

Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: Το κλειδί για να μετατραπεί το Ε.Σ.Υ. από σύστημα ασθενείας, σε σύστημα υγείας

Δημήτριος Έλληνας

Ιατρός, μεταπτυχιακός φοιτητής, Ε.Α.Π.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το 1983 ψηφίστηκε ο νόμος 1397 περί Εθνικού Συστήματος Υγείας, με στόχο τη βελτίωση του επιπέδου περίθαλψης, τη δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας, την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας (ΠΦΥ), την αγωγή και προαγωγή της υγείας. Παρά τους διακηρυγμένους στόχους, ο προσανατολισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι νοσοκομειοκεντρικός και στοχεύει στην αντιμετώπιση της αρρώστιας. Για τον λόγο αυτό το ελληνικό ΕΣΥ θεωρείται σύστημα αντιμετώπισης της ασθένειας ή σύστημα ασθένειας. Όμως το σύστημα υγείας, ως πρωταρχικός θεσμός του κράτους πρόνοιας, δεν πρέπει να στοχεύει μόνο στην περίθαλψη, αλλά και στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και στην αναβάθμιση του επιπέδου κοινωνικής ευημερίας του.

Για να μπορέσει να μετατραπεί το σύστημα ασθένειας σε σύστημα υγείας, θα πρέπει να γίνει μεταρρύθμιση του ΕΣΥ, με εκσυγχρονισμό και αναβάθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, που δεν θα στοχεύει μόνο στην περίθαλψη, αλλά θα θέτει σε υψηλή προτεραιότητα την πρόληψη και προαγωγή της υγείας. Πρέπει να παρθούν μέτρα και να γίνουν ρυθμίσεις που να σκοπεύουν στη διαμόρφωση μιας στρατηγικής υγείας με κύριο στόχο την πρόληψη της αρρώστιας, την προαγωγή του επιπέδου υγείας καθώς και την αξιοποίηση των υφιστάμενων δομών παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Η ανάπτυξη του θεσμού της ΠΦΥ για να πετύχει πρέπει να στηριχτεί θεσμικά, τεχνικά, διοικητικά και οικονομικά.
Λέξεις κλειδιά: Εθνικό Σύστημα Υγείας, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, πρόληψη, αγωγή υγείας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Υγεία, σύμφωνα με τον λειτουργικό ορισμό

(Parsons, 1979), θεωρείται η ικανότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται στους κοινωνικούς του ρόλους, ενώ ο βιωματικός ορισμός (Kelman, 1975) εστιάζεται στο άτομο και στον τρόπο με τον οποίο αυτό αντιλαμβάνεται την υγεία. Η ιατρική επιστήμη προσεγγίζει την υγεία από καθαρά βιολογική άποψη, ενώ η WHO θεωρεί ως υγεία την κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι μόνο την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας¹.

Ανεξάρτητα όμως από τον ορισμό, η υγεία αποτελεί ένα θεμελιώδες κοινωνικό αγαθό, το οποίο αποτελεί δικαίωμα των πολιτών, υποχρέωση του κράτους και δεν πρέπει να υπόκειται στον νόμο του κέρδους. Τα κράτη είναι υποχρεωμένα να παρέχουν ισότιμη, υψηλού επιπέδου περίθαλψη στους πολίτες τους, ανεξάρτητα από την κοινωνική τους θέση και την οικονομική τους κατάσταση. Θεμελιώδη ρόλο προς την κατεύθυνση αυτή διαδραματίζουν τα εθνικά συστήματα υγείας.

Στα πλαίσια των αρχών αυτών προσδιορίστηκε στην Ελλάδα, με την ψήφιση του νόμου 1397/83 περί Εθνικού Συστήματος Υγείας, η ανάγκη για «ριζική βελτίωση της υγείας», με ένα σύστημα που να εξασφαλίζει το δικαίωμα του πολίτη για ποιοτικά ανώτερη περίθαλψη, να αίρει τις ανισότητες και τις αδικίες που υπήρχαν και να εγγυάται τις αρχές της αποκέντρωσης και της συνέχειας στην περίθαλψη². Βασικός άξονας της νέας πολιτικής για την υγεία ήταν το ευρύτερο κοινωνικό και λαϊκό συμφέρον³, η εξάλειψη των φαινομένων εμπορευματοποίησης της υγείας και η εξάλειψη των ανισοτήτων στη χρηματοδότηση και στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Με αφετηρία λοιπόν το κοινωνικό συμφέρον και με στόχους την ισότητα στην περίθαλψη και τη δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας, τη βελτίωση του επιπέδου περίθαλψης, την ανάπτυξη της

πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ), την αγωγή και προαγωγή της υγείας, τη βελτίωση της εκπαίδευσης και την καθιέρωση της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των νοσοκομειακών ιατρών⁴, θεσμοθετήθηκε με τον Ν. 1397/83, το νέο πλαίσιο οργάνωσης του υγειονομικού τομέα στην χώρα μας⁵.

1. ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΣΥ)

1.1. Θεσμοθέτηση ΕΣΥ

Το 1977, η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας έθεσε σαν πρωταρχικό στόχο για τα κράτη και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας μέχρι το έτος 2000, την επίτευξη ενός επιπέδου υγείας που θα επιτρέπει στους πολίτες να διάγουν μια ζωή κοινωνικά και οικονομικά παραγωγική. Ο στόχος αυτός αποδίδεται με τη φράση «Υγεία για όλους ως το έτος 2000».

Η θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, που ήρθε με σημαντική καθυστέρηση σε σχέση με άλλες χώρες, εκκινεί προς αυτή την κατεύθυνση⁶.

Η ψήφιση του νόμου έγινε δεκτή με ιδιαίτερη ικανοποίηση από τον λαό, αλλά και από τους υγειονομικούς εκείνους, που αγωνίστηκαν για μια πραγματική αλλαγή του συστήματος υγείας στη χώρα μας. Γενικά θα μπορούσε να υποστηριχθεί πως η υγειονομική μεταρρύθμιση του ΕΣΥ αποτέλεσε ένα πολύ σοβαρό γεγονός στην εξέλιξη του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα, επειδή συνιστά τη μοναδική θεμελιωμένη και σαφή πρόταση πολιτικής υγείας. Ο νόμος αυτός άνοιξε τον δρόμο για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας και αποτέλεσε την αφετηρία για ανάπτυξη του δημόσιου ενδιαφέροντος για την υγεία.

1.2. Βασικές αρχές – Προσανατολισμός του ΕΣΥ

Παρά τον πρωτοποριακό χαρακτήρα και τους υψηλούς στόχους του, ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ χαρακτηρίστηκε κυρίως από το νοσοκομειοκεντρικό προσανατολισμό του. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα η πρόθεση για την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και κατ' επέκταση για την προαγωγή της στρατηγικής «Υγεία για Όλους μέχρι το έτος 2000», να μην επιβεβαιωθεί με την ανάλογη μετακύλιση και ανακατανομή των πόρων. Το μεγαλύτερο ποσοστό των διατιθέμενων πόρων για την υγεία εξακολουθεί να απορροφάται από τα νοσοκομεία και η έμφαση του συστήματος στη

νοσοκομειακή περίθαλψη αποδεικνύεται από το γεγονός ότι απορροφά το 55% περίπου του συνόλου των δημοσίων δαπανών υγείας. Η Ελλάδα έχει μια σχετική επάρκεια αριθμού κλινών γενικών νοσοκομείων και το σημαντικότερο πρόβλημα που αντιμετωπίζει είναι η εσωτερική μετανάστευση της επαρχιακής Ελλάδας στα δύο μεγάλα αστικά κέντρα (Αθήνα και Θεσσαλονίκη) για την αντιμετώπιση σοβαρών, αλλά και αρκετές φορές μη σοβαρών προβλημάτων υγείας⁷.

Ο νοσοκομειοκεντρικός χαρακτήρας του ΕΣΥ, πολιτικοί, συνδικαλιστικοί και οικονομικοί λόγοι είναι υπεύθυνοι για την έλλειψη πολιτικών υποκατάστασης της νοσοκομειακής φροντίδας από την ΠΦΥ ή εναλλακτικές μορφές νοσηλείας, όπως η νοσηλεία στο σπίτι ή η κλινική μιας ημέρας. Άμεσο αποτέλεσμα της ανεπαρκούς οργάνωσης της ΠΦΥ αποτελεί η συνάντηση μεγάλου αριθμού ασφαλισμένων στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, ενώ σοβαρό «μειονέκτημα» του ΕΣΥ αποτελεί η έλλειψη οποιουδήποτε περιορισμού στην πρόσβαση των πολιτών στη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια φροντίδα.

Γενικά ο προσανατολισμός του ΕΣΥ παρέμεινε στην κατεύθυνση αντιμετώπισης της αρρώστιας, με επακόλουθο να ενδιαφέρεται ελάχιστα ή καθόλου για την αγωγή και προαγωγή υγείας, καθώς και για τη δημόσια υγεία. Δίκαια λοιπόν το ελληνικό εθνικό σύστημα υγείας θεωρείται σύστημα αντιμετώπισης της ασθένειας ή σύστημα ασθένειας και όχι σύστημα υγείας.

Η υγεία αποτελεί συνάρτηση διαφόρων παραγόντων, που έχουν σχέση με τη γενετική, τον τρόπο ζωής (κάπνισμα, αλκοόλ, διατροφική συμπεριφορά, οδική συμπεριφορά κ.λπ.) και το περιβάλλον (ατμοσφαιρική ρύπανση, εργασιακός χώρος, τόπος κατοικίας κ.λπ.). Στη χώρα μας όμως δίνεται έμφαση μόνο στις ιατρικές υπηρεσίες, που είναι γνωστό ότι συμβάλλουν στο επίπεδο της υγείας μόνο κατά 9-10%. Η δημόσια υγεία που έχει σχέση με τις άλλες σημαντικές παραμέτρους, ελάχιστα ή και καθόλου δεν υπολογίζεται⁸.

Η ΠΦΥ, που δεν στοχεύει μόνο στην περίθαλψη, αλλά θέτει σε υψηλή προτεραιότητα την πρόληψη και προαγωγή της υγείας, υπόκειται στην Ελλάδα σε σοβαρούς δομικούς περιορισμούς, που έχουν επανειλημμένα επισημανθεί και συζητηθεί. Είναι χαρακτηριστικό ότι ένα ποσοστό 15% περίπου (κατ' άλλους μεγαλύτερο), της συνολικής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

παράγεται από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας⁹.

Απόρροια όλων αυτών είναι οι γενικοί γιατροί και οι υπόλοιποι γιατροί της ΠΦΥ να ασχολούνται σχεδόν αποκλειστικά με την περίθαλψη των αρρώστων, και αυτή χωρίς κατευθυντήριες γραμμές, χωρίς εξειδίκευση στα πιο συχνά χρόνια νοσήματα και σε μεγάλο βαθμό απορροφούμενη από τη συνταγογράφηση.

Αν εξαιρέσει κανείς τους εμβολιασμούς, και αυτούς χωρίς συστηματική εκτίμηση των ποσοστών κάλυψης, και της σποραδικής διενέργειας Pap test, δεν αναφέρονται άλλες συστηματικές και διαχρονικές παρεμβάσεις που να στοχεύουν στην πρόληψη ορισμένων χρόνιων νοσημάτων και στην προαγωγή της υγείας του πληθυσμού γενικότερα.

Ο νοσοκομειοκεντρικός προσανατολισμός του ΕΣΥ, με την έμφαση στην αντιμετώπιση της αρρώστιας δεν άλλαξε, παρά τις προσπάθειες μεταρρύθμισης που έγιναν στα είκοσι και πλέον χρόνια της εφαρμογής του¹⁰. Η «περιπέτεια» της μεταρρύθμισης του Εθνικού Συστήματος Υγείας χαρακτηρίζεται από την πάγια αδυναμία αντιμετώπισης των «εκκρεμοτήτων» της χρηματοδότησης και της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

1.3. Αξιολόγηση του ΕΣΥ

Σήμερα, είκοσι και πλέον χρόνια μετά τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ, είναι φανερό ότι οι στόχοι του δεν δικαιώθηκαν και το σύστημα υγείας αντιμετωπίζει μια παρατεταμένη κρίση. Μολονότι η υγεία του ελληνικού πληθυσμού δεν ήταν ποτέ σε καλύτερα επίπεδα, η ικανοποίηση των πολιτών είναι πολύ χαμηλή. Τα παράπονα εστιάζονται κυρίως στο ζήτημα της πρόσβασης και της όλης διακίνησης του ασθενούς στο σύστημα. Η ισότιμη παροχή φροντίδων υγείας σε όλους τους πολίτες παρέμεινε νεκρή διάταξη του άρθρου 1 του ιδρυτικού νόμου 1397/83 και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί μια άτυπη μορφή ιδιωτικοποίησης, μια και ο πολίτης βασίζεται στην πολιτική και κοινωνική διαμεσολάβηση ή στην προσωπική του οικονομική συμμετοχή για να εξασφαλίσει την περίθαλψη που δικαιούται.

Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, μαζί με τις πολεοδομίες και τις εφορίες, είναι οι εκφάνσεις της κρατικής δραστηριότητας που συνήθως καταγγέλλονται για αναποτελεσματικότητα, γραφειοκρατία και διαφθορά.

Οι δημογραφικές εξελίξεις με τη βελτίωση

του προσδόκιμου επιβίωσης και τη γήρανση του πληθυσμού, η ανάπτυξη νέων ιατρικών τεχνολογιών και θεραπευτικών μεθόδων υψηλού κόστους και η πληρέστερη πληροφόρηση των ασθενών/χρηστών των υπηρεσιών υγείας, που έχει σαν αποτέλεσμα αυξημένες προσδοκίες των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας (συχνά αναίτιες και υπερβολικές)^{11,12} είναι προκλήσεις που το ΕΣΥ δεν φαίνεται ικανό να αντιμετωπίσει. Οι δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη αποτελούν το μεγαλύτερο και με ταχύτερο αυξανόμενο ρυθμό τμήμα των δαπανών υγείας¹³ και το χάσμα ανάμεσα σε αυτό που μπορεί να προσφερθεί, και σε αυτό που μπορεί να αντέξει οικονομικά το υγειονομικό σύστημα διευρύνεται συνεχώς¹⁴. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την προοδευτική αύξηση των πιέσεων για περικοπές στη χρηματοδότηση και για εκλογίκευσή της, μαζί με την αναζήτηση λιγότερο σπάταλων συστημάτων υγείας, ώστε με τα ίδια ή λιγότερα λεφτά να επιτυγχάνεται καλύτερο αποτέλεσμα. Από τη διεθνή και την ελληνική βιβλιογραφία προκύπτει ότι η αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο έχει ως αποτέλεσμα την επίτευξη καλύτερης αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων και τον περιορισμό του κόστους των υπηρεσιών υγείας. Φυσιολογικό επακόλουθο λοιπόν είναι η παρατηρούμενη τα τελευταία χρόνια στροφή προς την ΠΦΥ, με εστίαση στην προαγωγή της υγείας και στην προληπτική ιατρική.

2. Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

2.1. Η πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα

Οι σύγχρονες αντιλήψεις, σήμερα, συγκλίνουν στη διαπίστωση ότι το σύστημα υγείας, ως πρωταρχικός θεσμός του κράτους-πρόνοιας, δεν πρέπει να στοχεύει μόνο στην περίθαλψη, αλλά και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και στην αναβάθμιση του επιπέδου κοινωνικής ευημερίας του.

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη στην Ελλάδα παρέχεται κυρίως από τα Κέντρα Υγείας και τα περιφερειακά τους ιατρεία, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, το ΙΚΑ και τα λοιπά ασφαλιστικά ταμεία. Στα παραπάνω μπορεί να προστεθεί και ο περιορισμένος όγκος υπηρεσιών, που παρέχεται από τα δημοτικά ιατρεία¹⁵.

Γενικά η ΠΦΥ στη χώρα μας παρουσιάζει τα εξής γενικά χαρακτηριστικά:

1. Η παροχή των υπηρεσιών βασίζεται στη λειτουργία ενός άτυπου «δικτύου», το οποίο αποτελείται από 200 περίπου κέντρα υγείας στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές και 250 περίπου πολυϊατρεία του ΙΚΑ στις αστικές περιοχές.
2. Οι ασφαλισμένοι φορέων που δεν διαθέτουν δικές τους υπηρεσίες υγείας καλύπτονται μέσω συμβάσεων με ιδιωτικά σχήματα και γιατρούς, χωρίς όμως διασφάλιση επάρκειας και ποιότητας των υπηρεσιών, ενώ απουσιάζουν προληπτική και μετανοσοκομειακή φροντίδα.
3. Το κενό της δημόσιας ΠΦΥ είχε ως αποτέλεσμα την έντονη επενδυτική δραστηριότητα του ιδιωτικού τομέα στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα υπερβαίνουν τα 400 και υπολογίζεται ότι εμφανίζουν κύκλο εργασιών ο οποίος το 2000 ξεπέρασε τα 100 δις δρχ.

2.2. Ο Ρόλος των Κέντρων Υγείας στην ΠΦΥ

Ένας από τους βασικούς στόχους του ΕΣΥ ήταν η ανάπτυξη της ΠΦΥ, με τη λειτουργία Κέντρων Υγείας αγροτικού ή αστικού τύπου, των Περιφερειακών Ιατρείων κ.λπ. Για το λόγο αυτό δημιουργήθηκε ένα πανελλαδικό δίκτυο παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, κύρια στις αγροτικές περιοχές, για την επί τόπου κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού αυτών.

Τα Κέντρα Υγείας αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των Νομαρχιακών Νοσοκομείων με άμεση επιστημονική, οργανωτική και χρηματοδοτική σύνδεση και έχουν ως στόχο:

1. Την παροχή ισότιμης Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής τους και σε όσους προσωρινά διαμένουν σ' αυτή.
2. Τη νοσηλεία και παρακολούθηση αρρώστων που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.
3. Την παροχή πρώτων βοηθειών και τη νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις, καθώς και τη διακομιδή των αρρώστων στο Νοσοκομείο.
4. Την άσκηση προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής και την υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού.
5. Την πρωτοβάθμια οδοντιατρική περίθαλψη.
6. Την επιδημιολογική και ιατροκοινωνική έρευνα.
7. Την παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής.
8. Την ενημέρωση και διαφώτιση για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.

9. Την παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. Σήμερα, έχει αναγνωρισθεί ο ρόλος του Κέντρου Υγείας στην άσκηση υγειονομικής πολιτικής, με επικέντρωση, όπως ήδη αναφέρθηκε, στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

2.3. Προβλήματα στην ανάπτυξη της ΠΦΥ

Όπως προαναφέρθηκε, η πρόθεση για την ανάπτυξη της ΠΦΥ και κατ' επέκταση για την προαγωγή της στρατηγικής Υγείας για Όλους μέχρι το έτος 2000 δεν επιβεβαιώθηκε με την ανάλογη μετακύλιση και ανακατανομή των πόρων. Οι πρόσφατες οικονομικές εξελίξεις, με την επιδείνωση των μακροοικονομικών μεγεθών και τη συρρίκνωση των κοινωνικών εξόδων, άρα και των δαπανών υγείας, επηρεάζουν ακόμα περισσότερο τη χρηματοδότηση της ΠΦΥ¹⁶.

Τα Κέντρα Υγείας αγροτικού τύπου παρουσιάζουν σημαντικές ελλείψεις τόσο στην οργάνωση παροχής υπηρεσιών υγείας, όσο και στην παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας, με τη μορφή υπηρεσιών πρόληψης της νόσου και γενικότερα προαγωγής υγείας. Οι ελλείψεις αυτές τροφοδοτούν συζητήσεις που συχνά παρουσιάζονται στον ημερήσιο τύπο και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Επίσης, παρά τις εξαγγελίες, ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού δεν προχώρησε, αποτέλεσμα της αδυναμίας ανάπτυξης της ΠΦΥ στις αστικές περιοχές, είτε με τη δημιουργία Κέντρων Υγείας Αστικού τύπου, είτε με την ανάπτυξη Δικτύων ΠΦΥ.

Η μελέτη και η έρευνα στο πεδίο της ΠΦΥ έχει δείξει ότι ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας δεν έχει λάβει υπόψη του τις ανάγκες υγείας και φροντίδας του πληθυσμού, ενώ μέχρι σήμερα δεν έχει πραγματοποιηθεί καμιά συστηματική αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρουν τα Κέντρα Υγείας.

Αναφέρθηκε ήδη ότι, με εξαίρεση τους εμβολιασμούς και την αποσπασματική διενέργεια εξέτασης του τραχηλικού επιχρίσματος, απουσιάζουν παρεμβάσεις, που στοχεύουν στην πρόληψη συγκεκριμένων χρόνιων νοσημάτων και την προαγωγή υγείας.

Η επίσκεψη στο σπίτι έχει σχεδόν εγκαταλειφθεί, ενώ η φροντίδα ασθενών με καρκίνο ή άλλα χρόνια νοσήματα που οδηγούν στην αναπηρία και στον περιορισμό στο σπίτι είναι αποσπασματική, συχνά επιτελούμενη από ανεκπαίδευτο νοσηλευτικό προσωπικό. Επίσης οι άλλες προ-

σπάθειες που έχουν ως στόχο τη βελτίωση του επιπέδου υγείας και φροντίδας, όπως αυτή του προγράμματος «βοήθεια στο σπίτι», τις περισσότερες φορές δεν διασυνδέονται με το τοπικό δίκτυο της ΠΦΥ, με αποτέλεσμα να μειώνεται η αποτελεσματικότητά τους¹⁷.

3. ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΤΟΥ ΕΣΥ

Ο απολογισμός της μετεξέλιξης του ΕΣΥ, μετά το πέρας της δεύτερης δεκαετίας λειτουργίας του, περιλαμβάνει τέσσερις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες:

1. Νόμος 2071/1992 – «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση του Συστήματος Υγείας»: Επιχειρήθηκε αλλαγή της φιλοσοφίας του συστήματος, με έμφαση στην αποδοτικότητα και τη συγκράτηση του κόστους. Έτυχε περιορισμένης εφαρμογής.
2. Νόμος 2194/1994 – Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις: Έγινε επαναφορά των αρχικών χαρακτηριστικών του ΕΣΥ και έτυχε πλήρους εφαρμογής. Στη συνέχεια συγκροτήθηκε επιτροπή εμπειρογνομόνων για την επεξεργασία πορίσματος, με σκοπό την οριοθέτηση ενός νέου πλαισίου λειτουργίας του ΕΣΥ, που δεν υλοποιήθηκε.
3. Νόμος 2519/1997 – Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις: Περιείχε καινοτομικές ρυθμίσεις, με έμφαση στη λειτουργική αναδιοργάνωση του συστήματος και την αποδοτικότητα. Έτυχε περιορισμένης εφαρμογής.
4. Νόμος 2889/2001 – Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις: Περιλάμβανε ριζική μεταρρυθμιστική λογική, περιφερειακή συγκρότηση του συστήματος, διοικητική παρέμβαση.

Σε όλες αυτές τις παρεμβάσεις, η ΠΦΥ δεν έτυχε ιδιαίτερης προσοχής, με εξαίρεση το σχεδιασμό της ανάπτυξης «δικτύων» ΠΦΥ που περιλαμβάνεται στον Ν. 2519/1997. Με τον νόμο αυτό, για πρώτη φορά, θεοπίσθησαν σημαντικά κίνητρα για την προσέλκυση των γιατρών στην ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής. Δυστυχώς όμως δεν έτυχε πλήρους εφαρμογής. Σε αντίστοιχους προσανατολισμούς – προς την κατεύθυνση της

λειτουργικής ανασυγκρότησης – κινείται και η τελευταία θεσμική ρύθμιση, με νόμο που αφορά αποκλειστικά στην ΠΦΥ (Ν. 3235/2004).

4. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΠΦΥ

Είναι βέβαιο ότι η μεταρρύθμιση και ο εκσυγχρονισμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι σήμερα αναγκαία όσο ποτέ άλλοτε. Οι ρυθμίσεις και τα μέτρα που θα παρθούν πρέπει να στοχεύουν στη διαμόρφωση μιας στρατηγικής υγείας με κύριο στόχο την πρόληψη της αρρώστιας, την προαγωγή του επιπέδου υγείας καθώς και την αξιοποίηση των υφιστάμενων δομών και υποδομών παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Η ανάπτυξη του θεσμού της ΠΦΥ πρέπει να στηριχτεί θεσμικά, τεχνικά, διοικητικά και οικονομικά. Η ανακατανομή των πόρων από την πολυδάπανη και ενδεχόμενα αναποτελεσματική νοσοκομειακή περίθαλψη προς την ΠΦΥ πρέπει να συγκεντρώνει το πρωταρχικό ενδιαφέρον όσων χάρασσουν πολιτική στον τομέα υγείας.

Φυσικά για να είναι αποτελεσματική η ΠΦΥ και να συμβάλλει ουσιαστικά στη μεταβολή του ΕΣΥ από σύστημα ασθένειας σε σύστημα υγείας θα πρέπει να συγκεντρώνει ορισμένα χαρακτηριστικά:

1. Να έχει πολυδύναμο χαρακτήρα, δηλαδή να μπορεί να προσφέρει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής της υγείας, θεραπείας και αποκατάστασης, λαμβάνοντας πρόσθετη μέριμνα για τα μη αυτόνομα άτομα και τις ομάδες υψηλού κινδύνου.
2. Να έχει ένα σημαντικό βαθμό λειτουργικής αυτοδυναμίας, δηλαδή να διαθέτει το αναγκαίο προσωπικό και υποδομή, τις αποφασιστικές αρμοδιότητες και την απαιτούμενη διοικητική αυτοτέλεια για να καλύψει πλήρως τις πρωτοβάθμιες ανάγκες υγείας του πληθυσμού.
3. Να στηρίζεται στην ομαδική εργασία του προσωπικού (team-work) με βάση την «ομάδα υγείας» (health team), στοιχείο που προϋποθέτει τον αλληλοσεβασμό των ρόλων και την εκπαίδευση στις ιδιαιτερότητες της συλλογικής εργασίας.
4. Να προωθεί τη συνεργασία με τον πληθυσμό και την κοινότητα, τόσο στο επίπεδο του προγραμματισμού της λειτουργίας των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών όσο και μέσα από τη συγκεκριμένη ανάθεση στον πληθυσμό ουσιαστικών καθηκόντων και λειτουργιών.

Η οργάνωση ενός δικτύου πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, ειδικότερα στα αστικά κέντρα, αναμένεται να ωφελήσει πολλαπλά, δεδομένου ότι θα συμβάλει τόσο στη μείωση των δαπανών υγείας όσο και στην αποσυμφόρηση των νοσοκομείων και κατά συνέπεια στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Είναι ευνόητο ότι η ανάπτυξη των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών σ' αυτή την κατεύθυνση θα συνδεθεί με τον περιορισμό των νοσοκομείων αποκλειστικά στον νοσοκομειακό τους ρόλο και την απαλλαγή τους από όλες τις δραστηριότητες που έχουν πρωτοβάθμιο χαρακτήρα¹⁸.

Το σημαντικότερο ρόλο θα παίξει το Κέντρο Υγείας με τη διεπιστημονική ομάδα «Υγείας» που συγκροτείται από εκπαιδευτικούς των διαφόρων επαγγελματίων υγείας και των κοινωνικών επιστημών, και στοχεύει στην προστασία και προαγωγή της υγείας. Με αυτό τον τρόπο το Κέντρο Υγείας μπορεί να συμβάλει αποφασιστικά στην ενίσχυση και τον συντονισμό της Δημόσιας Υγείας και να αποτελέσει τον βασικό συντονιστή υπηρεσιών υγείας σε τοπικό επίπεδο. Η ολοκληρωμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών θα αποτελέσει «ηθμό» μεταξύ Κέντρου Υγείας και Νοσοκομείου, συμβάλλοντας ουσιαστικά στη διασφάλιση και προαγωγή της δημόσιας υγείας.

Οι σύγχρονες κοινωνικές ανάγκες και οι ανάγκες υγείας, όπως αυτές διαμορφώνονται από τις απαιτήσεις της σημερινής κοινωνίας προσδίδουν έναν σημαντικό ρόλο στον οικογενειακό γενικό γιατρό. Ο οικογενειακός γιατρός στο σύστημα υγείας πρέπει να προσφέρει έργο που περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα προληπτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών, όπως η εκτίμηση παραγόντων κινδύνου, η πρόγνωση, η πρόληψη, η αγωγή, η βελτίωση και η διατήρηση της υγείας του πληθυσμού, η θεραπευτική αγωγή, η κοινωνική μέριμνα, η συμμετοχή στην αποκατάσταση και στην υποστήριξη ασθενών σε διάφορα στάδια της ζωής και της ασθένειας, σε εναλλακτικές μορφές περίθαλψης καθώς επίσης σε προγράμματα δημόσιας υγείας, οικογενειακού προγραμματισμού και προστασίας της μητρότητας. Το δικαίωμα παραπομπής (gate keeping) του γιατρού αυτού θα επιτρέψει τον έλεγχο της ροής στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας και θα οδηγήσει στον έλεγχο του κόστους και στον ορθολογικό σχεδιασμό των νοσοκομειακών δομών, απαλλάσσοντας τα δημόσια νοσοκομεία από το μεγάλο βάρος της παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υ-

γείας¹⁹.

Τελικά η επικέντρωση στα χρόνια νοσήματα και σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου του πληθυσμού, η ενασχόληση με την οικογένεια στο σύνολό της αλλά και τον χρόνιο άρρωστο στο σπίτι είναι βέβαιο ότι θα αυξήσουν την αποτελεσματικότητα και την αποδοχή της ΠΦΥ από την ελληνική κοινωνία.

Η συνεχής μετεκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού που υπηρετεί στην ΠΦΥ, ειδικότερα του νοσηλευτικού με έμφαση στην κοινοτική νοσηλευτική και η αξιοποίηση των επισκεπτών υγείας είναι απαραίτητα για την καλύτερη απόδοση του συστήματος. Η χρήση μεθόδων της δημόσιας υγείας για την περιγραφή του τοπικού φάσματος νοσηρότητας, η εκτίμηση των προβλημάτων υγείας του πληθυσμού, η ανάπτυξη κοινού ερευνητικού έργου γενικών ιατρών με ιατρούς των νοσοκομείων στην παρακολούθηση της συχνότητας και της φυσικής πορείας διαφόρων νοσημάτων θα βελτιώσουν σημαντικά την υπάρχουσα κατάσταση²⁰.

Η ανάπτυξη ενός πληροφορικού συστήματος κατάλληλου για ΠΦΥ και Κέντρα Υγείας μπορεί να συμβάλει στη δημιουργία τοπικών δεικτών υγείας αλλά και στην καθιέρωση της αναμφισβήτητη πολύτιμης κάρτας υγείας του πολίτη. Η ύπαρξη της κάρτας υγείας θα συμβάλει στην εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών και στην αυτοματοποίηση των διαδικασιών καταγραφής των κλινικών και εργαστηριακών πληροφοριών, που είναι απαραίτητες σε κάθε επαφή των πολιτών με τις υπηρεσίες υγείας, ενώ παράλληλα θα βοηθήσει σημαντικά στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας του νέου συστήματος.

ΕΠΙΚΡΙΣΗ

Όπως έλεγε ο αείμνηστος κ. Γαρδίκας, η πρωτοβάθμια φροντίδα καλύπτει τα 9/10 της ιατρικής. Η αποκλειστική ενασχόληση με τη νοσοκομειακή ιατρική είναι μια κακή αρχή, από την οποία επιβάλλεται γρήγορη απομάκρυνση. Υπάρχουν βάσιμες ελπίδες ότι με την πρόοδο της ιατρικής και την αλλαγή του προσανατολισμού από τη θεραπεία στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας, η νοσηλευτική πλευρά θα μειωθεί σημαντικά. Ήδη σε πολλές χώρες, όπου υπάρχει καλή ανάπτυξη της ΠΦΥ, παρατηρείται περιορισμός του αριθμού των νοσοκομειακών κλινών.

Επιβάλλεται λοιπόν η λειτουργική αναδιοργάν-

νωση των υπηρεσιών ΠΦΥ, που θα προσδώσει έναν πλουραλιστικό χαρακτήρα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, εμπλουτίζοντας τις παρεχόμενες φροντίδες, πέραν των παραδοσιακών κλινικοεργαστηριακών δραστηριοτήτων, με υπηρεσίες πρόληψης της νόσου και προαγωγής της υγείας, καθώς και διαχείρισης των μειζόνων παραγόντων κινδύνου²¹.

Έχει γίνει πλέον κατανοητό ότι πρέπει να σταματήσει ο κατακερματισμός της κοινωνικής χρηματοδότησης της υγείας και οργάνωσης των σχετικών υπηρεσιών σε διάφορους φορείς (ταμεία), ο οποίος δυναμιτίζει το ΕΣΥ, διαιωνίζει ανισότητες και εμποδίζει την επεξεργασία ενιαίας πολιτικής υγείας. Τέλος είναι καιρός να τολμήσει η πολιτεία την ανάθεση της πολιτικής ευθύνης για την ανάπτυξη και τη λειτουργία των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, στην κοινότητα και τις τοπικές αρχές (local authorities) με παράλληλη απεμπλοκή των υπηρεσιών από την κεντρική διοίκηση και μετάβαση σε καθεστώς αυτοδιαχείρισης (self-governing).

Χρειάζεται επαγγελματισμός, γνώση, τόλμη και απόφαση για σύγκρουση με παγιωμένες και αναχρονιστικές καταστάσεις, που κρατούν ουραγό τη χώρα μας σε σχέση με τις ευρωπαϊκές εξελίξεις²².

Είναι προφανές ότι οι προτεινόμενες αλλαγές απαιτούν σταθερή πολιτική βούληση, υπεύθυνη τεχνική και επιστημονική τεκμηρίωση και συναίνεση από τα επαγγέλματα υγείας και τον πληθυσμό, ώστε να διασφαλιστεί η διαχρονική ανθεκτικότητά τους και η αποδοτική διαχείριση των διατιθέμενων πόρων. Μόνο μ' αυτό τον τρόπο όμως θα διασφαλιστεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, με επακόλουθο τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, ώστε να υπάρχει στη χώρα μας ένα πραγματικό σύστημα που να στοχεύει στην υγεία των πολιτών και όχι απλά στη διαχείριση της εμφανιζόμενης ασθένειας²³.

Βιβλιογραφία

1. Ιωαννίδη Ε., Λοπατατζίδη Α., Μάντη Π. «Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις» (Υγεία: Οριοθετήσεις και προοπτικές) Τόμος Α, Θ.Ε.-51, ΕΑΠ, Πάτρα, 1999.
2. Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας - ΚΕΠΕ «Πρόγραμμα Οικονομικής και Κοινωνικής Ανάπτυξης 1983-1987. Προκαταρκτικά, Τελική Εισήγηση», Αθήνα, 1985, σελ. 187.
3. Μάρδας Γ. «Οργανωτική και Οικονομική του Συστήματος Κοινωνικής Διοίκησης», Εκδόσεις «Το Οικονομικό», Αθήνα, 1993, σελ. 102.
4. Εισηγητική Έκθεση του Ν. 1397/83, σελ. 5.

5. Νόμος 1397/83 - Εθνικό Σύστημα Υγείας: Άρθρο 5, ΦΕΚ 143, Αθήνα.
6. Κυριακόπουλος Γ., Δρίζη Μπ., Κτενάς Ε., Κοντογεωργάκη Ε., Γεωργούση Ε. «Οι επενδύσεις στον υγειονομικό τομέα στην Ελλάδα 1970-2000», Επιθεώρηση Υγείας, 2004, τομ. 15, τευχ. 86 σελ. 12-14).
7. Στάθης Γ., «Απαιτούνται νέα νοσοκομεία ή κάτι άλλο;», Επιθεώρηση Υγείας, 1994, τόμ. 5, τευχ. 3, σελ. 9).
8. Κυριακόπουλος Γ., Λιονής Χ., Δημολιάτης Γ., Μερκούρης Μ-Π., Οικονόμου Χ., Τσάκος Γ., Φιλαλήθης Τ., «Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 2000, τομ. 12, τευχ. 4 σελ. 169-188).
9. Κυριακόπουλος Γ., «Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και η Γενική Ιατρική στην Ελλάδα. Το πολιτικό πρόβλημα και οι διαστάσεις του», στο Κυριακόπουλος Γ., Φιλαλήθης Τ. «Η πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα», Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, 1996.
10. Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ., «Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προτάσεις για τη βελτίωσή της», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 1996, τομ. 8, τευχ. 3 σελ. 137-140).
11. Κουρής Γ., «Προκλήσεις για τα συστήματα υγείας», Επιθεώρηση Υγείας, 2004, τομ. 15, τευχ. 86 σελ. 12-14).
12. Σιγάλας Ι., «Το Νοσοκομείο στην Ελλάδα: Χθες, Σήμερα, Αύριο», Επιθεώρηση Υγείας, 1993, τομ. 4, τευχ. 4 σελ. 36-40).
13. Σιγάλας Ι., «Τα ελλείμματα των νοσοκομείων. Πρόβλημα χρηματοδότησης ή διαχείρισης», Επιθεώρηση Υγείας, 1994, τομ. 5, τευχ. 4 σελ. 38-45).
14. Maxwell R., "The right and fair Use of Sanitary resources Hospital Management International", 1995. Μετάφραση Ν. Κωνσταντόπουλος, Επιθεώρηση Υγείας 1996, τομ. 7, τευχ. 39, σελ. 21-22.
15. Νικολάκης Κ., Οικονόμου Χ., Γεωργούση Ε., Τσάκος Γ., Κυριόπουλος Γ., «Περιφερειακή κατανομή του ιατρικού δυναμικού στην πρωτοβάθμια περίθαλψη: Το παράδειγμα του ΙΚΑ», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 2000, τομ. 12, τευχ. 2, σελ. 57-61).
16. Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ., «Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προτάσεις για τη βελτίωσή της», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 1996, τομ. 8, τευχ. 3 σελ. 137-140).
17. Λιονής Χ., Μερκούρης Μ., «Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας και προτάσεις για τη βελτίωσή της», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 2000, τομ. 12, τευχ. 1 σελ. 7-9).
18. Κουρής Γ., «Πέντε προτάσεις για μια ολοκληρωμένη Εθνική Πολιτική Υγείας», Επιθεώρηση Υγείας, 2003, τομ. 14, τευχ. 85, σελ. 13-14.
19. Σερασκέρης Μ., «Η χρηματοδότηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας», Επιθεώρηση Υγείας, 2004, τομ. 15, τευχ. 88, σελ. 42-43.
20. Λιονής Χ., Μερκούρης Μ., «Η γενική/οικογενειακή Ιατρική σε σταυροδρόμι: Προϋποθέσεις απαραίτητες για την εδραίωσή της στην Ελλάδα», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 2001, τομ. 13, τευχ. 73, σελ. 8-9.
21. Σουλιώτης Κ., Μαριόλης Α., «Η διαμόρφωση ενός Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τόμος 16, Τεύχος 2 σελ. 87-93, 2004.
22. Πειρουνάκης Ν., «Προτάσεις για τη βελτίωση του ΕΣΥ. Η αλλαγή ενός συστήματος υγείας δεν συνεπάγεται κατ' ανάγκη επιδείνωση», Επιθεώρηση Υγείας, 2000, τομ. 11, τευχ. 66, σελ. 11-12).
23. Γείτονα Μ., «Ο χάρτης της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα - Περιφερειακές ανισότητες στην υγεία», Ιατρική 2001, 79(3): 259-267.