



**Εθνική Σχολή
Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης**

Σημειώσεις Μαθήματος

2018

Εθνική Σχολή Δημόσια Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης

Οργάνωση και Διοίκηση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Γεώργιος Πιερράκος
Καθηγητής Πανεπιστήμιου Δυτικής Αττικής

Περιεχόμενα

1. Γενική Εισαγωγή	1
2. Εννοιολογικές Προσεγγίσεις.....	5
3. Σύστημα Υγείας.....	9
4. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	15
5. Φροντίδα Υγείας στην Κοινότητα και στο Σπίτι	22
6. Ανθρώπινο δυναμικό στην Πρωτοβάθμια	25
6.1.1 Οικογενειακός ιατρός	25
6.1.2 Η διεπιστημονική ομάδα των επαγγελματιών υγείας	28
6.1.3 Νοσηλευτές στην κατ' οίκον νοσηλεία.....	29
7. Θεσμικό πλαίσιο πρωτοβάθμιας στην Ελλάδα σήμερα	31
8. Βιβλιογραφία	35

1. Γενική Εισαγωγή

Στο πλαίσιο των αυξανόμενων κοινωνικών αναγκών, αλλά και απαιτήσεων για εξατομικευμένες υπηρεσίες παροχής υπηρεσιών υγείας ο ανθρωποκεντρικός σχεδιασμός τους μπορεί να αποδειχτεί κρίσιμα σημαντικός για την αύξηση της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας (αποτέλεσμα ως προς το κόστος) καθώς και για την σημαντική αύξηση της προσβασιμότητας. Συνεργατικά σε αυτό συμβάλλουν και πολιτικές που αφορούν στην βελτίωση του περιβάλλοντος δραστηριοποίησης του πολίτη, του πολιτισμικού και πολιτιστικού επιπέδου της κοινωνίας στην οποία ζει, καθώς και του συνόλου των παρεχόμενων υπηρεσιών κλπ. Συνεπώς είναι ζωτικής σημασίας, τόσο για το Σύστημα Υγείας όσο και για τον ίδιο τον πολίτη, η ανάπτυξη του πρώτου με επίκεντρο και βάση την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στοχεύοντας πρωτίστως στην αντιμετώπιση της ασθένειας πριν την εμφάνισή της. Στόχος επίσης της Πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι η αντιμετώπιση της χρόνιας ασθένειας. Οι χρόνιες ασθένειες αποτελούν μια μεγάλη πρόκληση για την υγεία του πληθυσμού. Πρόκειται για μια σημαντική αιτία της πρόωρης θνησιμότητας και δεδομένου ότι οδηγούν συχνά σε κάποια μορφή αναπηρίας, έχουν σημαντικό αντίκτυπο στο προσδόκιμο ζωής. Καθώς ο πληθυσμός γερνάει και νέες θεραπείες επιτρέπουν στα άτομα με θανατηφόρες ασθένειες να επιβιώσουν, ο αριθμός των ασθενών με χρόνιες ασθένειες αυξάνεται με ραγδαίους ρυθμούς τις τελευταίες δεκαετίες σε πολλές χώρες. Στα παραδείγματα χρόνιων ασθενειών περιλαμβάνονται οι καρδιακές παθήσεις, η νόσος του Πάρκινσον, η επιληψία, η σκλήρυνση κατά πλάκας, το εγκεφαλικό επεισόδιο, ο διαβήτης, η νεφρική ανεπάρκεια, το άσθμα, η παχυσαρκία, η οστεοαρθρίτιδα, οι ψυχωσικές διαταραχές, η άπνοια κατά τον ύπνο και προβλήματα ψυχικής υγείας. Η συννοσηρότητα πολλών μακροχρόνιων ασθενειών στον ασθενή οδηγεί στην πολυπλοκότητα της φροντίδας τους με την ανάγκη για περισσότερη φροντίδα από τους επαγγελματίες υγείας, καθώς είναι πιθανόν να επιδεινώνεται η κατάσταση τους και να αντιμετωπίζουν περισσότερες δυσκολίες. Στο επίπεδο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας η ανάπτυξη υπηρεσιών Μακροχρόνιας Φροντίδας, αφορά στα άτομα με χρόνιες παθήσεις (π.χ. ασθενείς με νεοπλασίες, διαβητικοί, σκλήρυνση κατά πλάκας κλπ.)

και μη αναστρέψιμη ασθένεια, με την οποία θα πρέπει να συμβιώσουν για να αποφύγουν τον κοινωνικό αποκλεισμό και να φτάσουν σε ένα ικανοποιητικό έως και άριστο επίπεδο αυτοφροντίδας. Η συμμετοχή της Τοπικής Κοινωνίας στη συνδιαμόρφωση του χάρτη της παροχής υπηρεσιών από τελεί την καταλυτική δύναμη άμεσης αντιμετώπισης των τοπικών προτεραιοτήτων, στη μείωση της γραφειοκρατίας στην αμεσότερη εφαρμογή καινοτόμων δράσεων και φυσικά στην αύξηση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στοχεύει στην κάλυψη εξατομικευμένων αναγκών φροντίδας υγείας σε τοπικό επίπεδο και στην οικογένεια με στόχο τη σύνδεση του συστήματος υγείας με τον τόπο κατοικίας και εργασίας των πολιτών. Η σφαιρική αντίληψη της έννοιας της υγείας, και η πελατοκεντρική παροχή υπηρεσιών διαμορφώνει ένα πλαίσιο ενεργητικής συμμετοχή του ίδιου του πολίτη στην τοπική τοπικής κοινωνίας. Ωστόσο είναι απαραίτητος ο στρατηγικός μακροπρόθεσμος σχεδιασμός με στόχο τη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας της ζωής του πολίτη με άξονα το Σύστημα Υγείας και την αξιοποίηση όλων των πόρων της τοπικής κοινωνίας, αποφεύγοντας τον κατακερματισμό των πόρων. Με την ενδυνάμωση της Τοπικής Κοινωνίας αντιμετωπίζεται το έλλειμμα α) στην ικανοποίηση των τοπικών αναγκών, β) στην απρόσωπη εφαρμογή πολιτικών που αφορούν τη ζωή των πολιτών και γ) στη δημιουργία συνθηκών έλλειψης εμπιστοσύνης του πολίτη στην κρατική λειτουργία. Η ενεργός εμπλοκή των πολιτών στις διαδικασίες της συμμετοχικής κοινωνίας δημιουργεί συνθήκες αντιμετώπισης των προβληματικών πολιτικών του κεντρικού κράτους που συνδέονται αφενός με τη συνεχή διόγκωση των δαπανών και αφετέρου με την αδυναμία της ευελιξίας της διοίκησης. Με τον τρόπο αυτό η διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας στην ολιστική αντίληψη της υγείας, όπως περιγράφεται προηγουμένως, επιτυγχάνεται καλύτερα μέσα από υπηρεσίες πρόληψης και αγωγής υγείας, με αποκέντρωση και ενεργή συμμετοχή της κοινότητας, την ενεργοποίηση των τοπικών δικτύων και την ενίσχυση των άτυπων σχέσεων μεταξύ των πολιτών. Απαιτεί ακόμη, πλην του τομέα υγείας και τη συντονισμένη δράση πολλών άλλων τομέων της κοινωνικής οργάνωσης.

Η ανάπτυξη στρατηγικών και επιχειρησιακών σχεδίων δράσης για κάθε υπηρεσία συνιστά ένα σημαντικό εργαλείο για τους υπεύθυνους και αποτελεί προϋπόθεση

για τη δημιουργία ενός πλαισίου επεξεργασίας και ανάλυσης λειτουργικών σκοπών και στόχων. Το πλαίσιο αυτό επιτρέπει τη στοχοθεσία ικανοποίησης αναγκών των εξυπηρετούμενων και θέτει χρονοδιαγράμματα και προτεραιότητες.

Κομβικό σημείο είναι η καθιέρωση “πνεύματος” κουλτούρας συλλογικής εργασίας και ο τρόπος λειτουργίας ο οποίος επιτρέπει τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας της εργασίας. Η δημιουργία ομάδων εργασίας κινητοποιεί την ενεργό συμμετοχή του προσωπικού στη διαχείριση περιορισμένων πόρων, στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων, στη διαμόρφωση εξειδικευμένων προγραμμάτων παρέμβασης ανάλογα με τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων ατόμων και ομάδων.

Σήμερα τόσο η οικονομική κρίση όσο και οι συνεχώς αυξανόμενες κοινωνικές ανάγκες πιέζουν τα Συστήματα Υγείας για την ικανοποίηση τριών βασικών στόχων: α) την Οικονομική βιωσιμότητα και αποδοτικότητα, β) την ποιοτική παροχή υπηρεσιών και γ) την ισότητα στην προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας για όλους του πολίτες.

Σε αυτό το κρίσιμο πλαίσιο η ανάπτυξη ενός δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας πραγματοποιείται μέσω της α) δημιουργίας Τοπικών μονάδων παροχής υπηρεσιών Υγείας με την κινητοποίηση επαγγελματιών και εθελοντών πολιτών για τη δημιουργία ευέλικτων δομών χαμηλού κόστους ως σημείο αναφοράς για την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, β) ανάπτυξη δράσεων πρόληψης, εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης για την ενημέρωση των πολιτών, καταγραφή αναγκών υγείας, μέτρηση ειδικών δεικτών ικανοποίησης και ποιότητας ζωής, δημιουργίας τοπικού χάρτη αναγκών υγείας και κοινωνικής φροντίδας, γ)εκμετάλλευση υφιστάμενων δικτύων βοήθειας στο σπίτι και άτυπων δικτύων και επέκτασής τους με την εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση εθελοντών φροντιστών δ) χρήση της τεχνολογίας για την ανάπτυξη εικονικών δικτύων υποστήριξης των πολιτών σε θέματα υγείας και ε)σύνδεση με δράσεις κοινωνικής πρόνοιας, κοινωνικού αποκλεισμού, συμφιλίωσης, οικογενειακού και επαγγελματικού βίου, ανάδειξης τοπικής οικονομίας.

Για την επιτυχία του δικτύου είναι απαραίτητη η δίκαιη κατανομή υπηρεσιών. Άτομα διαφορετικών επιπέδων οικονομικής κατάστασης, διαφορετικών ηλικιών και διαφορετικών επιπέδων ανάγκης να στηρίζονται για να καλύπτουν τις ανάγκες τους

ανάλογα με τις οικονομικές δυνατότητές τους. Η εφαρμογή απλών διαδικασιών η οικονομική διευκόλυνση των χρηστών, η εξατομίκευση των παρεχόμενων υπηρεσιών και η διασφάλιση της ποιότητας.

Παράλληλα, είναι σημαντική η ενθάρρυνση της χρήσης της νέας τεχνολογίας στην επικοινωνία, στην ανταλλαγή πληροφοριών, στη συγκέντρωση σε ψηφιακή μορφή διοικητικών, επιδημιολογικών και δημογραφικών πληροφοριών με μορφή δεικτών που διαμορφώνει ένα νέο τοπίο αμεσότερη εξυπηρέτησης των πολιτών.

2. Εννοιολογικές Προσεγγίσεις

Η έννοια «Υγεία» ταυτίζεται με την κοινωνική και οικονομική πρόοδο μιας χώρας και αποτελεί ένα από τα βασικότερα δικαιώματα κάθε πολίτη. (WHO 1983, The Writing Group for the Consortium for Health and Human Rights 1998, J. Mann et al 1996)^{1,2} Ανήκει σε όλους εξίσου με βάση, όχι τα προσωπικά τους επιτεύγματα, αλλά την ανθρώπινη αξία τους ως φυσικά και κοινωνικά όντα. Συνδέεται με την έννοια της ελευθερίας, της ανθρώπινης φύσης, της ανθρώπινης αξίας και της αξιοπρέπειας (P. Theil, 1957, VW. Sidel 1996)^{3,4}. Ως κοινωνικό δικαίωμα εκφράζεται κυρίως με το δικαίωμα στη Φροντίδα Υγείας. Σε μερικές χώρες, όπως η Ολλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Σουηδία χρησιμοποιείται συχνά ο όρος καταναλωτής υπηρεσιών υγείας και όχι ασθενής, γιατί ο όρος καταναλωτής περιέχει ένα δυναμικό στοιχείο, περιέχει διεκδίκηση, απαίτηση και ενεργό συμμετοχή, σε αντίθεση με τον όρο ασθενής που εξ ορισμού υποδηλώνει αδυναμία. (Netherlands Institute of Primary Health Care 1998, Herman J. et al 2001)^{5,6}.

Υγεία μπορεί να θεωρηθεί περισσότερο ως μια κατάσταση ύπαρξης, μέσα στην οποία το άτομο μπορεί να αντιμετωπίζει και να προσπερνά κρίσεις και διαταραχές της ισορροπίας του και να διαμορφώνει νέους κανόνες και αξίες. Η υγεία ξεκινά από το σπίτι, το σχολείο, την εργασία και οι άνθρωποι θα πρέπει να αναζητούν καλύτερους τρόπους πρόληψης και αποφυγής της αρρώστιας, της αναπηρίας ή της ανικανότητας. Δηλαδή, η κατανομή των πόρων για την υγεία οφείλει να είναι ισομερής και η φροντίδα για την υγεία να είναι προσιτή σε όλους (Σαρρής, 2001)⁷.

Γίνεται αντιληπτό, ότι έναν τέτοιο πολυδιάστατο ορισμό, ο καθένας μπορεί να τον αντιληφθεί διαφορετικά. Μέσα από διαφορετικό πρίσμα και μέσα από μια πληθώρα παραγόντων, όπως το πολιτικό, πολιτισμικό και κοινωνικό περιβάλλον ή ακόμα και την ίδια την ιδιότητα του ατόμου.

Η υγεία μπορεί να ορισθεί διαφορετικά όταν αναφέρεται σε ατομικό επίπεδο, σε επίπεδο οικογένειας και σε επίπεδο κοινότητας (Δαρβίρη, 2007)⁸. Ως πολυδιάστατο φαινόμενο η υγεία επηρεάζεται από ένα ιδιαίτερα μεγάλο αριθμό παραγόντων, εκτός από τους βιολογικούς, όπως: οικονομικούς, κοινωνικούς, πολιτικούς, πολιτιστικούς, ηθικούς, οικολογικούς κ.ά. *Η υγεία είναι το προϊόν της*

αλληλεπίδρασης των φυσιολογικών- οργανικών και οικολογικών αναγκαιοτήτων και της υπάρχουσας κάθε φορά κοινωνικο-οικονομικής τάξης πραγμάτων (Σούλης 1987)⁹.

Έτσι οι ανάγκες της υγείας δεν θα μπορούσαν να καλυφθούν αποκλειστικά και μόνο μέσα από ένα σύστημα ιατρικών φροντίδων. Το σύστημα αυτό παίζει έναν από τους βασικούς ρόλους που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού και δεν αποτελεί πανάκεια.

Σύμφωνα με τις οικονομικές θεωρίες του 70 και 80, η υγεία θεωρείται κοινωνικό αγαθό που προσφέρεται, προκειμένου να καλύψει συγκεκριμένες κοινωνικές ανάγκες (M. Cooper, 1973)¹⁰.

Στο πλαίσιο αυτό, η προσπέλαση προς τις υπηρεσίες υγείας, χρηματοδοτούμενη κυρίως από το κράτος, θεωρήθηκε δικαίωμα όλων των πολιτών (M. Παπαναγιώτου, Κανελλοπούλου, 1991)¹¹.

Η υγεία του ατόμου επιδρά στην παραγωγικότητα, στο εισόδημα, στους διαθέσιμους οικονομικούς πόρους και στις συνολικές του δαπάνες, αλλά και εξαρτάται από αυτά. Η βελτίωση του επιπέδου υγείας δεν μπορεί να είναι ανεξάρτητη από την συνολική κοινωνική ανάπτυξη και την επίτευξη μιας καλύτερης ποιότητας ζωής ενός πληθυσμού. Επομένως και η υγεία, ως θεμελιώδες δικαίωμα κάθε ανθρώπου, αποτελεί σκοπό κάθε τύπου ανάπτυξης και όχι μέσο μιας απλής οικονομικής ανάπτυξης. Ο άνθρωπος στη σύγχρονη εποχή δεν θέλει απλά να επιβιώνει ή να ζει αλλά και να είναι ευτυχισμένος μέσα σε συνθήκες διαβίωσης και ύπαρξης, που να του προσφέρουν μια υψηλή ποιότητα ζωής (Σαρρής, 2001)⁷.

Το Μάιο του 1977, στην 30^η Παγκόσμια Συνέλευση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO), τοποθετείται για πρώτη φορά ο στόχος της επίτευξης ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας για όλο τον πληθυσμό, που θα επιτρέπει την παραγωγική οικονομική και κοινωνική ζωή. Κάτω από το σχετικά φιλόδοξο τίτλο «Υγεία για όλους μέχρι το 2000» γίνεται η προσπάθεια να προσδιοριστεί και αναλυθεί η έννοια της υγείας. Αυτό το όραμα θέτει παγκόσμιες προτεραιότητες αλλά και στόχους οι οποίοι θα βοηθήσουν τους ανθρώπους σε όλο τον κόσμο να δημιουργήσουν και να διατηρήσουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο υγείας. Δηλαδή περικλείει ένα πλαίσιο αντιμετώπισης όλων των δυσκολιών για την επίτευξη

καλύτερου επιπέδου υγείας . Όλες οι προσπάθειες που περιλαμβάνονται σ' αυτή την πολιτική αποδεικνύουν πως οι ενέργειες για την προάσπιση και ανάπτυξη της υγείας αποτελούν σημαντικούς παράγοντες, οι οποίοι συντελούν σε μεγαλύτερη κοινωνική συνοχή μεταξύ των πληθυσμών. Η πολιτική «Υγεία 21» για τη Περιοχή Ευρώπης της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας αποτελείται από τα παρακάτω στοιχεία:

- ❑ Σκοπός ο ένας και σταθερός, εννοώντας ότι ο κύριος σκοπός τους είναι να ανατηχθεί το δυναμικό υγείας των ανθρώπων.
- ❑ Δύο βασικές επιδιώξεις προκειμένου να επιτευχθεί καλύτερη υγεία οι οποίες είναι πρώτον, η προστασία και προαγωγή της υγείας και δεύτερον, η μείωση της εμφάνισης νοσημάτων.
- ❑ Τρεις βασικές αξίες όπως: πρώτον, ότι η υγεία αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, δεύτερον, ισότητα και αλληλεγγύη στην υγεία καθώς και ανάμεσα στα 2 φύλα και τέλος, συμμετοχή και ευθύνη στην ανάπτυξη της υγείας των ανθρώπων, των ιδρυμάτων και των διαφόρων φορέων.
- ❑ Τέσσερις κύριες στρατηγικές δράσης που χρησιμοποιούνται προκειμένου να εξασφαλιστεί η επιστημονική, οικονομική, κοινωνική και πολιτική βιωσιμότητα, οι οποίες καθοδηγούν την πολιτική «Υγεία 21» οι οποίες είναι οι εξής: Πρώτον, πολυτομεακές στρατηγικές για το χειρισμό των αιτιών της υγείας, δεύτερον, προγράμματα και επενδύσεις για την ανάπτυξη της υγείας, τρίτον ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η οποία επικεντρώνεται στην οικογένεια και τέλος, συμμετοχή αρμοδίων στην ανάπτυξη της υγείας όσον αφορά όλα τα επίπεδα, όπως σχολείο, σπίτι, χώρος εργασίας και η οποία αποσκοπεί στην λήψη αποφάσεων από κοινού.
- ❑ 21 στόχοι για την πολιτική «Υγεία για όλους» έχουν επινοηθεί από την Περιοχή Ευρώπης και συγκροτούν ένα πλαίσιο για την ανάπτυξη και προστασία της υγείας στην Περιοχή Ευρώπης. Ωστόσο, αυτοί οι στόχοι απευθύνονται ειδικά προς τις ανάγκες της Περιοχής Ευρώπης και στο σύνολο τους αποτελούν την ουσία της πολιτικής υγείας.

Βασικό πλεονέκτημα της Περιοχής Ευρώπης είναι ότι διαθέτει αρκετούς οργανισμούς όπως για παράδειγμα, την Ευρωπαϊκή Ένωση οι οποίοι μπορούν να συνεργαστούν με όλες τις χώρες ώστε να εξασφαλιστεί η σωστή κατεύθυνση και η συνοχή που απαιτείται στις προσπάθειες σύμφωνα με την πολιτική «Υγεία για όλους». Επιπλέον, υπάρχουν ορισμένοι χρηματοδοτικοί οργανισμοί και χορηγοί οι οποίοι με συγκεκριμένες επενδύσεις αλλά ταυτόχρονα και με τη χρήση ορισμένων προγραμμάτων μπορούν να επιτύχουν την αύξηση της αποτελεσματικότητας των προσπάθειών τους και τελικά να δημιουργήσουν συνεταιρισμούς σύμφωνα πάντα με τις αρχές της Υγείας για Όλους (ΠΟΥ, 2002)¹².

3. Σύστημα Υγείας

Το σύστημα υγείας αποτελεί σύνολο υγειονομικών μονάδων, που βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και αλληλεπίδραση με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού», που επηρεάζεται από την κοινωνικο-οικονομική και πολιτική δομή μιας χώρας, από την υπάρχουσα οικολογική ισορροπία, από το πολιτισμικό σύστημα που επικρατεί και φυσικά από το επιδημιολογικό πρότυπο και τις ανάγκες υγείας ενός πληθυσμού (Σ. Σούλης 1999)⁷.

Ο όρος “Σύστημα Υγείας” αναφέρεται στην οργανωμένη χρησιμοποίηση των πόρων στον τομέα υγείας με αντικειμενικό σκοπό την κάλυψη αναγκών και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Οι πόροι περιλαμβάνουν τόσο το ανθρώπινο δυναμικό όπως είναι Ιατρικό ανθρώπινο δυναμικό, Νοσηλευτικό ανθρώπινο δυναμικό, ανθρώπινο δυναμικό που υποστηρίζει τις διοικητικές υπηρεσίες κλπ, όσο και το υλικό κεφάλαιο όπως είναι τεχνολογία, κτίρια, φάρμακα κλπ. (B. Kleczkowski, M. Roemer, A. Van Der Werff 1984)¹³.

Η έννοια του συστήματος στον τομέα της Υγείας αναφέρεται στην οργάνωση μιας σειράς συγκεκριμένων στοιχείων τα οποία επιτελούν εξειδικευμένες λειτουργίες που αλληλοσυνδέονται και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Έτσι δημιουργείται ένα οικοδόμημα το οποίο είναι, με συγκεκριμένους στόχους, ενταγμένο σε ένα περιβάλλον δυναμικών ανταλλαγών πληροφοριών.

Το σύστημα υγείας αποτελεί σύνολο υγειονομικών μονάδων που βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και αλληλεπίδραση με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού», που επηρεάζεται από την κοινωνικο-οικονομική και πολιτική δομή μιας χώρας, από την οικολογική υπάρχουσα ισορροπία, από το πολιτισμικό σύστημα που επικρατεί και φυσικά από το επιδημιολογικό πρότυπο και τις ανάγκες υγείας ενός πληθυσμού.

Σύμφωνα με τον M. Roemer 1993¹⁴, πέντε είναι τα στοιχεία που συναποτελούν τη βάση λειτουργίας ενός συστήματος Υγείας:

- ❑ Οι χρησιμοποιούμενοι πόροι που περιλαμβάνουν το Ιατρικό, Νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό, τις εγκαταστάσεις όπως τα νοσοκομεία, φάρμακα, τον τεχνολογικό εξοπλισμό και τη γνώση.

- ❑ Η οργάνωση των προγραμμάτων που αναφέρεται στην κρατική ευθύνη οργάνωσης του συστήματος υγείας, τα προγράμματα κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης καθώς και εθελοντικές οργανώσεις.
- ❑ Η οικονομική υποστήριξη και ιδιαίτερα η μέθοδος και οι πηγές χρηματοδότησης και μέθοδοι συγκράτησης του κόστους.
- ❑ Το σύστημα διαχείρισης και προγραμματισμού που περιλαμβάνει τη διεύθυνση, τη λήψη αποφάσεων, τη νομοθεσία και τους κανονισμούς λειτουργίας.
- ❑ Η διανομή υπηρεσιών που μπορεί να αναφέρεται στην προαγωγή της υγείας, την πρόληψη, τη θεραπεία και την επανένταξη.

Πιο αναλυτικά το σύστημα υγείας προσδιορίζεται με τρεις τρόπους: α) Σύστημα υγείας πολλαπλών μεταβλητών, β) Σύστημα υγείας συνολικού κύκλων εργασιών και γ) Σύστημα υγείας ως παραγωγική διαδικασία (Σούλης Σ. 1999)⁷.

Σύστημα υγείας πολλαπλών μεταβλητών

Η θεώρηση του συστήματος υγείας ως σύστημα πολλαπλών μεταβλητών εισάγει την έννοια της πολυπλοκότητας του συστήματος υγείας μέσα από α) μηχανισμούς διερεύνησης των αιτιολογικών παραγόντων που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού β) μηχανισμούς της παραγωγής και διανομής υπηρεσιών και αγαθών υγείας γ) μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών υγείας.

Οι τρεις αυτοί μηχανισμοί του συστήματος υγείας επηρεάζονται άμεσα ή έμμεσα από μια σειρά εξωτερικών μεταβλητών που καθορίζουν κύρια τη διαδικασία λειτουργίας τους:

- ❑ Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού,
- ❑ Η παραγωγή και διανομή των υπηρεσιών και αγαθών υγείας,
- ❑ Ο μηχανισμός κάλυψης των δαπανών υγείας.

Σύστημα υγείας συνολικού κύκλου εργασιών

Ως σύστημα συνολικού κύκλου εργασιών το σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από το σύνολο των μονάδων παραγωγής και διανομής υπηρεσιών και αγαθών υγείας και κυρίως τον κύκλο εργασιών του, ως συμβολή στο οικονομικό γίνεσθαι και την

οικονομική ανάπτυξη (Σούλης Σ. 1994)¹⁵. Το σύστημα υγείας ως σύστημα συνολικού κύκλου εργασιών αποτελείται από 8 υποσυστήματα:

- ❑ Υποσύστημα ιατρικού κύκλου
- ❑ Υποσύστημα ιατροκοινωνικού κύκλου
- ❑ Υποσύστημα περιβαλλόντων τομέων
- ❑ Υποσύστημα εναλλακτικών μορφών φροντίδας
- ❑ Υποσύστημα ερευνητικών κέντρων
- ❑ Υποσύστημα εναλλακτικών μορφών ιατρικής
- ❑ Υποσύστημα της παραγωγής
- ❑ Υποσύστημα δευτερεύουσας παραγωγής ιατρικών υπηρεσιών

Σύστημα υγείας ως παραγωγική διαδικασία

Το σύστημα υγείας ως παραγωγική διαδικασία εμφανίζει εκείνα τα αναγκαία ποσοτικά και ποιοτικά στοιχεία με τα οποία επιδιώκεται η επίτευξη ενός ιατρικού αποτελέσματος.

- ❑ Ποιοι είναι οι αναγκαίοι πόροι για τη λειτουργία του συστήματος,
- ❑ Ποιες μέθοδοι παραγωγής χρησιμοποιούνται,
- ❑ Ποιος είναι ο βαθμός λειτουργικής ικανότητας του συστήματος και
- ❑ Ποιο το τελικό προϊόν της παραγωγής

Οι εισροές του συστήματος υγείας είναι η κτιριακή υποδομή, ο εξοπλισμός, το ανθρώπινο κεφάλαιο και οι οικονομικοί πόροι. Η διαδικασία προσδιορίζεται σαν τέτοια με την έννοια ότι ο ασθενής που προσέρχεται στο σύστημα προκαλεί μια παραγωγική διαδικασία (λήψη ιστορικού, εργαστηριακός και κλινικός έλεγχος, διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση, επανέλεγχος). Οι εκροές είναι η διάρκεια νοσηλείας, οι εισαγωγές, οι εξετάσεις, κλπ. Με τη βοήθεια των στοιχείων αυτών διαπιστώνεται ο βαθμός αποτελεσματικότητας του συστήματος και η αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρει. Τα αποτελέσματα αφορούν το επίπεδο και την εξέλιξη των δεικτών της θνησιμότητας, νοσηρότητας, κ.α., βάσει των οποίων μετράται η βελτίωση και εξέλιξη του επιπέδου υγείας του πληθυσμού (Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Σ. Σούλης, 1999)¹⁶.

Τα Συστήματα Υγείας αναπτύσσουν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους μέσα από διαδικασίες εξέλιξης και μεταρρυθμίσεων. Είναι κοινή πεποίθηση ότι δεν υπάρχει ένα ολοκληρωμένο μοντέλο Συστήματος Υγείας. Κάθε Σύστημα Υγείας εξαρτάται, τόσο από το καθεστώς οικονομικής ανάπτυξης της χώρας, όσο και από τα ειδικά χαρακτηριστικά, όπως είναι η κουλτούρα, η πολιτισμική και πολιτιστική ανάπτυξη αλλά και η γενικότερη νοοτροπία των πολιτών. Έτσι, εάν και η γενική δομή του συστήματος Υγείας των τεσσάρων επιπέδων (Οικογένεια, Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας) ακολουθείται σε όλα τα Συστήματα Υγείας των διαφόρων χωρών, η τελική ανάπτυξη ενός συστήματος Υγείας διαφέρει από χώρα σε χώρα ανάλογα με το διαμορφωμένο περιβάλλον και τις ειδικότερες ανάγκες των πολιτών.

Υπάρχουν τέσσερα επίπεδα παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας¹⁷:

A. Φροντίδα στην οικογένεια: Το πρώτο επίπεδο αφορά τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε επίπεδο οικογένειας όπου ο επαγγελματίας υγείας καλύπτει 1-10 άτομα. Αυτό το επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αφορά άτομα με χρόνια προβλήματα υγείας σε μια σταθερή κατάσταση (π.χ. διαβητικοί, σκλήρυνση κατά πλάκας, νεοπλασίες κλπ.) τα οποία θα πρέπει να διδαχθούν τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζοντας το πρόβλημα θα ενταχθούν στην κοινωνία. Ο συγκεκριμένος τομέας αναφέρεται στην θεωρία της αυτοφροντίδας. Σύμφωνα με τη θεωρία της αυτοφροντίδας, η υποστήριξη του ασθενούς πραγματοποιείται σε τέσσερα επίπεδα, το ατομικό, το νοσηλευτικό, το στάδιο της βελτίωσης της υγείας και του περιβάλλοντος. Ο κύριος σκοπός για τον επιστήμονα υγείας είναι η αντιμετώπιση του ασθενούς κατά τέτοιο τρόπο ώστε στο τέλος αυτός είτε να αποθεραπευτεί τελείως είτε να συμβιώσει με την ασθένειά του εντασσόμενος και πάλι στο κοινωνικό σύνολο.

B. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ουσιαστικά αποτελεί την κύρια είσοδο του χρήστη στο Σύστημα Υπηρεσιών Υγείας. Αν και το κομμάτι που αφορά την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας θα αναπτυχθεί σε βάθος στη συνέχεια, κρίνεται σκόπιμο να τονιστεί ο διαχωρισμός ανάμεσα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα και Πρωτοβάθμια Περίθαλψη. Η τελευταία αποτελεί υποσύνολο της πρώτης καθώς η έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

περιλαμβάνει και έννοιες που σχετίζονται με την Δημόσια πολιτική υγείας και την έννοια της Πρόληψης.

Γ. Γενικά Νοσοκομεία (Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας)

Δ. Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία (Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας-): Πρόκειται για τις μεγάλες Νοσοκομειακές μονάδες, τόσο σε Τοπικό όσο και σε Περιφερειακό επίπεδο. Στην Τριτοβάθμια περίθαλψη εντάσσονται και Νοσοκομειακά Ιδρύματα που συνήθως υποστηρίζονται από Πανεπιστήμια στα οποία πραγματοποιείται ερευνητική δραστηριότητα και ειδικές θεραπείες υψηλού κόστους.

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

- συστήματα υγείας στα οποία ο κρατικός προϋπολογισμός χρηματοδοτεί τις υπηρεσίες υγείας.
- συστήματα υγείας όπου η χρηματοδότησή τους στηρίζεται στην κοινωνική ασφάλιση
- συστήματα υγείας που χρηματοδοτούνται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό αλλά και υποστηρικτικά από την κοινωνική ασφάλιση
- συστήματα υγείας με την ιδιωτική ασφάλιση να παίζει κυρίαρχο ρόλο
- συστήματα υγείας όπου συνυπάρχουν οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας και οι ατομικοί λογαριασμοί ιδιωτικής ασφάλισης.

Σήμερα τα σύγχρονα συστήματα υγείας, ειδικότερα στην Ευρώπη, αντιμετωπίζουν τρεις προκλήσεις: α) τη μείωση του κόστους¹⁸ β) την βελτίωση της ποιότητας και αξιολόγησης των υπηρεσιών με συγκεκριμένα κριτήρια^{19,20}, και γ) την αύξηση της προσβασιμότητας και ενδυνάμωσης των πολιτών²¹.

Η μονοδιάστατη αντιμετώπιση της ασθένειας μέσα από το Νοσοκομειοκεντρικό μοντέλο αγνοεί την αιτία της, με αποτέλεσμα να μην υπηρετείται ο στόχος της βελτίωσης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού ολιστικά αλλά να παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας αποσπασματικά. Έτσι μετά την εμφάνιση της ασθένειας το σύστημα, μέσα από αυξημένου κόστους παρεμβάσεις, παρέχει ή οφείλει να παρέχει άμεσες θεραπείες όπως για παράδειγμα την αντιμετώπιση ενός μεγάλου τραυματισμού (σε πολλές περιπτώσεις εξαιρετικά θεαματικής αντιμετώπισης) δεν αποτρέπει όμως την πρόκληση ενός δευτέρου εξίσου σημαντικού τροχαίου με τα

ίδια ή και χειρότερα αποτελέσματα. Η ίδια περιγραφή μπορεί να αφορά στην αντιμετώπιση ενός καρδιαγγειακού, που προήλθε από κακό τρόπο ζωής όπως κάπνισμα, διατροφή, έλλειψη γυμναστικής κλπ. Σύγχρονες αντιλήψεις για τα συστήματα υγείας έχουν ως επίκεντρο τον άνθρωπο, ο οποίος δεν θέλει απλά να επιβιώνει αλλά να ζει καλά και ως κύριο εργαλείο για την επίτευξη αυτού του στόχου προβάλλεται η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) (Μ. Σαρρής 2001) ⁷.

Στη λογική αυτή οι αρχές του «Ευρωπαϊκού Μοντέλου Υγείας»²² αφορούν στη:

- ❑ Διασφάλιση της προσπέλασης από όλους τους πολίτες στο σύστημα της περίθαλψης, ανεξάρτητα από οικονομικά, κοινωνικά ή γεωγραφικά κριτήρια (access)
- ❑ Ποιοτική αναβάθμιση και προσφορά των υπηρεσιών υγείας (quality)
- ❑ Οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας. (sustainability)

Το νέο πλαίσιο της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, δίνει έμφαση στην Προαγωγή της υγείας και στη Δημόσια υγεία²³ ως συνέχεια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας η οποία «*βασίζεται σε πρακτικές, σε επιστημονικές και σε κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες που είναι προσιτές σε όλους*». Με το σκεπτικό αυτό ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προτείνει την αναβάθμιση του επιπέδου υγείας στο χώρο του πολίτη (σπίτι, σχολείο, εργασία) και χωρίς να ταυτίζει τον όρο “Υγεία” με την πλήρη εξάλειψη των ασθενειών και τη θεραπεία των αναπηριών, απαιτεί την αξιολογική και ισότιμη κατανομή των διαθέσιμων πόρων υγείας σε όλους τους πολίτες. (WHO 1978)²⁴.

Πιο συγκεκριμένα, η νέα αντίληψη προσδίδει μια αναπτυξιακή και διατομεακή προσέγγιση²⁵ στην παροχή υπηρεσιών στην έννοια της υγείας, όπου η υγεία θεωρείται ως ο στόχος ανάπτυξης και η πολιτική δέσμευση για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του πληθυσμού²⁶.

Η πολυδιάστατη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας δεν θα μπορούσε να καλυφθεί αποκλειστικά και μόνο μέσα από ένα σύστημα ιατρικών φροντίδων, χωρίς να ληφθούν υπόψη και άλλοι παράγοντες όπως, οικονομικοί, κοινωνικοί, βιολογικοί και πολιτιστικοί, που επηρεάζουν -ίσως πολύ περισσότερο- την υγεία του πληθυσμού σε σχέση με το καθαυτό Υγειονομικό Σύστημα^{27,28}.

4. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Οι διεθνείς εξελίξεις στον τομέα της υγείας διαμορφώνουν έναν ανθρωποκεντρικό σχεδιασμό των υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Οι τάσεις είναι προς την μετεξέλιξη των συστημάτων υγείας που να επιτυγχάνουν ισότητα στην πρόσβαση προς τις υπηρεσίες υγείας, ποιότητα και αποτελεσματικότητα ως προς την εξυπηρέτηση του πολίτη – ασθενούς και τεχνική αποδοτικότητα των μηχανισμών διοίκησης και παραγωγής υπηρεσιών υγείας και των λειτουργιών τους. Η βελτίωση του επιπέδου υγείας ενός ατόμου δεν εξαρτάται αποκλειστικά από τη βελτίωση μόνο των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά και από τη βελτίωση του περιβάλλοντος του πολιτισμικού και πολιτιστικού επιπέδου, του συνόλου των παρεχόμενων υπηρεσιών κλπ. Ο προσανατολισμός του συστήματος υγείας από τη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην προαγωγή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποτελεί το συνεκτικό ιστό στη σύνθεση όλων αυτών των παραγόντων και υπηρεσιών που οδηγούν στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πολίτη.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποσκοπεί στην προστασία και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, μέσω υπηρεσιών πρόληψης και αγωγής υγείας αλλά και θεραπείας και αποκατάστασης, αφού φέρνει τη φροντίδα για την υγεία πιο κοντά στο τόπο κατοικίας και εργασίας των πολιτών^{29,30}. Κομβικό σημείο στη διάρθρωση ενός Συστήματος Υγείας αποτελούν οι μονάδες ΠΦΥ, οι οποίες βρίσκονται αποκεντρωμένες λειτουργικά και γεωγραφικά ορθολογικά διασπαρμένες στο χώρο της καθημερινής δραστηριότητας των πολιτών. Συνεπώς δίνεται η δυνατότητα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας να εμπλακεί ουσιαστικά με τα προβλήματα υγείας της Τοπικής Κοινωνίας, μέσω της παροχής αγωγής υγείας, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης, με τη χρήση της τεχνολογίας και τις πολλές δυνατότητες ελέγχου και παρακολούθησης του κόστους. Πρόκειται για τη φιλοσοφία της ολιστικής προσέγγισης όπου η διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας επιτυγχάνεται καλύτερα μέσα από την Π.Φ.Υ. και πιο συγκεκριμένα μέσα από υπηρεσίες πρόληψης και αγωγής υγείας, με αποκέντρωση και ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας και του ίδιου του πολίτη. Απαιτεί ακόμη, πλην του τομέα υγείας και τη συντονισμένη δράση πολλών άλλων τομέων της κοινωνικής οργάνωσης.

Υποσύνολο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (Primary Health Care) Υγείας αποτελεί η Πρωτοβάθμια Περίθαλψη (Primary medical care)¹.

Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας εντάσσονται δραστηριότητες που αφορούν, αφενός στο σύνολο του πληθυσμού μέσα από γενικά προληπτικά μέτρα, με στόχο τη μείωση της νοσηρότητας και σε ειδικές εξατομικευμένες δράσεις αγωγής υγείας με στόχο την αλλαγή της συμπεριφοράς της αυτοενδυνάμωσης και της εν γένει υιοθέτησης ενός νέου τρόπου ζωής που υποστηρίζει το ατομικό αγαθό της υγείας. Οι δράσεις αυτές κατηγοριοποιούνται σε τρία επίπεδα: α) πρωτογενής αγωγή υγείας, αναφέρεται σε δράσεις με στόχο την πρόληψη στην εμφάνιση κινδύνων για την υγεία, β) δευτερογενής, αναφέρεται σε δράσεις για την πρόληψη αντιμετώπιση των κινδύνων και γ) τριτογενής που αναφέρεται σε δράσεις αποκατάστασης, επανένταξης και κάλυψης ιατρικών και νοσηλευτικών και αναγκών ενδυνάμωσης του ατόμου με κακή υγεία, που δεν μπορεί να αναστραφεί (Δαρβίρη 2007).

Από την άλλη μεριά, η Πρωτοβάθμια Περίθαλψη περιλαμβάνει όλες τις ιατρικές παρεμβάσεις, όπως διάγνωση και θεραπεία -ιατρικές, νοσηλευτικές και οδοντιατρικές παρεμβάσεις- κοινών νοσημάτων και τραυματισμών για τις οποίες δεν απαιτείται η εισαγωγή στο Νοσοκομείο (Μωραΐτης Ε. και συν)³¹. Η εισαγωγή στο νοσοκομείο πραγματοποιείται μόνο εφόσον έχουν εξαντληθεί όλα τα περιθώρια αντιμετώπισης της νόσου στην ΠΦΥ ή όταν η βαρύτητα της νόσου δεν επιτρέπει τη νοσηλεία στο σπίτι ή σε μονάδες ΠΦΥ για εξειδικευμένες καταστάσεις, και κυρίως για σύντομο χρονικό διάστημα.

Στο σύνολο των υπηρεσιών της, η Πρωτοβάθμια Περίθαλψη παρέχεται κυρίως από οικογενειακούς γιατρούς γενικής ιατρικής, από γιατρούς άλλων ειδικοτήτων και από άλλους επαγγελματίες της υγείας, τόσο σε ιδιωτικά ιατρεία όσο και σε κέντρα υγείας, πολυιατρεία ή πολυκλινικές.

Σε ένα πιο γενικό επίπεδο ο βαθμός κάλυψης της υγείας των πολιτών αφορά στην πελατοκεντρική παροχή υπηρεσιών, μέσα από τις υπηρεσίες πρόληψης και αγωγής υγείας, με αποκέντρωση και ενεργητική συμμετοχή της τοπικής κοινωνίας και του

¹ Στον πλήρη ορισμό της και με την κλασσική έννοια του όρου πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι : « η ιατρική παρέμβαση που στοχεύει στη διάγνωση και θεραπεία κοινών νοσημάτων και τραυματισμών, για την αντιμετώπιση των οποίων δεν είναι απαραίτητη η εισαγωγή και παραμονή στο νοσοκομείο, η οποία παρέχεται στον άρρωστο χωρίς αυτός να πρέπει να απομακρυνθεί από τον τόπο κατοικίας και εργασίας του». (Who, 1980)

ίδιου του πολίτη³². Για το λόγο αυτό είναι κρίσιμος ο σε βάθος χρόνου στρατηγικός σχεδιασμός δράσεων πρόληψης και κινητοποίησης του πληθυσμού με στόχο τη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας της ζωής του³³. Η κινητοποίηση των πολιτών δημιουργεί προϋποθέσεις ενεργού συμμετοχής της κοινωνίας στη διαμόρφωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και στον έλεγχο του κόστους μέσα από ένα δίκτυο υποστηρικτών θεσμών και επιμέρους μονάδων σε τοπικό επίπεδο³⁴.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ως κύρια είσοδος του χρήστη στο Σύστημα Υπηρεσιών Υγείας, επιτρέπει αφενός τον έλεγχο ροής των ασθενών (gate keeping) στη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας και αφετέρου τον έλεγχο των δαπανών υγείας και τον ορθολογικό σχεδιασμό των νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Η διαπίστωση αυτή έχει διατυπωθεί ήδη από το 1978 μέσω της διακήρυξης της Αλμα-Ατα (Σεπτέμβριος 1978) και της ανάπτυξης από την Π.Ο.Υ. της «Παγκόσμιας Στρατηγικής για την Υγεία για Όλους μέχρι το Έτος 2000» όπου αναδείχθηκε η νέα φιλοσοφία για την αντιμετώπιση των οικονομικό-διαχειριστικών προβλημάτων των συστημάτων υγείας. Σταδιακά μεταλλάσσεται το κλασσικό μοντέλο «γιατρός-ασθένεια-ασθενής-Νοσοκομείο» στην καθολική και ολιστική προσέγγιση των προβλημάτων υγείας. Η αντιμετώπιση των προβλημάτων Υγείας αλλά και ο προγραμματισμός των νέων υπηρεσιών υγείας πραγματοποιείται μέσα από τις εξής διαστάσεις α) Η Υγειονομική, β) Η Κοινωνική, γ) Η Κοινοτική και δ) Η Οικονομική όπου *«Η πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας βασίζεται σε πρακτικές, σε επιστημονικές και σε κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες που είναι προσιτές σε όλους»*.

Για το λόγο αυτό ο όρος “Υγεία” σύμφωνα με την ΠΟΥ δίνει έμφαση στην ανάπτυξη εκείνων των δυνατοτήτων που θα επιτρέψουν την αναβάθμιση του επιπέδου υγείας στο χώρο του πολίτη (σπίτι, σχολείο, εργασία) και την ισότιμη κατανομή των διαθέσιμων πόρων υγείας σε όλους τους πολίτες.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι *«η βασική φροντίδα της υγείας η οποία στηρίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες, κοινωνικά αποδεκτές, πρακτικά εφαρμόσιμες, προσιτές από όλα τα άτομα της κοινότητας μέσω της ενεργού συμμετοχής τους και οικονομικά προσιτές από το κράτος ή τη κοινότητα μεθόδους και τεχνολογίες»*. Πιο συγκεκριμένα οι βασικές δράσεις της ΠΦΥ αφορούν στην:

- ❑ Καταγραφή επιδημιολογικών στοιχείων ηλικίας και φύλου καθώς και οικογενειακό ιατρικό ιστορικό.
- ❑ Σταθερή παρακολούθηση και προσδιορισμός των υπηρεσιών, που ο ασθενής έχει ανάγκη, κατά τη διάρκεια της διαδικασίας επίσκεψής του στο κέντρο υγείας.
- ❑ Σταθερή καταγραφή παρεχομένων υπηρεσιών προληπτικής ιατρικής, ώστε να εντοπίζονται οι κίνδυνοι υγείας στο περιβάλλον του ανθρώπου, με κύριο στόχο την ενίσχυση και προαγωγή του επιπέδου υγείας του ανθρώπινου οργανισμού.
- ❑ Σταθερή διαδικασία διαρκούς καταγραφής των ειδικών αναγκών των ασθενών κατά τη διάρκεια της επίσκεψης ρουτίνας.
- ❑ Εκπαίδευση πολιτών προκειμένου να είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετούνται σε απλά προβλήματα της υγείας τους.
- ❑ Σύστημα επαλήθευσης των στοιχείων των ασθενών αμέσως μετά την καταγραφή των.
- ❑ Δίκτυο ειδικών επιστημόνων, πέρα από το γιατρό του Κέντρου Υγείας, διαθέσιμο για παροχή κατάλληλων πληροφοριών.
- ❑ Ειδικές επισκέψεις, επικεντρωμένες σε θέματα προληπτικής ιατρικής.

Επίσης η επιτυχημένη λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας βασίζεται σε 5 βασικές αρχές:

- ❑ Η προσφερόμενη Υπηρεσία πρέπει να είναι διαθέσιμη και προσβάσιμη από τους πολίτες 24 ώρες το 24ωρο.
- ❑ Η πρωτοβάθμια φροντίδα αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του συστήματος με το χρήστη. Συνεπώς ο επαγγελματίας υγείας κατά την επικοινωνία του με το χρήστη οφείλει να είναι γνώστης του ιστορικού του ασθενή αφενός αλλά και άλλων δημογραφικών στοιχείων που συνθέτουν τη γενικότερη εικόνα του ασθενή, αφετέρου, ώστε να επιτύχει τη μέγιστη αποτελεσματικότητα στη διαχείριση του προβλήματός του.
- ❑ Επιτυχημένο σύστημα είναι αυτό στο οποίο το εύρος των υπηρεσιών δεν ξεπερνά τα 2.500 άτομα ανά κόμβο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

- ❑ Ο πληθυσμός αυτού του εύρους είναι δυνατό να καταγραφεί, να προσδιοριστεί η νοσηρότητα και να αποτυπωθούν διάφοροι άλλοι ποιοτικοί και ποσοτικοί δείκτες υγείας. Έτσι ο επαγγελματίας υγείας θα είναι σε θέση κάθε στιγμή να γνωρίζει το επίπεδο υγείας του πληθυσμού για τον οποίο είναι υπεύθυνος, στοιχείο σημαντικό για την ορθολογική διαχείριση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας και την προώθηση των ασθενών στη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.
- ❑ Η δημιουργία αυτού του πλαισίου αναπτύσσει τους διαύλους επικοινωνίας των πολιτών με τους διαχειριστές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και αποτελεί τη βάση για την ανάπτυξη πολιτικής προληπτικής Ιατρικής.

Ορισμένες χώρες, όπως οι Σκανδιναβικές, κατόρθωσαν πολύ σύντομα να πετύχουν τους στόχους της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ανακατανέμοντας τους διαθέσιμους πόρους από το νοσοκομειακό προς τον πρωτοβάθμιο τομέα περίθαλψης. Έτσι κατόρθωσαν αφενός να μειώσουν τις δαπάνες Υγείας και αφετέρου να δώσουν στις τοπικές κοινωνίες την δυνατότητα να συμμετάσχουν ενεργά στον καθορισμό των αξόνων της πολιτικής υγείας. Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζεται συνοπτικά το γενικό πλαίσιο λειτουργίας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Πίνακας 4-1 Γενικό πλαίσιο λειτουργίας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

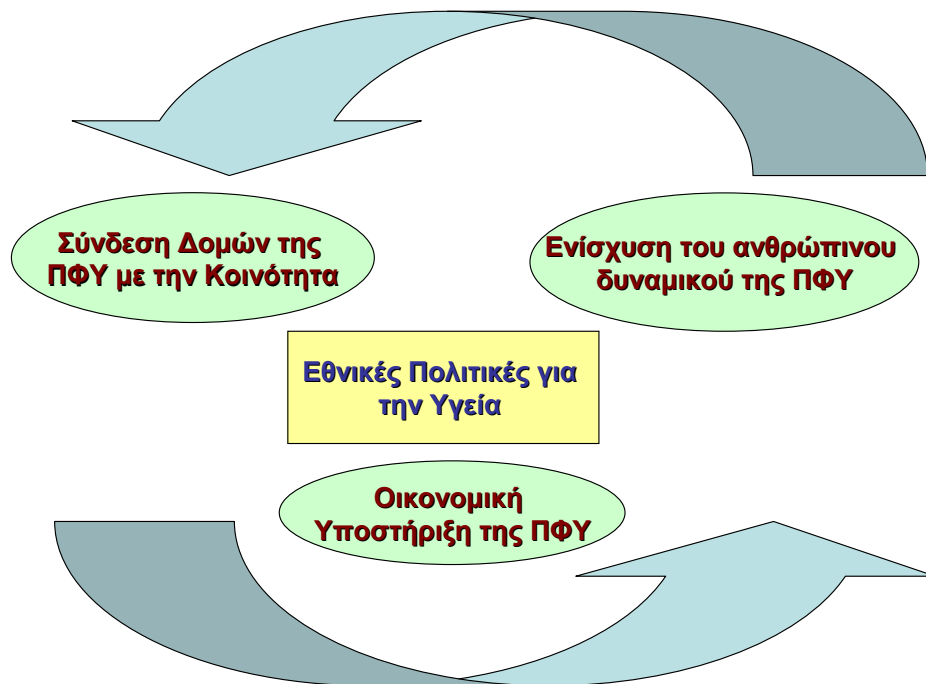
Βασικές αρχές επιτυχημένης λειτουργίας	Στόχοι της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	Εθνικές πολιτικές για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	Δραστηριότητες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
❑ Πρόσβαση στην Υπηρεσία όλο το 24ωρο ❑ Πρώτο σημείο επαφής με τους πολίτες ❑ Κάλυψη έως και 2.500 άτομα ανά κόμβο ΠΦΥ ❑ Καταγραφή ποιοτικών και ποσοτικών δεικτών αποτύπωσης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού	❑ Πρόληψη της ασθένειας ❑ Διάγνωση και θεραπεία της ασθένειας ❑ Αποκατάσταση της υγείας ❑ Εκτίμηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού ❑ Μείωση των ανισοτήτων ❑ Παρακολούθηση της ποιότητας των παρεχόμενων	❑ Σύνδεση ΠΦΥ με την Κοινότητα ❑ Ενίσχυση του ανθρωπίνου δυναμικού της ΠΦΥ, Οικονομική Υποστήριξη της ΠΦΥ	❑ Εκπαίδευση πληθυσμού ❑ Προώθηση της σωστής διατροφής ❑ Παροχή μέτρων βασικής υγιεινής ❑ Φροντίδα ευπαθών ομάδων πληθυσμού ❑ Εμβολιασμός ❑ Πρόληψη ❑ Θεραπεία

☐ Δημιουργία διαύλων επικοινωνίας με του πολίτες και ανάπτυξη προληπτικής ιατρικής	υπηρεσιών		
---	-----------	--	--

Σύμφωνα με τη Στρατηγική του ΠΟΥ, οι εθνικές πολιτικές υγείας αποβλέπουν στους ακόλουθους περιληπτικά γενικούς στόχους (Γ. Στάθης, 2003)³⁵:

- ☐ Σύνδεση Δομών της ΠΦΥ με την Κοινότητα για την εξυπηρέτηση του πολίτη μέσα από αποκεντρωμένες δομές σε πρώτο επίπεδο. Παράλληλα οι τοπικές κοινωνίες υποστηρίζουν το δίκτυο της ΠΦΥ με σύνθετες πολιτικές, τόσο στην εξυπηρέτηση της πρόσβασης των πολιτών στο σύστημα όσο και με πολιτικές πρόληψης αγωγής υγείας, προστασίας του περιβάλλοντος και αυτοφροντίδας.
- ☐ Ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού της ΠΦΥ ώστε να μειωθούν οι ανισοκατανομές που εμφανίζονται μεταξύ των ειδικοτήτων του υγειονομικού προσωπικού και η άνιση διασπορά του στις περιφέρειες κάθε χώρας. Η δια βίου εκπαίδευση του Ανθρώπινου Δυναμικού, οι μεταρρυθμίσεις και ο εκσυγχρονισμός των εκπαιδευτικών προγραμμάτων των Υγειονομικών Σχολών, η παροχή κινήτρων και η ανάπτυξη νέων ειδικοτήτων, αναμένεται να υποστηρίξουν την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
- ☐ Οικονομική Υποστήριξη της ΠΦΥ ώστε να υπάρξει άμεση επίδραση στην υγεία του πληθυσμού και χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας.

Σχήμα 4-1 Στόχοι των πολιτικών της Υγείας για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας



5. Φροντίδα Υγείας στην Κοινότητα και στο Σπίτι

Τα νοσοκομεία έχουν καταστεί οι κύριοι φορείς παροχής άμεσης φροντίδας υγείας , οι υπηρεσίες των οποίων εστιάζονται στην παροχή φροντίδας υψηλής τεχνολογίας σε βαρέως πάσχοντες, τραυματίες ή σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε σοβαρές χειρουργικές επεμβάσεις. Ακόμη και αυτοί οι ασθενείς, όμως , δεν παραμένουν στο Νοσοκομείο για μεγάλο χρονικό διάστημα. Μεταφέρονται το ταχύτερο δυνατόν σε κοινούς θαλάμους λιγότερο εντατικής φροντίδας και στην συνέχεια, παραπέμπονται σε εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες παροχής φροντίδας.

Η κατ' οίκον Νοσηλεία και κατ' οίκον Φροντίδα ασθενών² παρουσιάζει υψηλή ζήτηση καθώς αφορά σε ασθενείς με περίπλοκα προβλήματα υγείας που σχετίζονται με τη:

α) συν-νοσηρότητα και

β) λειτουργικότητα της καθημερινής διαβίωσης

Διαμορφώνεται έτσι ένα απαιτητικό περιβάλλον ζήτησης υπηρεσιών στο οποίο καλείται ο επαγγελματίας υγείας να ανταποκριθεί με ετοιμότητα, επάρκεια και με υψηλές δυνατότητες γρήγορης ανταπόκρισης. Ταυτόχρονα καλείται να λειτουργήσει σε ομαδικό επίπεδο, συνεργαζόμενος με άλλους επαγγελματίες υγείας, με κύριο στόχο:

α) την ενδυνάμωση του ασθενούς

β) την υποστήριξη του οικογενειακού και συγγενικού περιβάλλοντος

γ) τη μείωση της ιδρυματοποίησης

δ) την αποφυγή της άσκοπης χρήσης της Νοσοκομειακής περίθαλψης

ε) την πρόληψη επιπλοκών της ασθένειας.

Η λειτουργία της κατ' οίκον νοσηλείας και φροντίδας αποβλέπει στην ικανοποίηση των κύριων στόχων του συστήματος υγείας ως προς: α)την ενίσχυσης της ποιότητας

² Ν. 4199 άρθ. 127 για το Πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι (ΒΣΣ): "...οργάνωση και συστηματική παροχή υπηρεσιών κοινωνικής εργασίας, ψυχοκοινωνικής στήριξης, νοσηλευτικής φροντίδας, φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας και οικιακής βοήθειας...". Επίσης και σύμφωνα με το Ν. 4486/2017 αρ. 1&5 οι Τοπικές Μονάδες Υγείας παρέχουν κατ' οίκον Νοσηλεία και Φροντίδα.

των προσφερόμενων υπηρεσιών, β) τη διεύρυνση της προσβασιμότητας και γ) την αύξηση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας του συστήματος.

Σήμερα, το πλαίσιο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας, σταδιακά μεταβαίνει σε ένα σύστημα πλέον διατομεακής παροχής υπηρεσιών υψηλού επιπέδου και απαιτήσεων. Τούτο συμβαίνει για τους κάτωθι αιτιολογικούς παράγοντες:

Α. Το κόστος νοσηλείας της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης είναι ιδιαίτερα υψηλό. Έρευνες έχουν καταδείξει σημαντική μείωση του κόστους ασθενούς με την αξιοποίηση υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας και φροντίδας και προς τούτο ο εν λόγω τομέας είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένος σε χώρες με υψηλή ανθρώπινη ανάπτυξη.

Β. Η γήρανση του πληθυσμού και η αύξηση των χρόνιων ασθενειών αυξάνει τη ζήτηση για κατ' οίκον υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας.

Γ. Το μοντέλο ανάπτυξης της κατ' οίκον νοσηλείας και φροντίδας, απαιτεί την επίσκεψη στο σπίτι, πλέον της μία φοράς την εβδομάδα, ενώ σε σύνθετες περιπτώσεις είναι πιθανώς αναγκαία και η καθημερινή παρουσία κάποιων επαγγελματιών υγείας και φροντιστών.

Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω, η ανάπτυξη της κατ' οίκον νοσηλείας και φροντίδας στους παρακάτω άξονες³⁶:

Ενδυνάμωση ασθενούς-υποστήριξη αυτοφροντίδας	Λήψη αποφάσεων	Οργάνωση συστήματος διανομής	Κλινική πληροφορία
Οι επαγγελματίες υγείας, αξιοποιώντας την κατάλληλη κλινική πληροφορία, τα πρωτόκολλα και διαδικασίες και επικοινωνώντας σε πραγματικό ή δεύτερο χρόνο με άλλους επαγγελματίες υγείας, είναι σε θέση να λάβουν κρίσιμες αποφάσεις στο ιδιαίτερα απαιτητικό περιβάλλον για την εξέλιξη της φροντίδας του ασθενούς, ενώ παράλληλα μπορεί να υποστηρίξουν τον ασθενή και το οικογενειακό και συγγενικό του περιβάλλον, με τις κατάλληλες πληροφορίες και οδηγίες.			
Ενδυνάμωση της υγείας σε τρία επίπεδα Υγείας: Α. Βιολογική Β. Κοινωνική Γ. Ψυχοσυναισθηματική Ενδυνάμωση και Υποστήριξη της Οικογένειας του ασθενούς και των Φροντιστών	Αξιολόγηση της κατάστασης ασθενούς: α) Τυποποίηση διαδικασιών β) Χρήση πρωτοκόλλων και εντύπων γ) Παρακολούθηση εξέλιξης κατάστασης ασθενούς με δείκτες	Διατομεακή επικοινωνία και συνεργασία όλων των επαγγελματιών υγείας Α. Οριζόντια διασυνδετική με κοινωνικές και άλλες υπηρεσίες Β. Κάθετη σύνδεση με Νοσοκομειακές μονάδες	• Ιατρικός φάκελος-Φάκελος φροντίδας • Δημιουργία ενιαίου περιβάλλοντος επικοινωνίας όλων των επαγγελματιών υγείας • Αξιοποίηση των επιδημιολογικών δεδομένων ως εργαλείου πολιτικής

		Γ. Αξιοποίηση πόρων και δομών της Τοπικής Αυτοδιοίκησης Δ. Αξιοποίηση εθελοντικών άτυπων Δικτύων	για την παρακολούθηση της ζήτησης • Ασφάλεια δεδομένων • Διαβάθμιση πρόσβασης σε δεδομένα
--	--	--	---

6. Ανθρώπινο δυναμικό στην Πρωτοβάθμια

6.1.1 Οικογενειακός ιατρός

Ιστορική αναδρομή

Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού δεν είναι καινούργιος. Έχει τις ρίζες του στην Αθήνα του 6ου αιώνα π.Χ., όπου προσλαμβάνονταν γιατροί από τον Δήμο, οι γνωστοί «δημοσιεύοντες γιατροί», οι οποίοι αμείβονταν με πάγια αντιμισθία προκειμένου να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στους πολίτες χωρίς πρόσθετη αμοιβή. Στη συνέχεια ο θεσμός επεκτάθηκε σε όλες τις Ελληνικές αποικίες (Σικελία, Γαλατία κλπ.) και υιοθετήθηκε και από τους Ρωμαίους. (Μωραΐτης, 1995)⁵⁰. Η πρώτη γνωστή οργανωμένη επίσκεψη στο σπίτι και το μεσαίωνα ξεκίνησε με την ίδρυση από τη Χριστιανική Εκκλησία, του τάγματος των Διακονισσών, οι οποίες είχαν συγκεκριμένες ευθύνες για τη φροντίδα του φτωχού ατόμου με ανάγκες (Ν.Χ. Ρούσσου 1991)³⁷. Αργότερα και κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα ήταν γνωστό ότι λαϊκές και θρησκευτικές ομάδες εμπνευσμένες από την αγάπη προς τον συνάνθρωπο παρείχαν νοσηλεία στο σπίτι αφίλοκερδώς. Η Florence Nightngale έθεσε τις βάσεις για πρώτη φορά για την παροχή επιστημονικής ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας στο επίπεδο της κοινότητας, ενώ στις ΗΠΑ το 1877 λειτούργησε σε ιεραποστολή της από τη Νέα Υόρκη πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι με επαγγελματίες νοσηλεύτριες (B.M. Gallagher 1985, R.V. Bolander, 1994)^{38,39}.

Κατά την εποχή της μεγάλης ανάπτυξης της Σμύρνης τον 19^ο και στις αρχές του 20^{ου} αιώνα λειτουργούσαν τα φαρμακεία ή «Σπετσαρί» παίζοντας σημαντικό ρόλο στην παροχή Α' βοηθειών. Οι Ιατροί της Σμύρνης δεν διατηρούσαν ιατρεία αλλά χρησιμοποιούσαν τα φαρμακεία για την παροχή ιατρικών υπηρεσιών, στα οποία υπήρχε πάντοτε ένα δωμάτιο με εξεταστικό τραπέζι. Εκεί ο ιατρός με μια μικρή αμοιβή ή καμιά φορά αφίλοκερδώς, παρείχε τις υπηρεσίες του. Σε σπάνιες περιπτώσεις και πολύ αργότερα άρχισαν την εμφάνισή τους τα ιδιωτικά ιατρεία, όταν η ειδικότητα των ιατρών (π.χ οφθαλμίατροι) απαιτούσε και κάποια εξειδικευμένα εργαλεία. Στις περισσότερες περιπτώσεις ο ασθενής ειδοποιούσε το

γιατρό που βρίσκονταν στο φαρμακείο ή απλά άφηνε ένα μήνυμα για τον επισκεφθεί ο γιατρός στο σπίτι του. Τα έσοδα των γιατρών προέκυπταν από τις επισκέψεις στα σπίτια και οι αμοιβές τους ποίκιλλαν ανάλογα με την οικονομική κατάσταση των ασθενών (Ν Παπαδογιαννάκης 1995)⁴⁰.

Η κρίση των συστημάτων υγείας της δεκαετίας του '70 και ο αναπροσανατολισμός των στόχων τους, που υιοθετήθηκε σε παγκόσμιο επίπεδο αμέσως μετά τη συνδιάσκεψη της Alma-Ata, έδωσε νέες προοπτικές στην πρωτοβάθμια φροντίδα και αναβάθμισε σημαντικά το ρόλο του οικογενειακού ιατρού γενικής ιατρικής. Ο οικογενειακός ιατρός δεν είναι ένας απλός παθολόγος ή ιατρός χωρίς ειδικότητα, έχοντας ένα γενικό και περιορισμένο πεδίο ιατρικών γνώσεων, όπως είχε επικρατήσει λανθασμένα να πιστεύεται, αλλά εξελίσσεται σε έναν επιστήμονα, ο οποίος έχοντας διδαχθεί την γενική ιατρική, αποκτάει ένα ευρύ φάσμα γενικών και ειδικών γνώσεων, με παράλληλη ιατρική δεξιότητα.

Ο οικογενειακός Γιατρός Σήμερα³

Σύμφωνα με το διακήρυξη της Alma-Ata το έργο του οικογενειακού ιατρού είναι:

«...α) να κάνει έγκαιρη διάγνωση και να συμπεριλαμβάνει στη διαγνωστική του προσπάθεια φυσικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες, που προσδιορίζουν την αρρώστια και την υγεία, β) να αναλαμβάνει τη φροντίδα ασθενών με χρόνιες επαναλαμβανόμενες ή καταληκτικές ασθένειες και να παίρνει απόφαση για κάθε πρόβλημα υγείας που παρουσιάζεται, γ) να δρα σε συνεργασία με άλλους συναδέλφους του ιατρούς και με άλλους επαγγελματίες υγείας, δ) να γνωρίζει πως και πότε θα παρέμβει θεραπευτικά, προληπτικά ή με κατάλληλη εκπαίδευση για να προάγει την υγεία των ασθενών και των οικογενειών τους ...και ε) να αναγνωρίζει ότι έχει επαγγελματική ευθύνη απέναντι στην κοινότητα...»

Ο ρόλος του εμφανίζεται ιδιαίτερα ενισχυμένος και πλήρως συνδεδεμένος με το υπόλοιπο σύστημα υγείας, ενώ σε άλλα λειτουργεί απονευρωμένος και αποκομμένος από αυτό. Αυτές οι διαφοροποιήσεις εντοπίζονται κυρίως: α) στη δυνατότητα ή όχι των ασθενών να προσφεύγουν στους ιατρούς ειδικοτήτων χωρίς τη διαμεσολάβηση του γενικού ιατρού, β) Στον τρόπο αμοιβής τους, γ) Στην

³ Στην Ελλάδα νομοθετείται για πρώτη φορά η έννοια και η επιστημονική σημασία του οικογενειακού ή γενικού ιατρού σε ένα εθνικό σύστημα υγείας με τον νόμο 1397 για το ΕΣΥ (άρθρα 17 και 18).

εργασιακή σχέση ιατρών και ασφαλιστικού φορέα, δ) στο χώρο παροχής των ιατρικών υπηρεσιών και ε) Στη δυνατότητα να εργάζονται σε ατομική βάση στο ιδιωτικό τους ιατρείο (solo practice) ή ως ομάδα (group practice), στ) Στη δυνατότητα να εξυπηρετούν ένα συγκεκριμένο πληθυσμό που καθορίζεται με λίστα ή με περιοχή ή να είναι «ανοικτοί» σε κάθε επίσκεψη.

Ο σύγχρονος οικογενειακός γιατρός πρέπει να βρίσκεται κοντά στην οικογένεια και την κοινότητα, να δίνει λύση στα καθημερινά προβλήματα υγείας και να έχει σαν πρώτιστο καθήκον του το να ξαναδώσει στην ιατρική φροντίδα τον ανθρωποκεντρικό της χαρακτήρα που της στέρησε η υπερεξειδίκευση της ιατρικής. Η γνώση των οικογενειακών, εργασιακών, κοινωνικών κ.λ.π. προβλημάτων των «πελατών» του, του δίνει τη δυνατότητα να ανταποκριθεί σε αυτή την ανάγκη και να εξελιχθεί σε σταθερό φίλο και προσωπικό ιατρικό σύμβουλο για οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας παρουσιασθεί. Κεντρικός άξονας του συστήματος είναι ο γιατρός, δεδομένου ότι συνήθως αντιμετωπίζεται τόσο από τους ασθενείς όσο και από την πολιτεία που δομεί το σύστημα υγείας ως «ο παρέχων την υγεία μονοπωλιακά». (B. Abel Smith, etal, 1995)⁴¹.

Στην Ελλάδα θεσμικά ο οικογενειακός Γιατρός παρέχει υπηρεσίες όπως τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων διασύνδεση με ειδικούς ιατρούς και με Νοσοκομεία, την υποστήριξη, τον προσανατολισμό και την υπεύθυνη καθοδήγηση των ασθενών και της οικογένειάς τους μέσα στο σύστημα υγείας, την πρόληψη και τον ηλεκτρονικό φάκελο.

Σήμερα στην Ελλάδα σύμφωνα με το Νόμο 4486/2017 κάθε Τοπική Μονάδα Υγείας (TOMY) θα διαθέτει οικογενειακό γιατρό⁴, με πληθυσμό ευθύνης περίπου 2.000 ατόμων. Ο πολίτης θα πρέπει να εγγραφεί στην TOMY και ο οικογενειακός γιατρός θα είναι εκείνος που θα τον παραπέμπει, εάν χρειαστεί, σε εξειδικευμένο γιατρό και σε νοσοκομείο. Οι πολίτες θα έχουν απεριόριστη και δωρεάν πρόσβαση στις υπηρεσίες της σε ένα διευρυμένο ωράριο από τις 8 το πρωί μέχρι τις 9 το βράδυ. Η παροχή υπηρεσιών θα είναι δωρεάν για όλους τους πολίτες, ακόμα και για τις κατ' οίκον επισκέψεις των γιατρών.

⁴ Σύμφωνα με το Ν. 4486/2017: "Ως οικογενειακοί ιατροί ορίζονται ιατροί ειδικότητας γενικής ιατρικής ή παθολογίας για τον ενήλικο πληθυσμό και παιδίατροι για τον παιδικό πληθυσμό".

Η διάταξη αυτή έρχεται ως συνέχεια του προηγούμενου Νόμου 4238/14 όπου και καθιερώνεται ο οικογενειακός γιατρός στο πλαίσιο των Τοπικών Δικτύων Υπηρεσιών Π.Φ.Υ. που συνιστούν τους Το.Π.Φ.Υ.

6.1.2 Η διεπιστημονική ομάδα των επαγγελματιών υγείας

Η φροντίδα του αρρώστου και η παροχή φροντίδας υγείας προς αυτόν στηρίζεται στη διεπιστημονική προσέγγιση και υποστήριξη⁵. Για τη διαχείριση της αρρώστιας του δεν αρκεί πλέον μόνο ο ιατρός αλλά και άλλοι επαγγελματίες υγείας. Πλην των ιατρών και των νοσηλευτών, άλλοι επιστήμονες που συνθέτουν τη διεπιστημονική ομάδα της κατ' οίκον φροντίδας είναι οι ψυχολόγοι, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι φυσιοθεραπευτές, οι εργοθεραπευτές, οι λογοθεραπευτές. Οι κοινωνικοί λειτουργοί υποστηρίζουν τους ασθενείς και τις οικογένειές τους στη διασυνδετική με τις κοινοτικές υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας, την επίλυση οικονομικών ή άλλων ζητημάτων της καθημερινότητας καθώς και την επίλυση θεμάτων που μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά τη θεραπεία. Οι άλλοι επαγγελματίες (ψυχολόγοι και θεραπευτές) αναπτύσσουν ειδικά σχέδια φροντίδας και υποστήριξης ανάλογα με το είδος της θεραπείας, της αποκατάστασης και οποιασδήποτε άλλης σχετικής φροντίδας.

Καθιερώνεται έτσι η έννοια της διεπιστημονικής ομάδας υγείας για την αντιμετώπιση του αρρώστου, στην οποία συμμετέχουν ενεργά και ισότιμα επιστήμονες από όλο το φάσμα των σύγχρονων επαγγελματιών υγείας. Με την καθιέρωση της διεπιστημονικής ομάδας υγείας είναι δυνατή όχι μόνο η αντιμετώπιση της αρρώστιας στην ολική της διάσταση, αλλά επίσης και η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας, όπως και η σωματική και κοινωνική αποκατάσταση των ατόμων που αρρώστησαν.

⁵ Σύμφωνα με το Ν.4486/17 στην Ελλάδα η "ομάδα υγείας" στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελείται από ιατρούς, ειδικοτήτων γενικής ιατρικής, παθολογίας, παιδιατρικής, από νοσηλευτή, επισκέπτη υγείας, κοινωνικό, λειτουργό και από διοικητικό προσωπικό, με ελάχιστη σύνθεση έναν ιατρό ειδικότητας γενικής ιατρικής ή παθολογίας, έναν νοσηλευτή ή επισκέπτη υγείας και έναν διοικητικό υπάλληλο.

6.1.3 Νοσηλευτές στην κατ' οίκον νοσηλεία

Οι νοσηλευτές⁶ αποτελούν το μεγαλύτερο και σημαντικότερο μέρος της ομάδας των επαγγελματιών που παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι. Λειτουργούν κατά κύριο λόγο ως «βοηθοί ανθρώπων» που βοηθούν άλλους ανθρώπους (ασθενείς) να υπερνικήσουν περιορισμούς που τούς θέτει η υγεία τους ή βοηθούν μέλη της οικογένειας να μάθουν πώς να βοηθούν εκείνους που έχουν έλλειψη φροντίδας. Τα καθήκοντά τους σε γενικές γραμμές, αποτελούν η αξιολόγηση των ατόμων που χρήζουν της ανάγκης φροντίδας, η ανάπτυξη σχεδίων φροντίδας, η παροχή εξειδικευμένης νοσηλείας, και ο καθορισμός των άλλων υπηρεσιών που κρίνονται απαραίτητες για την φροντίδα στο σπίτι.

Η αξιολόγηση επικεντρώνεται στον βαθμό που οι ελλείψεις στις ικανότητες του ασθενή για αυτοφροντίδα έχουν ικανοποιηθεί και εάν οι τρόποι που χρησιμοποιήθηκαν για να επιτευχθεί αυτή ήταν αποδεκτή από τον ασθενή. Τα σχέδια θα πρέπει να περιέχουν πληροφορίες για τη συχνότητα, και σε ορισμένες περιπτώσεις για τον ακριβή σχεδιασμό, της απαιτούμενης επαφής του νοσηλευτή με τον ασθενή και οποιονδήποτε άλλο εμπλέκεται στη φροντίδα του. Προτείνει την καταγραφή των διαδικασιών, μπορεί να περιέχει τις κρίσεις συναδέλφων για την πρόοδο του ασθενή σε σχέση με τις απαιτήσεις αυτοφροντίδας. Εκπαιδεύουν μέλη της οικογένειας και φίλους που έχουν τη διάθεση για εθελοντική προσφορά φροντίδας, αξιοποιώντας έτσι με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τα άτυπα δίκτυα.

Η φροντίδα στο σπίτι, απαιτεί εξειδικευμένη φροντίδα από τους νοσηλευτές, αυτενέργεια, υψηλή εμπειρία και ταυτόχρονα την ικανότητα του διατομεακού συντονισμού των επαγγελματιών που εμπλέκονται με τη φροντίδα στο σπίτι. Σε Ευρωπαϊκό επίπεδο οι νοσηλευτικές υπηρεσίες της φροντίδας στο σπίτι, λόγω της υψηλά απαιτούμενης εξειδίκευσης, χρηματοδοτούνται και οργανώνονται αυτόνομα και σε διαφορετικό επίπεδο από τις άλλες υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι^{42,43}.

Σύμφωνα με τον

⁶ Σύμφωνα με τον Ν4486/2017 δεν εξειδικεύεται ο ρόλος του νοσηλευτή κατ' οίκον αλλά αναφέρεται ως Νοσηλευτής ΠΕ και Νοσηλευτής ΤΕ. Επίσης και σύμφωνα με το Ν 4272/2014 για την κατ' οίκον Νοσηλεία δίνεται η δυνατότητα για την παροχή κατ' οίκον νοσηλείας από "ιδιώτες επαγγελματίες υγείας". Ωστόσο δεν έχει καθιερωθεί η ειδικότητα της κοινοτικής Νοσηλευτικής με συγκεκριμένο προσανατολισμό.

7. Θεσμικό πλαίσιο πρωτοβάθμιας στην Ελλάδα σήμερα

Ο Ν.1397/83⁷ προχώρησε στην ίδρυση «Μονάδων Περίθαλψης», σύμφωνα με την ορολογία του, προσηλωμένος στο νοσοκεντρικό και νοσοκομειακεντρικό χαρακτήρα του συστήματος. Η Πρωτοβάθμια Περίθαλψη προβλέφθηκε να παρέχεται από τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά τους Ιατρεία, καθώς και από τα Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων. Σημαντικά χαρακτηριστικά του νόμου αποτελούν η πρόβλεψη για σύσταση Κέντρων Υγείας ως αποκεντρωμένων οργανικών μονάδων νοσοκομείων του νομού και των Περιφερειακών Ιατρείων ως αποκεντρωμένων οργανικών μονάδων των Κέντρων Υγείας, η διάκριση σε Κέντρα Υγείας αστικών περιοχών και Κέντρων Υγείας μη αστικών περιοχών, η διασύνδεση με τα νοσοκομεία, η κατάργηση κάθε Μονάδας Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, που έχει συσταθεί και λειτουργεί με οποιαδήποτε μορφή από δημόσια νομικά πρόσωπα (άρθρο 16 επ. Ν. 1397/1983)⁴⁴ κ.α.

Στο νόμο Ν.2071/1992⁴⁵, θεσπίζεται γενικά η κατ' οίκον νοσηλεία στην παροχή υπηρεσιών υγείας, ενώ διατάξεις που αφορούν τη δημιουργία μονάδων βοήθειας στο σπίτι και κινητών μονάδων βρίσκονται διάσπαρτες σε διάφορα νομοθετήματα. Ο συγκεκριμένος νόμος εμπεριέχει τις λεπτομέρειες και τις συνθήκες για την παροχή κατ' οίκου ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και δήλωνε ότι οι κοινοτικοί νοσηλευτές είναι ο πρωταρχικός κλάδος για την παροχή αυτών των υπηρεσιών. Οι οργανισμοί οι οποίοι έχουν την δικαιοδοσία να οργανώνουν και να παρέχουν κατ' οίκον νοσοκομειακή φροντίδα είναι: α) τομείς στοιχειώδους ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης των νοσοκομείων του ΕΣΥ, β) τα κέντρα υγείας του ΕΣΥ, οι μικρότερες μονάδες παροχής ιατροφαρμακευτικής φροντίδας, γ) κέντρα υγείας που οργανώνονται και διοικούνται σύμφωνα με την κοινωνική ασφάλεια, ευημερία και μη-κυβερνητικοί οργανισμοί, δ) ιδιωτικά νοσοκομεία ή κέντρα στοιχειώδους ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης υπό την αιγίδα και τον έλεγχο του Υπουργείου Υγείας.

Η αναδιάρθρωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας στις αγροτικές περιοχές της χώρας επιχειρήθηκε με το Ν. 2519/1997⁴⁶.

⁷ άρθρο 16 επ. Ν. 1397/1983

Στο νόμο Ν. 3106/2003 (άρθρα 13, β και 17) για τη σύσταση Ξενώνων, κ.λπ. στηρίζονται οι Υπουργικές Αποφάσεις Υ4α/ οικ. 162012/07 και ΔΥ8/Β/οικ.89126/07 που ρυθμίζουν το θεσμικό πλαίσιο για την οργάνωση και λειτουργία μονάδων ανακούφισης χρόνιου πόνου και αντίστοιχα για την οργάνωση και λειτουργία ξενώνων χωρίς όμως να προκαλείται επιπλέον δαπάνη σε βάρος του κρατικού προϋπολογισμού.

Ο νόμος 3235 του 2004⁴⁷ αποτελεί μια αυτοτελή νομοθετική ρύθμιση της ΠΦΥ, η οποία επιχειρεί να εξορθολογήσει και να της προσδώσει έναν πλουραλιστικό χαρακτήρα αναφορικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, αξιοποιώντας τις υφιστάμενες υποδομές τόσο των μονάδων ΠΦΥ του ΕΣΥ όσο και των πολυατρείων και των τοπικών ιατρείων των ασφαλιστικών οργανισμών.

Σε αυτό το πλαίσιο, οι μονάδες που παρέχουν υπηρεσίες ΠΦΥ είναι: τα Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ και τα περιφερειακά τους ιατρεία, οι μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (Ο.Κ.Α.), που μετονομάζονται σε Κέντρα Υγείας του οικείου Ο.Κ.Α, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ, οι μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, καθώς και άλλοι φορείς που συνδέονται οργανωτικά ή λειτουργικά με τις υπηρεσίες του ΕΣΥ. Οι μονάδες αυτές αποσκοπούν στην παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο σπίτι, σε μονάδα ημερήσιας νοσηλείας, σε μονάδα μετανοσοκομειακής φροντίδας και φυσικής αποκατάστασης - αποθεραπείας σε ειδικές κατηγορίες πληθυσμού ή περιπτώσεις ασθενειών, που καθορίζονται με απόφαση του ΔΣ της ΔΥ.ΠΕ.

Παράλληλα Θεσπίζεται η ηλεκτρονική κάρτα υγείας του πολίτη και, κατ' αυτόν τον τρόπο, διευκολύνεται η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, γίνεται αποτελεσματικότερη η παροχή υπηρεσιών υγείας και εξασφαλίζεται με ταχύτητα η παροχή των αναγκαίων ή άλλων πληροφοριών και δεδομένων που αφορούν την υγεία του δικαιούχου της κάρτας ή την πρόσβασή του στις μονάδες υγείας.

Σημαντικό βήμα για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποτελεί η ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) με το Ν. 3918/2011⁴⁸. Βασική αρμοδιότητά του αποτελεί ο συντονισμός και η συνεργασία των φορέων που αποτελούν το Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας

Υγείας : των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών τους Ιατρείων του ΕΣΥ, των γιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου, των μονάδων Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης των ΟΤΑ, των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας του ΕΟΠΥΥ, των συμβεβλημένων ιατρών του, καθώς άλλων οργανισμών ΝΠΔΔ ή ΝΠΙΔ. Με απόφαση του Συμβουλίου Συντονισμού (Ν. 3863/2010)⁴⁹ τίθενται οι όροι συνεργασίας και διαμορφώνεται ο Χάρτης της ΠΦΥ. Ωστόσο δεν λειτούργησε η συνεργασία αυτή και υπήρξαν προβλήματα στην εφαρμογή του Ν. 3852/2010⁵⁰.

Στη συνέχεια το 2014, με τον νόμο 4238/2014⁵¹ συστάθηκε το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ) όπου μεταβιβάστηκαν τα ιατρεία του ΕΟΠΥΥ. Με το Π.Ε.Δ.Υ αναπτύσσεται η ΠΦΥ με την αναδιοργάνωση των κέντρων υγείας, την ίδρυση των πολυδύναμων κέντρων υγείας και την δημιουργία του ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου υγείας (ΑΗΦΥ), μέσα από ένα καθολικό, ενιαίο και αποκεντρωμένο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ). Στις υπηρεσίες του ΠΕΔΥ περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων που χαρακτηρίζουν την Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (όπως υπηρεσίες υγείας εκτός Νοσοκομείου, εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών, το σχεδιασμό και την υλοποίηση μέτρων και προγραμμάτων για την πρόληψη νοσημάτων) περιλαμβάνεται και η παρακολούθηση χρόνιων νοσημάτων και αναφέρεται η διασυνδετική με τις κοινωνικές υπηρεσίες. Επίσης αναφέρεται η κατοίκον φροντίδα⁸, οι υπηρεσίες αποκατάστασης και οι υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας. Επίσης στις υπηρεσίες ΠΦΥ εντάσσεται η πρωτοβάθμια οδοντιατρική και ορθοδοντική φροντίδα, με έμφαση στην πρόληψη και οι πρωτοβάθμια ψυχική υγεία. Οι δομές που παρέχουν υπηρεσίες υγείας είναι σύμφωνα με το Νόμο τα Κέντρα Υγείας και οι λοιπές Μονάδες παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Δ.Υ.Πε. αποτελούν τις δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας⁹ Υγείας του Π.Ε.Δ.Υ. Στο Νόμο γίνεται επίσης αναφορά στον οικογενειακό γιατρό και στην ομάδα υγείας.¹⁰

⁸ Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με το Ν.4277/14 αρ 64 και Ν. 4199/13 άρθρο 127 για το Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι (ΒΣΣ) παρέχονται υπηρεσίες -μεταξύ των άλλων- όπως κοινωνικής εργασίας, ψυχοκοινωνικής στήριξης, νοσηλευτικής φροντίδας, φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας και οικιακής βοήθειας.

⁹ Πρόκειται για τις πρώην Μονάδες ΕΟΠΥΥ

¹⁰ Επαγγελματίες Π.Φ.Υ. του Π.Ε.Δ.Υ. αποτελούν ο οικογενειακός ιατρός και ιατροί άλλων ειδικοτήτων, οδοντίατροι, καθώς και άλλοι επαγγελματίες υγείας, όπως οι μαίες, οι επισκέπτες υγείας, οι νοσηλευτές, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι φυσικοθεραπευτές, οι διαιτολόγοι – διατροφολόγοι, οι ψυχολόγοι, οι εργοθεραπευτές, τεχνολόγοι ιατρικών εργαστηρίων, βοηθοί ιατρικών και βιολογικών εργαστηρίων, χειριστές ιατρικών συσκευών, ραδιολόγοι – ακτινολόγοι, οδοντοτεχνίτες και το λοιπό υγειονομικό και παραϊατρικό προσωπικό.

Το 2017 ψηφίζεται ο Νόμος 4486/17⁵² με στόχο την ανάπτυξη δικτύων Τοπικών Μονάδων Υγείας (Το.Μ.Υ.) και την αναμόρφωση του Δικτύου Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας. Επίσης εξειδικεύονται οι παρεχόμενες υπηρεσίες και εξειδικεύονται οι υπηρεσίες αποκατάστασης με υπηρεσίες φυσικοθεραπείας. Τέλος προστίθενται και οι υπηρεσίες Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας σε συνεργασία με τους συναρμόδιους κατά περίπτωση φορείς.

Οι μονάδες Το.Μ.Υ., αποτελούν το νέο "κύτταρο" του ΕΣΥ, τις περιφερειακές δομές των Κέντρων Υγείας. Σύμφωνα με το Νόμο αποτελούν το πρώτο επίπεδο της ΠΦΥ και το δεύτερο θα αποτελούν τα Κέντρα Υγείας¹¹, ενώ όλες οι δομές θα διασυνδέονται με τα νοσοκομεία. Η ονομασία ΠΕΔΥ (Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας) καταργείται και όλες οι δομές βρίσκονται υπό την ομπρέλα του ΕΣΥ¹². Κάθε Το.Μ.Υ., στελεχώνεται από μια ολιγομελή διεπιστημονική ομάδα υγείας θα διαθέτει οικογενειακό γιατρό, με πληθυσμό ευθύνης περίπου 2.000 ατόμων. Ως οικογενειακοί ιατροί ορίζονται ιατροί ειδικότητας γενικής ιατρικής ή παθολογίας για τον ενήλικο πληθυσμό και παιδίατροι για τον παιδικό πληθυσμό¹³. Ο πολίτης θα πρέπει να εγγραφεί στην ΤΟΜΥ και ο οικογενειακός γιατρός θα είναι εκείνος που θα τον παραπέμπει, εάν χρειαστεί, σε εξειδικευμένο γιατρό και σε νοσοκομείο. Οι πολίτες θα έχουν απεριόριστη και δωρεάν πρόσβαση στις υπηρεσίες της σε ένα διευρυμένο ωράριο από τις 8 το πρωί μέχρι τις 9 το βράδυ. Η παροχή υπηρεσιών είναι δωρεάν για όλους τους πολίτες, ακόμα και για τις κατ' οίκον επισκέψεις των οικογενειακών γιατρών.

Η διεπιστημονική ομάδα ονομάζεται ομάδα "Ομάδα Υγείας" και 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, ένα νοσηλεύτη ή επισκέπτη υγείας και έναν διοικητικό υπάλληλο.

¹¹ Οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.) συστήνονται ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας με απόφαση του Υπουργού Υγείας ύστερα από εισήγηση του Διοικητή της οικείας Υ.Πε. και σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.ΠΕ..

¹² Σύμφωνα με το Νόμο διαφαίνεται αλλαγή του προσανατολισμού του συστήματος πρωτοβάθμιας με έμφαση στο δημόσιο χαρακτήρα του ως προς τη χρηματοδότηση και τη στενότερη σύνδεση με το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

¹³ Σύμφωνα με το Νόμο Ο 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.

8. Βιβλιογραφία

1. The Writing Group for the Consortium for Health and Human Rights. Health and human rights: a call to action on the 50th anniversary of the Universal Declaration of Human Rights. *JAMA*. 1998;280:462-464.
2. Mann J, Gostin L, Gruskin S, Brennan T, Lazzarini Z, Fineberg H. Health and human rights. *Health Hum Rights*. 1994;1:6-23 Grodin M, Annas G. Legacies of Nuremberg. *JAMA*. 1996;276:1682-1683
3. Theil P: *Les Aphorismes*, Paris 1957
4. Sidel VW. The social responsibilities of health professionals: lessons from their role in Nazi Germany. *JAMA*. 1996;276:1679-1681
5. Netherlands Institute of Primary Health Care *Discipline Report on (Bio)Medical and Health Sciences* Research in the Netherlands Medical Committee KNAW NIVEL 1998
- 6 Herman J. Sixma, Siân Calnan, Michael Calnan and Groenewegen P. Peter User involvement in measuring service quality of local authority occupational therapy services; a new approach, *International Journal of Consumer Studies* Volume 25 Issue 2 Page 150 - June 2001
7. Σαρρής Μάρκος Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής Εκδόσεις Παπαζήση 2001
8. Δαρβίρη Χριστίνα (2007). Προαγωγή Υγείας. Εκδόσεις Πασχαλίδης.
9. Σούλης Σ. Εισαγωγή στην Οικονομική της Υγείας, Πρακτικά του προσυνεδριακού Σεμιναρίου του 1ου Πανελλήνιου Συνεδρίου Οικονομικών της Υγείας, 28 Νοεμβρίου 1987 Αθήνα σελ. 10-11
10. Cooper M. and Culer A. *Health Economics*, Penguin 1973
11. Παπαναγιώτου Μ. - Κανελλοπούλου Μ. Κοινωνικοί και Οικονομικοί παράμετροι της φαρμακευτικής κατανάλωσης στην Ελλάδα. – Πολιτική και Οικονομία του Φαρμάκου Διδακτ. Διατριβή 1991
12. Γραφείο Περιοχής Ευρώπης ΠΟΥ (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας) Υγεία 21 Υγεία για όλους τον 21ο αιώνα Μεταφραστής: Γιάννης Δημολιάτης Επιμελητής: Γιάννης Δημολιάτης Τυπωθήτω 2002

13. Kleczkowski B., Roemer M., Van Der Werff A. Les systemes de sante nationaux: reorientation sur la voie de la sante pour tous. Principes directeurs pour l'elaboration des politiques Organisation Mondiale de la Sante, Geneve 1984
14. Roemer M. National health Systems of the world. The issues Oxford University Press 1993
15. Σούλης Σ. Επιστημονική Ημερίδα του περιοδικού Επιθεώρηση Υγείας με Θέμα επαγγέλματα υγείας- Πληθωρισμός, Ανεπάρκεια στο Νοσοκομείο Αγ. Σάββας, 31 Μαρτίου – 1Απριλίου 1995 Αθήνα
16. Θεοδώρου Μάμας Σαρρής Μάρκος, Σούλης Σωτήρης Συστήματα Υγείας Εκδόσεις Παπαζήση 1999
17. Πιερράκος Γ. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Μέσα από την Τοπική Κοινωνία Παπαζήσης 2008
18. Polysos N., Bartsokas D., Pierrakos G., Asimakopoulou J., Yfantopoulos J Comparative surveys for patient satisfaction between hospitals in Athens .Archives of Hellenic Medicine 2005, 22(3):286–297
19. Relman A. Assessment and accountability: The third revolution in medical care. N Engl J Med 1988, 319:1220–1222
20. Donabedian A. The Quality of Care. How Can it Be Assessed. JAMA 1988;260:1743-1748
21. Σπανού Κ. Διοίκηση, Πολίτες και Δημοκρατία, Παπαζήση 2000
22. Υφαντόπουλος Ι. Τα οικονομικά της Υγείας θεωρία και πολιτική Τυπωθήτω Δαρδανός 2003
23. WHO Intersectoral Action for Health. Background document for the technical Discussion. 39th World Assembly, Geneva May 1986
24. WHO- UNICEF. Primary Health Care: Joint Report. International Conference on Primary Health Care. Alma Ata USSR Geneva – New York 6-12 September 1978
25. Κυρίοπουλος Ι., Λιονής Χ. “Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Γενική Ιατρική: Η ασφαλιστική δικλείδα για την υψηλή ποιότητα στη φροντίδα υγείας”. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τόμος 12 Τεύχος 4, 167-168, 2000
26. Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων Έγγραφο εργασίας των Υπηρεσιών της Επιτροπής Συνοδευτικό έγγραφο στην Λεύκη Βίβλος «Μαζί για την υγεία:

- Στρατηγική Προσέγγιση της ΕΕ για την περίοδο 2008 – 2013» Σύνοψη της Εκτίμησης Αντίκτυπου σελ 3 Βρυξέλλες, 23.10.2007
27. Chalmers I. Archie Cochrane (1909-1988) Journal of the Royal Society Medicine 2008; 101: 41-44
 28. Albanese M. Norcini J. What Are They and Why Should We Care? Advances in Health Sciences Education, Volume 7, Number 2, 2002 , pp. 147-151(5)
 29. WHO- UNICEF. Primary Health Care: Joint Report. International Conference on Primary Health Care. Alma Ata USSR Geneva – New York 6-12 September 1978
 30. Λιονής Χ., Μερκούρης Μ.Π.. “Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προτάσεις για τη βελτίωσή της”, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 12: 7-9-2000
 31. Μωραΐτης Ε., Γεωργούση Ε., Ζηλίδης Χρ., Θεωδόρου Μ, Πολύζος Ν.. *Μελέτη για την Οργάνωση και λειτουργία Ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας*, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα 1995
 32. Στάθης, Γ., Η Επίδραση του Κοινωνικο-πολιτισμικού Προτύπου στη Δομή της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης και στην Προαγωγή της Υγείας: Η Περίπτωση της Ελλάδας, *Επιθεώρηση Υγείας*, Τόμος 14, Τεύχος, 80, Ιανουάριος – Φεβρουάριος 2003, σελ. 8-11.
 33. Δαρβίρη Χρ. Προαγωγή της Υγείας εκδ Πασχαλίδη 2007 σελ 90-100
 34. Ζαϊμάκης Γ. Κανδυλάκη Αγ. Δίκτυα Κοινωνικής Προστασίας εκδ Κριτική σελ. 79-81
 - 35 Στάθης, Γ., Η Επίδραση του Κοινωνικο-πολιτισμικού Προτύπου στη Δομή της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης και στην Προαγωγή της Υγείας: Η Περίπτωση της Ελλάδας, *Επιθεώρηση Υγείας*, Τόμος 14, Τεύχος, 80, Ιανουάριος – Φεβρουάριος 2003, σελ. 8-11.
 36. Πιερράκος Γ. Μοντέλα Διοίκησης Μακροχρόνιας Φροντίδας Υγείας στην Τοπική Κοινωνία Εκ. Παπαζήση Δεκέμβριος 2013
 37. Ρούσσου Ν.Χ. Ιστορία του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Αθήνα Έκδοση Χ.Ν. Ρούσου 1991
 38. Gallagher B.M. Nursing role in home health care. In: Jarvis L. Community health nursing: Keeping the public healthy. Second edition. Philadelphia, F.A. Davis company, 1985.

39. Bolander R.V.. Home care nursing. In: Sorensen and Luckmann's basic nursing. A psychophysiologic approach. Third edition. Philadelphia, W.B. Saunders, 1994
40. Παπαδογιαννάκης Ν. Το σύστημα υγείας στη Σμύρνη στις αρχές του αιώνα μας, *Μικρασιατική Ηχώ* (317) Ιούλιος Αύγουστος 1995 σελ. 8-9,13
41. Abel -Smith B., Figueras J., Holland W., McKee M., Mossialos E. *Choices in Health policy. An agenda for the European Union* Dartmouth 1995
42. Orem, D.E. (1991). Nursing: Concepts of practice (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby-Year Book Inc
43. Laferriere R: Orem's theory in practice: hospice nursing care Home Healthcare Nurse 1995;13(5): 50-54
44. ΝΟΜΟΣ - 1397 - 1983. Εθνικό Σύστημα Υγείας.
- 45 Ν. 2071/1992 Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας.
46. Ν. 2519/1997 ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 2519/1997. (ΦΕΚ Α' 287/28-11-2005). Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών Υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις
47. ΝΟΜΟΣ 3235/2004. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.
48. ΝΟΜΟΣ 3918/2011 Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις
49. ΝΟΜΟΣ 3863/2010 «Νέο Ασφαλιστικό Σύστημα και συναφείς διατάξεις, ρυθμίσεις στις εργασιακές σχέσεις»
50. ΝΟΜΟΣ 3852/2010. Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης – Πρόγραμμα Καλλικράτης
- 51 Ν. 4238 Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις
- 52 Νόμος 4486/2017 Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις.