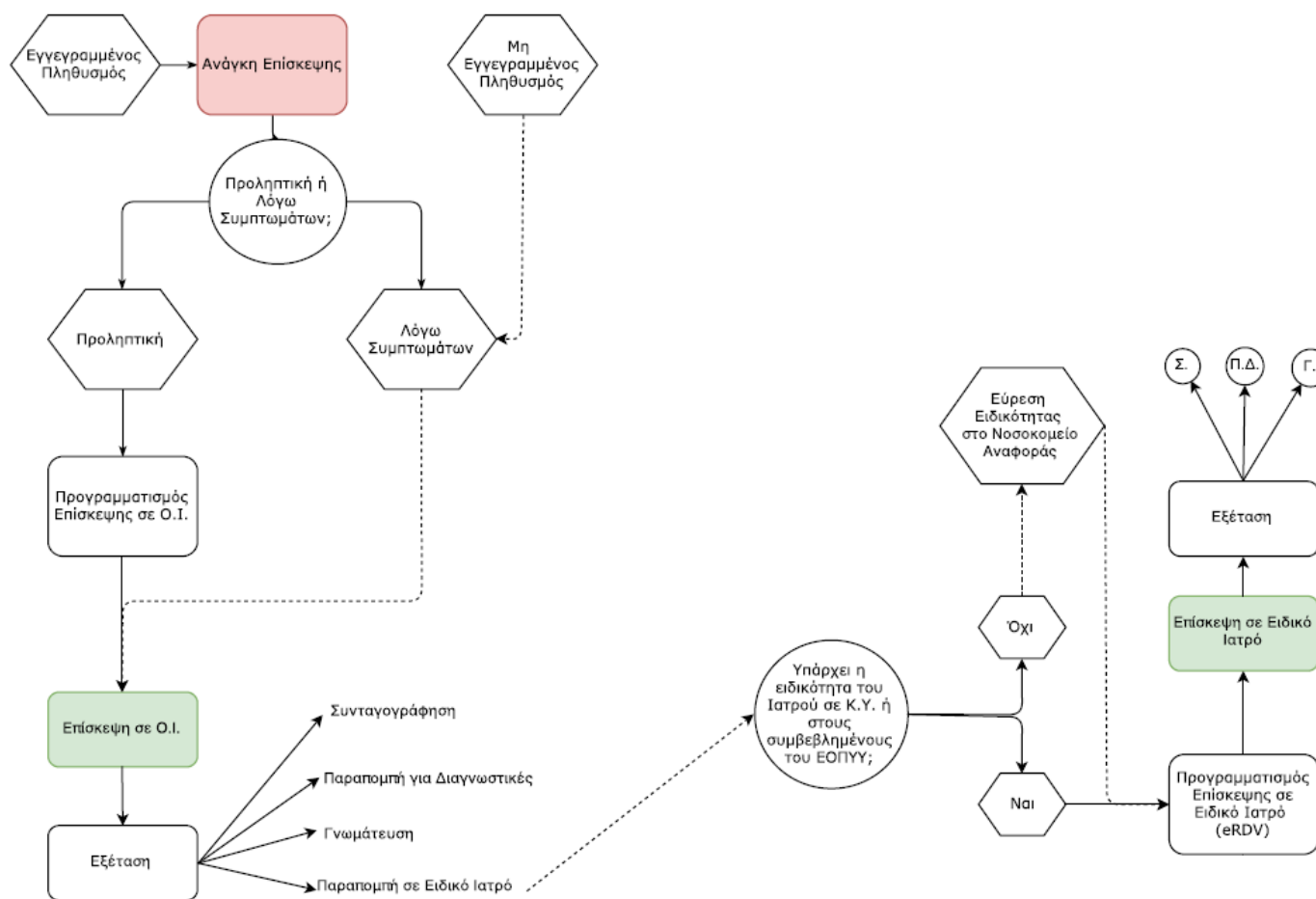
- Τα συστήματα φροντίδας υγείας στα οποία οι ιατροί της πρωτοβάθμιας λειτουργούν ως πυλωροί "gatekeepers", ελέγχουν δηλαδή τις παραπομπές σε ειδικούς ιατρούς και την εισροή στο δευτεροβάθμιο επίπεδο υγείας, είναι γενικά πιο αποδοτικά από ό,τι τα αντίστοιχα στα οποία απουσιάζει ο συγκεκριμένος ρόλος. Γενικά ο έλεγχος της πρόσβασης εκτιμάται από τους ασθενείς, εάν και εφόσον είναι σε θέση να διαλέξουν τον οικογενειακό τους γιατρό, αλλά υπάρχουν ηπιότερες ρυθμίσεις όπως διάφορες τακτικές προτεραιότητας, αναφορικά με την πρόσβαση σε εξειδικευμένη φροντίδα ή οικονομικές κυρώσεις στην περίπτωση άμεσης πρόσβασης που θα μπορούσαν να αποτελέσουν μία εναλλακτική λύση για την ελληνική πραγματικότητα.
- Η σύγχυση ενός κατακερματισμένου συστήματος με πολυάριθμες υπηρεσίες και δομές μπορεί να γίνει πιο διαχειρίσιμη μέσα από σαφή, λογική και εύκολα κατανοητή πλοήγηση. Αυτό απαιτεί από την ομάδα οικογενειακής υγείας να διαχειρίζεται την μετακίνηση μεταξύ διαφόρων ειδικών και υπηρεσιών. Δεν προκαλεί εντύπωση ότι στις χώρες με τον υψηλότερο βαθμό κατακερματισμού, όπως στις ΗΠΑ, οι προσπάθειες προς αυτή την κατεύθυνση έχουν ενταθεί τα τελευταία χρόνια.

Σε όλες τις περιπτώσεις, όμως, θα πρέπει να ληφθούν συγκεκριμένα μέτρα ώστε να εξασφαλιστεί ο συντονισμός των παραπομπών, ιδιαίτερα όταν εμπλέκονται ποικίλες κλινικές και κοινωνικές υπηρεσίες, όπως στην περίπτωση των ασθενών με πολυνοσηρότητα.

- Η ΤΟΜΥ προγραμματίζει χρόνο για τακτικό (μηνιαίο) πρακτικό διάλογο επί τεχνικών θεμάτων και τον συντονισμό με τις ειδικές υποστηρικτικές υπηρεσίες (νοσοκομείο, μονάδες περιπατητικής φροντίδας, ομάδες κοινοτικής ψυχικής υγείας), με προτεραιότητα στις συζητήσεις για τους ασθενείς με σοβαρά προβλήματα υγείας (ανοσοκαταστολή, ασταθές άσθμα, διαβητικό έλκος, ιατρογενή ατυχήματα).
- Η ΤΟΜΥ όπως και γενικότερα το νοσοκομείο αναφοράς του τομέα της ΠΦΥ και οι μονάδες περιπατητικής φροντίδας, χρησιμοποιούν τον ίδιο ηλεκτρονικό φάκελο, με την ΤΟΜΥ να είναι υπεύθυνη για τη σύνθεση και την καταγραφή όλων των τεχνικών δεδομένων.
- Η ΤΟΜΥ κατευθύνει τους παραπεμπόμενους ασθενείς σε γραφεία Συντονισμού και Προσανατολισμού στα νοσοκομεία ή σε μονάδες περιπατητικής φροντίδας, που είναι υπεύθυνα για την πρακτική οργάνωση του συντονισμού και της καθοδήγησης του ασθενούς μεταξύ των δομών παραπομπής και υποδοχής.
- Η Μονάδα επικοινωνεί, τουλάχιστον σε εβδομαδιαία βάση, με τα γραφεία Συντονισμού και Προσανατολισμού για να εντοπίσει προβλήματα πρόσβασης,

παρατεταμένο χρόνο αναμονής ή άλλα ζητήματα αναφερόμενα από τους ασθενείς.

Σχήμα 7: Η πορεία του λήπτη υπηρεσιών υγείας στο ΕΣΥ



Μία άλλη σημαντική παράμετρος για την ορθότερη οργάνωση της ΠΦΥ είναι η τομεοποίηση. Στη συμβατική εξωνοσοκομειακή (περιπατητική) περίθαλψη, ο πάροχος αναλαμβάνει την ευθύνη για τον πολίτη, ο οποίος δέχεται την φροντίδα για όσο χρόνο διαρκεί η παροχή αυτής. Στην καλύτερη των περιπτώσεων, η ευθύνη του ιατρού επεκτείνεται στην εξασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας.

Αυτή η παθητική προσέγγιση δεν είναι επαρκής για την αντιμετώπιση όλων των αναγκών του. Παράλληλα υπάρχουν άνθρωποι οι οποίοι, είτε αισθάνονται αποκλεισμένοι, είτε ακόμη χειρότερα είναι πράγματι αποκλεισμένοι από την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Κάποιοι καθυστερούν ή δεν εξασφαλίζεται η ιατρική παρακολούθησή τους, ακόμη και όταν βρίσκονται σε ανάγκη. Άλλοι θα μπορούσαν να επωφεληθούν από προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου ή πρόληψης (π.χ. για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ή για την παιδική παχυσαρκία), αλλά δεν έχουν τη δυνατότητα να ζητήσουν συμβουλευτικές υπηρεσίες. Άλλωστε έχει παρατηρηθεί το γεγονός ότι προληπτικές υπηρεσίες που περιορίζονται σε χρήστες υπηρεσιών υγείας, συχνά αφήνουν εκτός εκείνους που τις έχουν μεγαλύτερη ανάγκη.

Η παθητική προσέγγιση-απάντηση στη ζήτηση έχει και μία δεύτερη ατυχή επίπτωση: Δεν δίδει τη δυνατότητα να εμπεριέχονται στη ζήτηση τοπικοί προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας-ασθένειας (κοινωνικοί προσδιοριστές, περιβαλλοντικοί προσδιοριστές ή προσδιοριστές σχετιζόμενοι με την εργασία). Όλα τα ανωτέρω αντανakλούν χαμένες ευκαιρίες για την βελτίωση της υγείας: Πάροχοι που αναλαμβάνουν την ευθύνη μόνο για τους "πελάτες" τους και επικεντρώνονται στην αποκατάσταση μετά από κάποια ασθένεια και όχι στη διατήρηση και στην προαγωγή της υγείας.

Η εναλλακτική λύση είναι να αποδοθεί ρητή ευθύνη στους ιατρούς και σε άλλους επαγγελματίες υγείας για σαφώς καθορισμένες κοινότητες ή πληθυσμούς, καθιστώντας το τοπικό σύστημα υγείας υπεύθυνο (υπόλογο) για την παροχή ολοκληρωμένης, συνεχούς και προσωποκεντρικής φροντίδας για δεδομένο πληθυσμό. Αυτό είναι το σκεπτικό της τομεοποίησης: Ο καθορισμός του πληθυσμού για τον οποίο ένα τοπικό δίκτυο υγειονομικής περίθαλψης είναι υπεύθυνο.

Το φάσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών εκτείνεται σε όλο το εύρος, από την προαγωγή υγείας μέχρι την παρηγορητική φροντίδα. Κρίσιμο σημείο αποτελεί η διασφάλιση της πρόσβασης όλου του πληθυσμού χωρίς κανέναν αποκλεισμό όχι μόνο από την Π.Φ.Υ. αλλά και από τις 24/7 υπηρεσίες, από τα προγράμματα πρόληψης, από τις εξειδικευμένες υπηρεσίες, από την φροντίδα ειδικότητας όταν χρειάζεται. Σημαντικό είναι το γεγονός ότι η τομεοποίηση θέτει την ΠΦΥ στο επίκεντρο του συστήματος και όχι στη βάση της πυραμίδας. Αυτό είναι σύμφωνο με την τρέχουσα σκέψη για τα σύγχρονα συστήματα ΠΦΥ.

Οι Τομείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποτελούν μονάδες σχεδιασμού στις οποίες αποδίδονται ευθύνες και αρμοδιότητες σε συγκεκριμένα δίκτυα υγείας. Για την υγειονομική περίθαλψη του συγκεκριμένου πληθυσμού το δίκτυο οφείλει να λογοδοτεί. Η τομεοποίηση είναι το εργαλείο μέσω του οποίου καθίσταται δυνατή η ανάθεση της ευθύνης της παροχής φροντίδας υγείας ενός ορισμένου πληθυσμού σε ένα τοπικό υγειονομικό δίκτυο.

Τέλος, και στη βάση όλων όσων έχουν αναφερθεί η αποτελεσματική και ποιοτική πρωτοβάθμια φροντίδα αφορά τους ανθρώπους. Το να έχει κάποιος έναν τακτικό, αξιόπιστο και προσωπικό πάροχο πρωτοβάθμιας φροντίδας ως σημείο εισόδου στέκεται από μόνο του χωρίς υποστήριξη. Είναι επίσης προϋπόθεση για την πληρότητα, τη συνέχεια, και την ανθρωποκεντρικότητα. Όλα αυτά εξαρτώνται από τις σταθερές, μακροχρόνιες, διαπροσωπικές σχέσεις με τον προσωπικό γιατρό που είναι το σημείο εισόδου στο σύστημα υγείας και αυτό έχει καλά τεκμηριωμένα πλεονεκτήματα σε σύγκριση με το να απευθύνεται κάποιος σε ένα συγκεκριμένο νοσοκομείο ή άλλη δομή υγείας όπου δεν έχει καθόλου σταθερό πάροχο. Για παράδειγμα, ηλικιωμένοι που παρουσιάζουν συχνά πολυνοσηρότητα, είναι λιγότερο πιθανό να τους συνταγογραφηθούν πολλά φάρμακα αν έχουν τον σταθερό γιατρό τους. Οι γιατροί που γνωρίζουν τους ασθενείς τους για μια παρατεταμένη χρονική περίοδο, είναι σε καλύτερη θέση να αναγνωρίζουν ψυχοκοινωνικά προβλήματα που επηρεάζουν την υγεία του ασθενή. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τους οικογενειακούς γιατρούς, οι οποίοι φθάνουν σε υψηλότερες "ανθρωποκεντρικές βαθμολογίες" από τις συμβατικές περιπατητικές μονάδες ή εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.

Οι βραχυπρόθεσμες σχέσεις με γιατρούς σχετίζονται με προβλήματα, όπως τα υψηλά ποσοστά επανεισαγωγής. Μια μακροχρόνια σχέση συνδέεται με χαμηλότερο συνολικό κόστος της υγειονομικής περίθαλψης μετά τον έλεγχο, για διάφορα κοινωνικο-δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά των ασθενών, συμπεριλαμβανομένης και της νοσηρότητας. Τουλάχιστον δύο χρόνια επαφής απαιτούνται γενικά για τους ασθενείς και τους επαγγελματίες να γνωρίσουν ο ένας τον άλλον αρκετά καλά, για να παρέχει ο γιατρός την βέλτιστη προσωποκεντρική φροντίδα. Όσο περισσότερο διαρκεί η σχέση ασθενούς-παρόχου, τόσο περισσότερη γνώση συσσωρεύει ο ασθενής από τον γιατρό του και τόσο περισσότερο εμπιστοσύνη του έχουν. Για το λόγο αυτό η εγγραφή στους καταλόγους των ασθενών ευνοεί την μακροπρόθεσμη εξατομικευμένη σχέση και βελτιώνει τις παραπομπές, την πρόσβαση στην ψυχική υγεία, την συνέχεια και το συντονισμό της φροντίδας.

Η σημασία της μακροπρόθεσμης και εξατομικευμένης σχέσης, έχει πληγεί σημαντικά από τον κατακερματισμό και την εμπορευματοποίηση της υγείας στην Ελλάδα. Ένας συνδυασμός της τομεοποίησης και της εγγραφής - που φέρνει ένα στοιχείο επιλογής, σύμφωνα με τις προσδοκίες του πληθυσμού - μπορεί να το καταστήσει δυνατό. Η σημασία του στοιχείου της επιλογής δεν πρέπει να υποτιμάται. Η ελεύθερη επιλογή παρόχου υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, διασφαλίζει

περισσότερο μια καλή σχέση απ' ότι η ανάθεση ενός επαγγελματία. Αν οι ασθενείς έχουν την ελευθερία επιλογής για το είδος του παρόχου πρωτοβάθμιας, αξιολογούν τις οργανωτικές πτυχές των υπηρεσιών πιο θετικά. Ωστόσο, αναγνωρίζοντας τη σημασία της ελεύθερης επιλογής, δεν είναι το ίδιο με την επιδοκimasία του να "ψωνίζεις υπηρεσίες υγείας". Αυτός είναι και ο λόγος τομεοποίησης σε συνδυασμό με την εγγραφή, όπου μέσα σε ένα τομέα πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορεί να επιλέξει κάποιος σε ποια ομάδα και σε ποια μονάδα υγείας θα καταχωρηθούν. Τελικά είναι αναμενόμενο όλοι οι κάτοικοι του τομέα να εγγραφούν στον κατάλογο μιας από τις ομάδες υγείας.

Το δίκτυο των TOMY ενθαρρύνει, μέσω της ενεργητικής προσέγγισης και επικοινωνίας με τον πληθυσμό στον τομέα, την εγγραφή του συνόλου του πληθυσμού του τομέα, σε μία μονάδα του τομέα (κατά κανόνα αυτή θα είναι στη γειτονιά του). Η εγγραφή στους καταλόγους καθιστά δυνατή την εισαγωγή μιας σημαντικής καινοτομίας στον τρόπο παροχής υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα: λογοδοσία, όχι για έναν συγκεκριμένο όγκο εργασίας, αλλά για την περίθαλψη που παρέχεται σε έναν ορισμένο πληθυσμό (και ως εκ τούτου κατά κεφαλήν).

Βιβλιογραφία

📖 Επιτροπή Σχεδιασμού & Συντονισμού για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Εγχειρίδιο λειτουργίας των Τοπικών Ομάδων Υγείας, Αθήνα 2018.

📖 ΕΟΠΠΕΠ «Πιστοποίηση Εκπαιδευτικής Επάρκειας», Αθήνα 2014.

📖 Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας «Προς ένα σύστημα προληπτικής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για την Ελλάδα», Αθήνα 2016.

📖 Υπουργείο Υγείας, Επιτελική Δομή ΕΣΠΑ «Εθνική στρατηγική υγείας και δράσεις του τομέα υγείας στο ΕΣΠΑ 2014-2020», Αθήνα 2016.

📖 Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario). Planning Health Promotion Programs: Introductory Workbook. 4th ed. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario; 2015.