

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ SPECIAL ARTICLE

Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980–2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου

Ανασκοπείται το μεταρρυθμιστικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) στην Ελλάδα κατά τη χρονική περίοδο 1980–2008, όπως αυτό αποτυπώνεται στο νομοθετικό πλαίσιο οργάνωσής της κατά την ίδια χρονική περίοδο. Επιχειρείται μια βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με τη διεθνή εμπειρία μεταρρύθμισης και οργάνωσης της ΠΦΥ σε δύο αντιπροσωπευτικές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Μ. Βρετανία, Σουηδία), ενώ μελετάται το σύνολο της νομοθεσίας που αφορά στην οργάνωση της ΠΦΥ στην Ελλάδα για την περίοδο 1980–2008 και ακόμη η «Έκθεση της Επιτροπής Ξένων Εμπειρογνομόνων» (1994), το σχέδιο μεταρρύθμισης της «Υγείας για τον Πολίτη» (2000) και το σχέδιο νόμου για την «Οργάνωση και τη Λειτουργία της ΠΦΥ» (2008). Από το 1980–2008, ουδέποτε υλοποιήθηκε ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού, ο ενιαίος φορέας υγείας και η αυτονομία στη διοίκηση των κέντρων υγείας. Η ΠΦΥ στην Ελλάδα, σε αντίθεση με χώρες ανάλογης εμπειρίας εθνικών συστημάτων υγείας (Μ. Βρετανία, Σουηδία), παραμένει κατακερματισμένη και αδύναμη να ικανοποιήσει αποτελεσματικά τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Διακήρυξη της Alma-Ata (1978) για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), που υιοθετήθηκε από το σύνολο των κρατών-μελών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και της UNICEF, αποτελεί σταθμό στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας.¹ Συμμετείχαν 134 έθνη, που έθεσαν ως παγκόσμια στρατηγική το «Υγεία για Όλους μέχρι το Έτος 2000», κάτι που 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.^{1–4} Ως μέσω επίτευξης αυτού του στόχου ορίστηκε η ΠΦΥ. Θεμελιώδης αρχή της ΠΦΥ είναι η προσέγγιση της υγείας ως κοινωνικού δικαιώματος, αρχή η οποία καθορίζει ως βασική υποχρέωση την ενιαία και συνεχή κάλυψη όλων των πολιτών, ανεξάρτητα από τα κοινωνικά, τα οικονομικά, τα θρησκευτικά ή τα φυλετικά χαρακτηριστικά τους. Με τη Διακήρυξη της Alma-Ata αναδείχθηκε η σημασία της πρόληψης και της αγωγής υγείας,

στοιχεία που σε συνδυασμό με την ενεργό συμμετοχή του πολίτη και της κοινότητας για την αντιμετώπιση της νόσου και τη βελτίωση ή τη διατήρηση της υγείας μέσα από μια συντονισμένη διατομεακή δράση αποτέλεσαν την πυξίδα για τον επαναπροσανατολισμό των συστημάτων υγείας πολλών χωρών.^{5,6}

Το παρόν άρθρο σκοπό έχει τη μελέτη των μεταρρυθμίσεων της ΠΦΥ στην Ελλάδα, κατά τη χρονική περίοδο 1980–2008, όπως αυτές αποτυπώνονται στο νομοθετικό πλαίσιο οργάνωσής της κατά την ίδια χρονική περίοδο, ενώ ακολουθεί η συζήτηση της ελληνικής εμπειρίας με βάση την ευρωπαϊκή (Μ. Βρετανία και Σουηδία).

2. Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΟΥΗΔΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η Σουηδία έχει ένα καλά αναπτυγμένο πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας, που το χαρακτηρίζει η εγγύτητα, η προσβασιμότητα, η ποιότητα, η συνοχή και η ασφάλεια.^{7,8} Τα 21 νομαρχιακά συμβούλια καθώς και οι 290 δήμοι με

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2012, 29(1):106–115
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2012, 29(1):106–115

**A. Γιανασμίδης,
M. Τσιαούση**

*Εργαστήριο Υγιεινής, Τμήμα
Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη*

Time trend study
on the institutional framework
of the Greek Primary Health Care
System (1980–2008)
and experience of the British
and Swedish models

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Μεταρρυθμίσεις συστημάτων υγείας
Πολιτική υγείας
Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

*Υποβλήθηκε 10.4.2011
Εγκρίθηκε 15.7.2011*

το νόμο Health and Medical Services Act (1982) και με τη μεταρρύθμιση του Dagmar (1985) έχουν σημαντικές εξουσίες τόσο σε θέματα ΠΦΥ όσο και σε άλλα θέματα που αφορούν στις περιοχές ευθύνης τους. Οι υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονται από τα 1.200 κέντρα υγείας (300 ιδιωτικά), τα οποία είναι στελεχωμένα με γενικούς ιατρούς (1 ανά 2.500 κατοίκους), νοσηλεύτριες, μαιές και φυσικοθεραπευτές.^{7,9,10} Σε αρκετές περιπτώσεις, τα κέντρα υγείας στελεχώνονται με γυναικολόγο, παιδίατρο, ορθοπαιδικό και ψυχίατρο. Στο σύστημα της ΠΦΥ περιλαμβάνονται και ειδικά κέντρα όπου γίνονται εμβολιασμοί, περιοδικοί έλεγχοι της κατάστασης υγείας και ακτινοδιαγνωστικοί έλεγχοι.¹¹ Στα τέλη του 1990 υπήρχαν 5.000 γενικοί ιατροί και το 86% αυτών εργάζονταν στο δημόσιο τομέα.¹⁰ Είναι έμμισθοι υπάλληλοι που εργάζονται έως 40 ώρες την εβδομάδα και αμείβονται από τα νομαρχιακά συμβούλια. Το 2003, ένας ιατρός αμειβόταν κατά μέσο όρο με 5.300 € μηνιαία. Στο ποσό αυτό περιλαμβάνεται και η τηλεφωνική κλήση του για παροχή υπηρεσιών εκτός του κανονικού του ωραρίου. Οι ιδιώτες ιατροί που είναι συμβεβλημένοι με τα νομαρχιακά συμβούλια αμείβονται κατά πράξη και πάντα με την προσυμφωνημένη αποζημίωση.^{7,10} Με το νόμο Family Doctor Act (1994), κάθε ασθενής επιλέγει, εντός της περιοχής ευθύνης του νομαρχιακού συμβουλίου όπου ανήκει, τον οικογενειακό ιατρό προτίμησής του και συνήθως δεν αλλάζει εύκολα την επιλογή που έχει κάνει.¹²⁻¹⁴

Οι γενικοί ιατροί παραπέμπουν τους ασθενείς τους σε άλλους ειδικούς ιατρούς, διαγνωστικά κέντρα ή νοσοκομεία μέσω ραντεβού που ρυθμίζουν οι ίδιοι ή με τη χορήγηση του ανάλογου παραπεμπτικού σημειώματος. Στην περίπτωση που ένας ασθενής απευθυνθεί απ' ευθείας στα εξωτερικά ιατρεία ενός νοσοκομείου, ο χρόνος αναμονής του είναι μεγαλύτερος. Η χρέωση στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων είναι υψηλότερη απ' ό,τι στα κέντρα υγείας, ενώ στα περισσότερα νομαρχιακά συμβούλια η παροχή υπηρεσιών υγείας για πολίτες ηλικίας <20 ετών είναι δωρεάν.⁷ Από την 1η Νοεμβρίου του 2005 έχει εισαχθεί ο κανόνας του «0-7-90-90», που σημαίνει άμεση επαφή (μηδενική καθυστέρηση) με το σύστημα φροντίδας υγείας, επίσκεψη στο γενικό ιατρό εντός 7 ημερών, σε ειδικό ιατρό εντός 90 ημερών και αναμονή μεταξύ διάγνωσης και θεραπείας όχι >90 ημέρες.^{14,15}

3. Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΒΡΕΤΑΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η ΠΦΥ που παρέχεται από το βρετανικό εθνικό σύστημα υγείας (NHS) στηρίζεται στον παραδοσιακό θεσμό των γενικών ιατρών (general practitioners, GPs). Οι γενικοί ιατροί ασκούν έλεγχο στη χρήση των υπηρεσιών υγείας

(gate keeping), καθοδηγώντας τον ασθενή στις διάφορες βαθμίδες περίθαλψης. Είναι ιδιώτες ιατροί που κατά κανόνα εργάζονται στα ιδιωτικά τους ιατρεία (solo practice), ενώ ορισμένοι εξ αυτών σε ομαδική βάση (group practice).¹⁰ Έχουν διττό ρόλο, καθώς παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και επί πλέον αγοράζουν υπηρεσίες δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας από τα νοσοκομεία, με βάση τα συμβόλαια αποζημίωσης κατά πράξη/υπηρεσία (cost per case). Το 99% του πληθυσμού κάνει χρήση του δικαιώματος να επιλέγει το γενικό ιατρό της αρεσκείας του, ο οποίος είναι 24 ώρες διαθέσιμος και καλύπτει διαγνωστικές, προληπτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας.^{16,17} Η επιλογή του γενικού ιατρού γίνεται βάσει της γεωγραφικής περιοχής όπου διαμένει ο πολίτης και οι περισσότεροι από τους πολίτες έχουν μια μακροχρόνια σχέση με τον ιατρό τους.¹¹ Η πλειοψηφία των αμοιβών των γενικών ιατρών γίνεται κατά κεφαλήν (capitation payment), ενώ το ετήσιο εισόδημα των συμβεβλημένων με συμβόλαιο γενικών ιατρών για το έτος 2007/2008 στην Αγγλία ανερχόταν στις 104.898 £.^{18,19} Υπάρχουν και άλλες μορφές πληρωμής, όπως για προληπτικές εξετάσεις (παιδικό εμβολιασμό), για μικροεπεμβάσεις, για εργασία σε υποβαθμισμένες περιοχές και για νυκτερινές κατ' οίκον επισκέψεις.¹⁸

Με τη μεταρρύθμιση του 1991 (εσωτερική αγορά, internal market) δημιουργήθηκαν τα GP fund holders (εισήχθησαν 294 σχήματα). Πρόκειται για ομάδες οικογενειακών ιατρών που εξυπηρετούσαν >11.000 ασθενείς και οι οποίες αγόραζαν για τους ασθενείς τους τις απαιτούμενες υπηρεσίες υγείας από τα νοσοκομεία, τα οποία πλήρωναν από τον ετήσιο προϋπολογισμό που ελάμβαναν. Στο τέλος του έτους, αν οι συνολικές δαπάνες ήταν λιγότερες από τον προϋπολογισμό που είχε δοθεί, τότε οι γενικοί ιατροί χρησιμοποιούσαν το πλεόνασμα για να εξοπλίσουν και να βελτιώσουν τα ιατρεία τους.^{20,21} Το 1999 καταργήθηκαν τα fund holders και στη θέση τους δημιουργήθηκαν Ομάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (primary care groups, PCGs), η πλειοψηφία των οποίων (481 στο αριθμό) λειτουργούν στις περιοχές γεωγραφικής κάλυψης των fund holders και καλύπτουν πληθυσμό 46.000–257.000 κατοίκων.^{21,22} Οι ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας (PCGs), στη διοίκηση των οποίων συμμετείχαν οι fund holders, παρείχαν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, συνεργάζονταν με τις τοπικές αρχές και τις υγειονομικές αρχές για την εφαρμογή προγραμμάτων βελτίωσης της υγείας ή ασκούσαν συμβουλευτικό ρόλο σε ζητήματα υπηρεσιών υγείας, συμβάλλοντας στην αντιμετώπιση των ανισοτήτων.²³ Το 2002, για λόγους βελτίωσης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και μείωσης του χρόνου αναμονής στα νοσοκομεία, οι υγειονομικές ομάδες ΠΦΥ (PCGs) αντικαταστάθηκαν από τα PCTs (primary care trusts), καθένα από τα οποία περι-

λαμβάνει όλα τα ιατρεία στην περιοχή ευθύνης του, σε έναν πληθυσμό 170.000 κατοίκων. Τα PCTs ελέγχουν πλέον το 75% του προϋπολογισμού του NHS, συμπεριλαμβανομένης και της αγοράς όλων των παρεχομένων νοσοκομειακών υπηρεσιών της περιοχής τους.^{21,24,25}

4. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

Τα υλικά μελέτης της εργασίας συνίσταται από τη νομοθεσία για την ΠΦΥ κατά το χρονικό διάστημα 1980–2008. Για τη συλλογή του υλικού, σχετικό ερώτημα απευθύναμε στην 3η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας, από την οποία όμως δεν λάβαμε απάντηση. Ερώτημα απευθύναμε επίσης στη Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Τμήμα Α΄ του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, απ΄ όπου και λάβαμε αντίγραφο της Εφημερίδας της Κυβέρνησης της Ελληνικής Δημοκρατίας με τους νόμους που παρατίθενται στους πίνακες 1 και 2.

Στον πίνακα 1 καταγράφεται η κύρια νομοθεσία που αναλύθηκε στην εν λόγω μελέτη, ενώ στον πίνακα 2 παρατίθεται η νομοθεσία που αφορά σε δευτερεύουσες διατάξεις για την ΠΦΥ στην Ελλάδα και η οποία δεν αποτέλεσε αντικείμενο ανάλυσης στην παρούσα μελέτη. Επί πλέον, καταγράφονται και μελετώνται η «Έκθεση της Επιτροπής Ξένων Εμπειρογνομώνων» του 1994 των Abel Smith et al, το σχέδιο μεταρρύθμισης του 2000 «Υγεία για τον Πολίτη» και το σχέδιο νόμου του 2008 για την «Οργάνωση και τη Λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας».

Στον πίνακα 3 παρουσιάζεται η ανά νόμο πρόβλεψη ή μη των παραμέτρων που σχετίζονται με τον οικογενειακό

Πίνακας 1. Κύρια νομοθεσία για το ελληνικό σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ).

Νόμος	ΦΕΚ	Τίτλος
1397/1983	143Α	Εθνικό Σύστημα Υγείας
1579/1985	217Α	Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις
2071/1992	123Α	Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του συστήματος υγείας
2194/1994	34Α	Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις
2519/1997	165Α	Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις
2889/2001	37Α	Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις
3235/2004	53Α	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

ΦΕΚ: Φύλλο Εφημερίδας της Κυβέρνησης

Πίνακας 2. Νομοθεσία για το ελληνικό σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) – δευτερεύουσες διατάξεις.

N. 1471/84/ΦΕΚ 112 Α΄	Για τη ρύθμιση θεμάτων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, αγροτικών ιατρείων και υγειονομικών σταθμών και άλλων συναφών διατάξεων
N. 1759/88/ΦΕΚ 50 Α΄	Ασφαλιστική κάλυψη ανασφάλιστων ομάδων, βελτίωση της κοινωνικοασφαλιστικής προστασίας και άλλες διατάξεις
N. 1963/91/ΦΕΚ 138 Α΄	Τροποποίηση και συμπλήρωση των διατάξεων της φαρμακευτικής νομοθεσίας και άλλες διατάξεις
N. 2345/95/ΦΕΚ 213 Α΄	Οργανωμένες υπηρεσίες παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας και άλλες διατάξεις
N. 2646/98/ΦΕΚ 236 Α΄	Ανάπτυξη Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις
N. 2955/01/ΦΕΚ 256 Α΄	Προμήθειες νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των ΠεΣΥΠ και άλλες διατάξεις
N. 3106/03/ΦΕΚ 30 Α΄	Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις
N. 3172/03/ΦΕΚ 197 Α΄	Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις
N. 3209/03/ΦΕΚ 304 Α΄	Ρυθμίσεις θεμάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας
N. 3329/05/ΦΕΚ 81 Α΄	Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις
N. 3370/05/ΦΕΚ 176 Α	Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις

ΠεΣΥΠ: Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας

ιατρό, τον ενιαίο φορέα υγείας, τη διοικητική υπαγωγή των κέντρων υγείας, την απονομή ειδικότητας της Γενικής Ιατρικής σε ανειδίκευτους έμμισθους ιατρούς και το διορισμό γενικών ιατρών κατά προτεραιότητα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ).

Από την ανάλυση της κύριας νομοθεσίας ως προς τις παραμέτρους που εξετάστηκαν, καταλήγουμε στα εξής αποτελέσματα:

Στους νόμους 1397/83 και 2194/94 προβλέπεται ότι ο οικογενειακός ιατρός αμείβεται με μισθό και είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης στο ΕΣΥ. Στους νόμους 2519/97 και 3235/04 προβλέπεται να είναι ιδιώτης ιατρός, ιατρός του ΕΣΥ ή ιατρός ασφαλιστικών ταμείων, αμειβόμενος κατά κεφαλή, ενώ στο σχέδιο μεταρρύθμισης του 2000 μπορεί να είναι πλήρους απασχόλησης και να ασκεί ιδιωτικό έργο, να αμείβεται κατά κεφαλή και επί πλέον να αμείβεται για πρόσθετες υπηρεσίες (εφημερίες, εμβολιασμούς κ.ά.). Στην έκθεση της επιτροπής εμπειρογνομώνων του 1994, ο οικογενειακός ιατρός προβλέπεται να είναι ιδιώτης ιατρός, συμβεβλημένος με την υγειονομική περι-

Πίνακας 3. Πρόβλεψη ή μη των εξεταζόμενων παραμέτρων ανά μεταρρύθμιση.

Νόμος	Οικογενειακός ιατρός	Αμοιβή και εργασιακή σχέση οικογενειακού ιατρού	Ειδικότητα	Διοικητική υπαγωγή κέντρων υγείας	Ενιαίος φορέας υγείας	Απονομή	Διορισμός γενικών ιατρών κατά προτεραιότητα στο ΕΣΥ
			οικογενειακού ιατρού, πληθυσμός ευθύνης, επιλογή οικογενειακού ιατρού, σύστημα παραπομπής			ειδικότητας Γενικής Ιατρικής σε ανειδίκευτους έμμισθους ιατρούς	
1397/83	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι
1579/85	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Ναι	Όχι
2071/92	Όχι	Όχι	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι	Ναι
2194/94	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι	Όχι
Abel Smith B et al, 1994	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι
2519/97	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι
Υγεία για τον πολίτη, 2000	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι	Όχι
2889/01	Όχι	Όχι	Όχι	Ναι	Όχι	Όχι	Όχι
3235/04	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι	Όχι
Οργάνωση και λειτουργία της ΠΦΥ, 2008	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι	Όχι

ΕΣΥ: Εθνικό Σύστημα Υγείας, ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

φέρεια, που εκτός από την κατά κεφαλή αμοιβή μπορεί να διαχειρίζεται και προϋπολογισμούς, ενώ στο σχέδιο νόμου του 2008 ο οικογενειακός ιατρός μπορεί να είναι ιδιώτης ιατρός ή ιατρός του ΕΣΥ και να πληρώνεται κατά πράξη από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, μέσω ηλεκτρονικής κάρτας και με βάση τα πρωτόκολλα ιατρικών εξετάσεων και φαρμάκων.

Σε όλο το νομικό πλαίσιο που μελετήσαμε, 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, οι νόμοι 1397/83 και 2194/94 προβλέπουν 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. Στην έκθεση της επιτροπής εμπειρογνομόνων του 1994, ο οικογενειακός ιατρός προβλέπεται να είναι γενικός ιατρός υπεύθυνος για 1.800–2.200 άτομα και στο νόμο 2519/97 γενικός ιατρός ή παθολόγος και παιδίατρος υπεύθυνος για έως 1.800 άτομα ή 1.600 παιδιά. Στο νόμο 3235/04 προβλέπεται να είναι γενικός ιατρός, παθολόγος και παιδίατρος και στο σχέδιο μεταρρύθμισης του 2000 γενικός ιατρός, παθολόγος, παιδίατρος, καθώς και ιατρός άλλης κλινικής ειδικότητας, μετά από βραχεία ειδική εκπαίδευση, ενώ στο σχέδιο νόμου του 2008 ο οικογενειακός ιατρός προβλέπεται να είναι γενικός ιατρός,

παθολόγος, οφθαλμίατρος, γυναικολόγος, ορθοπαιδικός, οδοντίατρος και παιδίατρος.

Τα κέντρα υγείας με τους νόμους 1397/83 και 2194/94 υπάγονται διοικητικά στα νοσοκομεία, ενώ με το νόμο 2071/92 υπάγονται στις νομαρχίες. Με το νόμο 2889/01 και τη μεταρρύθμιση του 2000 προβλέπεται η διοικητική τους αυτοτέλεια με εποπτεία από τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠεΣΥ) και με το νόμο 3235/04 υπάγονται στα ΠεΣΥ. Με την έκθεση της επιτροπής εμπειρογνομόνων του 1994 και το νόμο 2519/97 προβλέπεται η διοικητική και οργανωτική ενοποίηση των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με τη μορφή Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, ενώ στο σχέδιο νόμου του 2008 προβλέπεται η ένταξή τους στις ΔΥΠΕ (Διοικητικές Υγειονομικές Περιφέρειες).

Σχετικά με τη δημιουργία Ενιαίου Φορέα Υγείας, στο νόμο 1397/83 προβλέπεται η κατάργηση οποιασδήποτε μονάδας παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης από το δημόσιο, την τοπική αυτοδιοίκηση, τους ασφαλιστικούς φορείς και τα ταμεία, καθώς και οποιονδήποτε άλλο φορέα κοινωφελούς χαρακτήρα. Με την έκθεση της επιτροπής εμπειρογνομόνων του 1994 και το νόμο 2519/97 προβλέπεται ότι οι μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ΕΣΥ, των Ασφαλιστικών Οργανισμών και Ταμείων, των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης ή άλλων Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) ενοποιούνται με τη μορφή Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας. Με τη μεταρρύθμιση του 2000, τα αστικά κέντρα υγείας προέρχονται από την αναμόρφωση και τον εκσυγχρονισμό των πολυϊατρείων του ΙΚΑ και των

δήμων, ενώ με το σχέδιο νόμου του 2008 προβλέπεται η ένταξη των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών στο εθνικό δίκτυο ΠΦΥ.

Με το νόμο 1397/83, σε θέσεις ιατρών των κέντρων υγείας, για την κάλυψη των οποίων απαιτείται ειδικότητα Γενικής Ιατρικής, μπορούν να διορίζονται και ιατροί χωρίς ειδικότητα, εφ' όσον ασκούν τη Γενική Ιατρική τουλάχιστον 5 έτη. Οι ιατροί αυτοί, μετά το διορισμό τους, υποχρεώνονται σε εξάμηνη ειδική μετεκπαίδευση σε νοσοκομείο, μετά τη συμπλήρωση της οποίας λαμβάνουν τον τίτλο της ειδικότητας της Γενικής Ιατρικής. Με το νόμο 1579/85 προβλέπεται η εν λόγω ειδικότητα να χορηγείται και σε ανειδίκευτους ιατρούς που έχουν πενταετή ελεύθερη άσκηση της Ιατρικής ή τριετή άσκηση της Ιατρικής σε έμμισθη θέση αγροτικού ιατρείου, υγειονομικού σταθμού, ασφαλιστικού φορέα ή νοσοκομείου, μετά από 9μηνη ή 12μηνη εκπαίδευση, αντίστοιχα. Με το νόμο 2071/92, όσοι ιατροί έχουν συμπληρώσει 5 έτη σε έμμισθη θέση ως αγροτικοί ιατροί μπορούν να λάβουν την ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής μετά από 12 μήνες, ενώ

στο νόμο 2519/97 όσοι ιατροί έχουν συμπληρώσει συνεχή υπηρεσία 5 ετών σε έμμισθη θέση αγροτικού ιατρείου μπορούν να αποκτήσουν τον τίτλο ειδικότητας Γενικής Ιατρικής μετά από εκπαίδευση δύο ετών.

Τέλος, με το νόμο 2071/92 προβλέπεται ότι θέσεις ιατρών των κέντρων υγείας πληρούνται στο εξής από ιατρούς που κατέχουν την ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής, και εφ' όσον δεν υπάρχουν υποψήφιοι ιατροί με την παραπάνω ειδικότητα οι εν λόγω θέσεις πληρούνται από ιατρούς άλλων συγγενών ειδικοτήτων, ενώ με το νόμο 2519/97 προβλέπεται ότι σε κενές και κενούμενες θέσεις ιατρών υπηρεσίας υπαίθρου διορίζονται κατά προτεραιότητα πλέον ιατροί με ειδικότητα Γενικής Ιατρικής.

Στον πίνακα 4 παρουσιάζεται η ανά νόμο υλοποίηση ή μη των παραμέτρων που αναλύθηκαν στην παρούσα μελέτη.

5. ΣΧΟΛΙΑ

Ο βασικός σκοπός κάθε συστήματος υγείας στο πλαίσιο

Πίνακας 4. Υλοποίηση ή μη των εξεταζόμενων παραμέτρων ανά μεταρρύθμιση.

Νόμος	Οικογενειακός ιατρός	Αμοιβή και εργασιακή σχέση οικογενειακού ιατρού	Ειδικότητα οικογενειακού ιατρού, ασθενείς υπό την ευθύνη του οικογενειακού ιατρού, επιλογή οικογενειακού ιατρού, σύστημα παραπομπής	Διοικητική υπαγωγή κέντρων υγείας	Ενιαίος φορέας υγείας	Απονομή ειδικότητας Γενικής Ιατρικής σε ανειδίκευτους έμμισθους ιατρούς	Διορισμός γενικών ιατρών κατά προτεραιότητα στο ΕΣΥ
1397/83	Όχι	Όχι	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι	Δεν προβλέπεται
1579/85	Δεν προβλέπεται	Δεν προβλέπεται	Δεν προβλέπεται	Δεν προβλέπεται	Δεν προβλέπεται	Ναι	Δεν προβλέπεται
2071/92	Δεν προβλέπεται	Δεν προβλέπεται	Δεν προβλέπεται	Ναι	Δεν προβλέπεται	Ναι	Ναι
2194/94	Όχι	Όχι	Όχι	Ναι	Δεν προβλέπεται	Δεν προβλέπεται	Δεν προβλέπεται
Abel Smith B et al, 1994	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Δεν προβλέπεται	Δεν προβλέπεται
2519/97	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Ναι	Ναι
Υγεία για τον πολίτη, 2000	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι ως προς τη διοικητική αυτοτέλεια	Όχι	Δεν προβλέπεται	Δεν προβλέπεται
2889/01	Δεν προβλέπεται	Δεν προβλέπεται	Δεν προβλέπεται	Όχι ως προς τη διοικητική αυτοτέλεια	Δεν προβλέπεται	Δεν προβλέπεται	Δεν προβλέπεται
3235/04	Όχι	Όχι	Όχι	Ναι	Δεν προβλέπεται	Δεν προβλέπεται	Δεν προβλέπεται
Οργάνωση και λειτουργία της ΠΦΥ, 2008	Όχι	Όχι	Όχι	Ναι	Όχι	Δεν προβλέπεται	Δεν προβλέπεται

ΕΣΥ: Εθνικό Σύστημα Υγείας, ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

του κοινωνικού κράτους είναι η διασφάλιση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και κατ' επέκταση η βελτίωση της ευημερίας και της ποιότητας ζωής του πληθυσμού.²⁶ Το σκοπό αυτόν προσπάθησε να ικανοποιήσει το ελληνικό σύστημα υγείας και ιδιαίτερα η ΠΦΥ μέσω των νομοθετικών ρυθμίσεων και των προτάσεων που αναπτύχθηκαν, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι το πέτυχε.^{11,27-29} Άλλωστε, από το σύνολο των μεταρρυθμίσεων που μελετήσαμε, μόνο ο νόμος 1397/83 και ο νόμος 2194/94 βρίσκονται σε ισχύ και μάλιστα χωρίς να έχουν υλοποιηθεί όλες οι διατάξεις που αφορούν στις παραμέτρους οι οποίες μελετήθηκαν.

Στην παρούσα εργασία έγινε μια προσπάθεια να αναλυθεί με συστηματικό τρόπο το μεταρρυθμιστικό πλαίσιο της ΠΦΥ σε ένα διάστημα 30 περίπου ετών. Από την ανάλυση του μεταρρυθμιστικού πλαισίου διαπιστώνεται ότι στην Ελλάδα, σε αντίθεση με τη Βρετανία και τη Σουηδία, δεν υπήρξε διαχρονικά μια ενιαία, σταθερή και συνεπής πολιτική με καθορισμένους στρατηγικούς στόχους για την ανάπτυξη της ΠΦΥ, γεγονός που εμπόδισε την κατανόησή της και την ορθολογική της εφαρμογή.^{30,31}

Από το ελληνικό σύστημα της ΠΦΥ απουσιάζει ο θεσμός του οικογενειακού/γενικού ιατρού, καθώς και ένα σύστημα παραπομπών στα κέντρα υγείας, στα νοσοκομεία ή στους ειδικούς ιατρούς, όπως συμβαίνει στις δύο άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Είναι αλήθεια ακόμη ότι ο πολυκερματισμός και η ποικιλομορφία χαρακτηρίζουν την ΠΦΥ ανά ασφαλιστικό τομέα,³² αφού δεν υλοποιήθηκε ποτέ ο Ενιαίος Φορέας Υγείας.³³ Η κατάτμηση αρμοδιοτήτων συνεπάγεται απουσία κεντρικού σχεδιασμού και συντονισμού στην παροχή και την ανάπτυξη πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Τα κέντρα υγείας συνδέονται με τα νοσοκομεία, διοικητικά και οικονομικά, στερώντας τους έτσι αυτοδύναμο προϋπολογισμό για την ικανοποίηση των αναγκών τους,³³ φαινόμενο που δεν παρατηρείται σε Σουηδία και Βρετανία, ενώ οι αμοιβές των ιατρών που τα στελεχώνουν είναι μικρότερες των συναδέλφων τους, Σουηδών και Βρετανών.

Η απονομή της ειδικότητας της Γενικής Ιατρικής σε ανειδίκευτους έμμισθους ιατρούς έχει τροποποιηθεί πολλές φορές, όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα της εργασίας. Στην Αγγλία, για την εισαγωγή στην ειδικότητα απαιτείται το πτυχίο Ιατρικής, το βιογραφικό σημείωμα και η συνέντευξη. Από το 2005, με το πρόγραμμα "Modernising Medical Careers – Medical Practitioners" απαιτούνται 5 έτη ειδικότητας. Δύο έτη Foundation Training, κατά τη διάρκεια των οποίων ο ειδικευόμενος πραγματοποιεί έναν κύκλο (rotation) 8 τριμήνων σε διάφορες ειδικότητες, από τα οποία τουλάχιστον ένα τρίμηνο στη Γενική Ιατρική και ένα τρίμηνο στη Γενική Χειρουργική. Ακολουθούν 3 έτη GP Speciality Training Program (GPSTP), τα οποία περιλαμβάνουν 18 μήνες ως Specialist Registrar, όπου ο ειδικευόμενος εκπαιδεύεται στις ειδικότητες της Γυναικολογίας-Μαιευτικής, της Παιδιατρικής,

της Γηριατρικής, της Τραυματολογίας και της Επείγουσας Ιατρικής ή της Ψυχιατρικής, ενώ για άλλους 18 μήνες ο ειδικευόμενος ως GP Specialty Registrar εκπαιδεύεται στη Γενική Ιατρική με αυξημένη εμπειρία και αυξημένες ευθύνες. Τελιώνοντας, ο ειδικευόμενος υποβάλλεται σε εξετάσεις για την απόκτηση του τίτλου ειδικότητας (Certificate of Completion of Training). Από το 2008, όσοι γενικοί ιατροί επιθυμούν να ασκήσουν το επάγγελμά τους είναι υποχρεωμένοι να γίνουν μέλη του Βασιλικού Κολεγίου των Γενικών Ιατρών (Royal College of General Practitioners) μετά από εξετάσεις. Κύριο πλεονέκτημα του αγγλικού συστήματος είναι η ύπαρξη επιβλέποντα (tutor), ο οποίος παρακολουθεί την πορεία της προόδου του ειδικευόμενου, με όλα τα θετικά επακόλουθα που μπορεί αυτό να έχει. Σημαντικό επίσης πλεονέκτημα αποτελεί η χρήση του βιβλιαρίου ιατρικών πράξεων (logbooks), όπου αναγράφονται οι δραστηριότητες και η πρόοδος των ειδικευομένων.^{34,35} Στη Σουηδία, από την άλλη πλευρά, μετά το πτυχίο της Ιατρικής και πριν από την εισαγωγή στην ειδικότητα ο νεαρός ιατρός οφείλει να ολοκληρώσει 21 μήνες εργασίας στη γενική ιατρική φροντίδα (general medicine care), δηλαδή στην Παθολογία, στην Καρδιολογία, στη Χειρουργική, στη Γενική Ιατρική και στην Ψυχιατρική. Η εισαγωγή στην ειδικότητα (χωρίς αναμονή) γίνεται χωρίς εξετάσεις, αλλά με βιογραφικό σημείωμα και συνέντευξη. Η ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής διαρκεί 5 έτη υπό την επίβλεψη ειδικού-επιβλέποντα (tutor). Αν και δεν υπάρχει συνεχής αξιολόγηση, η επίβλεψη και η χρήση βιβλιαρίου ιατρικών πράξεων (logbook) έχουν βελτιώσει την εκπαίδευση. Η απόκτηση του τίτλου ειδικότητας προϋποθέτει εξετάσεις.^{34,36} Στην Ελλάδα, η ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής θεσμοθετήθηκε για πρώτη φορά το 1960 με το ΝΔ 4111/60 και διαρκούσε 18 μήνες. Το 1981, η διάρκεια της αυξήθηκε στα 2 έτη και το 1985 με το ΠΔ 80/85 αυξήθηκε σε 3 έτη. Τελικά, με το ΠΔ 415/94 η διάρκειά της αυξήθηκε σε 4 έτη και το εκπαιδευτικό πρόγραμμα αναπροσαρμόστηκε ως εξής: (α) Πρακτική άσκηση 34 μηνών σε νοσοκομείο, που περιλαμβάνει 15 μήνες στον παθολογικό τομέα (Παθολογία 6 μήνες, Καρδιολογία 3 μήνες, Παιδιατρική 4 μήνες, Δερματολογία 2 μήνες), 14 μήνες στο χειρουργικό τομέα (Γενική Χειρουργική 4 μήνες, Ορθοπαιδική-Τραυματολογία 3 μήνες, Μαιευτική-Γυναικολογία 3 μήνες, Οφθαλμολογία 2 μήνες, Ωτορινολαρυγγολογία 2 μήνες), 3 μήνες στον εργαστηριακό τομέα (Ακτινολογία 1 μήνα, Μικροβιολογία-Αιματολογία 2 μήνες) και 2 μήνες σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. (β) Πρακτική άσκηση στην Κλινική και στην Κοινωνική Ψυχιατρική, 3 μήνες. (γ) Πρακτική άσκηση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα σε Κέντρο Υγείας, 10 μήνες. (δ) Θεωρητική άσκηση στην Κοινωνική Ιατρική (σεμινάριο Επιδημιολογίας, Στατιστικής και Μεθοδολογίας της Έρευνας), 1 μήνας.

Για την έναρξη της ειδικότητας απαιτείται το πτυχίο της

ιατρικής και φυσικά πολύ υπομονή, αφού η αναμονή για την έναρξη της ειδικότητας καθυστερεί ανάλογα με το νοσοκομείο που θα δηλώσει ο ενδιαφερόμενος. Οι ειδικευόμενοι παρακολουθούνται από επιβλέποντα (tutor), ενώ η χρήση βιβλιαρίου ιατρικών πράξεων (logbook) αποτελεί ένα ακόμη πλεονέκτημα στην όλη εκπαίδευση και παρακολούθηση της πορείας του ειδικευόμενου. Στο τέλος της ειδικότητας, ο ειδικευόμενος υποβάλλεται σε εξετάσεις για την απόκτηση του τίτλου της ειδικότητας.^{12,34} Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί ότι όλες οι ιατρικές ειδικότητες υπόκεινται σε ελάχιστους χρόνους εκπαίδευσης-άσκησης σύμφωνα με το ΠΔ 38/2010, ΦΕΚ Α΄ 78, όπου για την ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής προβλέπονται τα 3 έτη.

Θα ήταν, επίσης, χρήσιμο και γνωστικά επωφελές να γίνει αναφορά και στις προβλέψεις της κύριας νομοθεσίας σχετικά με τους νοσηλευτές(τριες), αφού η μεταρρύθμιση για την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι αναγκαία και απαιτεί τη συμμετοχή των νοσηλευτών στην πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση.¹² Η έννοια του νοσηλευτή και της νοσηλεύτριας προσδιορίζεται σύμφωνα με την 149/1977 Διεθνή Σύμβαση Εργασίας για την απασχόληση και τους όρους εργασίας και ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού, η οποία επικυρώθηκε με το νόμο 1672/86.³⁷ Με το νόμο αυτόν κατοχυρώνεται το νοσηλευτικό επάγγελμα και διασφαλίζονται ικανοποιητικές συνθήκες εργασίας. Με το ΠΔ 351/89 προσδιορίζονται τα επαγγελματικά δικαιώματα των αποφοίτων νοσηλευτικών σχολών των Τεχνολογικών Επαγγελματικών Ιδρυμάτων (ΤΕΙ), ενώ το ΠΔ 216/01 καθιερώνει τον Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας, μετά από σχετική απόφαση του ΚΕΣΥ. Ο Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας προσδιορίζει τις ηθικές ευθύνες των νοσηλευτών και διατυπώνει την επιστημονική ανεξαρτησία τους στην άσκηση των καθηκόντων τους ως μελών της ομάδας περίθαλψης.

Με το νόμο 1397/83 καθιερώνεται για πρώτη φορά η νοσηλευτική υπηρεσία ως μία από τις τρεις υπηρεσίες που απαρτίζουν κάθε νοσοκομείο και έτσι οι νοσηλευτές αποκτούν διοικητική αυτοτέλεια. Αναφορικά δε με την ΠΦΥ, τα κέντρα υγείας αναδεικνύονται ως χώροι προαγωγής και άσκησης της Κοινωνικής Νοσηλευτικής, αφού ορίζονται πλέον ως μονάδες παροχής εξωνοσοκομειακής φροντίδας, υγειονομικής διαφώτισης του πληθυσμού, οικογενειακού προγραμματισμού, σχολικής υγιεινής και παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. Με το νόμο 1579/85 καθιερώνεται ο επαγγελματικός τίτλος του νοσηλευτή και της νοσηλεύτριας σε απόφοιτους των τμημάτων Νοσηλευτικής των Ανωτάτων Επαγγελματικών Ιδρυμάτων (ΑΕΙ), των ΤΕΙ, των σχολών ΚΑΤΕΕ, των πρώην ανωτέρων Σχολών Αδελφών Νοσοκόμων και Επισκεπτριών Νοσοκόμων του Υπουργείου Υγείας, του τμήματος Νοσηλευτικής των τεχνικών επαγγελματικών

λυκείων, των μέσων τεχνικών επαγγελματικών σχολών Νοσηλευτικής και, τέλος, εντάσσονται στο επάγγελμα του νοσηλευτή και οι πρακτικοί νοσοκόμοι. Ακόμη, ορίζονται οι ειδικότητες νοσηλευτικής, παθολογικής, χειρουργικής, παιδιατρικής και ψυχικής υγείας. Με το νόμο 2071/92, στα κέντρα υγείας συστήνεται νοσηλευτική υπηρεσία για την κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών του πληθυσμού σε 24ωρη βάση. Της υπηρεσίας προϊστάται νοσηλεύτρια πανεπιστημιακής (ΠΕ) ή τεχνολογικής εκπαίδευσης (ΤΕ). Προβλέπεται, ακόμη, η Σύσταση Εθνικού Συμβουλίου Ανάπτυξης Νοσηλευτικής (ΕΣΑΝ) ως συμβουλευτικό όργανο του Υπουργείου Υγείας, με σκοπό την αναβάθμιση και την ανάπτυξη των νοσηλευτικών υπηρεσιών στη χώρα. Συστήνεται, επί πλέον, Νοσηλευτική Επιτροπή σε κάθε νοσοκομείο ως συμβουλευτικό όργανο της νοσηλευτικής υπηρεσίας σε θέματα που αφορούν στο σχεδιασμό και στη λήψη αποφάσεων σε νοσηλευτικά θέματα. Ο νόμος 2519/97 προβλέπει την υπηρετήρηση νοσηλευτών ΑΕΙ ή ΤΕΙ σε υπηρεσίες δημόσιας υγείας, χωρίς να καθιερώνει κλάδο νοσηλευτή δημόσιας υγείας, ενώ ο νόμος 2889/01 προβλέπει ότι σε κάθε ΠεΣΥ συστήνεται νοσηλευτικό συμβούλιο, που αποτελείται από τους διευθυντές της νοσηλευτικής υπηρεσίας όλων των αποκεντρωμένων μονάδων του. Στο συμβούλιο προεδρεύει ο αρχαιότερος των διευθυντών. Το νοσηλευτικό συμβούλιο γνωμοδοτεί, κατόπιν ερωτήματος του προέδρου του ΠεΣΥ, για κάθε θέμα που αφορά στη νοσηλευτική υπηρεσία. Το νοσηλευτικό συμβούλιο, ως υπηρεσιακό συμβούλιο, επιλέγει και προτείνει στο ΔΣ του ΠεΣΥ τους διευθυντές της νοσηλευτικής υπηρεσίας κάθε αποκεντρωμένης μονάδας, καθώς και την επιλογή των προϊσταμένων τομέων της νοσηλευτικής υπηρεσίας κάθε νοσοκομείου του οικείου ΠεΣΥ. Η νοσηλευτική υπηρεσία διαρθρώνεται σε τομείς που ακολουθούν τη διάταξη της Ιατρικής, ενώ προβλέπεται η συμμετοχή ενός εκλεγμένου νοσηλευτή ΠΕ ή ΤΕ στο επιστημονικό συμβούλιο. Επί πλέον, με τη Διάσκεψη του ΠΟΥ στο Μόναχο αναγνωρίζεται ο ρόλος των νοσηλευτών στη διασφάλιση της ποιότητας φροντίδας υγείας και ιδιαίτερα όσον αφορά στη δημόσια υγεία. Εκπρόσωποι των υπουργών υγείας των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης παροτρύνουν όλους τους σχετικούς φορείς να ενισχύσουν τη δράση των νοσηλευτών με συγκεκριμένους τρόπους, ενώ δεσμεύονται να συνεργαστούν με όλες τις αρμόδιες αρχές για την υλοποίηση του σχετικού στόχου.³⁸

Είναι σημαντικό να ομολογηθεί στο σημείο αυτό ότι μετά από πολλά χρόνια γίνεται αναμφισβήτητα ένα σημαντικό μεταρρυθμιστικό βήμα προς την αναβάθμιση της ΠΦΥ, η οποία για πολλά χρόνια αποτελεί τον «πτωχό συγγενή» του εθνικού συστήματος υγείας. Πρόκειται για το νόμο 3918/2011, ο οποίος προβλέπει την ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) και με

τον οποίο ελπίζουμε να δοθεί ένα τέλος σε μια χρόνια αδράνεια, όπου σχεδόν όλοι οι ενδιαφερόμενοι φορείς τόνιζαν πόσο αναγκαία είναι η μεταρρύθμιση της ΠΦΥ, αρκεί φυσικά να μην επιτευχθεί ποτέ!

Σύμφωνα με το νόμο 3918/2011,³⁹ στον ΕΟΠΥΥ μεταφέρονται και εντάσσονται ως υπηρεσίες, αρμοδιότητες και προσωπικό ο Κλάδος Υγείας του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων – Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ–ΕΤΑΜ) με τις μονάδες υγείας του, το κέντρο διάγνωσης Ιατρικής της εργασίας του ΙΚΑ με το σύνολο του εξοπλισμού του, οι κλάδοι υγείας του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) και του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ) και ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ), όπως διαμορφώθηκε με τις διατάξεις του νόμου 3655/2008 (ΦΕΚ 58 Α'), ως προς τις παροχές σε είδος. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού, μπορεί να μεταφέρονται στον ΕΟΠΥΥ και άλλοι ασφαλιστικοί οργανισμοί παροχής υγείας που λειτουργούν ως νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου. Ακόμη, στον ΕΟΠΥΥ μεταφέρεται, από την έναρξη λειτουργίας του, η Υπηρεσία Ελέγχου Δαπανών Υγείας Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης (ΥΠΕΔΥΦΚΑ), η οποία υπάγεται απ' ευθείας στο Διοικητή του Οργανισμού.

Σκοπός του ΕΟΠΥΥ είναι:

- Η παροχή υπηρεσιών υγείας στους εν ενεργεία ασφαλισμένους, συνταξιούχους και τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους, των μεταφερόμενων φορέων, σύμφωνα με τα οριζόμενα από τον προβλεπόμενο στο άρθρο 30 Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας του παρόντος νόμου.
- Ο λειτουργικός συντονισμός και η επίτευξη συνεργασίας μεταξύ των φορέων που συνιστούν το δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, 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, κατά τα προβλεπόμενα στο άρθρο 23 και των συμβεβλημένων ιατρών του, καθώς και άλλων οργανισμών ΝΠΔΔ ή ΝΠΙΔ. Η συνεργασία πραγματοποιείται με βάση τους όρους που καθορίζονται με απόφαση του Συμβουλίου Συντονισμού του άρθρου 31 του νόμου 3863/2010 (ΦΕΚ 115 Α'). Με αποφάσεις του Συμβουλίου Συντονισμού διαρρυθμίζεται επίσης και ο χάρτης της ΠΦΥ, με σκοπό την καλύτερη και πιο σωστή εξυπηρέτηση των δικαιούχων της περίπτωσης α' του παρόντος άρθρου.
- Η οργάνωση της λειτουργίας των φορέων της προηγούμενης παραγράφου, 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.

- Ο καθορισμός των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων για παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης με φορείς δημοσίου και ιδιωτικού τομέα και με συμβεβλημένους ιατρούς, καθώς και η αναθεώρηση και τροποποίηση των όρων αυτών, όπου και όποτε αυτό απαιτείται.

Με το νέο νόμο 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 παρεχομένων 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 με το

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;

Σαφώς και υπάρχουν πολλά ακόμη να συζητηθούν και ήδη διεξάγεται διάλογος με όλους τους ενδιαφερόμενους φορείς, καθώς και το Υπουργείο Υγείας, για θέματα όπως η σύνδεση του ΕΟΠΥΥ με τα κέντρα υγείας και τα νοσοκομεία, η αναβάθμιση και η αξιοποίηση των υγειονομικών

μονάδων του ΙΚΑ μέσα στο νέο φορέα, οι όροι συνεργασίας των ιατρών των τριών κυρίως ταμείων, εκτός του ΟΓΑ, με τον ΕΟΠΥΥ σχετικά με την εξυπηρέτηση των πολιτών από τα ιδιωτικά τους ιατρεία, οι συμβάσεις με τα δημόσια και τα ιδιωτικά κέντρα για τις εργαστηριακές και κάθε άλλου είδους εξετάσεις, η διαμόρφωση πλαισίου για την ελεύθερη επιλογή ιατρού και τα κριτήρια για τη διαμόρφωση του νέου υγειονομικού χάρτη ΠΦΥ.

Συμπερασματικά, οι φιλόδοξες μεταρρυθμίσεις των διαφόρων κυβερνήσεων για την ΠΦΥ δεν κατέληξαν στο επιθυμητό αποτέλεσμα. Η ΠΦΥ στην Ελλάδα, σε αντίθεση με χώρες που έχουν ανάλογη εμπειρία εθνικών συστημάτων υγείας (Μ. Βρετανία, Σουηδία), παραμένει κατακερματισμένη και αδύναμη να ικανοποιήσει αποτελεσματικά τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού. Οι επανειλημμένες και ατελέσφορες πολιτικές προσπάθειες αναβάθμισης και οργάνωσης της ΠΦΥ χαρακτηρίζονται από υπερβάλλοντα θεωρητικό ζήλο, χωρίς πρακτικό αντίκτυπο. Γι' αυτόν άλλωστε το λόγο, αν και τα προβλήματα του υγειονομικού τομέα έχουν κοινωνικές, οικονομικές, διαχειριστικές και υγειονομικές συνιστώσες, αποτελούν κυρίως προβλήματα ιδεολογίας και πολιτικής βούλησης.⁴⁰

ABSTRACT

Time trend study on the institutional framework of the Greek Primary Health Care System (1980–2008) and experience of the British and Swedish models

A. GIANASMIDIS, M. TSIAOUSI

Laboratory of Hygiene, Department of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2012, 29(1):106–115

A study of the Greek Primary Health Care (PHC) System from 1980 until 2008 was conducted, as reflected by the legislative framework concerning the organization of the PHC services. The literature on primary health care reforms in two other European countries (Great Britain and Sweden) was reviewed. The legislative framework of the Greek PHC System from 1980 to 2008 was analyzed. The material analyzed comprises all the laws concerning PHC in Greece (1980–2008), the Report on the Greek Health Services (1994), the 2000 Bill of Citizen's Health and the 2008 Bill of Organization and Operation of the PHC System. The provisions of the laws from 1980 to 2008 concerning the enactment of the family doctor service, the integration of PHC services and the autonomy of the state health centers have never been fully implemented. The Greek PHC system, in contrast to the British and Swedish models, remains fragmented and unable to meet the health needs of the population.

Key words: Health policy, Health policy reforms, Primary health care

Βιβλιογραφία

1. ΦΙΛΑΛΗΘΗΣ Α. 30 χρόνια μετά την Άλμα-Άτα: Ένα νέο ξεκίνημα για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας; *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2008, 20:108–110
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Strategy for health for all by the year 2000*. WHO, Geneva, 1981
3. DEVOS P, MALAISE G, DE CEUKELAIRE W, PEREZ D, LEFÈVRE P, VAN DER STUYFT P. Participation and empowerment in Primary Health Care: From Alma Ata to the era of globalization. *Soc Med* 2009, 4:121–127
4. CUETO M. The ORIGINS of primary health care and SELECTIVE

- primary health care. *Am J Public Health* 2004, 94:1864–1874
5. ΜΠΕΝΟΣ Α. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας το 2000: Ένα όνειρο για την αναζωογόνηση μιας ταλαιπωρημένης και παρεξηγημένης έννοιας. *Ιατρικά Θέματα* 1999, 16:12–15
 6. WERNER D, SANDERS D. *Questioning the solution: The politics of primary health care and child survival with an in-depth critique of oral rehydration therapy*. Health Rights, Palo Alto, CA, 1997:18–19
 7. GLENNGÅRD AH, HJALTE F, SVENSSON M, ANELL A, BANKAUSKAITEV. *Health care systems in transition: Sweden*. *European Observatory on Health Systems and Policies*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2005
 8. AHGREN B. Competition and integration in Swedish health care. *Health Policy* 2010, 96:91–97
 9. ALBIN B, HJELM K, ZHANG WC. Health care systems in Sweden and China: Legal and formal organizational aspects. *Health Res Policy Syst* 2010, 8:20
 10. ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυσσόμενων χωρών. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2003, 20:76–87
 11. ΘΕΟΔΩΡΟΥ Μ, ΣΑΡΡΗΣ Μ, ΣΟΥΛΗΣ Σ. *Συστήματα υγείας*. Σειρά: Κοινωνικές επιστήμες και υγεία. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2001
 12. ΜΩΡΑΪΤΗΣ Ε, ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ Ε, ΖΗΛΙΔΗΣ Χ, ΘΕΟΔΩΡΟΥ Μ, ΠΟΥΛΥΖΟΣ Ν. Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας. Υπουργείο Υγείας-Πρόνοιας, Αθήνα, 1995
 13. ANELL A, ROSÉN P, HJORTSBERG C. Choice and participation in the health services: a survey of preferences among Swedish residents. *Health Policy* 1997, 40:157–168
 14. HANNING M. Maximum waiting-time guarantee – an attempt to reduce waiting lists in Sweden. *Health Policy* 1996, 36:17–35
 15. TOTH F. Healthcare policies over the last 20 years: Reforms and counter-reforms. *Health Policy* 2010, 95:82–89
 16. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health care systems in transition, United Kingdom*. European Observatory on Health Care Systems, UK, 1999
 17. LISTER J. *The NHS after 60. For patients or profits?* 1st ed. Middlesex University Press, London, 2008:267–289
 18. BRENNAN J, FENNESSY E, MORAN D. *The financing of primary health care in Ireland*. The Society of Actuaries, Dublin, Ireland, 2000
 19. THE TECHNICAL STEERING COMMITTEE. *GP earnings and expenses 2007/08 – Provisional report*. London, 2009
 20. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΠΟΥΛΥΓΕΝΗ Δ, ΤΑΚΟΥΜΑΚΗΣ Ι. Το βρετανικό σύστημα υγείας. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2005, 22:73–96
 21. POLLOCK AM. *NHS Plc: The privatization of our health care*. 1st ed. Verso, London, 2004:125–156
 22. WILKIN D, DOWSWELL T, LEESE B. Modernising primary and community health services. *Br Med J* 2001, 322:1522–1524
 23. BINDMAN AB, WEINER JP, MAJEED A. Primary care groups in the United Kingdom: Quality and accountability. *Health Aff (Millwood)* 2001, 20:132–145
 24. GREEN A, ROSS D, MIRZOEVT. Primary health care and England: The coming of age of Alma Ata? *Health Policy* 2007, 80:11–31
 25. DEPARTMENT OF HEALTH. *Liberating the talents: Helping primary care trusts and nurses to deliver the NHS plan*. UK, 2002
 26. ΑΔΑΜΑΚΙΔΟΥ Θ, ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΥ-ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Α. Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική* 2008, 47:320–333
 27. ΑΛΕΞΙΑΔΟΥ ΣΑ, ΑΛΕΞΙΑΔΟΥ ΕΑ, ΧΑΜΑΛΙΔΟΥ Α. *Η ιστορική εξέλιξη του θεσμού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. Διοικητική Ενημέρωση, 2008:106–110
 28. ΚΟΜΜΑΤΑΣ Δ, ΠΑΠΑΝΟΤΗ Β, ΓΚΟΛΦΙΝΟΠΟΥΛΟΣ Π, ΑΝΔΡΙΩΤΗ Δ. Το μέλλον της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2008, 20:80–88
 29. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΛΙΟΝΗΣ Χ, ΔΗΜΟΛΙΑΤΗΣ Γ, ΜΕΡΚΟΥΡΗΣ ΜΠ, ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Χ, ΤΣΑΚΟΣ Γ ΚΑΙ ΣΥΝ. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2000, 12:169–188
 30. ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ Ε, ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Σχεδιασμός-οικονομική διαχείριση και αξιολόγηση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 1991, 10:128–133
 31. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ, ΛΙΟΝΗΣ Χ. Λειτουργική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας: Μια πρόταση για την άρση του αδιεξόδου. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2003, 20:466–476
 32. ΣΙΣΚΟΥ Ο, ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ Δ, ΘΕΟΔΩΡΟΥ Μ, ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Λ. Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα. Το ελληνικό παράδοξο. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2008, 25:663–672
 33. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ. *Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και πολιτική*. Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα, 2006:218–219
 34. RESIDENCY DATABASE. HelMSIC (Greece) and IFMSA-Spain (Spain). 2002–2007. Available at: <http://www.residency-database.helmsic.gr>
 35. WIKIPEDIA. *General practitioner*. Available at: http://en.wikipedia.org/wiki/General_practitioner (accessed on 7.7.2011)
 36. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health care systems in transition, Sweden*. Regional Office for Europe, Sweden, 2005
 37. Νόμος 1672/86. *Κύρωση της 149/1977 Διεθνούς Σύμβασης Εργασίας για την απασχόληση και τους όρους εργασίας και ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού*. ΦΕΚ 203 Α', 1986
 38. ΒΕΛΟΝΑΚΗ ΒΣ, ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΥ-ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Α. Ιστορική εξέλιξη του υγειονομικού συστήματος και Νοσηλευτική στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική* 2006, 45:491–499
 39. Νόμος 3918/2011. *Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας – Ένταξη νοσοκομείων ΙΚΑ-ΕΤΑΜ στο ΕΣΥ*. ΦΕΚ 31/Β', 2011
 40. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Η πρωτοβάθμια φροντίδα και η Γενική Ιατρική στην Ελλάδα: Το πολιτικό πρόβλημα και οι διαστάσεις του. Στο: Κυριόπουλος Γ, Φιλαλήθης Τ (Επιμ.) *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα*. Εκδόσεις Θεμέλιο & Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα, 1996:17–43
- Corresponding author:*
- A. Gianasmidis, 4 Pezodromos Zaimi street, GR-564 30 Thessaloniki, Greece
e-mail: drthanos.yanasmidis@gmail.com