

**ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
ΚΑΙ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΚΕ΄ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΣΕΙΡΑ  
ΤΕΛΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Νόμος 4486/2017 για ΤοΜΥ και  
η διαλειτουργική σύνδεση  
με την Νοσοκομειακή περίθαλψη.**

**ΤΜ. ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**Επιβλέπων:**

**ΠΕΡΡΑΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ**

**Σπουδαστής:**

**ΒΕΡΙΩΝΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ**

**ΑΘΗΝΑ – 2018**

**Νόμος 4486/2017 για ΤοΜΥ και η διαλειτουργική  
σύνδεση με την Νοσοκομειακή περίθαλψη**

ΕΣΔΔΑ  
Δημήτρης Βεριώνης  
© 2018  
Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος

Δήλωση

«Δηλώνω ρητά ότι, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας, δεν παραβιάζει καθ' οιονδήποτε τρόπο πνευματικά δικαιώματα τρίτων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής»

Αθήνα, 12/12/2018

Δημήτριος Βεριώνης

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) αποτελεί την πύλη εισόδου του πολίτη στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) και διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αποτελεσματική και αποδοτική παροχή υγειονομικής φροντίδας. Με τον ν. 4486/2017 επιχειρείται αναδιαμόρφωση του εν λόγω πεδίου με μια σειρά από παρεμβάσεις, κυριότερες των οποίων είναι η θέσπιση της δομής των Τοπικών Μονάδων Υγείας (ΤΟ.Μ.Υ.) και η ενεργοποίηση των θεσμών του Οικογενειακού Ιατρού και των Ομάδων Υγείας.

Στην παρούσα εργασία, επιχειρείται αρχικά προσέγγιση της έννοιας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) και του κρίσιμου ρόλου της στη βιωσιμότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.). Πραγματοποιείται συνοπτική αναφορά στην ιστορική εξέλιξη του σχετικού νομοθετικού πλαισίου έως τις ημέρες μας και παρουσιάζεται το περιεχόμενο του μεταρρυθμιστικού ν. 4486/2017 και της λειτουργίας των νέων δομών των ΤΟ.Μ.Υ., της Ομάδας Υγείας και του Οικογενειακού Ιατρού που τίθενται εν ισχύ. Προσδιορίζεται η σημασία της διαλειτουργικότητας και αποτυπώνεται η σημερινή διασυνδεδετική μεταξύ των νέων θεσμών και των Νοσοκομείων, καθώς και οι ενυπάρχουσες μελλοντικές προσδοκίες. Πραγματοποιείται αναφορά στο σκεπτικό του νομοθέτη και τις αποκεντρωτικές δυνατότητες, βάσει του παρόντος νόμου, αλλά και του νόμου «Καλλικράτη». Επίσης, γίνεται κριτική αποτίμηση του μεταρρυθμιστικού νόμου και της πολιτικής, επαγγελματικής, λειτουργικής, κοινωνικής και οικονομικής διάστασης της καθιέρωσης των ΤΟ.Μ.Υ.. Τέλος, παρουσιάζονται οι μελλοντικές προοπτικές των νέων θεσμών, παρατίθενται προβληματισμοί και βελτιωτικές προτάσεις, καθώς και η συνθετική διάγνωση της βελτίωσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με βάση τον νόμο 4486/2017.

Στο πλαίσιο της εργασίας, χρησιμοποιήθηκαν βιβλιογραφικές παραπομπές, η ελληνική νομοθεσία και οι σχετικές υπουργικές αποφάσεις, καθώς και σχετική με το αντικείμενο αρθρογραφία. Επίσης, κρίθηκε απαραίτητη η συνομιλία με διοικητικά στελέχη του τομέα του Υπουργείου και του Εθνικού Συστήματος Υγείας για την αποτύπωση της τρέχουσας κατάστασης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, την εξαγωγή εμπειρικών προβληματισμών και χρήσιμων συμπερασμάτων περί του νόμου και της εφαρμογής του, καθώς και για την σημερινή κατάσταση της διασυνδεδετικής της Πρωτοβάθμιας με τη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Η ανάλυσή της εργασίας πραγματεύεται ζητήματα όπως ο τρόπος που αντιμετωπίζει ο νόμος 4486/2017 την πρόκληση της μεταρρύθμισης της Πρωτοβάθμιας

Φροντίδας Υγείας, ο στόχος της εξυπηρέτησης του πολίτη και της διευκόλυνσης της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας καθώς τις προοπτικές επίτευξης διαλειτουργικότητας και αποκέντρωσης των υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα. Η μεταρρυθμιστική παρέμβαση φιλοδοξεί να αναδιαμορφώσει το τοπίο της Π.Φ.Υ, και χωρίς να αποδεικνύεται απόλυτα επαρκής, αποτελεί ένα σημαντικό βήμα μπροστά. Η δυναμική του θα δοκιμαστεί στην αναμέτρησή του με τα προβλήματα και τις δυσκολίες που έχει να αντιμετωπίσει.

Λέξεις κλειδιά: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Νόμος 4486/2017, ΤΟ.Μ.Υ., Οικογενειακός ιατρός, Ομάδα Υγείας, Διαλειτουργικότητα

## ABSTRACT

Primary Health Care (P.H.C) is the entrance of the National Health System for the citizens. Its outstanding importance in the efficient and effective provision of health care is commonly accepted. The law 4486/2017 attempts to remodel P.H.C through a series of measures like the establishment of TO.M.Y and the activation of the institutions of the Family Doctor and the Health Groups.

This thesis aims to define the concept of Primary Health Care (P.H.C) and its role in the National Health System. Also, there is a reference to the evolution of law fragment until nowadays. Afterwards, there is an analysis of the contents of the current law 4486/2017 and of the operation of the new P.H.C services. Additionally, interoperability issue is presented, as well as, the present interconnection between Primary Health Care and hospitals. Also the thesis depicts the rationale of the legislator and the new laws' decentralization potential, as well as that of the -so called- "Kallikratis" law. This thesis examines the political, professional, functional, social and financial aspects of the establishment of TOMY, the Health groups and the family doctor. Finally, the expectations for the future of Primary Health Care services are presented, along with considerations and proposals.

Within the context of this thesis, a bibliographical research, as well as the study of the relative Greek laws, ministerial decisions and articles have taken place. Furthermore, essential interviews with managers of the Health Sector have taken place, resulting in the reflection of the current condition, the review of personal opinion and consideration for the implementation of the law, as well as for the present condition of interconnection within the National Health System.

This thesis' analysis clusters around the role of the law towards matters like what issues it tries to resolve and with what legislate and institutional means, in which extend and in what way it supports the citizens within the National Health System. Moreover, this thesis deals with the potential of achieving interoperability and decentralization, of the new P.H.C services comparing to their current condition.

Key words: Primary Health Care, Law 4486/2017, TO.M.Y., Family Doctor, Health Group, Interoperability

## *Ευχαριστίες*

*Ευχαριστώ θερμά τον επιβλέποντά καθηγητή μου κ. Πιερράκο Γεώργιο για τις πολύτιμες συμβουλές και την καθοδήγηση του σε τεχνικό και ακαδημαϊκό επίπεδο, καθ' όλη τη διάρκεια της συγγραφής της παρούσας εργασίας καθώς και για την εξαιρετική συνεργασία που αναπτύξαμε.*

*Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω την κα. Τζώρτζη Χριστίνα, τον κ. Κουφάκη Αντώνιο και τον κ. Μπουρσανίδη Χρήστο για την ευγενική και άμεση ανταπόκριση τους στα ερωτήματά μου και την πολύτιμη ενημέρωση που μου παρείχαν, το διοικητικό προσωπικό της 1<sup>ης</sup> Δ.Υ.ΠΕ. και κυρίως την κα Τολίκα Φωτεινή για τις χρήσιμες πληροφορίες, καθώς και το ακαδημαϊκό και διοικητικό προσωπικό της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Διοίκησης & Αυτοδιοίκησης (Ε.Σ.Δ.Δ.Α.).*

*Τέλος θα ήθελα από καρδιάς να ευχαριστήσω τους δικούς μου ανθρώπους για την υποστήριξή και την αμέριστη συμπαράστασή τους τους σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου στην Ε.Σ.Δ.Δ.Α..*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1.	Εισαγωγή	10
2.	Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.)	12
2.1	Η ιστορική εξέλιξη πριν τη δημιουργία του Ε.Σ.Υ.	12
2.2	Η εξέλιξη από τον ν. 1397/1983 έως τον ν. 4486/2017	13
2.3	Το Εθνικό Σύστημα Υγείας σήμερα	16
3.	Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.)	16
4.	Μεταρρύθμιση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας- Ν.4486/2107	18
4.1	Η δημιουργία των Τοπικών Μονάδων Υγείας (ΤΟ.Μ.Υ.)	21
4.2	Ο ρόλος των Τοπικών Ομάδων Υγείας (Τ.ΟΜ.Υ)	21
5.	Διασύνδεση και διαλειτουργικότητα των ΤΟ.Μ.Υ. με τα νοσοκομεία	23
6.	Κριτική αποτίμηση του νόμου 4486/2017	29
6.1	Το σκεπτικό του νομοθέτη	31
6.2	Η αποκέντρωση των δομών Υγείας	32
6.3	Η αποκέντρωση της Π.Φ.Υ. και ο νόμος «Καλλικράτη»	36
7.	Κριτική αποτίμηση των ΤΟ.Μ.Υ.	40
7.1	Ο ρόλος των ΤΟ.Μ.Υ.	40
7.2	Η πολιτική διάσταση της καθιέρωσης των ΤΟ.Μ.Υ.	40
7.3	Η επαγγελματική διάσταση της καθιέρωσης των ΤΟ.Μ.Υ.	42
7.4	Η λειτουργική διάσταση της καθιέρωσης των ΤΟ.Μ.Υ.	45
7.5	Η κοινωνική διάσταση της καθιέρωσης των ΤΟ.Μ.Υ.	47
7.6	Η οικονομική διάσταση της καθιέρωσης των ΤΟ.Μ.Υ.	48
8.	Μελλοντικές προοπτικές	50



9.	Συνθετική διάγνωση- Η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με βάση τον ν. 4486/2017	54
10.	Επίλογος	56
11.	Βιβλιογραφία	58

**ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ**

Α.Η.Φ.Υ.	Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας
Ε.Δ.Ε.ΥΠ.Υ.	Επιτελική Δομή ΕΣΠΑ Υπουργείου Υγείας
Δ.Υ.ΠΕ.	Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας
Ε.Ο.Π.Υ.Υ.	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
Ε.Σ.Υ.	Εθνικό Σύστημα Υγείας
Ν.	Νόμος
Ν.Π.Δ.Δ.	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
Ν.Π.Ι.Δ	Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου
Π.Ο.Υ.	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΤΟ.Μ.Υ.	Τοπική Μονάδα Υγείας
Τ.Ο.Μ.Υ.	Τοπική Ομάδα Υγείας
ΤΟ.Π.Φ.Υ.	Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
Υ.ΠΕ.	Υγειονομική Περιφέρεια

## 1. Εισαγωγή

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) αποτελείται από το σύνολο διοικητικών και λειτουργικών εφαρμογών με το οποίο οργανώνεται η παροχή υγειονομικών υπηρεσιών στους πολίτες. Οι υπηρεσίες του, ανάλογα με το αντικείμενό τους και τη δομή τους διακρίνονται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Αντικείμενο της μελέτης μας αποτελεί η πιο πρόσφατη στρατηγική επιλογή για την οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μέσω του ν. 4486/2017, η δημιουργία των Τοπικών Μονάδων Υγείας (ΤΟ.Μ.Υ.) και η διαλειτουργική σύνδεση των εν λόγω δομών με τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Για την ευρύτερη κατανόηση του υγειονομικού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο καλείται να δράσει η νέα δομή των ΤΟ.Μ.Υ., είναι χρήσιμο να αναφερθούμε συνοπτικά στην μεταπολεμική εξελικτική πορεία της οργάνωσης της Υγείας στην Ελλάδα και στην εξέλιξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) και της αποκέντρωσης των Υπηρεσιών, έως την εφαρμογή του εν λόγω νόμου.

Στην παρούσα μελέτη, θα εξετάσουμε τον εν λόγω νόμο, τη διαμόρφωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με τον νόμο αυτό, τις νεοσύστατες δομές των ΤΟ.Μ.Υ. και τον θεσμό του οικογενειακού ιατρού, καθώς και τις στοχεύσεις και προσδοκίες από τον νόμο. Θα αναζητήσουμε τα προβλήματα που παρουσιάζονται από την μέχρι τώρα εφαρμογή του νόμου, τη λειτουργία των ΤΟ.Μ.Υ και των οικογενειακών ιατρών, αλλά και τους τρόπους μέσω των οποίων δύναται να εξασφαλιστεί η επιδιωκόμενη βιωσιμότητα των νεοσύστατων δομών, στο πλαίσιο της στήριξης και της αποτελεσματικότητας της Π.Φ.Υ..

Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στην έννοια του Εθνικού Συστήματος Υγείας και ειδικότερα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Παρουσιάζεται συνοπτικά η θεσμική εξέλιξη της Π.Φ.Υ. μέχρι τον πρόσφατο νόμο 4486/2017. Στο πλαίσιο αυτό, γίνεται αποτίμηση της σημερινής εικόνας από το 1983· στην αποτίμηση αυτή αποτυπώνονται οι ατελέσφορες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες που έχουν λάβει χώρα μέχρι σήμερα. Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στο έργο και τις σκοπούς της Π.Φ.Υ. σύμφωνα με τις διακηρυγμένες αρχές των συνεδρίων της Alma Ata και της Astana. Μέσα από τις διακηρύξεις των εν λόγω συνεδρίων αποδίδεται η τεράστια κοινωνική και υγειονομική σημασία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, καθώς και το έργο που καλείται να πραγματώσει. Στο τέταρτο κεφάλαιο, αναλύεται ο νόμος και τα εργαλεία που

χρησιμοποιεί ο νομοθέτης και παρουσιάζονται οι βασικοί σκοποί του, η δημιουργία των νέων δομών ΤΟ.Μ.Υ., καθώς και των Τοπικών Ομάδων Υγείας. Το πέμπτο κεφάλαιο αναφέρεται στη σημασία της διασυνδετικής και της διαλειτουργικότητας, στις δυνατότητες που παρέχουν, αλλά και στις δυσκολίες εφαρμογής τους. Το έκτο κεφάλαιο αποτιμά κριτικά τον μεταρρυθμιστικό νόμο, αναφέροντας το σκεπτικό του νομοθέτη, την αποκέντρωση των δομών Υγείας και τις δυνατότητες που παρέχονται μέσω του νόμου «Καλλικράτη» ως προς την αποκέντρωση της Π.Φ.Υ.. Στο έβδομο κεφάλαιο πραγματοποιείται κριτική αποτίμηση του ρόλου των ΤΟ.Μ.Υ., της καθιέρωσης των δομών και των Ομάδων Υγείας ως προς την πολιτική, επαγγελματική, λειτουργική, κοινωνική και οικονομική τους διάσταση. Στο όγδοο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι μελλοντικές προοπτικές του θεσμού και γίνεται αναφορά στις δυνατότητες, τις αδυναμίες, τις ευκαιρίες και τους κινδύνους, τα οποία παρατίθενται με SWOT Analysis στη συνθετική διάγνωση του ένατου κεφαλαίου. Τέλος, στον επίλογο παρουσιάζονται τα συμπεράσματά μας και η ανασκόπηση όσων μας απασχόλησαν στην εργασία.

Για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας έγινε χρήση βιβλιογραφίας, αρθρογραφίας και άλλων διαδικτυακών πηγών, μελετήθηκαν οι επίσημες πηγές, η σχετική νομοθεσία, οι Υπουργικές Αποφάσεις, καθώς και οι προκηρύξεις στέλεχωσης των Τ.Ο.Μ.Υ., η εσωτερική αλληλογραφία και τα υπηρεσιακά αρχεία της 1ης Υ.ΠΕ. Αττικής. Παράλληλα, διεξήχθησαν συνεντεύξεις με διοικητικά στελέχη της Υγείας, και αποτυπώθηκαν απαραίτητα εμπειρικά δεδομένα και απόψεις των αρμοδίων. Ως προς το τεχνικό μέρος, έγινε χρήση βιβλιογραφικών παραπομπών με τη μέθοδο Harvard και υποσελίδιων σημειώσεων.

## 2. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας

Προσεγγίζοντας εννοιολογικά τον όρο «υγεία», ερχόμαστε αντιμέτωποι με αρκετές διαφορετικές προσεγγίσεις και εννοιολογικά περιεχόμενα. Ωστόσο, θεωρούμε απαραίτητο να παραθέσουμε τον ευρέως διαδεδομένο και επικρατέστερο ορισμό που δίνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, σύμφωνα με τον οποίο, *«υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας»* (Π.Ο.Υ, 1946).

Ο αντικειμενικός στόχος των Συστημάτων Υγείας είναι η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας και η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας με μειωμένο κόστος (Βαλσάμος, 2018, σ.8). Η δημιουργία ενός λειτουργικού και επαρκούς, για την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών, Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.), αποτελεί έναν εκ των βασικών -αλλά και απαιτητικών- θεσμών του κοινωνικού κράτους. Η θεσμική και δομική του διάπλαση είναι προϊόν μιας μακροχρόνιας διαδικασίας εξέλιξης και συντελείται μέσα στο κοινωνικό, πολιτικό, οικονομικό και διοικητικό περιβάλλον μιας χώρας. Αποτελεί ένα λειτουργικά διαφοροποιημένο κοινωνικό υποσύστημα με δική του δομή και κύριο χαρακτηριστικό του είναι η μέχρι ενός βαθμού αυξημένη αυτόνομη επιχειρησιακή λογική, οργάνωση και πολυπλοκότητα (Μπουρσανίδης, 2017, σ.130). Ωστόσο, καθώς το Σύστημα Υγείας αποτελεί θεμελιώδη θεσμό του κράτους πρόνοιας, αναπόφευκτα φέρει τα χαρακτηριστικά της οργανωτικής και διοικητικής κουλτούρας του κράτους εντός του οποίου λειτουργεί. Όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό, και στην ελληνική περίπτωση η δημιουργία και η οργάνωση του συστήματος υγείας φέρει τα διοικητικά και οργανωτικά χαρακτηριστικά της ελληνικής κοινωνικής και πολιτικής πραγματικότητας.

### 2.1 Η ιστορική εξέλιξη πριν τη δημιουργία του Ε.Σ.Υ.

Κομβικό σημείο στην εξελικτική πορεία της εθνικής πολιτικής υγείας αποτελεί ο ν. 1397/1983 με τον οποίο συγκροτείται το Ε.Σ.Υ.. Κύριο χαρακτηριστικό της περιόδου που προηγείται αποτελεί η έλλειψη εθνικής στρατηγικής Υγείας. Η πρώτη, ισχυρή προσπάθεια για την ανάπτυξη ενός περιφερειακού αποκεντρωμένου συστήματος υγείας εμφανίζεται στον ν. 2592/1953, στον οποίο υπάρχει η πρόβλεψη για διαίρεση της ελληνικής επικράτειας σε Υγειονομικές Περιφέρειες· πρόβλεψη η οποία θα επαναληφθεί με το λεγόμενο «σχέδιο Πάτρα», κατά τη περίοδο της δικτατορίας

(Μπουρσανίδης, 2018, σ.132). Επίσης, μέσω του ν. 2592 αλλά και του ν. 3487/1955, θεσμοθετούνται τα αγροτικά ιατρεία (Βραχνέλη, 2017, σ.34). Τέλος, το 1980 με το νομοσχέδιο Δοξιάδη προτείνεται η σύσταση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας και η σύσταση των Αγροτικών Κέντρα Υγείας (Μπουρσανίδης, 2018, σ.132).

## 2.2 Η εξέλιξη από τον ν. 1397/1983 έως τον ν. 4486/2017

Το 1983 είναι το κομβικό έτος για τη δημιουργία του Ε.Σ.Υ., καθώς ψηφίζεται από τη Βουλή ο ν. 1397/1983 με τον οποίο συγκροτείται. Ο εν λόγω νόμος αποτελεί τη βάση της σύγχρονης οργάνωσης των υπηρεσιών Υγείας της χώρας και, μέσω αυτού, θεσπίζεται η ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες, στο πλαίσιο ενός ενιαίου, αποκεντρωμένου Συστήματος Υγείας. Με τον νόμο αυτό δίδεται έμφαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.), οι ανάγκες της οποίας εξυπηρετούνται από τα δημιουργηθέντα Κέντρα Υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων (Πιερράκος, 2018<sub>1</sub>, σ.31). Τα Νοσοκομεία μετατρέπονται σε Ν.Π.Δ.Δ., ενώ θεσπίζεται η δυνατότητα δημιουργίας πανεπιστημιακών κλινικών σε αυτά (Κουφάκης, 2018<sub>1</sub> σ.6). Με τον νόμο αυτόν, προβλέπεται η λειτουργία των Κέντρων Υγείας ως αποκεντρωμένων οργανικών μονάδων που υπάγονται στα νοσοκομεία του νομού· παράλληλα τα Κέντρα Υγείας διαχωρίζονται σε αστικών ή μη αστικών περιοχών και γίνεται αναφορά στη διασύνδεσή τους με τα οικεία νοσοκομεία (Πιερράκος, 2018<sub>1</sub>, σ.31) Επίσης, θεσπίζεται η λειτουργία των Περιφερειακών Ιατρείων, ως αποκεντρωμένη δομή των Κέντρων Υγείας (ό.π). Η δημιουργία του Ε.Σ.Υ. διέπεται από τις αρχές του άρθρου 21 του Ελληνικού Συντάγματος: *«η Υγεία είναι δημόσιο αγαθό (ατομικό και κοινωνικό) την προστασία του οποίου εγγυάται το κράτος [...] κάθε πολίτης έχει υποκειμενικό δημόσιο δικαίωμα σε ισότιμη και υψηλού επιπέδου περίθαλψη και κοινωνική φροντίδα της υγείας του»* (Μπουρσανίδης, 2017, σ.134).

Με τον ν. 2071/1992 *«Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας»* γίνεται εκ νέου αναφορά στην πρωτοβάθμια φροντίδα και αγωγή υγείας και ιδρύονται οι Περιφερειακές Διευθύνσεις Υπηρεσιών Υγείας στην ελληνική επικράτεια (<https://www.e-nomothesia.gr>, 2018<sub>1</sub>). Ακόμα, εισάγονται οι κινητές μονάδες Πρωτοβάθμιας Υγείας, ως Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ., ενώ ο κατά τόπο Νομάρχης ορίζεται υπεύθυνος για τον διορισμό των τριμελών διοικήσεων των Κέντρων Υγείας (ό.π). Ακολουθώντας τα σύγχρονα δεδομένα του τομέα της περίθαλψης, δηλαδή το

τετράπτυχο «πρόληψη-νοσηλεία-θεραπεία-αποκατάσταση», ο ν. 2071/1992 δίνει - μεταξύ άλλων- έμφαση στην κατ'οίκον νοσηλεία, η οποία και καθιερώνεται, ενώ διευκρινίζεται ότι οι όροι και οι προϋποθέσεις παροχής της θα εκδίδονται με προεδρικά διατάγματα. Επιπροσθέτως, γίνεται αναφορά στην οργάνωση της εν λόγω υπηρεσίας και στην ανάπτυξη αρμόδιων ομάδων, αντίστοιχων με τις νεοσύστατες τοπικές Μονάδες Υγείας (Πιερράκος, 2018<sub>1</sub>, σ.31).

Με τον ν. 2889/2001 επιδιώκεται η ουσιαστική αποκέντρωση των υπηρεσιών: τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας καταργούνται και τη θέση τους αναλαμβάνουν τα Κεντρικά Περιφερειακά Συστήματα Υγείας. Στην έδρα κάθε Περιφέρειας συνίσταται Ν.Π.Δ.Δ. με τίτλο «Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Δ.Υ.ΠΕ.» (<https://www.e-nomothesia.gr>, 2018).<sup>1</sup>

Με τον ν. 3106/2003 «Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας & άλλες διατάξεις» δίνεται έμφαση στην ανάπτυξη και αναδιοργάνωση του τομέα παροχής κοινωνικής φροντίδας. Τα Κέντρα Φροντίδας Οικογένειας υπάγονται στους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης, ενώ το Υπουργείο αναλαμβάνει τον συντονισμό του προγράμματος «Βοήθεια Στο Σπίτι» (<https://www.e-nomothesia.gr>, 2018).<sup>2</sup>

Με τον ν. 3235/2004 θεσμοθετείται -σε ευρεία κλίμακα- η εξυπηρέτηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μέσα από τις δομές των Κέντρων Υγείας, των Περιφερειακών Ιατρείων, των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης, των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. και των αντίστοιχων μονάδων της Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Πιερράκος, 2018<sub>1</sub>, σ.32). Στον ίδιο νόμο, σημαντική καινοτομία αποτελεί η θέσπιση της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας του πολίτη, η οποία καθίσταται ιδιαίτερα επίκαιρη και αναγκαία στις ημέρες μας ως προς τη βέλτιστη εξυπηρέτηση του πολίτη και την αποτελεσματικότερη λήψη υπηρεσιών υγείας (ό.π.).

Με τον ν. 3329/2005 πραγματοποιείται η Περιφερειακή Συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και η ίδρυση των Υγειονομικών Περιφερειών στην ελληνική επικράτεια. Στην έδρα κάθε Περιφέρειας συστήνεται Ν.Π.Δ.Δ. με τίτλο «Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Δ.Υ.ΠΕ.»

---

<sup>1</sup> <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-2889-2001.html>, κ.Α', αρ. 1, σ. 881.

<sup>2</sup> <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-3106-2003.html>.

(Δ.Υ.ΠΕ.), το οποίο εποπτεύεται και ελέγχεται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Ν.3329/2005-ΦΕΚ 81/Α/4-4-2005). Στη συνέχεια, με τον ν. 3527/2007 πραγματοποιούνται συγχωνεύσεις Υγειονομικών Περιφερειών (<http://www.1dyre.gov.gr>), με τις οποίες φτάνουμε στη σημερινή μορφή διαίρεσης της ελληνικής επικράτειας σε Υγειονομικές Περιφέρειες.

Με τον ν. 3918/2011 πραγματοποιείται μια σημαντική μεταρρύθμιση στην Π.Φ.Υ., με την ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.): ευθύνη του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. είναι ο συντονισμός και η συνεργασία των φορέων που μετέχουν στην Π.Φ.Υ.. Ωστόσο, η Απόφαση Συντονισμού (ν. 3863/2010), η οποία θέτει τους όρους συνεργασίας, δεν θα ενεργοποιηθεί και θα καταστεί δυσλειτουργική (Πιερράκος, 2018<sub>1</sub>, σσ.32-33)

Με τον ν. 4052/2012 περιγράφεται η συνολική ισχύουσα περιφερειακή συγκρότηση του Ε.Σ.Υ. και προβλέπεται η λειτουργική διασύνδεση των νοσοκομείων που ανήκουν σε κοινή Υ.ΠΕ. (Κουφάκης, 2018<sub>1</sub>, σ.1.17). Επίσης, θεσμοθετούνται η λειτουργική διασύνδεση των νοσοκομείων εντός της ίδιας Υ.ΠΕ. και η σύσταση κέντρων και Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

Με τον ν. 4238/2014 δημιουργείται το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.). στο οποίο ενσωματώνονται τα ιατρεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και αναδιοργανώνονται τα Κέντρα Υγείας, θεσμοθετούνται τα Πολυδύναμα Κέντρα Υγείας και ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (Α.Η.Φ.Υ.) του πολίτη (Πιερράκος, 2018<sub>1</sub>, σ.33). Ο νέος φορέας αποτελεί μια καθολική προσέγγιση της Π.Φ.Υ.: σε αυτόν εντάσσεται η παρακολούθηση μακροχρόνιων νοσημάτων, γίνεται εκ νέου αναφορά στην κατ' οίκον φροντίδα, τις υπηρεσίες αποκατάστασης και ανακουφιστικής φροντίδας, στην οδοντιατρική και οδοντοτεχνική φροντίδα, και στη ψυχική υγεία (ό.π.). Τέλος, στον νόμο αυτό, συναντάμε αναφορά στον οικογενειακό ιατρό, καθώς και την Ομάδα Υγείας (ό.π.), θεσμοί που θα αποτυπωθούν με μεγαλύτερη σαφήνεια στον ν. 4486/2017, με τον οποίο συντελείται μια σημαντική αποκεντρωτική μεταρρύθμιση και δημιουργείται η σημερινή μορφή, η δομή και το περιεχόμενο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην ελληνική επικράτεια. Τέλος, δε θα πρέπει να παραληφθεί και η σημαντική αλλαγή που επιφέρει ο ν.4368/2016, με τον οποίο θεσπίζεται το δικαίωμα ελεύθερης και δωρεάν πρόσβασης στις δημόσιες δομές υγείας για το σύνολο των



πολιτών, για την κάλυψη των νοσηλευτικών και διαγνωστικών αναγκών τους, ανεξάρτητα από την ασφαλιστική τους κατάσταση (Κουφάκης 2018<sub>1</sub>, δ.4.3).<sup>3</sup>

### 2.3 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) σήμερα

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας χαρακτηρίζεται συχνά ως «μεικτό» σύστημα, ενώ άλλες αξιόπιστες επιστημονικές πηγές το χαρακτηρίζουν ως ένα «υβριδικό μόρφωμα, χωρίς λογική συνοχή» και ταυτότητα», απορρίπτοντας την παραπάνω προσέγγιση (Μπουρσανίδης, 2018, σ.45). Η δομή του Ε.Σ.Υ. ενσωματώνει στοιχεία τόσο του μοντέλου Beveridge (δημόσιο σύστημα ασφάλισης με χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό) (Φιλαλήθης, 2018), όσο και του μοντέλου Bismarck (σύστημα κοινωνικής ασφάλισης που βασίζεται στις εργατικές και εργοδοτικές εισφορές) (Κυριόπουλος, 2018). Παρά τις κατά καιρούς μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, κρίνεται πως το Ε.Σ.Υ. χαρακτηρίζεται από συγκεντρωτισμό και κυριαρχία των κρατικών ρυθμιστικών παρεμβάσεων και ελέγχου (Μπουρσανίδης, 2017, σ.143). Οι όποιες κατά καιρούς μεταρρυθμιστικές προσπάθειες έμειναν ημιτελείς ή στο επίπεδο της εξαγγελίας· ο χρόνος θα δείξει ποιο θα είναι το μέλλον και ποια τα αποτελέσματα της τελευταίας μεταρρύθμισης.

Παράλληλα με τα χαρακτηριστικά των παραπάνω μοντέλων συνυπάρχει και μια εκτεταμένη ιδιωτική Αγορά Υγείας στη χρηματοδότηση και την παροχή των σχετικών υπηρεσιών (Ξανθός, 2018). Η χρηματοδότηση του Ε.Σ.Υ. λαμβάνει χώρα βάσει πόρων που προέρχονται από τον κρατικό προϋπολογισμό, μέσω της έμμεσης και άμεσης φορολογίας, τις δαπάνες των ασφαλιστικών ταμείων και τις ιδιωτικές πληρωμές των πολιτών. Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, σε επίπεδο ΑΕΠ η κρατική χρηματοδότηση ανέρχεται στο 8,45% για το έτος 2016 (Καθημερινή, 2018).

### 3. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η ανάγκη για προηγμένη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας διατυπώθηκε κατά τη δεκαετία του 1970 στον αντίποδα της τότε ισχύουσας ιατροκεντρικής και νοσοκεντρικής προσέγγισης της Υγείας (Αντωνιάδου κ.ά, 2015, σ.7). Σύμφωνα με τη Διακήρυξη της διεθνούς διάσκεψης της Alma Ata -η οποία έλαβε χώρα το 1978 στην

<sup>3</sup> Όπως αναφέρει ο Κουφάκης «σημαντικό τμήμα του ανασφάλιστου πληθυσμού δικαιούται μηδενική συμμετοχή στην φαρμακευτική αγωγή» (Κουφάκης, 2018, σσ.4.5)

Σοβιετική Ένωση- για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, η Π.Φ.Υ. αποτελεί «*βασική φροντίδα της υγείας, η οποία στηρίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες πρακτικές και σε κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες, πρακτικά εφαρμόσιμες, προσιτές από όλα τα άτομα της κοινότητας μέσω της ενεργούς συμμετοχής τους και οικονομικά προσιτές από το Κράτος ή την Τοπική Κοινωνία μεθόδους και πρακτικές*» (Πιερράκος, 2018<sub>2</sub>, σ.7). Η Π.Φ.Υ. συνιστά το αποκεντρωμένο σημείο εισόδου στο Εθνικό Σύστημα Υγείας για τον πολίτη και το εύρος του αντικειμένου της εκτείνεται από την προστασία της Δημόσιας Υγείας μέχρι την θεραπεία και αποκατάσταση, εστιάζοντας στα βασικά προβλήματα υγείας σε επίπεδο κοινότητας (ό.π., σ.12).

Η Π.Φ.Υ. επιδιώκει την ολιστική προσέγγιση και αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των πολιτών και απομακρύνεται από το ιατροκεντρικό μοντέλο της παροχής υπηρεσιών υγείας, στοχεύοντας στην παροχή φροντίδας σε επίπεδο κοινότητας (Πιερράκος, 2018<sub>1</sub>, σ.5). Με βάση τις αρχές της Alma Ata -αλλά και της πρόσφατης διακήρυξης της Astana (Declaration Of Astana, 2018, σ.5-6), στην Π.Φ.Υ., παράλληλα με την υγειονομική διάσταση, συνυπάρχουν οι κοινωνικές, κοινοτικές και οικονομικές διαστάσεις (Πιερράκος, 2018<sub>1</sub>, σ.17). Στους διακηρυγμένους στόχους της συγκαταλέγονται η ενεργή συμμετοχή του πολίτη, η μείωση του κοινωνικού αποκλεισμού, η μείωση των γνωστών υγειονομικών κινδύνων μέσω της πρόληψης και της προαγωγής υγείας, η εξασφάλιση της βιωσιμότητας του Συστήματος Υγείας μέσω της αξιοποίησης των πόρων και την προσαρμογή τους στις ανάγκες των πολιτών, καθώς και η συνεργασία με άλλους τομείς και -συνεπακόλουθα- η ένταξη της υγείας σε μια γενικότερη εύρυθμη κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη (ό.π., σ.8).

Βασικές προϋποθέσεις για τη λειτουργία της Π.Φ.Υ. είναι η καταλληλότητα των υπηρεσιών και του προσωπικού της σε σχέση με τις ανάγκες των πολιτών, η διαθεσιμότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, η επάρκειά τους για την ικανοποιητική κάλυψη των κοινοτικών αναγκών, η προσιτότητα των υπηρεσιών γεωγραφικά, οικονομικά και κοινωνικο-πολιτισμικά και η δημιουργία εμπιστοσύνης και αποδοχής των υπηρεσιών της από τους χρήστες των υπηρεσιών της (ό.π., σ.11).

Η επιτυχημένη παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας έχει ως βάση της 5 θεμελιώδεις αρχές: πρέπει να λειτουργεί σε 24ωρη βάση, να αποτελεί τη πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με τη Δημόσια Υγεία, να έχει ως όριο εξυπηρέτησης τα 2500 άτομα ανά κόμβο πρωτοβάθμιας φροντίδας, για τους πολίτες αυτούς να

δύναται να καταγραφεί και να προσδιοριστεί η νοσηρότητα, καθώς και ποιοτικοί και ποσοτικοί δείκτες υγείας και να αποτελεί αφετηρία για να την ανάπτυξη πολιτικής στην πρόληψη υγείας (ό.π., σ.28).

Θα πρέπει, ωστόσο, να σημειώσουμε πως κατά την ανάπτυξή τους στα τέλη της δεκαετίας του 1970, οι διακηρυγμένες αρχές της Alma Ata και η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας λαμβάνουν χώρα σε ένα μάλλον αντίξοο διεθνές πολιτικό περιβάλλον· ο Νεοφιλελευθερισμός κυριαρχεί στην πολιτική και την οικονομία και ευνοεί αντίθετες κατευθύνσεις, καθώς στη θέση του κράτους πρόνοιας εγκαθιστά του κανόνες της Αγοράς (Αντωνιάδου κ.ά, 2015, σ.7). Στην Ελλάδα, τόσο η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας, όσο και η κατίσχυση του Νεοφιλελευθερισμού θα ακολουθήσουν τις διεθνείς εξελίξεις με καθυστέρηση. Η τρέχουσα κοινωνική και οικονομική συγκυρία επιβάλλει, κατά πολλούς, την εκ νέου μετάβαση της αντιμετώπιση της Υγείας από εμπορεύσιμο, ατομικό αγαθό σε κοινωνικό δικαίωμα (ό.π., σ.8), σύμφωνα με τις πρόσφατα επαναδιατυπωμένες αρχές της Alma Ata στην Astana (Π.Ο.Υ., 2018).

#### **4. Μεταρρύθμιση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Ν.4486/2107**

Το θεσμικό πλαίσιο πάνω στο οποίο στηρίζεται πλέον η Π.Φ.Υ. είναι ο ν. 4486/2017, ο οποίος μεταρρυθμίζει το πρότερο ισχύον νομικό καθεστώς και τις δομές λειτουργίας της. Κύριο καινοτόμο χαρακτηριστικό του νόμου αποτελεί η θεσμοθέτηση της πιλοτικής λειτουργίας των ΤΟ.Μ.Υ. και η εισαγωγή του οικογενειακού ιατρού στο Ε.Σ.Υ.. Με τον νόμο αυτό καταργούνται τα Π.Ε.Δ.Υ. και όλες οι δομές εντάσσονται υπό τη σκέπη του Ε.Σ.Υ.

Με τον τελευταίο μεταρρυθμιστικό νόμο επιδιώκεται η βελτίωση των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ. και ο εξορθολογισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας με ανακατεύθυνση των υπηρεσιών που άπτονται της αρμοδιότητας της Π.Φ.Υ. στον φυσικό τους χώρο. Το κύριο μέλημα του νομοθέτη είναι η σύμπλευση της Π.Φ.Υ. με τις βασικές αρχές της Alma Ata και κυρίως με την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας στο σύνολο των πολιτών, χωρίς διακρίσεις. Παράλληλα, ο νόμος ενσωματώνει μέρος των προτάσεων της Ομάδας Εργασίας για την Π.Φ.Υ., καθώς και στοιχεία από προηγούμενους νόμους.

Η διεύρυνση των δομών και των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ. αποσκοπεί στην εξυπηρέτηση των πολιτών σε τοπικό επίπεδο και παράλληλα στον περιορισμό των

αντίστοιχων υπηρεσιών που παρέχονται από τα επιβαρυμένα νοσοκομεία, λόγω των ανεπαρκειών που παρουσιάζει η Π.Φ.Υ.. Ακολουθώντας, η ενεργοποίηση των - προβλεπόμενων και από πρότερους νόμους- θεσμών του οικογενειακού ιατρού και των ομάδων υγείας φιλοδοξεί να πλοηγήσει τους χρήστες των υπηρεσιών μέσα από οργανωμένες δομές της Πρωτοβάθμιας και ανάλογα με τη σοβαρότητα των αναγκών τους να τους κατευθύνει στο Ε.Σ.Υ., επιμερίζοντας τις παρεχόμενες υπηρεσίες στις καθ' ύλην αρμόδιες δομές. Με τον νόμο αυτό επιδιώκεται η δωρεάν εξασφάλιση των βασικών υπηρεσιών υγείας για τους πολίτες, ο εκσυγχρονισμός της Π.Φ.Υ. και η διεύρυνση του πεδίου δράσης της, ο εξορθολογισμός του Ε.Σ.Υ., η μείωση της σπατάλης των οικονομικών πόρων και η αποσυμφόρηση των δομών της Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Ο νόμος χωρίζεται σε 3 κεφάλαια και 25 επιμέρους άρθρα. Στο πρώτο άρθρο του πρώτου κεφαλαίου του νόμου γίνεται αναφορά στον ορισμό της Π.Φ.Υ., τον σκοπό της και τη γενική περιγραφή των υπηρεσιών που παρέχονται στο πλαίσιο της λειτουργίας της. Παρατηρούμε ότι οι αρχές αυτές συνάδουν απόλυτα με τις διακηρυγμένες αρχές της Alma Ata και της Astana, τόσο ως προς τον ορισμό της Π.Φ.Υ, το εύρος των υπηρεσιών (προαγωγή υγείας, πρόληψη νόσου έως και τη θεραπεία, την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής), όσο και ως προς την ανάληψη της ευθύνης από το κράτος για παροχή των υπηρεσιών αυτών για το σύνολο του πληθυσμού, με σεβασμό στις ανάγκες και τα δικαιώματά του (ν. 4486/2017, ΦΕΚ Α' 115/07-08-2017, αρ.1, παρ.1). Στη συνέχεια, εξειδικεύεται ο γενικός ορισμός ως προς το περιεχόμενο της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας (ό.π., αρ.1, παρ.2) και γίνεται αναφορά στο κοινωνικό, επιστημονικό και λειτουργικό περιεχόμενο της Π.Φ.Υ., πάντα σε απόλυτη συνάφεια με τις αρχές της Alma Ata και Astana (ό.π., παρ.3). Στη συνέχεια του πρώτου κεφαλαίου του νόμου επισημαίνονται οι ορισμοί εννοιών που αναφέρονται στον νόμο, παρουσιάζονται οι Δημόσιες Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Π.Φ.Υ και οι επαγγελματίες τους (ό.π., αρ.2,3), ενώ γίνεται αναφορά και στη στελέχωση των οργανικών μονάδων.

Στο 2<sup>ο</sup> κεφάλαιο παρουσιάζεται η διάρθρωση της Π.Φ.Υ. Το άρθρο 4 αναφέρεται στα Κέντρα Υγείας και στις περιοχές ευθύνης τους, τους Τομείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΤΟ.Π.Φ.Υ)<sup>4</sup>, καθώς και στο προσωπικό που

---

<sup>4</sup> Η ΤΟ.Π.Φ.Υ. είναι η τριετούς θητείας τριμελής διοικούσα επιτροπή, η οποία συγκροτείται με απόφαση του Διευθυντή της οικείας Υ.ΠΕ. και αποτελείται από τον πρόεδρο, τον επιστημονικά υπεύθυνο του

στελεχώνει τις εν λόγω δομές, τις αρμοδιότητες που αυτές έχουν στην παροχή φροντίδας υγείας και στο ωράριο λειτουργίας τους (ό.π.). Στο άρθρο 5 παρουσιάζεται η νεοσύστατη δομή των Τοπικών Μονάδων Υγείας (ΤΟ.Μ.Υ), ο τρόπος σύστασης και λειτουργίας τους, οι αρμοδιότητές και οι σκοποί τους, το οργανόγραμμα και το ωράριό τους (ό.π.). Στο άρθρο 6 περιγράφεται ο θεσμός του Οικογενειακού Ιατρού, ορίζονται οι ιατρικές ειδικότητες όσων δύναται να στελεχώσουν τον θεσμό, καθώς και ο τρόπος και η διαδικασία επιλογής τους (ό.π.).<sup>5</sup> Στο άρθρο 7 περιγράφονται οι αρμοδιότητες και η στελέχωση των Ομάδων Υγείας, των διεπιστημονικών ομάδων που στελεχώνουν τις ΤΟ.Μ.Υ., ενώ στα άρθρα 8 και 9 παρουσιάζονται αντίστοιχα τα Κεντρικά Διαγνωστικά Εργαστήρια, και τα Κέντρα Ειδικής Φροντίδας, οι αρμοδιότητες, η στελέχωση και το ωράριό τους (ό.π.). Το άρθρο 10 αναφέρεται στη συγκρότηση Οδοντιατρικών Ομάδων στα Κέντρα Υγείας, στην οργάνωση των υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας, τις αρμοδιότητες και τη στελέχωσή τους (ό.π.). Το άρθρο 11 αναφέρεται στους συμβεβλημένους με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ιατρούς -οι οποίοι δύναται να παράσχουν υπηρεσίες Π.Φ.Υ. στους πολίτες- και υπό ποιες προϋποθέσεις ισχύει η εν λόγω δυνατότητα (ό.π.). Στο άρθρο 12 γίνεται αντίστοιχη αναφορά στη μαιευτική φροντίδα στην Π.Φ.Υ. και τη συγκρότηση του Δικτύου Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας Μαιών - Μαιευτών, ενώ τα άρθρα 13 και 14 έχουν ως αντικείμενο τους επισκέπτες υγείας και τους φυσικοθεραπευτές και τη συγκρότηση Δικτύου Αγωγής Υγείας και Πρόληψης (ό.π.).

Στο 3<sup>ο</sup> κεφάλαιο του νόμου παρουσιάζεται η διοικητική οργάνωση και η ηλεκτρονική διακυβέρνηση της Π.Φ.Υ· συγκεκριμένα, στο άρθρο 15 παρουσιάζεται η σύσταση και το έργο της Επιτροπής Σχεδιασμού Και Συντονισμού για την Π.Φ.Υ, ενώ στα άρθρα 16 και 17, η σύσταση και το έργο των Τομέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΤΟ.Π.Φ.Υ.) και του Συντονιστή τους (ό.π.). Στο άρθρο 19 προσδιορίζεται η πρόσβαση του πληθυσμού στην Π.Φ.Υ. καθώς και οι διαδικασίες εγγραφής και παραπομπής. (ό.π.). Στο άρθρο 20 γίνεται αναφορά στη λογοδοσία των δημόσιων μονάδων Π.Φ.Υ. και τον κοινωνικό έλεγχο στον οποίο υπόκεινται, καθώς και στη συγκρότηση Ομάδας Έργου στις Δ.Υ.ΠΕ. με αντικείμενο την αξιολόγηση των

---

Κέντρου Υγείας και ένα δημοτικό σύμβουλο του δήμου όπου εδράζεται το Κέντρο Υγείας και έχει ως έργο τον διοικητικό έλεγχο των μονάδων Π.Φ.Υ. για τις οποίες φέρει τη διοικητική ευθύνη (ν.4486/2017/ΦΕΚ τ. Α' 115/07-08-2017).

<sup>5</sup> Θα πρέπει να σημειώσουμε πως με το εν λόγω άρθρο αντικαθίσταται η παρ. 5 του αρ. 5 του νόμου 4238/2014, η οποία αναφέρεται στις ιατρικές ειδικότητες όσων δύναται να εργαστούν ως οικογενειακοί ιατροί (ν.4238/2014 ΦΕΚ 38/Α/17-2-2014).

υπηρεσιών της Π.Φ.Υ (ό.π.). Στα επόμενα άρθρα γίνεται λόγος για τον Ατομικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας (Α.Η.Φ.Υ.) του πολίτη, τις ηλεκτρονικές εφαρμογές και το μητρώο χρηστών, ενώ με το άρθρο 23 καθορίζονται οι δαπάνες και τα έσοδα των Υγειονομικών Περιφερειών (ό.π.). Τέλος, με τα άρθρα 24 και 25 θεσμοθετείται ο ορισμός μονάδας παροχής υπηρεσιών Υγείας ως Ακαδημαϊκή Μονάδα Π.Φ.Υ. στις περιοχές όπου λειτουργούν τμήματα ή Σχολές Ιατρικής, καθορίζεται ο σκοπός και η στελέχωσή της, καθώς και όσα αφορούν στα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας σε επίπεδο Π.Φ.Υ. (ό.π.).

#### **4.1 Η δημιουργία των Τοπικών Μονάδων Υγείας (ΤΟ.Μ.Υ.)**

Όπως ήδη αναφέρθηκε, η καίρια καινοτομία του ν. 4486/2017 είναι η εισαγωγή του θεσμού των ΤΟ.Μ.Υ. στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, οι οποίες παρέχουν υγειονομικές υπηρεσίες σε τοπικό επίπεδο. Στελεχώνονται από ολιγάριθμες διεπιστημονικές ομάδες, οι οποίες ονομάζονται *Ομάδες Υγείας*. Προδρομικός νόμος για τις ΤΟ.Μ.Υ. είναι ο 4461/23-03-17 με τον οποίο θεσπίζονται οι Τοπικές Ομάδες Υγείας (Τ.Ο.Μ.Υ) (ν.4461/2017- ΦΕΚ 38/Α/28-3-2017) τον οποίο ακολουθεί η Κοινή Υπουργική Απόφαση Γ3Α/Γ.Π.οικ.43718/2017<sup>6</sup>. Οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟ.Μ.Υ.) στελεχώνονται από τις Τοπικές Ομάδες Υγείας (Τ.Ο.Μ.Υ).

#### **4.2 Ο ρόλος των Τοπικών Ομάδων Υγείας (Τ.Ο.Μ.Υ.)**

Οι Τ.Ο.Μ.Υ. παρέχουν τις υπηρεσίες τους χωρίς διακρίσεις, σε όλους τους εγγεγραμμένους χρήστες εντός του Τομέα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΤΟ.Π.Φ.Υ.) στον οποίο είναι ενταγμένες. Ο τρόπος και το περιεχόμενο της παροχής υπηρεσιών των Τ.Ο.Μ.Υ. συγκεκριμενοποιείται μέσα από τον καθορισμό λειτουργίας τους (ΑΔΑ: 6Ν9Κ465ΦΥΟ-2Ι8/24-11-2017) και τις υπουργικές αποφάσεις υλοποίησης (ΑΔΑ: ΨΦΜ7465ΦΥΟ-Φ2Γ/9-01-2018). Κύριος σκοπός λειτουργίας τους, όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται στην Απόφαση Υλοποίησης, είναι η αντιμετώπιση της ραγδαίας εξάπλωσης της υγειονομικής φτώχειας στη χώρα μας (ό.π., σ.8). Με την λειτουργία τους επιδιώκεται ο εξορθολογισμός στη ζήτηση των Δημόσιων Υπηρεσιών Υγείας, μέσω της ανακατεύθυνσης της, από τη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια, στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και στόχος η αύξηση της αποδοτικότητας και

---

αποτελεσματικότητας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ό.π.). Με τις νέες δομές της ανασχεδιασμένης Π.Φ.Υ. του Ε.Σ.Υ. επιδιώκεται η εξασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης των πολιτών στις δημόσιες παροχές Υγείας, η πρόληψη και η φροντίδα των ασθενών για χρόνια νοσήματα, η πάγια κάλυψη αναγκών, όπως η κατ' οίκον φροντίδα και οι εμβολιασμοί (Υπουργείο Υγείας, 2018<sub>1</sub>)' πρόκειται για ολιστική, δωρεάν, καθολική φροντίδα υγείας και με επαρκή διοικητική στελέχωση και κάλυψη των αναγκών των πολιτών σε επίπεδο Π.Φ.Υ..

Η πιλοτική, χρηματοδοτούμενη από το ΕΣΠΑ λειτουργία των Τ.ΟΜ.Υ. είναι 6μηνης έως 11μηνης διάρκειας, ενώ το συνολικό χρονοδιάγραμμα του έργου είναι 24 μήνες (ΑΔΑ: ΨΦΜ7465ΦΥΟ-Φ2Γ/09-01-2018, σ.18). Μετά τη λήξη της πιλοτικής διάρκειας λειτουργίας, η χρηματοδοτική δαπάνη για τη βιωσιμότητα των δομών και των ομάδων περνάει στον τακτικό κρατικό προϋπολογισμό, εκτός εάν μετά από διαπραγμάτευση με τις ευρωπαϊκές ομάδες αποφασιστεί η παράταση της χρηματοδότησης, κατόπιν σχετικού αιτιολογημένου αιτήματος της ελληνικής πλευράς (Κουφάκης, 2018<sub>2</sub>). Δικαιούχος του έργου είναι η Επιτελική Δομή ΕΣΠΑ του Υπουργείου Υγείας (Ε.Δ.Ε.ΥΠ.Υ) (ΑΔΑ: ΨΦΜ7465ΦΥΟ-Φ2Γ/09-01-2018, σσ.29-30). Φορέας λειτουργίας και υλοποίησης του Υποέργου είναι οι Υγειονομικές Περιφέρειες και Φορέας Χρηματοδότησης το Υπουργείο Υγείας (ό.π., σ.23). Ο πιλοτικός προϋπολογισμός για τις -έως 239 προβλεπόμενες- Τ.ΟΜ.Υ της Επικράτειας εκτιμάται ως συνολική δαπάνη 67.044.237,46 ευρώ και επιδιώκεται η πρωτοβάθμια υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού σε ποσοστό 20%-25%.(ό.π., σσ.9,22).

Η Ομάδα Υγείας που στελεχώνει τις Τ.ΟΜ.Υ. είναι 12μελής και αποτελείται από Ιατρούς Παθολόγους ή Γενικής Ιατρικής (4), Παιδίατρο (1), Κοινωνική/-ή Λειτουργό (1), Νοσηλεύτές/-τριες (2), Επισκέπτες/-τριες Υγείας (2) και Διοικητικούς Υπαλλήλους (2). Η ελάχιστη στελέχωση ανά βάρδια συγκροτείται από 1 Παθολόγο ή Ιατρό Γενικής Ιατρικής, 1 Νοσηλεύτη/-τρια και 1 Διοικητικό/-ή Υπάλληλο. Η παραπάνω ελάχιστη σύνθεση επαγγελματιών αποτελεί προϋπόθεση για τη δημιουργία μιας Τ.ΟΜ.Υ, ενώ είναι δυνατή η διεύρυνση του προσωπικού της σε οιαδήποτε χρονική στιγμή της λειτουργίας της, μέχρι συμπλήρωσης του μέγιστου αριθμού προσωπικού. Οι Τ.ΟΜ.Υ. δύναται να λειτουργούν σε δύο βάρδιες, κατά τις καθημερινές και εργάσιμες μέρες. Σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση καθορισμού λειτουργίας, τα περί του ωραρίου λειτουργίας, τα καθήκοντα του προσωπικού, καθώς και λοιπά θέματα προσδιορίζονται, με Υπουργική Απόφαση (ΑΔΑ: 6Ν9Κ465ΦΥΟ-218/24-11-2017,

σσ.9-16). Στις Τ.Ο.Μ.Υ. δύναται να εγγραφεί ο πληθυσμός της περιοχής στην οποία ανήκει η εν λόγω δομή. Ο κάθε Ιατρός δύναται να εγγράψει συγκεκριμένο αριθμό δικαιούχων με ανώτατο όριο ανά ειδικότητα,<sup>7</sup> ενώ ο μη εγγεγραμμένος πληθυσμός εξυπηρετείται μόνο για έκτακτα περιστατικά, σύμφωνα με την κρίση των Ιατρών (ΑΔΑ: ΨΦΜ7465ΦΥΟ-Φ2Γ/09-01-2018, σ.17). Κατόπιν απόφασης του Διοικητή της οικείας Υ.ΠΕ, καθορίζεται -εκ του ιατρικού προσωπικού της Τ.Ο.Μ.Υ.- ο υπεύθυνος λειτουργίας της. Οι προσληφθέντες υπογράφουν σύμβαση εργασίας Ιδιωτικού Δικαίου Ορισμένου Χρόνου, πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, διάρκειας δύο ετών.<sup>8</sup>

Οι ιατροί (γενικής ιατρικής, παθολόγοι και παιδίατροι) που εργάζονται στις Τ.Ο.Μ.Υ., μαζί με τους ιατρούς της ίδιας ειδικότητας που εργάζονται στα Κέντρα Υγείας και λοιπές δημόσιες μονάδες Π.Φ.Υ. ή είναι συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., είναι οι οικογενειακοί ιατροί στους οποίους εγγράφονται οι πολίτες και οι οποίοι παραπέμπουν τους πολίτες -εφόσον κριθεί αναγκαίο- στις υπόλοιπες δομές των Υπηρεσιών Υγείας, σε εξειδικευμένους ιατρούς και στα Νοσοκομεία (Πιερράκος, 2018<sub>1</sub>, σσ.157,158). Ως κατ' εξοχήν οικογενειακοί ιατροί θεωρούνται οι ιατροί γενικής ιατρικής, ωστόσο στη χώρα μας παρατηρείται ανισοκατανομή μεταξύ γενικών ιατρών και εξειδικευμένων, με αποτέλεσμα να συστρατεύονται και παθολόγοι για την κάλυψη των σχετικών αναγκών (Κουφάκης, 2018<sub>2</sub>). Οι πολίτες έχουν δωρεάν και απεριόριστη πρόσβαση στον οικογενειακό τους ιατρό καθ' όλη τη διάρκεια του ωραρίου εργασίας (08.00-21.00) (ό.π., σ.157).

##### **5. Διασύνδεση και διαλειτουργικότητα των Τ.Ο.Μ.Υ. με τα νοσοκομεία**

Ιδιαίτερη σημασία για την εύρυθμη και αποτελεσματική λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας έχει η διασύνδεση των δομών της με τα επόμενα σκαλοπάτια της υγειονομικής φροντίδας, τη Δευτεροβάθμια και την Τριτοβάθμια. Με τον όρο *διασυνδεδετική* αναφερόμαστε στη συνέχεια της υπηρεσίας που παρέχεται ανάμεσα στο πρωτοβάθμιο επίπεδο και στα επόμενα επίπεδα της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας, εφόσον αυτό κριθεί αναγκαίο. Ωστόσο, οι τεχνολογικές δυνατότητες της εποχής μας, αλλά και οι ανάγκες βελτιστοποίησης της διασύνδεσης της πρωτοβάθμιας

<sup>7</sup> Το ανώτατο όριο εγγεγραμμένων για τους ιατρούς γενικής ιατρικής ή παθολόγους ανέρχεται στα 2.250 άτομα, ενώ για τους παιδίατρος στα 1.500 (ν. 4486/2017-ΦΕΚ Α' 115/07-08-2017).

<sup>8</sup> Η ΙΔΟΧ σύμβαση εργασίας των προσληφθέντων δύναται να ανανεώνεται μέχρι τη λήξη του προγράμματος, ενώ για τις προσλήψεις ενημερώνεται ηλεκτρονικά το ΕΡΓΑΝΗ (ΑΔΑ: Ψ50Π465ΦΥΟ-0ΘΖ/03-08-2017, σ.122).



φροντίδας με το επόμενο στάδιο, καθιστούν την διαλειτουργικότητα μεταξύ των υπηρεσιών υγείας μια αναγκαιότητα. Ως διαλειτουργικότητα, σύμφωνα με την H.I.M.S.S.<sup>9</sup>, ορίζεται «η δυνατότητα των πληροφοριακών συστημάτων υγείας να συνεργάζονται εντός και δια μέσου των ορίων των οργανισμών με σκοπό να προάγουν την αποτελεσματική παροχή της φροντίδας υγείας για τα άτομα και τις κοινότητες» (Hammond, 2018, σ.14).<sup>10</sup> Η διαλειτουργικότητα συνίσταται στη μεταφορά της ιατρικής πληροφορίας εντός του φακέλου του ασθενή, μέσω της χρήσης ειδικής πλατφόρμας πληροφορικής, στον επόμενο φορέα υποδοχής του ασθενή. Η πληροφορία μεταφέρεται κωδικοποιημένη στον Ατομικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας (Α.Η.Φ.Υ.) του ασθενή και με τη σύμφωνη γνώμη του, καθώς αφορά σε ευαίσθητο προσωπικό δεδομένο.

Η αξία της χρήσης της ηλεκτρονικής διακυβέρνησης στην Υγεία είναι η διαφάνεια και η προσβασιμότητα που παρέχει, αλλά και η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών που προσφέρει, σε χρόνο και κόστος (ΕΣΔΔΑ<sub>1</sub>, 2017, σ.5). Η ηλεκτρονική διακυβέρνηση δύναται να εξασφαλίσει τη διαλειτουργικότητα και βασικοί παράγοντες επιτυχίας της είναι η ύπαρξη της κατάλληλης τεχνολογικής υποδομής, το εκπαιδευμένο σε αυτή προσωπικό και η τήρηση οργανωμένων διαδικασιών (ό.π., σ.10). Εντούτοις, η εφαρμογή της ηλεκτρονικής διακυβέρνησης έρχεται συχνά αντιμέτωπη με παράγοντες όπως η έλλειψη εκπαίδευσης του προσωπικού, η έλλειψη των υποδομών αλλά και το σημαντικό οικονομικό κόστος που συνεπάγεται η εγκατάσταση έως την εφαρμογή της. Συνοψίζοντας, μπορούμε να πούμε πως η ηλεκτρονική διακυβέρνηση για να παράξει τα πέραν πάσης αμφιβολίας οφέλη της χρειάζεται πολιτικές αποφάσεις, στοχοπροσδιορισμό και λεπτομερή και σε βάθος προεργασία.

Μια εύκολα αναγνωρίσιμη διαφορά μεταξύ διασύνδεσης και διαλειτουργικότητας είναι η εξής: η διασύνδεση εξασφαλίζει την ανταλλαγή δεδομένων μεταξύ δύο συστημάτων, ενώ τα δύο αυτά συστήματα διατηρούν τα δικά τους δεδομένα και εφαρμογές, ενώ η διαλειτουργικότητα συνίσταται στη δυνατότητα ενός συστήματος να κάνει χρήση πληροφοριών και εφαρμογών ενός άλλου, σε πλήρη διάδραση

---

<sup>9</sup> Η H.I.M.S.S. (Healthcare Information and Management Systems Society) είναι παγκόσμιος οργανισμός μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που επικεντρώνεται στην καλύτερη υγεία μέσω της τεχνολογίας και της πληροφορικής (<https://www.himss.org>).

<sup>10</sup> «*Interoperability means the ability of health information systems to work together within and across organizational boundaries in order to advance the effective delivery of healthcare for individuals and communities*». Ωστόσο, ο Hammond εκτιμά πως είναι σχεδόν αδύνατο να ορίσουμε τη διαλειτουργικότητα με απόλυτο τρόπο, καθώς επιδέχεται πολλών ερμηνειών (Hammond, 2018, σ.14).

(Βαλσάμος, 2018, σ.34). Η απλή διασύνδεση ενέχει κατακερματισμένη πληροφορία, καθώς και κοστοβόρες και χρονοβόρες, μη ενοποιημένες διαδικασίες λόγω της ανεξαρτησίας των εφαρμογών και της ετερογένειας των χρησιμοποιούμενων δεδομένων, ενώ η διαλειτουργικότητα διατηρεί την αυτονομία των συστημάτων, παρέχοντας όμως τη δυνατότητα διάδρασης μεταξύ τους (ο.π., σσ.36,42).

Σύμφωνα με τον H.I.M.S.S., υπάρχουν τρία είδη διαλειτουργικότητας για την υγεία: η *θεμελιώδης* (foundational), η *σημασιολογική* (semantic) και η *διαρθρωτική* (structural) (Hammond, 2018, σ.14). Η *θεμελιώδης* διαλειτουργικότητα αφορά στη δυνατότητα ανταλλαγής δεδομένων μεταξύ δύο συστημάτων χωρίς να απαιτείται το σύστημα υποδοχής να ερμηνεύσει την πληροφορία (ό.π.) Η *σημασιολογική* αφορά στη δυνατότητα δύο συστημάτων ή στοιχείων να ανταλλάσσουν δεδομένα και τη δυνατότητα χρήσης και ερμηνείας τους (ό.π.). Η *διαρθρωτική* ορίζει τη δομή ή τον τύπο της ανταλλαγής δεδομένων όπου υπάρχει ομοιόμορφη κίνηση δεδομένων φροντίδας υγείας από ένα σύστημα σε ένα άλλο κατά τέτοιον τρόπο ώστε η κλινική και λειτουργική πληροφορία που λαμβάνεται να παραμένει αναλλοίωτη (ό.π.).

Η διασύνδεση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με άλλες υπηρεσίες της Δημόσιας Υγείας, αλλά και της Κοινωνικής Φροντίδας, προβλέπεται από τον εν ισχύ νόμο στα άρθρα 1, 7 (για τις Ομάδες Υγείας), 11 (για τους ΤΟ.Π.Φ.Υ.), 19 (για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, την εγγραφή και τη διαδικασία παραπομπών) και στο άρθρο 20 για τον Α.Η.Φ.Υ. (ν.4486/2017-ΦΕΚ 115/Α/07-08-2017). Η αναφορά στον νόμο περιγράφει τη δυνατότητα της διασύνδεσης, χωρίς να προχωρά σε λεπτομέρειες για τον τρόπο και χρόνο εφαρμογής της διαλειτουργικότητας πέρα από την απλή παραπομπή του ασθενούς. Ωστόσο, δίνει το πλαίσιο ένταξης της διαλειτουργικότητας, με στόχο τη μελλοντική εφαρμογή της.

Απαραίτητες προϋποθέσεις για τη διασύνδεση των δομών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι η δημιουργία και τήρηση του Α.Η.Φ.Υ., ο καθορισμός των περιοχών ευθύνης των δομών της Π.Φ.Υ. και των νοσοκομείων αναφοράς και η σωστή λειτουργία της Ομάδας Υγείας, όπως αναφέρεται στο πόρισμα της Ομάδας Εργασίας για την Π.Φ.Υ. (Αντωνιάδου κ.ά, 2015, σ.36). Για την επίτευξη της διαλειτουργικότητας προϋπόθεση είναι η ένταξη στα προαναφερθέντα δεδομένα του παράγοντα της πληροφοριακής διακίνησης. Παρά την πρόβλεψη, έως σήμερα η τήρηση του Α.Η.Φ.Υ. και η διασύνδεση μέσω αυτού δεν έχουν εφαρμοστεί,

ωστόσο -σύμφωνα με πηγές του υπουργείου- βρίσκονται σε εξέλιξη ενέργειες για την τροποποίηση του εν λόγω άρθρου σε νέο νόμο που πρόκειται να κατατεθεί στην Βουλή (Τζώρτζη, 2018).

Η αξιοσημείωτη ποιοτική διαφορά μεταξύ απλής διασύνδεσης και διαλειτουργικότητας συνίσταται στο γεγονός ότι με τη διασυνδετική ο ασθενής παραπέμπεται για περαιτέρω παροχή ιατρικής φροντίδας στον φορέα ή τον ιατρό που πρέπει να τον αναλάβει, ενώ με τη διαλειτουργικότητα, ο ιατρός μεταφέρει ο ίδιος την πληροφορία ηλεκτρονικά, χωρίς περαιτέρω ανάμειξη του ασθενούς. Με τη διαλειτουργικότητα, ο ασθενής κινείται με ασφάλεια και ταχύτητα μέσα σε ένα καθορισμένο, κατάλληλο περιβάλλον παροχής υγειονομικής φροντίδας, χωρίς να εμπλέκεται σε χρονοβόρες και κοστοβόρες διαδικασίες και πιθανά λάθη διασύνδεσης ή ασυνεννοησίας, ενώ ο ιατρός που παραλαμβάνει από τον οικογενειακό ιατρό το ιατρικό σήμα εντός του Α.Η.Φ.Υ., διαθέτει πλήρη εικόνα τόσο της διάγνωσης, όσο και του νοσολογικού προφίλ του ασθενούς. Επιπρόσθετα, και ο ασθενής έχει ανά πάσα στιγμή πρόσβαση στον Α.Η.Φ.Υ. του και στις εντός αυτού διαθέσιμες πληροφορίες.<sup>11</sup>

Είναι σημαντικό να δούμε ποιο είναι το σημερινό πλαίσιο της διασυνδετικής και της διαλειτουργικότητας στην Ελλάδα. Κατ' αρχήν θα πρέπει να επισημάνουμε πως, αν και προβλέπεται η διαλειτουργικότητα, τόσο μέσω της χρήσης του Α.Η.Φ.Υ., όσο και μέσω των προσπαθειών πληροφορικής αναβάθμισης του συστήματος, σήμερα δεν υφίσταται. Μέχρι σήμερα δεν έχει υπάρξει καμία δυνατότητα εισαγωγής της διαλειτουργικότητας στο σύστημα, παρά την -κατά κοινή παραδοχή- αναγκαιότητα της χρήσης της. Εντούτοις, και η διασυνδετική δεν επιτυγχάνει τους στόχους της: η όποια διασύνδεση περιορίζεται στην παραπομπή του ασθενούς από τον οικογενειακό ιατρό ή την δομή Π.Φ.Υ. στην δευτεροβάθμια, χωρίς καμία άλλη, περαιτέρω συμμετοχή των φορέων της Π.Φ.Υ.. Η ορθή, αποτελεσματική διασυνδετική πρέπει να διαμορφώνει καθολικά τον οδικό χάρτη της πορείας του ασθενούς μέχρι την εισαγωγή του στο νοσοκομείο, με συγκεκριμένες ενέργειες του επιστημονικού και διοικητικού προσωπικού της Π.Φ.Υ.. Αντιθέτως, αυτή τη στιγμή διαπιστώνεται όχι μόνο απόλυτη απουσία διαλειτουργικότητας, αλλά και ημιτελής διασυνδετική, καθώς ο ασθενής παραπέμπεται, παραμένοντας, ωστόσο, μετέωρος και απροστάτευτος ανάμεσα στα δύο επίπεδα φροντίδας υγείας, σε θέση αδυναμίας σε σχέση με τους παρόχους του

---

<sup>11</sup> Σύμφωνα με το δικαίωμα στην πληροφόρηση που προβλέπεται για τον πολίτη στο άρθρο 5<sup>α</sup>, παρ. 1 του Συντάγματος (Σωτηρέλης-Ξηρός, 2011, σ.32).

συστήματος, βιώνοντας ανασφάλεια, παρά τη δυνατότητα πρόσβασης που διαθέτει στις υπηρεσίες υγείας. Η σημερινή κατάσταση είναι υπεύθυνη και για μια σειρά άλλα δυσάρεστα φαινόμενα όπως η δημιουργία προκλητής ζήτησης και κουλτούρας καταναλωτισμού στην Υγεία και η σπατάλη δημόσιων πόρων (Αντωνιάδου κ.ά, 2015, σ.13). Στην Ελλάδα δεν έχει αναπτυχθεί καμία εκ των προαναφερομένων ειδών διαλειτουργικότητας, αλλά επιδιώκεται να δημιουργηθεί η διαρθρωτική διαλειτουργικότητα, ως ένα πρώτο σκαλοπάτι προς το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα.

Οι σύγχρονες απαιτήσεις για ολιστική, καθολική παροχή υπηρεσιών υγείας επιτάσσει τη βελτίωση της διασυνδετικής και την ενεργοποίηση της διαλειτουργικότητας στο Σύστημα Υγείας: αυτό θα αποφέρει έναν καθ' όλα αναγκαίο εξορθολογισμό στο σύστημα, ταχύτητα και ασφάλεια στην υγειονομική διαδρομή του χρήστη των υπηρεσιών και θα αναιρέσει την προσωπική του εμπλοκή σε μια σειρά από άγνωστες σε αυτόν διαδικασίες, οι οποίες θα εξυπηρετούνται αυτόματα από το σύστημα. Η παραπομπή για περαιτέρω ιατρική φροντίδα θα αποτελεί αντικείμενο συνεργασίας μεταξύ του οικογενειακού ιατρού και της δομής υποδοχής του ασθενούς, μέσω κωδικοποιημένων πληροφοριών που θα καταγράφουν το νοσολογικό προφίλ του χρήστη καθώς και τις εξετάσεις για τις οποίες παραπέμπεται. Η διαδρομή του στις υγειονομικές υπηρεσίες θα είναι εν δυνάμει προσχεδιασμένη και καθορισμένη από τους καθ' ύλην επιστημονικά και διοικητικά αρμόδιους, χωρίς να εμπλέκεται ο χρήστης σε μια χρονοβόρα, κοστοβόρα και ενδεχομένως υγειονομικά επιζήμια για αυτόν διαδικασία, στην οποία εμπλέκεται έως σήμερα, αναζητώντας -χωρίς γνώση και εμπειρία- την κατάλληλη διοικητική διαδικασία και επιστημονική προσέγγιση. Εν προκειμένω, ένα πρώτο βήμα θα ήταν η διαδικασία επίδειξης του ICD-10<sup>12</sup> στο Γραφείο Κίνησης του νοσοκομείου του ασθενούς να πραγματοποιείτο μέσω της ανταλλαγής ψηφιακών πληροφοριών μεταξύ του παραπέμποντα ιατρού και της μονάδας υποδοχής.

Η διαλειτουργικότητα και η διασυνδετική μπορούν να δώσουν σημαντικές λύσεις και βελτιώσεις στο σύστημα, αλλά δεν μπορούν να δράσουν ως μονόδρομος. Ο ασθενής διατηρεί το δικαίωμα της ελευθερίας επιλογής. Αυτό που είναι δυνατό να συμβεί είναι ο οικογενειακός ιατρός ή η Ομάδα Υγείας, όντας πλοηγοί του ασθενή στο Σύστημα Υγείας να είναι σε θέση να προτείνουν στον χρήστη μια μη δεσμευτική

---

<sup>12</sup> Το ICD-10 είναι ένα διεθνές σύστημα ταξινόμησης ασθενειών, το οποίο δημιουργήθηκε από τον Π.Ο.Υ. (Βαλσάμος, 2018, σ.75)

δυνατότητα: γνωρίζοντας τον χάρτη υγείας της περιοχής τους, τις δυνατότητες κάλυψης της κατά περίπτωση απαιτούμενης ιατρικής φροντίδας και διαθέτοντας τη συγκατάβαση του χρήστη, να δύναται να ορίσουν για εκείνον συγκεκριμένο και χρονικά δεσμευτικό ιατρικό ραντεβού για την απαραίτητη περαιτέρω παροχή ιατρικών υπηρεσιών: κατόπιν, η τελική απόφαση της χρήσης ή μη αυτής της δυνατότητας ανήκει στον ασθενή (Κουφάκης, 2018<sub>2</sub>).

Απαραίτητη προϋπόθεση για να υπάρξει διαλειτουργικότητα είναι η ανάπτυξη κοινών πληροφοριακών υποδομών μεταξύ των φορέων των υπηρεσιών υγείας. Η χρήση μιας κοινής, εύχρηστης πλατφόρμας<sup>13</sup> και κοινής πληροφοριακής γλώσσας είναι απαραίτητα για την πληρότητα και την ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας, μπροστά στις προκλήσεις των καιρών. Τα αποτελέσματα ενός γενναίου, αλλά και απολύτως απαραίτητου εκσυγχρονισμού των διοικητικών και διασυνδεδετικών διαδικασιών θα αποφέρει μεγάλα οφέλη τόσο στο Ε.Σ.Υ., όσο και στην ιατρική εξυπηρέτηση του ασθενούς. Τα προσδοκώμενα οφέλη από τις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες περιορίζονται σημαντικά χωρίς την αντίστοιχη πληροφοριακή αναβάθμιση (Τζώρτζη, 2018), άρα η ανάπτυξη και λειτουργία της κατάλληλης διαδραστικής πληροφοριακής υποδομής, που θα εμπεριέχει όλες τις διαθέσιμες δημόσιες δομές και τους συμβεβλημένους με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ιδιώτες ιατρούς, αποτελεί κομβικό σημείο της αναβάθμισης της Π.Φ.Υ. (Κουφάκης, 2018<sub>2</sub>).

Εντούτοις, η πληροφοριακή υποδομή δεν επαρκεί για την εύρυθμη πορεία προς τη διαλειτουργικότητα: αντιθέτως μπορεί να καταστεί απολύτως προβληματική εάν δε συμπορευθεί προς αυτή την κατεύθυνση ο ανθρώπινος παράγοντας: πρέπει να βασίζεται σε ένα νέο επιχειρησιακό σχέδιο (Hammond, 2018, σ.19), απαιτείται ενημέρωση και πλήρης εκπαίδευση σε όλους τους εμπλεκόμενους, σε διοικητικό και επιστημονικό επίπεδο, καθώς το υπάρχον προσωπικό δεν πληροί όχι μόνο τις λειτουργικές προδιαγραφές, αλλά και την απαιτούμενη ποσοτική επάρκεια. Επιπροσθέτως, θα πρέπει να υπερνικηθούν και οι όποιες πιθανές αντιστάσεις του εμπλεκόμενου προσωπικού σε μια τέτοια πληροφοριακή και υπηρεσιακή αναβάθμιση: ο παράγοντας αυτός δεν μπορεί να υποτιμηθεί, καθώς -όπως αναφέραμε νωρίτερα- αντιστάσεις σημειώνονται και τώρα ως προς την υπάρχουσα μορφή διασυνδεδετικής, χωρίς καν να έχει υπεισέλθει το ζήτημα της απαιτητικής επιμορφωτικής διαδικασίας.

---

<sup>13</sup> Η Πλατφόρμα ως υπηρεσία είναι το «πρότυπο για λειτουργικά συστήματα, βάσεις δεδομένων και συναφείς υπηρεσίες που παρεχονται μέσω ενός δικτυου, που συνήθως είναι το Διαδίκτυο» (ΕΣΔΔΑ, 2017).

Ακόμα, δε θα πρέπει να αγνοηθεί και το υψηλό κόστος για τη δημιουργία ενός δικτύου που θα επιτρέπει τη διαλειτουργικότητα (ό.π., σ.19), γεγονός που αποτελεί σημαντικό αντικίνητρο στη δεδομένη αναγκαιότητα της θεμελίωσής της και συνιστά τροχοπέδη για την εξέλιξή της.

Η χρήση του Α.Η.Φ.Υ. δε δημιουργεί μόνο δυνατότητες διαλειτουργικής διασύνδεσης για την παροχή των υπηρεσιών υγείας, αλλά εγείρει και μια σειρά από ζητήματα που άπτονται των ορίων της χρήσης του, της ασφάλειας και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων του πολίτη (Βαλσάμος, 2018, σ.189). Η χρήση του πρέπει να είναι θεσμικά κατοχυρωμένη, να γίνεται μέσα σε καθορισμένο πλαίσιο και να λαμβάνεται μέριμνα για τη διασφάλιση των προτύπων ασφαλείας: της εμπιστευτικότητας, της ακεραιότητας, της αυθεντικότητας, της υπευθυνότητας, της διαθεσιμότητας και της εξουσιοδότησης (ό.π., σσ.184-185).

## **6. Κριτική αποτίμηση του νόμου 4486/2017**

Το κύριο χαρακτηριστικό του νόμου είναι η επιδίωξη της αλλαγής πολιτικής υγείας και η ανακατεύθυνσή της προς την Π.Φ.Υ. (Πιερράκος, 2018<sub>2</sub>, σ.50). Η στροφή αυτή σηματοδοτείται από την καθιέρωση του οικογενειακού ιατρού και τη σύσταση των ΤΟ.Μ.Υ., δομές οι οποίες, με την ένταξή τους στην Π.Φ.Υ., φιλοδοξούν να διαδραματίσουν κομβικό ρόλο στην ριζική αναδόμηση του Ε.Σ.Υ.. Ο νόμος ενσωματώνει πολλές από τις προτάσεις της Ομάδας Εργασίας για την Π.Φ.Υ., όπως η περαιτέρω αποκέντρωση των δομών, η θέσπιση του οικογενειακού ιατρού και της Ομάδας Υγείας, η ηλεκτρονική καταγραφή των πολιτών, οι υπηρεσίες πρόληψης - προαγωγής και ολοκληρωμένης φροντίδας, ενώ επιδιώκεται η πλήρης και αποκλειστική απασχόληση του προσωπικού στις νέες δομές (Αντωνιάδου κ.ά, 2015, σσ.14-16).

Ωστόσο, κατά την άποψή μας, το κρίσιμο ερώτημα είναι σε ποιο βαθμό ολοκληρώνεται η μετάβαση του Ε.Σ.Υ. στη νέα αυτή κατάσταση και πώς συντάσσεται ο οδικός χάρτης προς τις προσδοκώμενες αλλαγές. Είναι γεγονός πως με τον νέο νόμο προσεγγίζεται περισσότερο το μοντέλο Beveridge, καθώς αποκόπτεται το προηγούμενο προαπαιτούμενο της εν ενεργεία ασφαλιστικής κάλυψης του πολίτη από το δικαίωμα της δυνατότητα πρόσβασής του στις δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας - χαρακτηριστικό του μοντέλου Bismarck. Με βάση τα νέα δεδομένα- και σύμφωνα με

τον ν. 4486/2017, το κόστος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας καλύπτεται πλέον από τον κρατικό προϋπολογισμό, άρα από τη φορολογία.

Η μεταρρυθμιστική πολιτική που επιχειρείται μέσα από τις διατάξεις του ν. 4486/2017 για την Π.Φ.Υ. είναι σημαντική ως προς την αντιμετώπιση του χρονίζοντος προβλήματος του συγκεντρωτισμού που παρατηρείται στις κεντρικές υπηρεσίες. Με τον νόμο αυτό επιχειρείται η δυνατότητα προσέγγισης των υπηρεσιών υγείας από τον χρήστη στην περιοχή εργασίας ή κατοικίας του και η αποδέσμευση σημαντικού -και εν τέλει αντιπαραγωγικού- φόρτου εργασίας από τα νοσοκομεία.<sup>14</sup> Παράλληλα, η πρόβλεψη για τη διαλειτουργικότητα μεταξύ των δομών δείχνει να αποτελεί προσπάθεια υπέρβασης των περιορισμένων στη συνταγογραφική διάσταση των υφιστάμενων υπηρεσιών (ό.π., σ.7). Εντούτοις, πέρα από την σαφήνεια των προθέσεων, πρέπει να διαπιστώσουμε εάν προσεγγίζεται και το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Με δεδομένη την καθολική ισχύ του νόμου για όλους τους πολίτες, γίνεται αντιληπτή η προσπάθεια εκπλήρωσης της συνταγματικής επιταγής του αρ. 21 περί κρατικής ευθύνης στην παροχή υγείας και του ισότιμου δικαιώματος όλων των πολιτών σε αυτή (Μπουρσανίδης, 2017, σ.134). Μέσω του νόμου θεραπεύονται πιθανοί έμμεσοι αποκλεισμοί ανασφάλιστων πολιτών που ίσχυαν μέχρι την ψήφιση του, και διασφαλίζεται η δυνατότητα παροχής υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών.

Μια αξιοπρόσεκτη κριτική που ασκείται από παράγοντες της Υγείας στην υπό διαμόρφωση τρέχουσα κατάσταση συνοψίζεται στην άποψη ότι δεν επιτυγχάνεται η αποκέντρωση των υπηρεσιών αλλά η αποσυγκέντρωση (Μπουρσανίδης, 2017). Το αποκεντρωτικό πνεύμα του νόμου για να επιφέρει και την αντίστοιχη αποκεντρωτική πραγματικότητα θα πρέπει να βρίσκει αρωγό μια εξίσου αποκεντρωμένη δημόσια διοίκηση. Ωστόσο, βλέπουμε πως ο ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης παραμένει επικουρικός, ενώ ο αντίστοιχος της Υγειονομικής Περιφέρειας διαμεσολαβητικός, χωρίς ουσιαστικές αποφασιστικές αρμοδιότητες. Εντούτοις, δεν μπορούμε να παραβλέψουμε τη σημασία της επιδίωξης της αποδέσμευσης των νοσοκομείων ως χώρους παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας και την ανακατεύθυνση των σχετικών υπηρεσιών στο φυσικό τους χώρο, την περιφέρεια. Εάν, όμως, η Π.Φ.Υ. δεν επιτελέσει το κατά τις προσδοκίες έργο της και δεν κερδίσει την εμπιστοσύνη των πολιτών, αναπόφευκτα θα ασκηθούν νέες πιέσεις προς τη Δευτεροβάθμια και θα παραμείνει

---

<sup>14</sup> Η κατεύθυνση αυτή συνάδει με τις προτάσεις του πορίσματος της Ομάδας Εργασίας για την Π.Φ.Υ. (Αντωνιάδου κ.ά, 2015, σ.14).

υψηλό το ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών στην Υγεία και ο μέχρι σήμερα ισχύων συγκεντρωτισμός της παροχής υπηρεσιών υγείας.

### 6.1 Το σκεπτικό του νομοθέτη

Μέσα από την αιτιολογική έκθεση που συνόδευε το προς συζήτηση στη Βουλή νομοσχέδιο, φανερώνεται το σκεπτικό του νομοθέτη: *«η αναμόρφωση των στρατηγικών υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας»* (Σταματόπουλος, 2017) με βάση τις προαναφερθείσες συνταγματικές επιταγές. Εντούτοις, την πλήρη εικόνα για το σκεπτικό μπορούμε να την αποκομίσουμε από την από 9/1/2018 Υπουργική Απόφαση για τον καθορισμό λειτουργίας των Τ.Ο.Μ.Υ.: σύμφωνα με τον συντάκτη, η βασική επιδίωξη είναι *«ο εξορθολογισμός στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) μέσω της ανακατεύθυνσης αυτής από τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα (όπως είναι τα Νοσοκομεία), προς ποιοτικές, προληπτικές και ολιστικής προσέγγισης υπηρεσίες ΠΦΥ»* (ΑΔΑ: ΨΦΜ7465ΦΥΟ-Φ2Γ/09-01-2018, σ.8). Παράλληλα, γίνεται λόγος και για *«ραγδαία εξάπλωση του φαινομένου της υγειονομικής φτώχειας που έχει επιφέρει η οικονομική κρίση»* (ό.π.). Κατ' επέκταση, καθίσταται σαφές πως ο νομοθέτης επιδιώκει να επιλύσει δύο προβλήματα: την αναδιαμόρφωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αποσκοπώντας, τόσο στην αποσυμφόρηση των νοσοκομείων και τον εξορθολογισμό της παροχής των υγειονομικών υπηρεσιών, όσο και στην αντιμετώπιση του μείζονος κοινωνικού προβλήματος που έχει επιφέρει η πρόσφατη οικονομική κρίση και αναπόφευκτα επηρεάζει αρνητικά και τον τομέα της Υγείας. Σύμφωνα με το δημοσιευμένο- προ του νέου νόμου- άρθρο του Γ. Κυριόπουλου, ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού αδυνατεί να καλύψει τις υγειονομικές ανάγκες του (14%) ενώ το ποσοστό όσων συναντούν οικονομικά εμπόδια στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αγγίζει το 37%, ποσοστό που συμπεριλαμβάνει κυρίως ηλικιωμένους, ανασφάλιστους και χρόνια πάσχοντες (Γ. Κυριόπουλος, 2018<sub>2</sub>). Στον νέο νόμο ακολουθείται σε μεγάλο βαθμό η γραμμή αρχών της Π.Φ.Υ., σύμφωνα με τις διακηρύξεις της Alma Ata και της Astana, ενώ ο υπουργός Α. Ξανθός σημειώνει πως η μεταρρύθμιση εμπνέεται από τις αρχές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) (Κυβέρνηση, 2017). Εξ αυτών συμπεραίνουμε πως ο νομοθέτης επιχειρεί να πραγματοποιήσει αυτό που ο Κυριόπουλος προσδιορίζει στο άρθρο του ως *«αναγκαιότητα ολικής επαναφοράς στη Διακήρυξη της Αλμα Άτα»* (Γ. Κυριόπουλος, 2018<sub>2</sub>).



Λαμβάνοντας υπόψη την διττή στόχευση του νομοθέτη, αντιλαμβανόμαστε πως, στο σκεπτικό του, η αναδιαμόρφωση της Π.Φ.Υ. και η αντιμετώπιση του κοινωνικού προβλήματος που επιφέρει την αυξανόμενη υγειονομική φτώχεια είναι αλληλένδετα. Η ραγδαία αύξηση της ανεργίας κατά την τελευταία δεκαετία (από 7,8% τον Ιανουάριο του 2018, σε 21,7% τον Απρίλιο του 2017,<sup>15</sup>(ΕΛΣΤΑΤ, 2018), κατέδειξε την ουσιαστική αδυναμία του Ε.Σ.Υ. να φέρει σε πέρας τη συνταγματική επιταγή περί ευθύνης του κράτους για την υγεία των πολιτών (άρθρο 21), καθώς η δυνατότητα πρόσβασης των πολιτών σε δομές υγείας κατέστη αντιστρόφως ανάλογη με τους αυξανόμενους δείκτες ανεργίας, ειδικά εάν λάβουμε υπόψη δύο επιμέρους ενδεικτικούς παράγοντες: την ύπαρξη δαπάνης εξέτασης για τους πολίτες στις δημόσιες δομές του Ε.Σ.Υ. και την αδυναμία ασφάλισης μεγάλης μερίδας των πολιτών της χώρας.<sup>16</sup> Όμως είναι αντιληπτό πως, παρά τη διττή στόχευση, οι περιορισμένοι οικονομικοί πόροι, αλλά και η επιτακτικότητα της ανάγκης για επέκταση της πρόσβασης στον δοκιμαζόμενο από τη δημοσιονομική κρίση πληθυσμό, φέρει τον νομοθέτη μπροστά στην ανάγκη προτεραιοποίησης των στόχων. Σε αυτή την οικονομική και κοινωνική συγκυρία, σύμφωνα με τη Τζώρτζη, ο νομοθέτης επιδιώκει να εξυπηρετήσει αρχικά τον στόχο της καθολικής προσβασιμότητας (Τζώρτζη, 2018), χωρίς να ματαιώνει τη μεταρρυθμιστική ανάγκη, αλλά λειτουργώντας στο πλαίσιο αυτής: η μεταρρυθμιστική λογική ενυπάρχει στον νόμο και η νεοσύστατη δομή των ΤΟ.Μ.Υ. και η θέσπιση του οικογενειακού ιατρού λειτουργούν προς αυτή την κατεύθυνση. Με το δεδομένο αυτό, γίνεται αντιληπτό πως η καθολική πρόσβαση επιτυγχάνεται σε ένα πλαίσιο έμπρακτης προσπάθειας μετάβασης προς τη μεταρρύθμιση του συστήματος και την επίτευξη των ποιοτικών στόχων.

## 6.2 Η αποκέντρωση των δομών Υγείας

Η αποκέντρωση των δομών υγείας είναι εγγενές συστατικό της Π.Φ.Υ. και διαπνέει τον νόμο, τόσο ως προς τον ορισμό της, όσο και ως προς τον τρόπο δομής,

<sup>15</sup> Πρόκειται για τον μήνα έναρξης της διαβούλευσης του νομοσχεδίου. Θα πρέπει να σημειώσουμε πως η επίσημη ανεργία, κατά την περίοδο της κρίσης είχε ανέλθει στο ανώτατο ποσοστό της 27,9% τον Ιούλιο 2013 (<http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SJO02>).

<sup>16</sup> Θα πρέπει ακόμα να αναφέρουμε πως πολλοί άνεργοι δεν πληρούν τις προϋποθέσεις της καταβολής επιδόματος ανεργίας, όντας μακροχρόνια άνεργοι, ενώ ο τρέχων αριθμός ανέργων, μειωμένος κατά περίπου 5%, σε σχέση με τον Μάιο του 2015- οπότε και καταργήθηκε το εξέταστρο των νοσοκομείων, είναι 906.000 άτομα, σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ (<https://www.lykavitos.gr/sokaristika-stoixeia-apo-ton-oad-mol/>).

οργάνωσης και παροχής των υπηρεσιών της: ο νόμος αποσαφηνίζει ότι πρόκειται για προνοσοκομειακή φροντίδα ή υπηρεσίες για την παροχή των οποίων δεν απαιτείται εισαγωγή σε νοσοκομείο ή κατ' οίκον φροντίδα και νοσηλεία, προσδιορίζει την εγγύτητα των δομών με τον τόπο διαμονής ή εργασίας του χρήστη, επιδιώκεται η διασύνδεση με τις υπόλοιπες δομές του συστήματος, καθώς και η διατομεακή συνεργασία με άλλους φορείς (ν. 4486/2017– ΦΕΚ 115/Α/07-08-2017, αρ.1). Κατ'αυτόν τον τρόπο τα Κέντρα Υγείας ορίζονται ως αποκεντρωμένες μονάδες του Ε.Σ.Υ., οι οποίες λειτουργούν στο πλαίσιο του Τ.Ο.Π.Φ.Υ. της οικείας Υ.ΠΕ. και οι Τ.Ο.Μ.Υ. ως αποκεντρωμένες δομές των Κέντρων Υγείας (ό.π., αρ. 4,5).<sup>17</sup> Το ίδιο ισχύει για τα Κεντρικά Διαγνωστικά Εργαστήρια και τα Κέντρα Ειδικής Φροντίδας, τα οποία αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες της οικείας Δ.Υ.ΠΕ. (ό.π., αρ. 8,9).

Πρόθεση του νομοθέτη, όπως με σαφήνεια περιγράφεται στο άρθρο 1, είναι η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στο σύνολο των πολιτών, υπό την ευθύνη του κράτους (ό.π., αρ.1). Σύμφωνα, δε, με την Απόφαση Υλοποίησης του υποέργου των Τ.Ο.Μ.Υ. οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι καθολικές και ολιστικές (ΑΔΑ: ΨΦΜ7465ΦΥΟ-Φ2Γ). Πράγματι, με τον νέο νόμο διασφαλίζεται η πρόσβαση όλων των πολιτών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα. Όμως η εξασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης του συνόλου των πολιτών στις νέες δομές και τον οικογενειακό ιατρό έρχεται αντιμέτωπη με την αντικειμενική δυσκολία της ποσοτικής ανεπάρκειας των διαθέσιμων ιατρών και το γεγονός αυτό αποτελεί μια κρίσιμη πρόκληση για την οποία καλούνται οι αρμόδιοι φορείς να μεριμνήσουν ως προς τη λήψη των κατάλληλων μέτρων. Ανάμεσα στις εν ενεργεία Τ.Ο.Μ.Υ., ορισμένες λειτουργούν μόνο με παιδίατρο, ενώ δημιουργούνται επιπλέον κενά από παραιτήσεις προσωπικού ή και υποχρεωτικές άδειες όπως μητρότητας (Τζώρτζη, 2018). Παράλληλα, θα πρέπει να σημειωθεί πως δεν υπάρχει κάλυψη όλων των δήμων από Κέντρα Υγείας ή Τ.Ο.Μ.Υ., γεγονός που εναποθέτει όλο το βάρος της εκτέλεσης του έργου τους στους συμβεβλημένους με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. τοπικούς ιδιώτες ιατρούς. Η ανεπάρκεια του διαθέσιμου ιατρικού προσωπικού θα αμβλυνθεί με την εισροή των νεοπροσληφθέντων ιατρών από τον 2<sup>ο</sup> διαγωνισμό για τις Τ.Ο.Μ.Υ. (Υπουργείο Υγείας, 2018<sub>2</sub>). εντούτοις, όλα συντείνουν στο ότι ο απαιτούμενος αριθμός οικογενειακών ιατρών (συμπεριλαμβανομένων των ιατρών προερχόμενων από τα Κέντρα Υγείας ή τους

<sup>17</sup> Η διασυνδετική σχέση Τ.Ο.Μ.Υ.- Κέντρων Υγείας Αναφοράς καταγράφεται και στην πρόταση της Ομάδας Εργασίας για την Π.Φ.Υ. (στην πρόταση γίνεται λόγος για Μονάδα Γειτονιάς- Μονάδα Αναφοράς) (Αντωνιάδου, κ.ά, 2015, σσ.21-23).

συμβεβλημένους ιδιώτες) δε θα επαρκεί για τις ανάγκες του πληθυσμού, δημιουργώντας ένα κρίσιμο χάσμα ανάμεσα στην υποχρέωση εγγραφής των πολιτών σε οικογενειακό ιατρό έως την 1-1-2019 (ν. 4486/2017–ΦΕΚ 115/Α/07-08-2017, αρ.19) και τον διαθέσιμο αριθμό ιατρών (Τζώρτζη, 2018).

Όπως είδαμε, ο νόμος 4486/2017 διαμορφώνει μια νέα πραγματικότητα στην Π.Φ.Υ., εντάσσοντας τον οικογενειακό ιατρό και τις ΤΟ.Μ.Υ. στο Ε.Σ.Υ.. Η παροχή του πρώτου επιπέδου υγειονομικής φροντίδας προσωποποιείται, με βάση τον οικογενειακό ιατρό και έχει τα χαρακτηριστικά κοινωνικής παροχής, όντας καθολική και δωρεάν φροντίδα, τουλάχιστον σε επίπεδο σχεδιασμού. Βάσει του νόμου, προβλέπεται η ολιστική αντιμετώπιση της φροντίδας υγείας των πολιτών, η οποία εκτείνεται έως την παρακολούθηση και την κατά περίπτωση συνδιαχείριση των περιστατικών με την δευτεροβάθμια και την πρωτοβάθμια (ό.π., αρ.1). Όμως η απόσταση που πρέπει να διανυθεί από τον σχεδιασμό μέχρι την πλήρη και ικανοποιητική εφαρμογή αποτελεί μια διαδρομή που ξεπερνά την πολιτική βούληση και απαιτεί ανάλογη εφαρμοστική ικανότητα και πρωτοβουλία, οι οποίες καθορίζονται -εν πολλοίς- και από την πολιτική και οικονομική συγκυρία, αλλά και την δυνατότητα και θέληση της Διοίκησης να υποστηρίξει σε πρακτικό, και λειτουργικό επίπεδο το θεωρητικό σχέδιο.

Σε θεσμικό επίπεδο, ο νόμος δίνει τη θεωρητικό υπόβαθρο για την ανάπτυξη δομών, οι οποίες θα υποστηρίξουν τον πολίτη στην αποτελεσματική λήψη ποιοτικών υπηρεσιών. Όμως η θεωρητική δυνατότητα μιας μεταρρύθμισης πάντα συναντά μεγάλες δυσκολίες στη μετατροπή της σε αντικειμενική πραγματικότητα. Αναφέρουμε χαρακτηριστικά πως ο 4486/2017 δεν καινοτομεί ως προς τη θεσμοθέτηση δομών ή υπηρεσιών· δεν είναι ο πρώτος νόμος στον οποίο γίνεται αναφορά για τον οικογενειακό ιατρό ή τον Α.Η.Φ.Υ.. Όμως, με τον παρόντα νόμο ενεργοποιούνται για πρώτη φορά οι παραπάνω θεσμοί, παράλληλα με τη σύσταση των νέων δομών των ΤΟ.Μ.Υ.. Ωστόσο, η λειτουργία των παραπάνω θεσμών δε βρίσκεται σε ικανοποιητικό στάδιο -κάτι που αποτελεί λογικό γεγονός, αν αναλογιστούμε τον περιορισμένο χρόνο εφαρμογής τους- αλλά σε στάδιο πρώτης προσπάθειας. Η μέχρι τώρα δράση τους θα ανατροφοδοτήσει με χρήσιμα συμπεράσματα τον σχεδιασμό των ιθυνόντων για τις αναγκαίες βελτιώσεις και αναπροσαρμογές.

Όμως, παράλληλα με την ανατροφοδότηση των πολιτικών υγείας, οι ΤΟ.Μ.Υ., οι Τ.ΟΜ.Υ., οι οικογενειακοί ιατροί και ο Α.Η.Φ.Υ. έχουν ήδη τεθεί στην υπηρεσία των πολιτών, δραστηριοποιούνται σε πραγματικό χρόνο και παράγουν αποτελέσματα. Τίθεται, λοιπόν το ερώτημα για το βαθμό επιτυχίας του νόμου ως προς την εξυπηρέτηση των πολιτών, τα κενά, τις δυσλειτουργίες και τις ελλείψεις που παρουσιάζονται. Οι ελλείψεις οικογενειακών ιατρών και η μερική ή και ανύπαρκτη κάλυψη περιοχών από τις υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας περιορίζουν το βαθμό επιτυχίας του εγχειρήματος, ενώ η πρωτόλεια χρήση του Α.Η.Φ.Υ. χωρίς την απαιτούμενη διαλειτουργική διασύνδεση, αποστερεί την Π.Φ.Υ. -αλλά και τα επόμενα επίπεδα φροντίδας υγείας- από σημαντικά αποτελέσματα. Θα πρέπει, επίσης, να σημειώσουμε πως παρατηρούνται ασάφειες εντός του νόμου: με ποιον τρόπο θα καταστεί δυνατή η συνολική κάλυψη του πληθυσμού της χώρας από οικογενειακό ιατρό, η οποία έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα και προσδιορισμένα χρονικά περιθώρια, με δεδομένες τις ελλείψεις σε έμπυχο δυναμικό και δομές; Με ποιον τρόπο θα ενημερωθεί το σύνολο των πολιτών για την υποχρέωσή εγγραφής; Οι έως τώρα προσπάθειες έχουν αποσπασματικό χαρακτήρα και αποφέρουν περιορισμένα αποτελέσματα. Είναι εξέχουσας σημασίας η δυνατότητα του πολίτη όχι μόνο να δεσμεύεται με μια υποχρέωση, αλλά να γνωρίζει για αυτή και -κυρίως- να αποκτήσει εμπιστοσύνη στα νέα δεδομένα.

Επιπροσθέτως, πρέπει να σημειώσουμε πως ο νέος νόμος δεν καλύπτει μια εκ των βασικών αρχών της Π.Φ.Υ., τη συνεχή 24ωρη λειτουργία των δομών της (Πιερράκος, 2018<sub>1</sub>, σ.18). Εντούτοις, ήδη καταγράφονται βήματα βελτίωσης: το Κέντρο Υγείας Αλεξάνδρας έχει ξεκινήσει την 24ωρη λειτουργία του· αυτό θα πρέπει να επεκταθεί, αν όχι στο σύνολο των δομών της πρωτοβάθμιας, τουλάχιστον κατά τέτοιο τρόπο ώστε να καλύπτονται ικανοποιητικά όλες οι περιοχές της χώρας, σε 24ωρη βάση. Όμως, δε θα πρέπει να ξεχνάμε πως η ποιοτική αναβάθμιση και η αποτίμηση των προσφερόμενων υπηρεσιών είναι δυναμικές και ανατροφοδοτούμενες διαδικασίες, και οι τομές και ανακατευθύνσεις των πολιτικών που επιχειρούνται χρειάζονται χρόνο για να δοκιμαστούν, να αποδώσουν και να βελτιστοποιηθούν.

### 6.3 Η αποκέντρωση της Π.Φ.Υ. και ο νόμος «Καλλικράτη»

Η επίτευξη του στόχου της αποκέντρωσης σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό όχι μόνο με την ύπαρξη των αποκεντρωμένων δομών, αλλά και με την ανάλογη διοικητική πλαισίωση. Τον ρόλο αυτό καλείται να διαδραματίσει η Υγειονομική Περιφέρεια, αλλά και η Αποκεντρωμένη Διοίκηση. Αναφορικά με τις Υ.ΠΕ., η διοικητική και οργανωτική διάσταση εφαρμόζεται, όχι όμως και η αντίστοιχη αποφασιστική. Η επικεντρωμένη λειτουργία της στο πλαίσιο του ρόλου του διαμεσολαβητή περιορίζει σε μεγάλο βαθμό την αυτοτέλεια της αποκέντρωσης και τον απογαλακτισμό της από την Κεντρική Διοίκηση. Κατ' αυτόν τον τρόπο, αναστέλλεται η αυτοδιοικητική αυτάρκεια και ελλοχεύει ο κίνδυνος των γραφειοκρατικών χρονικών καθυστερήσεων και η μη ανάληψη ευθύνης για ουσιώδεις διαδικασίες. Γίνεται αντιληπτό πως το αποκεντρωτικό πνεύμα, παρά την ορθή του στόχευση και κατεύθυνση, κινδυνεύει να μείνει μετέωρο βήμα. Απαραίτητη προϋπόθεση για την ευόδωση των στόχων είναι η διεύρυνση των αρμοδιοτήτων των Δ.Υ.ΠΕ. -η οποία θεσμοθετήθηκε με τον ν. 4238/2014 και την υπαγωγή σε αυτή των Κέντρων Υγείας και των Μονάδων Υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (ν.4238/2014-ΦΕΚ 38/Α/17-02-2014, αρ. 2). Η μεταφορά και απόδοση αποφασιστικών αρμοδιοτήτων στις Δ.Υ.ΠΕ. αποτελεί σημαντική προϋπόθεση για τη διεύρυνση της αποτελεσματικότητας της αποκεντρωμένης λειτουργίας του Ε.Σ.Υ.. Κρίσιμο σημείο, ωστόσο, για μια τέτοια λειτουργική και ποιοτική αναβάθμιση, αποτελεί η ανακατεύθυνση ανθρώπινων και οικονομικών πόρων για την επαρκή στελέχωση και οικονομική αυτοδυναμία των Δ.Υ.ΠΕ..<sup>18</sup>

Ως προς τη διοικητική διάσταση της αποκέντρωσης, θα πρέπει να αναζητηθεί ένας πιο ενεργητικός και καίριος ρόλος για την Αποκεντρωμένη Διοίκηση και την Τοπική Αυτοδιοίκηση και το πλαίσιο σύμπραξής τους με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα. Το κατάλληλο νομικό πλαίσιο υπάρχει, καθώς στον νόμο 3852/2010 (γνωστός ως «πρόγραμμα Καλλικράτης») υπάρχουν αρκετές αναφορές μέσω των οποίων προσδιορίζονται οι δυνατότητες ανάμειξης της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Η ενεργή συμμετοχή της Τοπικής Αυτοδιοίκησης συνάδει με το πνεύμα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, αλλά και τις διακηρυγμένες αρχές της Alma Ata και της Astana: στο αρ. 3

<sup>18</sup> Θα πρέπει να σημειώσουμε πως πέρα από την πλαισίωση των Δ.Υ.ΠΕ. με επιπλέον ανθρώπινο και οικονομικό δυναμικό, πιθανώς να απαιτηθεί και η μεταστέγαση ορισμένων υπηρεσιών: χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. οι διαθέσιμοι χώροι της οποίας δεν επαρκούν ούτε για το σημερινό, λιγότερο απαιτητικό πλαίσιο αρμοδιοτήτων και την λειτουργική στέγαση του ήδη υπάρχοντος προσωπικού.

του ν. 3852/2010 γίνεται αναφορά στη δυνατότητα σχεδιασμού, προγραμματισμού και υλοποίησης πολιτικών στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων των περιφερειών (ν.3852/2010-ΦΕΚ 87/Α/7-6-2010, σ.33). Στο αρ. 94 αναφέρονται οι πρόσθετες αρμοδιότητες των Δήμων που προστίθενται στον Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων: σύμφωνα με τις παραγράφους 3Α α & γ, με προεδρικό διάταγμα -κατόπιν πρότασης των αρμόδιων υπουργείων και ύστερα από γνώμη της Κεντρικής Ένωσης Δήμων Ελλάδας- οι Δήμοι δύναται να αναλάβουν *«αρμοδιότητες που ασκούνται από τις Δ.Υ.Π.Ε περιλαμβανομένων και αρμοδιοτήτων των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Υγείας (Μ.Π.Υ.) καθώς και αρμοδιότητες τοπικού χαρακτήρα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης<sup>19</sup> (ό.π.), λαμβάνοντας, παράλληλα, τους οικονομικούς πόρους που τους αναλογούν για τις νέες αρμοδιότητές τους (ό.π.). Προβλέπεται, δε, η κατάργηση υπηρεσιακών μονάδων και των αντίστοιχων θέσεων στις Δ.Υ.Π.Ε. (ό.π., σ.143), ενώ στην παρ. Β20 γίνεται αναφορά για την αρμοδιότητα των Δήμων στην υλοποίηση προγραμμάτων δημόσιας υγιεινής με πόρους του Υπουργείου και εκτάκτων προγραμμάτων δημόσιας υγείας με έκτακτη χρηματοδότηση προγραμμάτων δημόσιας υγείας από πόρους της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ό.π., σ.145). Ακόμα, γίνεται αναφορά για τις αρμοδιότητες των Δήμων ως προς την προστασία και την προαγωγή της Δημόσιας Υγείας (ό.π., σ.148).*

Αντίστοιχα, με τον εν λόγω νόμο εκχωρούνται αρμοδιότητες των Δ.Υ.Π.Ε. στις Περιφέρειες, βάσει των οποίων δύναται να ευοδωθεί η αποκεντρωτική προσπάθεια στην Π.Φ.Υ.. Σύμφωνα με το αρ. 186, παρ. Ζ 1&3 *«μπορεί να προβλεφθεί η μεταβίβαση αρμοδιοτήτων τοπικού χαρακτήρα που ασκούνται από το Υπουργείο Υγείας [...] ρυθμίζεται η απόδοση στις περιφέρειες ανάλογων οικονομικών πόρων, η κατάργηση υπηρεσιακών μονάδων των Δ.Υ.Π.Ε. και των αντίστοιχων οργανικών τους θέσεων» (ό.π., σσ.284,285). Ακόμα, με το αρ. 190 προβλέπεται η «διαχείριση πιστώσεων του προγράμματος δημόσιων επενδύσεων, χρηματοδοτήσεων φορέων του δημόσιου τομέα και άλλων νομικών προσώπων, χρηματοδοτήσεων προερχόμενων από προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης» (ό.π., σ.296). Τέλος, στο αρ. 257 προβλέπεται η αυτοδίκαιη μετάταξη του απαραίτητου προσωπικού για τη στελέχωση των ανάλογων υπηρεσιών (ό.π., σ.381).*

Εντούτοις, παρά την πρόβλεψη που υπάρχει στον ν. 2852/2010 για την ανάληψη αρμοδιοτήτων από την Τοπική Αυτοδιοίκηση και την Περιφέρεια, ο ρόλος τους παραμένει επικουρικός. Θα ήταν σημαντικό να αναζητηθούν οι δυνατότητες

<sup>19</sup> Πλέον, το παλαιό Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει χωριστεί σε δύο υπουργεία.

ουσιαστικής εμπλοκής της αποκεντρωμένης διοίκησης στη λειτουργία της Π.Φ.Υ. και κυρίως στη λειτουργία των ΤΟ.Μ.Υ. και των Τοπικών Ομάδων Υγείας, καθώς αυτές αποτελούν την πλέον αποκεντρωμένη δομή της. Λαμβάνοντας ως δεδομένο τον πεπερασμένο χρόνο συγχρηματοδότησης του εν λόγω έργου, κρίνουμε ως ιδιαίτερα χρήσιμη την εξέταση μιας ολικής ανακατεύθυνσης της Π.Φ.Υ. στο φυσικό της χώρο. Όπως είδαμε, βάσει νόμου προβλέπεται η ανακατεύθυνση ανθρώπινων και οικονομικών πόρων προς την Τοπική Αυτοδιοίκηση και την Αποκεντρωμένη Διοίκηση. Ωστόσο, θεωρούμε πως χωρίς μια ρεαλιστική αναδιαμόρφωση του διοικητικού πεδίου και της απόδοσης αρμοδιοτήτων και πόρων στους αποκεντρωμένους φορείς, οι ΤΟ.Μ.Υ., αλλά και συνολικότερα η Π.Φ.Υ., θα αδυνατούν να φέρουν σε πέρας το έργο τους και τους προγραμματικούς στόχους τους, σύμφωνα και με το πνεύμα του νόμου και τις αρχές της Alma Ata και Astana. Θα πρέπει να σημειώσουμε πως, σε ένα τέτοιο πλαίσιο, είναι δυνατό να τεθεί υπό αναθεώρηση ο ρόλος των Δ.Υ.ΠΕ., έως και το επίπεδο της ίδιας τους της ύπαρξης -άποψη που διαθέτει αρκετούς υποστηρικτές- καθώς ο αρμοδιότητές τους δύναται να αποτελέσουν μέρος μια ενισχυμένης, οικονομικά, θεσμικά και σε επίπεδο αρμοδιοτήτων Περιφέρειας: μια τέτοια εξέλιξη θα έδινε αμιγώς επιτελικό ρόλο στο υπουργείο και αποφασιστικό -βάσει κανόνων- στην Περιφέρεια (Κουφάκης, 2018<sub>2</sub>).<sup>20</sup> Όπως γίνεται αντιληπτό, μια τέτοια διαδικασία θα απαιτούσε ολικό ανασχεδιασμό, όχι μόνο στην Υγεία, αλλά γενικότερα στην οργάνωση και χρηματοδότηση της Δημόσιας Διοίκησης της χώρας.

Ένα από τα προβλήματα που επιχειρεί να θεραπεύσει ο νόμος είναι οι υψηλές ιδιωτικές δαπάνες υγείας των πολιτών. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, το ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών φθάνει το 34,3% των συνολικών δαπανών υγείας για το έτος 2016, ενώ περαιτέρω ανάλυση των στοιχείων φανερώνει πτωτική τάση του ποσοστού, αλλά διατήρηση σε υψηλό επίπεδο, σε σχέση με τα προ κρίσης έτη (Μπουλουτζιά, 2018). Σε κάθε περίπτωση, οι πολίτες εφόσον το επιθυμούν, δύναται να επιλέξουν την εξυπηρέτησή τους για την παροχή υγειονομικής φροντίδας από τον ιδιωτικό τομέα. Όμως, οι πολίτες που δε διαθέτουν την οικονομική δυνατότητα αδυνατούν να λάβουν ανάλογη φροντίδα υγείας, κάτι που αντιβαίνει τις διακηρυγμένες αρχές της Alma Alta και της Astana, βάσει των οποίων *«είναι θεμελιώδες δικαίωμα κάθε ανθρώπου η απόλαυση του υψηλότερου επιπέδου υγείας χωρίς*

<sup>20</sup> Πρόκειται για το μοντέλο που ακολουθείται στην Παιδεία (Κουφάκης, 2018<sub>2</sub>)

καμία διάκριση» (Π.Ο.Υ., 2018, σ.5).<sup>21</sup> Πιστεύουμε πώς η ιδιωτική δαπάνη υγείας δύναται να περιοριστεί σημαντικά, εφόσον οι νέες δομές καταφέρουν να προσφέρουν υπηρεσίες ποιοτικές, διασυνδεδεμένες με τις άλλες δομές και γρήγορα εκτελεστές: η ένταξη αξιόπιστων εφαρμογών ηλεκτρονικής διακυβέρνησης αποτελεί το κλειδί για την ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών και κατ' επέκταση τον περιορισμό της ιδιωτικής δαπάνης. Χωρίς ηλεκτρονική διακυβέρνηση, τα προσδοκώμενα αποτελέσματα οιασδήποτε μεταρρυθμιστικής προσπάθειας περιορίζονται αισθητά.

Όπως αναφέραμε, η επίτευξη της καθολικής υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού δύναται να επιφέρει και την οικονομική προστασία των πολιτών από τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας (Κουφάκης, 2018<sub>3</sub>, σ.2). Ο νόμος επιχειρεί να τιθασεύσει τον όγκο των ιδιωτικών δαπανών οργανώνοντας ένα σύστημα ολιστικής και καθολικής κάλυψης των αναγκών των πολιτών στη Π.Φ.Υ.. Ωστόσο, για να συμβεί αυτό θα πρέπει να υπάρχει ποιοτική και επαρκής κάλυψη του συνόλου του πληθυσμού της χώρας σε όλο το εύρος των υπηρεσιών Π.Φ.Υ.. Βάσει της Απόφασης Υλοποίησης, η πιλοτική λειτουργία των Τ.Ο.Μ.Υ. φιλοδοξεί να καλύψει το 20-25% του πληθυσμού στη χώρα (ΑΔΑ: ΨΦΜ7465ΦΥΟ-Φ2Γ/09-01-2018), άρα κρίνουμε πως η σημερινή εικόνα απέχει σημαντικά από την προσδόκιμη. Επίσης, κομβική σημασία έχει η κατάκτηση της εμπιστοσύνης των πολιτών από τις νέες δομές, ως προς την ποιότητα και τη συνέπεια των υπηρεσιών τους, αλλά και να ξεπεραστούν οι δικαιολογημένες ανησυχίες για τη μελλοντική προοπτική του θεσμού. Με βάση τα παραπάνω, συμπεραίνουμε πως η μέχρι τώρα πορεία υλοποίησης του νόμου δύναται να επιφέρει κάποια μικρά μεν, αξιοσημείωτα δε αποτελέσματα, τα οποία όμως χρήζουν ανατροφοδότησης του σχεδιασμού και αναπροσαρμογής με βάση την καταγεγραμμένη εμπειρία. Σε κάθε περίπτωση, πρόκειται για μια καινοτόμο κατάσταση και χρειάζεται υπομονή και βελτιωτικές κινήσεις βάσει συμπερασμάτων, ώστε να διαπιστωθεί κατά πόσο μπορεί να αποδώσει τα αναμενόμενα.

---

<sup>21</sup> «We strongly reaffirm our commitment to the fundamental right of every human being to the enjoyment of the highest attainable standard of health without distinction of any kind» (Π.Ο.Υ., 2018, σ.5).



## **7. Κριτική αποτίμηση των ΤΟ.Μ.Υ.**

### **7.1 Ο ρόλος των ΤΟ.Μ.Υ.**

Η δημιουργία των ΤΟ.Μ.Υ., με τον πρόσφατο νόμο για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, αποτελεί την αιχμή του δόρατος για το εν λόγω επίπεδο υπηρεσιών υγείας. Με βάση την από 9-1-2018 Απόφαση Υλοποίησης του υποέργου των Τ.Ο.Μ.Υ., μέσα από τη νεοσύστατη δομή επιδιώκεται ο εξορθολογισμός και η μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών του Ε.Σ.Υ., με την ανακατεύθυνση των υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας στον φυσικό τους χώρο και την αντιμετώπιση της υποβάθμισης της υγείας, η οποία είναι εν μέρει αποτέλεσμα της δημοσιονομικής και κοινωνικής κρίσης (ΑΔΑ: ΨΦΜ7465ΦΥΟ-Φ2Γ/09-01-2018, σ.8). Πράγματι, οι νεοσύστατες δομές και η θέσπιση του οικογενειακού ιατρού επιτυγχάνουν την παροχή δωρεάν πρόσβασης στις πρωτοβάθμιες δομές για το σύνολο των πολιτών. Εντούτοις, τίθεται το ερώτημα εάν οι παροχές -και κατ' επέκταση οι δομές- είναι επαρκείς και εκπληρώνουν τον κοινωνικό και υγειονομικό τους ρόλο. Είναι βέβαιο πως η επιτυχία του υποέργου των δομών δε θα εξαρτηθεί μόνο από τη δυνατότητα που παρέχει στους πολίτες σε ενεστώτα χρόνο, αλλά και από μια σειρά άλλους παράγοντες, όπως η επιβίωση του θεσμού σε χρονικό βάθος και η βελτιστοποίηση των υπηρεσιών και διαδικασιών που προσφέρονται, έως το επίπεδο της πλήρους κάλυψης των υγειονομικών προσδοκιών των πολιτών σε επίπεδο Π.Φ.Υ..

### **7.2 Η πολιτική διάσταση της καθιέρωσης των ΤΟ.Μ.Υ.**

Η μακροβιότητα του θεσμού αποτελεί το σημαντικότερο πολιτικό, αλλά και οικονομικό διακύβευμα. Στο πολιτικό επίπεδο, είναι απαραίτητη η συναίνεση των πολιτικών δυνάμεων ως προς την ύπαρξη του θεσμού, αλλά και ως προς τον τρόπο λειτουργίας, τις κοινωνικές και υγειονομικές επιδιώξεις του. Η μέχρι τώρα εφαρμογή του θεσμού συναντά αντιδράσεις, τόσο από σημαντική μερίδα του ιατρικού κόσμου, όσο και από αντιπολιτευόμενες πολιτικές δυνάμεις. Πιστεύουμε πως μια δομή για να επιτελέσει το έργο της και να κριθεί βάσει των πεπραγμένων της χρειάζεται χρόνο, οικονομικούς πόρους και πολιτική στήριξη. Εντούτοις, από την αντιπολίτευση καταγράφονται αντιρρήσεις ως προς την αναγκαιότητα της ύπαρξης της ίδιας της

δομής,<sup>22</sup> γεγονός που συντείνει στην άποψη πως η συνέχεια του έργου κρίνεται προβληματική και εν αμφιβόλω, με δεδομένη την διαφαινόμενη απροθυμία των πολιτικών κομμάτων να στηρίξουν τον θεσμό. Αυτό σημαίνει πως μια ενδεχόμενη κυβερνητική αλλαγή, με βάση τα έως τώρα δεδομένα, θα επέφερε πιθανώς και άρση της στήριξης στον θεσμό των ΤΟ.Μ.Υ.. Σύμφωνα με τα λεγόμενά των αρμοδίων της αξιωματικής αντιπολίτευσης, οι ελάχιστες ΤΟ.Μ.Υ. που υπάρχουν υπολειπούνται και *«είναι καταδικασμένες να αποτύχουν από τη στιγμή που σύσσωμος ο επιστημονικός-ιατρικός κόσμος αλλά και οι πολίτες ‘τους γύρισαν την πλάτη’»* όπως αναφέρει σε συνέντευξή του ο τομεάρχης Υγείας της αξιωματικής αντιπολίτευσης (Health View, 2018).

Όπως ήδη έχει αναφερθεί, το ενδιαφέρον του ιατρικού κόσμου για στελέχωση των δομών είναι κατώτερο των κυβερνητικών προσδοκιών, εντούτοις, νέες ΤΟ.Μ.Υ. εξακολουθούν να ανοίγουν σε όλη τη χώρα -ο τρέχων αριθμός Τ.Ο.Μ.Υ είναι 95<sup>23</sup> (Τζώρτζη, 2018)- ο ρυθμός στελέχωσης από ιατρικό προσωπικό αυξάνεται, ενώ το υπόλοιπο επιστημονικό και διοικητικό προσωπικό στελεχώνει επαρκώς τις δομές. Οι πολίτες συνεχίζουν να εγγράφονται στις Τ.Ο.Μ.Υ.: χαρακτηριστικά αναφέρουμε ότι αυτή τη στιγμή, σύμφωνα με πηγές της 1<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ.<sup>24</sup> έχουν εγγραφεί περισσότεροι από 16.000 πολίτες στις εννέα υπάρχουσες δομές της Υ.ΠΕ., ενώ, σύμφωνα με πηγές της 1<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. έχει εξασφαλιστεί η δυνατότητα να ανοίξουν -συν τω χρόνω- και οι υπόλοιπες δομές μέχρι τον προβλεπόμενο αριθμό των 24 για την εν λόγω Υγειονομική Περιφέρεια. Ως προς τα υπάρχοντα Κέντρα Υγείας, κρίνουμε πως δεν δύναται να καλύψουν, τόσο χωροταξικά όσο και λειτουργικά, τις ανάγκες των πολιτών, άρα μια περαιτέρω στελέχωσή τους θα επέφερε δυσεπίλυτα προβλήματα τόσο σε επίπεδο εγκαταστάσεων, όσο και προσωπικού. Με δεδομένη τη διαπίστωση ότι οι ιατροί των Κέντρων Υγείας σε μεγάλο βαθμό αδυνατούν ή δεν επιθυμούν να αναλάβουν τον ρόλο του οικογενειακού ιατρού, προκύπτει το εύλογο ερώτημα ποιος θα αναλάβει τον ρόλο αυτό σε περίπτωση κατάργησης των νεοσύστατων δομών στο πλαίσιο μιας διαφορετικής προσέγγισης στην πολιτική της Υγείας. Η διακηρυγμένη ανάγκη για

<sup>22</sup> «Είναι προφανές ότι, στην σύγχρονη προσέγγιση του οικοδομήματος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που επαγγελλόμαστε και στην οποία αναφέρθηκα στην προηγούμενη ερώτησή σας, καμία θέση δεν μπορούν να έχουν σοβιετικής έμπνευσης εκτρωματικές, αχρείαστες και μίζερες δομές τύπου ΤΟΜΥ. (συνέντευξη τομεάρχη Υγείας της Ν.Δ, Β. Οικονόμου στον Ελεύθερο Τύπο, <https://www.healthview.gr/40050/vasilis-oikonomoy-tha-katargisoyme-tis-tomy>).

<sup>23</sup> Σύμφωνα με την τελευταία ενημέρωση, ο αριθμός έχει φτάσει τις 101 (<https://www.documentonews.gr/article/oikogeneiakos-giatros-apo-112019-pws-ginetai-h-eggraphi-ti-tha-symbei-se-periptwsh-mh-eggraphs-twn-politwn>).

<sup>24</sup> Τα παρεχόμενα στοιχεία είναι του Νοεμβρίου 2018.

αντιμετώπιση της υγειονομικής φτώχειας, ως απότοκο της οικονομικής και κοινωνικής κρίσης, αποτελεί μια ανάγκη που επιχειρείται να καλυφθεί από τις νεοσύστατες δομές μέσω της παροχής δωρεάν πρόσβασης και υγειονομικής φροντίδας. Θεωρούμε πως η ενδεχόμενη κατάργησή τους, χωρίς σαφές και τεκμηριωμένο σχέδιο αντικατάστασης, θα αποτελούσε τροχοπέδη για την αντιμετώπιση του προβλήματος και θα απέκλινε σημαντικά από τις διακηρυγμένες αρχές της Alma Ata και της Astana, δε θα ανέκοπτε την υπερβολικά υψηλή δαπάνη ιδιωτικών πόρων για την παροχή υγειονομικής φροντίδας στη χώρα, ενώ μεγάλο μέρος του πληθυσμού θα κινδύνευε με αποκλεισμό από την παροχή πρωτοβάθμιων υγειονομικών υπηρεσιών, με ό,τι αυτό συνεπάγεται σε κοινωνικό και υγειονομικό επίπεδο. Παράλληλα, θα λειτουργούσε ανασταλτικά για την αποσυμφόρηση των δημόσιων δομών δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Τέλος, δε θα πρέπει να αγνοούμε τη σημασία της σταθερότητας: η μεταρρυθμιστική προσπάθεια πρέπει να στηριχθεί για να δώσει τα αποτελέσματά της, πριν κριθεί ως ανεπαρκής και αντικατασταθεί από μια νέα, πειραματική προσπάθεια.

### **7.3 Η επαγγελματική διάσταση της καθιέρωσης των ΤΟ.Μ.Υ.**

Πέρα από την πολιτική διάσταση, σε μεγάλο βαθμό και ο ιατρικός κόσμος δείχνει να μην ανταποκρίνεται ικανοποιητικά στο κάλεσμα για στελέχωση των Τ.Ο.Μ.Υ., ενώ εκφράζεται σημαντική αμφισβήτηση για τη λειτουργικότητα των δομών. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε τη θέση του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης, ο οποίος χαρακτηρίζει ως *«λάθος πείραμα τις ΤΟ.Μ.Υ.»* (iefimerida.gr, 2018). Επιπροσθέτως, ο εν λόγω Ιατρικός Σύλλογος υποστηρίζει ότι το εν λόγω σύστημα *«δεν εγγυάται ελευθερία επιλογής ιατρού στους ασθενείς και δεν διαθέτει οικογενειακούς που να γνωρίζουν το αντικείμενο»* καθώς και ότι *«περιμένει τους ασθενείς απίστευτη ταλαιπωρία»* (ό.π.), ενώ, όπως έχει ήδη σημειωθεί, ο αριθμός των διαθέσιμων ιατρών δεν επαρκεί για τις πληθυσμιακές ανάγκες.

Είναι γεγονός πως μέχρι σήμερα δεν έχει εξασφαλιστεί επάρκεια οικογενειακών ιατρών για τον πληθυσμό -γεγονός που επιβεβαιώνεται και από πηγές των Δ.Υ.ΠΕ. και του Υπουργείου. Εντούτοις, δε θα πρέπει να ξεχνάμε πως πρόκειται για νέο και πιλοτικό έργο, με πρόβλεψη για κάλυψη του 20-25% του πληθυσμού της επικράτειας μέσω των Τ.Ο.Μ.Υ., που φέρει τον χαρακτήρα της κάλυψης των άμεσων κοινωνικών και υγειονομικών αναγκών. Επίσης, κρίνουμε πως οι ιατρικές ειδικότητες που δύναται

να αναλάβουν τον ρόλο του οικογενειακού ιατρού είναι αυτές που είναι πλέον κατάλληλες στην υπάρχουσα κατάσταση· άλλωστε, στο εν λόγω άρθρο δε διευκρινίζεται ποιες -κατά τον συντάκτη του- θα ήταν οι κατάλληλες ειδικότητες. Φυσικά, κρίνεται ως απολύτως θεμιτή αλλά και επιτακτική ανάγκη η προσαρμογή του ιατρικού- αλλά και του λοιπού επιστημονικού και διοικητικού προσωπικού στις ανάγκες του ρόλου αυτού. Συνεπώς, πιστεύουμε πως το επιχείρημα περί απίστευτης ταλαιπωρίας δε στοιχειοθετείται, ούτε αποδεικνύεται από τα έως τώρα δεδομένα: η δομή των ΤΟ.Μ.Υ. και ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού παρέχουν υγειονομική φροντίδα σε πολίτες οι οποίοι διαφορετικά θα είχαν αδυναμία πρόσβασης στις παροχές υγείας, η τωρινή εικόνα αναμονής στα ιατρεία και τα ραντεβού των Κέντρων Υγείας - χωρίς τον έλεγχο ροής ασθενών (gatekeeping) της νέας δομής- δεν είναι διόλου θελκτική, ώστε να τίθεται θέμα μελλοντικής ταλαιπωρίας: η ολοκλήρωση ενός ιατρικού ραντεβού σε Κέντρο Υγείας μπορεί να πάρει αρκετές εβδομάδες μέχρι να πραγματοποιηθεί, ενώ στα νοσοκομεία η σημαντική επιβάρυνση του έργου τους από υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας φροντίδας, αποβαίνει εις βάρος των νοσοκομειακών υπηρεσιών. Επιπροσθέτως, με βάση πηγές της 1<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. ένα ραντεβού με οικογενειακό ιατρό -παρά τις σημαντικές ελλείψεις σε έμπυχο δυναμικό- μπορεί να εξυπηρετηθεί από άμεσα έως εντός 1-2 εβδομάδων. Αυτό, φυσικά, δε σημαίνει, όπως έχει ήδη αναφερθεί, ότι οι δυνατότητες κάλυψης από το υπάρχον διαθέσιμο ιατρικό δυναμικό, δεν είναι πεπερασμένες. Τέλος, αναφορικά με τις αιτιάσεις για τη μη δυνατότητα επιλογής ιατρού, θα πρέπει να σημειωθεί ότι αυτή παρέχεται μέσα από τη διαθέσιμη λίστα ιατρών που υπάρχει στην πλατφόρμα της Η.ΔΙ.Κ.Α., τις ΤΟ.Μ.Υ. και τα Κέντρα Υγείας (Η.ΔΙ.Κ.Α., 2018) και είναι λογικό οι επιλογές των πολιτών σε μια δημόσια δομή να περιορίζονται στο δημόσιο ή το ιδιωτικό -συμβεβλημένο με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.- δυναμικό.

Πολύ σημαντικό πρόβλημα, όπως ήδη αναφέραμε, αποτελεί η έλλειψη ενδιαφέροντος των ιατρών για να στελεχώσουν τις Ομάδες Υγείας των ΤΟ.Μ.Υ. ή τον θεσμό του οικογενειακού ιατρού. Σε αντίθεση με τις άλλες ειδικότητες, από τον ιατρικό κλάδο δεν υπήρξε η προσδοκώμενη ανταπόκριση, όπως φάνηκε από τον αριθμό αιτήσεων στις δύο έως σήμερα προσκλήσεις ενδιαφέροντος (Αύγουστος 2017, Ιούνιος 2018) του συγκεκριμένου επαγγελματικού κλάδου.<sup>25</sup> οι αιτήσεις ήταν σημαντικά

<sup>25</sup> Κατά την πρώτη προκήρυξη/ πρόσκληση ενδιαφέροντος κηρύχθηκαν άγονες θέσεις ιατρών σε όλες τις Υγειονομικές Περιφέρειες, όπως αναφέρεται στα σχετικά έγγραφα των Δ.Υ.ΠΕ. (ΑΔΑ: 6ΕΥ6465ΦΥΟ-ΘΩ2/12-6-2018, σ.3).

λιγότερες από τις προσφερόμενες θέσεις, ενώ οι προσλήψεις έγιναν με σημαντική καθυστέρηση (χαρακτηριστικά αναφέρουμε ότι οι πρώτες ΤΟ.Μ.Υ. της 1<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. λειτολურγησαν περίπου 6 μήνες μετά το πέρας της διαδικασίας των αιτήσεων), με αποτέλεσμα αρκετοί από τους επιτυχόντες να μην αποδεχτούν την πρόσληψή τους, καθώς πιθανώς είχε μεταβληθεί η εργασιακή τους κατάσταση ή είχε εκλείψει το ενδιαφέρον τους για άλλους λόγους. Πιστεύουμε πως τα αίτια για την μειωμένη ανταπόκριση του ιατρικού κλάδου δεν εδράζονται μόνο στο γεγονός της αβέβαιης συνέχειας του θεσμού, αλλά και στον χρονικό περιορισμό των συμβάσεων, οι οποίες είναι διετούς διάρκειας, ενώ και η μη δυνατότητα άσκησης παράλληλου ιδιωτικού έργου, σε συνδυασμό με τις μη ικανοποιητικές- κατά τον ιατρικό κλάδο- απολαβές, δημιουργούν ένα μη θελκτικό επαγγελματικό πλαίσιο. Ωστόσο, οι τωρινές οικονομικές απολαβές είναι αυτές του Επιμελητή Α' (Τζώρτζη, 2018),<sup>26</sup> άρα λογικά πρέπει να αναζητήσουμε και αλλού τα αίτια: σημαντικό ρόλο φαίνεται πως διαδραματίζει η αδυναμία εκτέλεσης ιδιωτικού έργου για τους προσληφθέντες ιατρούς αλλά και οι συντεχνιακές επιλογές που προκύπτουν.

Παράλληλα, εντοπίζεται απροθυμία ή και αντικειμενική αδυναμία των ιατρών των Κέντρων Υγείας να αναλάβουν τον ρόλο του οικογενειακού ιατρού, παρά την από το νόμο εκπορευόμενη σχετική υποχρέωση. Σύμφωνα με πηγές της 1<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ, ένας σημαντικός αριθμός ιατρών τίθεται εκτός προγράμματος, καθώς πρόκειται για συντονιστές λειτουργίας των Κέντρων Υγείας, ενώ καταγράφονται και φαινόμενα απροθυμίας ως προς την εφαρμογή των διαδικασιών που αφορούν στην τήρηση του Α.Η.Φ.Υ. ή αρνήσης ανάληψης του συγκεκριμένου καθήκοντος: παρά το γεγονός ότι αυτό συνιστά παράβαση, η έλλειψη επιβολής κυρώσεων δεν αποτρέπει τέτοιες παραβατικές συμπεριφορές. Εν προκειμένω, κρίνουμε πως τίθεται ζήτημα ευσυνειδησίας, το οποίο βρίσκει πρόσφορο έδαφος στην συντεχνιακή δύναμη του κλάδου, σε συνδυασμό με το μειωμένο ενδιαφέρον κάλυψης των θέσεων. Επίσης, παρουσιάζονται πολλές περιπτώσεις δυσαρέσκειας των ιατρών των Κέντρων Υγείας ως προς την υποχρεωτική ένταξή τους στον θεσμό του οικογενειακού ιατρού. Συνυπολογίζοντας και τον μικρό αριθμό συμβεβλημένων με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ιατρών, η δυνατότητα κάλυψης των αναγκών είναι πεπερασμένη και σύντομα θα προσεγγίσει τα όριά της. Χαρακτηριστικά, και με βάση τα στοιχεία που προέκυψαν από τη συνομιλία

---

<sup>26</sup> Εάν οι ιατροί προσλαμβάνονταν στο Δημόσιο, θα ελάμβαναν τον βαθμό και το μισθολόγιο του Επιμελητή Β'- άρα αντιλαμβανόμαστε το οικονομικό κίνητρο που παρέχεται από το Υπουργείο (Τζώρτζη, 2018).

μας στην 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ., αναφέρουμε τον Δήμο Κηφισιάς, όπου δεν υπάρχει Κέντρο Υγείας ή πρόβλεψη για ΤΟ.Μ.Υ., ενώ καταγράφεται μόλις ένας συμβεβλημένος με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ιδιώτης ιατρός για τις ανάγκες του Δήμου.<sup>27</sup> Ακόμα, σε αρκετές περιοχές της επαρχίας το πρόβλημα είναι εξίσου ή και περισσότερο έντονο (Κουφάκης, 2018<sub>2</sub>). Κατά τη δική μας άποψη, η υποχρέωση εγγραφής σε οικογενειακό ιατρό και η εμπέδωση του νέου συστήματος ως πύλης στις υπηρεσίες υγείας θα αποτελέσει κενό γράμμα χωρίς την εξασφάλιση επαρκούς ανθρώπινου δυναμικού για την εγγραφή του συνόλου του πληθυσμού.

Η ανάγκη για ενίσχυση του ενδιαφέροντος των ιατρών για τη στελέχωση των ΤΟ.Μ.Υ. είναι δεδομένη: το υπουργείο επεξεργάζεται τρόπους ενίσχυσης του αναιμικού ενδιαφέροντος και εύρεση ικανών κινήτρων για να στελεχωθεί το ιατρικό προσωπικό (Τζώρτζη, 2018). Σύμφωνα με τον Κουφάκη, η δυνατότητα μετάθεσης σε μια κεντρική υπηρεσία, μετά από κάποιο διάστημα απασχόλησης στις Τ.Ο.Μ.Υ., αποτελεί και νομικά προβλεπόμενη δυνατότητα και θα αποτελούσε σημαντικό κίνητρο (Κουφάκης, 2018<sub>2</sub>). Θα ήταν εφικτό να υπάρξει διευκόλυνσή του ιατρικού προσωπικού σε θέματα επιμόρφωσης ή να αναζητηθούν άλλα κίνητρα, όπως η απορρόφησή του σε άλλες δομές, η θέσπιση bonus αποδοτικότητας, ανάλογα με τον αριθμό εγγεγραμμένων και των πραγματοποιημένων ραντεβού με δικαιούχους, η μελλοντική μοριοδότηση των ιατρών ή η παροχή επιπλέον ημερών αδείας.

#### **7.4 Η λειτουργική διάσταση της καθιέρωσης των ΤΟ.Μ.Υ.**

Η στελέχωση των ΤΟ.Μ.Υ. δεν αποτελεί παρά μια από τις διαστάσεις του προβλήματος της εξασφάλισης της μακροβιότητας του θεσμού. Μια άλλη διάσταση είναι η καταγραφόμενη απειρία των ιατρών σε σχέση με τις απαιτήσεις των υπηρεσιών που καλούνται να παράσχουν στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Όπως είδαμε, υπάρχουν σημαντικά προβλήματα εξοικείωσης, έως και γενικότερης χρήσης της Α.Η.Φ.Υ., ενώ είναι πιθανό το προσωπικό των δομών να τεθεί αντιμέτωπο με απορίες του κοινού, χωρίς να διαθέτει την εμπειρία ή τη γνώση για να ανταποκριθεί ικανοποιητικά. Εντούτοις, δε θα πρέπει να ξεχνάμε πως και σε αυτόν τον τομέα θα πρέπει να περιμένουμε την ωρίμανση του θεσμού, ο οποίος διανύει μόλις τα πρώτα του

<sup>27</sup> Ανάλογη είναι η εικόνα και σε άλλους δήμους της Αττικής, όπως οι Δήμοι Παλλήνης, Αμαρουσίου, Ηρακλείου κ.ά (Τζώρτζη, 2018).

βήματα, χωρίς να υπάρχει πρότερη καταγεγραμμένη εμπειρία στην ελληνική επικράτεια.

Θεωρούμε πως η επιμόρφωση και εκπαίδευση του προσωπικού δε μπορεί να περιορίζεται στην περιγραφή των καθηκόντων τους στη νομοθεσία και τις Υπουργικές Αποφάσεις· με δεδομένο ότι πρόκειται για νέα, φιλόδοξη δομή της Π.Φ.Υ., πιστεύουμε πως οι Ομάδες Υγείας πρέπει να εφοδιαστούν με περαιτέρω γνώση, επικεντρωμένη στις αρμοδιότητες και δράσεις τους. Ο προσφιλέστερος και πλέον αποδοτικός τρόπος είναι η διεξαγωγή σχετικών, κοινών και κατά ειδικότητα σεμιναρίων, για το προσωπικό που απαρτίζει τις Ομάδες Υγείας. Τα σεμινάρια θα πρέπει να λαμβάνουν χώρα πριν την έναρξη της λειτουργίας των ΤΟ.Μ.Υ., από εισηγητές που διαθέτουν γνώση του αντικειμένου και ανάλογη καθοδήγηση από το Υπουργείο. Ωστόσο, ήδη έχουν λάβει χώρα τρία σεμινάρια και έπεται συνέχεια (Τζώρτζη, 2018). Σε αυτή την κατεύθυνση - και αποσκοπώντας στην τακτική επιμόρφωση του προσωπικού των δομών- θα ήταν χρήσιμο να εξετασθεί η πρόταση για δημιουργία Προτύπων Περιφερειακών Κέντρων Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και Κατάρτισης (Αντωνιάδου κ.ά, 2015, σ.40).

Ένα σημαντικό πρόβλημα που έχει καταγραφεί είναι η εξεύρεση των κατάλληλων κτηριακών υποδομών. Η στέγαση των ΤΟ.Μ.Υ. γίνεται σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους, υπό την ευθύνη της αρμόδιας Δ.Υ.ΠΕ.. και κατόπιν συνεργασίας των Τμημάτων της Ενιαίας Τεχνικής Υπηρεσίας και του Τμήματος Περιφερειακού Χάρτη της Υ.ΠΕ.. Ο αρχικός κτηριακός σχεδιασμός του έργου βασίστηκε στην αναζήτηση διαθέσιμων δημόσιων κτηριακών υποδομών, είτε μέσα από τις υπηρεσίες του Υπουργείου και των Δ.Υ.ΠΕ., είτε μέσω καλέσματος στην Τοπική Αυτοδιοίκηση. Όμως, πολλές από τις διαθέσιμες κτηριακές υποδομές δεν πληρούν τις προϋποθέσεις στέγασης των ΤΟ.Μ.Υ., ενώ καταγράφονται περιπτώσεις κατά τις οποίες η Τοπική Αυτοδιοίκηση δεν υπέδειξε διαθέσιμο χώρο, με αποτέλεσμα να μην ολοκληρώνεται η διαδικασία για περιοχές ενταγμένες στο πιλοτικό έργο.<sup>28</sup> Για τις μελλοντικές προσπάθειες χωροταξικής διευθέτησης κρίνεται αναγκαίο πρώτα να εξασφαλίζεται η κτηριακή υποδομή, μέσω της δημόσιας ακίνητης περιουσίας ή μέσα από διεξοδικό διάλογο με τους τοπικούς φορείς, και μετά να ολοκληρώνεται η ένταξη μιας περιοχής στον σχετικό προγραμματισμό.

<sup>28</sup> Χαρακτηριστική- σύμφωνα με πηγές της 1<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ.- είναι η περίπτωση του Δήμου Καισαριανής, ο οποίος δεν πρότεινε κάποια διαθέσιμη κτηριακή υποδομή.

### 7.5 Η κοινωνική διάσταση της καθιέρωσης των ΤΟ.Μ.Υ.

Κατή τη γνήμη μας, ιδιαίτερα κρίσιμος παράγοντας είναι η ύπαρξη πολιτικής συναίνεσης και συμφωνίας ως προς τα προτάγματα και τη σημασία της Π.Φ.Υ.. Μια επί των αρχών αποδοχή των διακηρύξεων της Alma Ata και της Astana θα ήταν ένα πρώτο σημαντικό βήμα, παρά τις σημαντικές διαφορετικές οπτικές των πολιτικών δυνάμεων. Κρίνουμε ως κεφαλαιώδους σημασίας το Ε.Σ.Υ. να πορευτεί έχοντας ως οδικό χάρτη την ευρεία συναίνεση και τη στήριξη των βασικών αρχών του: η συνεχής αναπροσαρμογή του σε νέα δεδομένα και ριζικές μεταβολές, μέσω νέων νόμων και των λειτουργικών αλλαγών που αυτοί επιφέρουν, καθιστά τα βήματα προόδου μετέωρα και διστακτικά.

Λαμβάνοντας ως δεδομένο το γεγονός πως ο λήπτης της παροχής φροντίδας υγείας αποτελεί τον βασικό δικαιούχο, αλλά και τον τελικό κριτή, παρατηρούμε πως διατηρείται σε μεγάλο βαθμό η άγνοια του ευρύτερου κοινού για τις νέες δομές, τόσο ως προς το αντικείμενο δράσης τους. Αυτό αντανακλάται και στα μέχρι τώρα σχετικά χαμηλά ποσοστά εγγραφής των πολιτών στις Τ.Ο.Μ.Υ, αν και η τάση είναι σαφώς αυξητική.<sup>29</sup> Περίπου 10 μήνες μετά την έναρξη του θεσμού, καταγράφεται έως και πλήρης άγνοια για την ύπαρξη των δομών από μεγάλη μερίδα των πολιτών.<sup>30</sup> Η περιορισμένη και ενίοτε επιλεκτική ενημέρωση μέσα από τα Μ.Μ.Ε., το διαδίκτυο ή τις αποσπασματικές και δια ζώσης ενημερώσεις ομάδων πολιτών, δεν συνίσταται για την εμπέδωση της σημασίας και των διαδικασιών της μεταρρύθμισης από τους πολίτες: αντίθετα οι τρέχουσες διαδικασίες συντείνουν στη σύγχυση και την παραπληροφόρηση. Κατά την άποψή μας, απαιτούνται συγκεκριμένες και οργανωμένες δράσεις ενημέρωσης των πολιτών, σε συνεργασία με τους αρμόδιους φορείς. Μια λύση θα ήταν η παροχή πληροφόρησης μέσω της αποστολής ενημερωτικών φυλλαδίων σε λογαριασμούς ΔΕΚΟ. Επίσης, απολύτως απαραίτητη θεωρούμε τη δημιουργία ενημερωτικής ιστοσελίδας για τις ΤΟ.Μ.Υ. και τις Τ.Ο.Μ.Υ.. Στην ιστοσελίδα θα παρέχεται πλήρης ενημέρωση σχετικά με το έργο τους, οι διευθύνσεις τους ανά Υ.ΠΕ., οδικοί χάρτες, στοιχεία επικοινωνίας, κατάλογος με τα δικαιολογητικά εγγραφής, παροχή απαντήσεων σε συχνές ερωτήσεις του κοινού και κάθε άλλη χρήσιμη

<sup>29</sup> Σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία, έχουν ως σήμερα εγγραφεί 1.200.000 πολίτες (Documentonews, 2018)

<sup>30</sup> Η εν λόγω διαπίστωση έγινε θέτοντας το ερώτημα σχετικά με τη γνώμη των πολιτών για τις ΤΟ.Μ.Υ.. Η διαπίστωση εκπορεύεται από τυχαίο δείγμα πολιτών.



πληροφορία. Αντίστοιχα, θα πρέπει να εμπεριέχονται περισσότερες πληροφορίες τόσο στην ιστοσελίδα του Υπουργείου, όσο και σε αυτές των Υ.ΠΕ..

Τέλος, έχει εκδοθεί εγκύκλιος σχετικά με τη συγκρότηση δικτύων από τις Δ.Υ.ΠΕ., ως προς την πραγματοποίηση ποικίλων δράσεων προαγωγής και πρόληψης, σε μαθητικό πληθυσμό και άλλες πληθυσμιακές ομάδες, οι οποίες λαμβάνουν χώρα σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση (Τζώρτζη, 2018). Όπως αναφέρεται στις αρχές της Alma Ata και της Astana, η προαγωγή και η πρόληψη αποτελούν βασικές αρχές της Π.Φ.Υ. (Π.Ο.Υ., 2018<sub>2</sub>) και πρέπει να αποτελούν βασικό στόχο των δράσεων της Π.Φ.Υ..

### **7.6 Η οικονομική διάσταση της καθιέρωσης των ΤΟ.Μ.Υ**

Πέρα, όμως, από το πολιτικό επίπεδο, σημαντικό είναι να δούμε ποια είναι η μελλοντική δυνατότητα χρηματοδότησης του έργου, το πλαίσιο της χρηματοδότησης αυτής και τις εναλλακτικές προτάσεις που υπάρχουν, εάν οι πηγές χρηματοδότησης εκλείψουν ή κριθούν ανεπαρκείς. Ο προϋπολογισμός της πιλοτικής λειτουργίας των Τ.Ο.Μ.Υ είναι 67.044.237,46 ευρώ· πρόκειται για δημόσια δαπάνη που προέρχεται από ενωσιακούς και εθνικούς πόρους (ΑΔΑ:ΨΦΜ7465ΦΥΟ-Φ2Γ/09-01-2018, σσ.9,22). Μετά την πιλοτική περίοδο λειτουργίας του έργου και τη χρηματοδότηση από το ΕΣΠΑ, οι δομές θα χρηματοδοτούνται από πόρους της Περιφέρειας (ό.π., σ.26). Ωστόσο, ο τρόπος με τον οποίο το κόστος λειτουργίας θα απορροφηθεί από τον κρατικό προϋπολογισμό είναι δύσκολο να απαντηθεί και σ' αυτό ακριβώς το σημείο δύναται να εμφανισθεί ένα σημαντικό κενό στη μεταρρυθμιστική πορεία της Πρωτοβάθμιας, καθώς αυτή η πρόβλεψη δεν υπάρχει στον ν. 4486/2017. Στο άρθρο 106 του ν. 4461/2017 αναφέρεται πως τα λειτουργικά έξοδα και η μισθοδοσία των Τ.Ο.Μ.Υ. καλύπτονται από ενωσιακούς πόρους από το συγχρηματοδοτούμενο τετραετές πρόγραμμα από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ν. 4461/2017-ΦΕΚ 38/Α/28-03-2017), εντούτοις, στον ν. 4486/2017 δεν υπάρχει κάποια αναφορά για τη μετακύλιση του κόστους χρηματοδότησης των ΤΟ.Μ.Υ..

Σύμφωνα με την ενημέρωση (Τζώρτζη, 2018) από το Υπουργείο –το οποίο είναι και ο Φορέας της χρηματοδότησης (ΑΔΑ: ΨΦΜ7465ΦΥΟ-Φ2Γ/09-01-2018, σ.23)- μετά την πιλοτική 6μηνη έως 11μηνη διάρκεια, το κόστος λειτουργίας περνάει στα Περιφερειακά Επιχειρησιακά Προγράμματα (Π.Ε.Π), έως το τέλος του 24μηνου

χρονοδιαγράμματος του έργου (ό.π., σ.18). Η συνέχιση της λειτουργίας και η διατηρησιμότητα της δομής έγκειται στη θετική αποτίμηση της λειτουργίας της μέσω της αυτοαξιολόγησης και στην οριστική ενσωμάτωσή της στην Π.Φ.Υ., ενώ η χρηματοδότησή της από το Π.Ε.Π. έχει ως προϋπόθεση τη λήξη της προηγούμενης συγχρηματοδότησης και τη σχετική δήλωση από την αρμόδια Δ.Υ.ΠΕ. (ό.π., σσ.19,21). Πρέπει να σημειώσουμε πως μέχρι σήμερα -και ενώ πλησιάζει η λήξη της πιλοτικής λειτουργίας των πρώτων Τ.Ο.Μ.Υ.- δεν υπάρχει κάποια ενημέρωση από την Ε.Δ.Ε.ΥΠ.Υ., τη δικαιούχο της αρχικής χρηματοδότησης των δομών, σχετικά με τις εξελίξεις στη διαδικασία αυτή.

Εντούτοις, η χρηματοδότηση από ενωσιακούς πόρους δε λήγει απαραίτητα με τη λήξη της εγκεκριμένης χρηματοδότησης. Η αναπροσαρμογή της αποτελεί εν δυνάμει αντικείμενο διαβουλεύσεων -βάσει ανάλογης τεκμηρίωσης- του ελληνικού κράτους με τις ευρωπαϊκές ομάδες και τις σχετικές επιτροπές αναθεώρησης, καθώς η πορεία υλοποίησης ενός έργου μπορεί να παρουσιάζει χρονική στέρηση και άλλες δυσκολίες ολοκλήρωσης· σε μια τέτοια περίπτωση είναι δυνατή η λήψη απόφασης για περαιτέρω χρηματοδότηση, χρονική επέκταση, αναδιανομή πόρων ή ό,τι άλλο κριθεί αναγκαίο για τη βιωσιμότητα ενός έργου, εφόσον φυσικά υπάρξει θετική ανταπόκριση από τα αρμόδια ευρωπαϊκά όργανα (Κουφάκης, 2018<sub>2</sub>).

Ωστόσο, όποιο κι αν είναι το μέλλον της χρηματοδότησης του έργου από ενωσιακούς πόρους, γεννάται το ερώτημα κατά πόσο το έργο αυτό θα μπορούσε να χρηματοδοτηθεί αμιγώς και επαρκώς από τον κρατικό προϋπολογισμό, κάτι που άλλωστε αποτελεί την μακροπρόθεσμη προοπτική του. Ο αρχικός σχεδιασμός δεν παρέχει σαφή πρόβλεψη αλλά απλή αναφορά, γεγονός που σημαίνει πως για τις μεν Τ.Ο.Μ.Υ. θα εγκριθεί η συνέχειά τους με βάση τους προσεχείς κρατικούς προϋπολογισμούς, για τις δε Τ.Ο.Μ.Υ. η χρηματοδοτική συνέχεια θα πρέπει να αποτελέσει αντικείμενο θεσμικής ρύθμισης.

Κατά την άποψή μας, το ασαφές χρηματοδοτικό μέλλον του εγχειρήματος των Τοπικών Ομάδων και Τοπικών Μονάδων Υγείας, συνεπικουρούμενο από την διαφαινόμενη πολιτική ασυμφωνία για το μέλλον του θεσμού, βρίσκεται σε δυσαρμονία με τη σημασία που προσδίδεται σε αυτό για την μεταρρύθμιση και τον εκσυγχρονισμό της Π.Φ.Υ.. Παράλληλα, ο φόβος μη μακρομέρευσης του θεσμού ενισχύει τη διστακτικότητα του ιατρικού κόσμου, ως προς την στελέχωση των διαθέσιμων θέσεων,

αλλά και δύναται να συμβάλλει αρνητικά στην επιδιωκόμενη αναγκαία παροχή εμπιστοσύνης των πολιτών στον νέο θεσμό.

Κρίνουμε πως η οικονομική στήριξη του θεσμού με εθνικούς πόρους είναι απαραίτητη τόσο για την επιβίωσή του, όσο και για την επέκτασή του, ώστε να δύναται να εξυπηρετήσει επαρκώς τις ανάγκες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η συνέχεια του θεσμού αποτελεί πρωτίστως πολιτική προτεραιότητα και με δεδομένους τους περιορισμένους εθνικούς πόρους, ιδιαίτερα κατά τη σημερινή συγκυρία, η εξασφάλισή τους συνεπάγεται τον περιορισμό άλλων. Εξ αυτών, κρίνουμε ως αναγκαίο τον ανασχεδιασμό και την αναδιοργάνωση του τομέα της Υγείας· πρόκειται για διαδικασίες μακροχρόνιες, οι οποίες απαιτούν πολιτική, κοινωνική και επιστημονική συναίνεση, προσεκτικό σχεδιασμό με ένταξη μεθόδων του σύγχρονου μανάτζμεντ, ευέλικτα χρονικά περιθώρια και καθαρές στοχεύσεις.

## **8. Μελλοντικές προοπτικές**

Η βελτίωση της παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. είναι το προφανές ζητούμενο κάθε σχετικής νομοθετικής ενέργειας. Όπως είδαμε, με τον ν. 4486/2017 επιδιώκεται η εν τοις πράγμασι αναδιοργάνωση της Π.Φ.Υ., με την καθιέρωση των ΤΟ.Μ.Υ. (σε συνέχεια των Τ.Ο.Μ.Υ.) και του οικογενειακού ιατρού, καθώς και η επαναπροσέγγιση των αρχών της Alma Ata, σε επίπεδο αποκεντρωμένων και καθολικά διαθέσιμων υπηρεσιών.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, η βιωσιμότητα και η εξέλιξη των δομών αποτελεί το κύριο διακύβευμα ως προς την επιχειρούμενη μεταρρύθμιση της Π.Φ.Υ. που κομίζει ο πρόσφατος νόμος. Η βιωσιμότητά τους σχετίζεται α) με την πολιτική συναίνεση ως προς την κατεύθυνση του νόμου και την καταλληλότητα των δομών για την επίτευξη της μεταρρυθμιστικής προσπάθειας β) με τη χρηματοδοτική επάρκεια για την κάλυψη των επιλέξιμων δαπανών και των λοιπών λειτουργικών εξόδων γ) με τη επάρκεια της διεπιστημονικής και διοικητικής στελέχωσης των δομών, δ) με την εκπλήρωση των προσδοκιών από το παραγόμενο έργο τους και ε) με την θετική ανταπόκριση των πολιτών. Η εξέλιξη των δομών σχετίζεται με την ευόδωση των προγραμματικών στόχων τους, δηλαδή την δωρεάν, ποιοτική, ολιστική και καθολική κάλυψη των παροχών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στους χρήστες υπηρεσιών υγείας. Απαραίτητη προϋπόθεση για την επίτευξη του στόχου αυτού είναι η επέκταση της παροχής των

υπηρεσιών τους σε όλη την επικράτεια και για το σύνολο των πολιτών. Η επίτευξη της διαλειτουργικότητας αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για την εξασφάλιση της επιθυμητής ποιότητας στην παροχή των υπηρεσιών Π.Φ.Υ., παρέχοντας ταχύτητα, αξιοπιστία και διαφάνεια στις προσφερόμενες υπηρεσίες, με οφέλη τόσο για τον ασθενή, όσο και για το Σύστημα Υγείας γενικότερα.

Κατά τη γνώμη μας, η επίτευξη της πολιτικής συναίνεσης προϋποθέτει ανάλογη πολιτική κουλτούρα, όσο και συμφωνία, τουλάχιστον στα σημαντικότερα προτάγματα της μεταρρύθμισης. Ο πολιτικός διάλογος πρέπει να είναι ευρύς και να διαμείβεται πέρα από τις προφανείς πολιτικές διαφορές των κομμάτων. Κομβικής σημασίας για το αποτέλεσμα του διαλόγου είναι, εκτός από την πολιτική διάσταση, να λαμβάνεται υπόψη και η διεπιστημονική διάσταση: ο διάλογος πρέπει να λαμβάνει χώρα με τη συμμετοχή, τόσο των εμπλεκόμενων στην Υγεία, όσο και ειδικών επί του αντικειμένου μανατζερς, οι οποίοι πρέπει να απολαμβάνουν της εμπιστοσύνης όλων των πλευρών.

Η χρηματοδοτική επάρκεια αποτελεί ένα δισεπίλυτο πρόβλημα, το οποίο όμως δύναται να έχει και διοικητικές διαστάσεις. Με δεδομένο τον περιορισμό των διαθέσιμων πόρων και τη -συν τω χρόν- πλήρη ανάληψη της χρηματοδότησης των δομών από τον κρατικό προϋπολογισμό, γίνεται σαφές πως η συνέχεια του θεσμού απαιτεί έναν συμπεφωνημένο οικονομικό σχεδιασμό και την πιθανή αναζήτηση μια διαφορετικής διοικητικής οργάνωσης. Ως προς το πρώτο σκέλος, λαμβάνοντας ως δεδομένο το αμετάβλητο ύψος της σχετικής κρατικής πίστωσης, θα πρέπει να αναζητηθούν εντός του τομέα της Υγείας οι πόροι που θα χρηματοδοτήσουν τις δομές, χωρίς να αντιστρατεύονται τις αρχές της Alma Ata και της Astana. Θεωρώντας δεδομένη τη δυνατότητα ελέγχου ροής των ασθενών (gatekeeping) που θα προκύπτει από τις δομές της Π.Φ.Υ. (Πιερράκος, 2018<sub>2</sub>, σ.22), μια πιθανή μετακύλιση πόρων από τη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Πρωτοβάθμια θα μπορούσε να αποτελέσει αντικείμενο σοβαρής συζήτησης. Πιστεύουμε πως είναι ώριμες οι συνθήκες για εξορθολογισμό των νοσοκομειακών δομών, οι οποίες εξυπηρετούν σε μεγάλο βαθμό ανάγκες της Πρωτοβάθμιας, ενώ σε αρκετούς νομούς της χώρας υπάρχουν περισσότερα του ενός νοσοκομεία, διαθέτοντας συχνά ανταγωνιστικές κλινικές χωρίς αυτό να δικαιολογείται από την πληρότητά τους (Κουφάκης, 2018<sub>2</sub>).<sup>31</sup> Φυσικά, θα πρέπει να συνυπολογιστούν οι γεωγραφικές ιδιαιτερότητες των περιοχών

---

<sup>31</sup> Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι νομοί Αργολίδας, Ημαθίας, Ηλείας, Λασηθίου (Κουφάκης, 2018<sub>2</sub>).

και οι πραγματικές ανάγκες τους, οι οποίες ενίοτε συνδιαμορφώνονται και από την οικονομική δραστηριότητα ή το επιδημιολογικό και δημογραφικό προφίλ των περιοχών: χαρακτηριστικά αναφέρουμε περιοχές με έντονη τουριστική ή εποχιακή δραστηριότητα, περιοχές με αυξημένες ειδικές ιατρικές ανάγκες (Πτολεμαΐδα, Μεγαλόπολη), αλλά και δυσπρόσιτες ή νησιωτικές περιοχές. Η διαβούλευση με τους εμπλεκόμενους φορείς πρέπει να είναι ενδελεχής, ώστε να εξευρεθούν οι κατάλληλες λύσεις, στα πλαίσια ενός γενικότερου ανασχεδιασμού, με βάση τον οποίο οι νοσοκομειακές δομές θα λειτουργούν σε επίπεδο αλληλοσυμπλήρωσης και όχι ανταγωνισμού και τοπικισμού. Η ανάπτυξη της τηλεϊατρικής δύναται να επιφέρει σημαντικές λύσεις, αλλά και αυτή χρειάζεται επαρκές, εκπαιδευμένο προσωπικό και πληροφοριακή υποδομή, ενώ το κόστος της εφαρμογής της θα αντισταθμιστεί από το υπάρχον κόστος νοσηλείας. Τέλος, δε θα πρέπει να ξεχνάμε και την δυνατότητα αύξησης των κονδυλίων για την Υγεία συνολικά, αλλά αυτό αποτελεί πολιτική απόφαση και εφόσον έχουν πλέον εξαντληθεί τα εσωτερικά περιθώρια εξοικονόμησης πόρων της Υγείας (Ναυτεμπορική, 2018).

Σε διοικητικό επίπεδο, πιστεύουμε πως θα ήταν χρήσιμο το Υπουργείο Υγείας να περιοριστεί σε καθαρά επιτελικό ρόλο. Ένα σημαντικό κομμάτι των σημερινών αρμοδιοτήτων του θα πρέπει να περάσει στις Δ.Υ.ΠΕ., μαζί με τις ανάλογες αποφασιστικές αρμοδιότητες, και τους απαραίτητους ανθρώπινους και οικονομικούς πόρους. Οι δομές της Π.Φ.Υ. και ο αποκεντρωτικός χαρακτήρας τους αναιρείται από την εξάρτηση τους από το υπουργείο, ενώ οι Δ.Υ.ΠΕ. στερούνται των αρμοδιοτήτων αυτών, αλλά και της ανάλογης στελέχωσης, ώστε να ανταπεξέλθουν με επιτυχία στο προσδοκώμενο έργο τους.<sup>32</sup> αυτό έχει ως αποτέλεσμα το έργο τους να μένει μετέωρο και σε σχέση εξάρτησης με το Υπουργείο. Όπως ήδη αναφέραμε, καταγράφονται απόψεις σύμφωνα με τις οποίες αμφισβητείται η σημασία της ύπαρξης των Δ.Υ.ΠΕ.. Οι υποστηρικτές των απόψεων αυτών κρίνουν πως θα μπορούσαν να αντικατασταθούν από αντίστοιχες υπηρεσίες στις Διοικητικές Περιφέρειες με σαφή αποφασιστικό προσανατολισμό, ανάλογους πόρους και προσωπικό (Κουφάκης, 2018<sub>2</sub>). Το θεσμικό πλαίσιο για τη διάδοχη κατάσταση σε μια ενδεχόμενη αντικατάστασή τους παρέχεται ήδη από τον νόμο Καλλικράτη και προφανώς είναι εφικτή η περαιτέρω συγκεκριμενοποίησή του.

<sup>32</sup> Χαρακτηριστικά αναφέρουμε την περίπτωση της εξέτασης των αιτήσεων των ενδιαφερομένων για τις Τ.ΟΜ.Υ. κατά τον πρώτο διαγωνισμό (2017): παρουσιάστηκαν μεγάλες αδυναμίες και σύγχυση και για να αποφευχθεί μελλοντικά, το Υπουργείο ανέλαβε τη διαχείριση των αιτήσεων κατά τον 2ο διαγωνισμό.

Η επάρκεια της διεπιστημονικής στελέχωσης των Τ.Ο.Μ.Υ. είναι ένα ακόμα στοίχημα που πρέπει να κερδιθεί, καθώς, όπως είδαμε, δεν υπάρχει επαρκής στελέχωση για τις θέσεις οικογενειακών ιατρών. Πιστεύουμε πως πρέπει η πολιτική ηγεσία να αναζητήσει κίνητρα προσέλκυσης ενδιαφέροντος των ιατρών, εκτός από το οικονομικό και στο επαγγελματικό επίπεδο. Κρίνουμε πως θα ήταν χρήσιμο να τονωθεί το ενδιαφέρον των φοιτητών ιατρικής για τις επαγγελματικές δυνατότητες της γενικής ιατρικής, ώστε να αντιστραφεί η σημερινή εικόνα της περιορισμένης ζήτησης για την εν λόγω ειδικότητα, η οποία είναι απότοκο της τρέχουσας κατεύθυνσης της Υγείας που ευνοεί την υπερ-εξειδίκευση (ό.π).

Οι νέες δομές πρέπει να είναι επαρκώς εξοπλισμένες και στελεχωμένες για να καλύπτουν τις ανάγκες τους και να παρέχουν αναβαθμισμένες υγειονομικές υπηρεσίες στους πολίτες. Η διαλειτουργικότητα των υπηρεσιών αποτελεί το κρίσιμο σημείο αναβάθμισης των υπηρεσιών. Θα πρέπει να δοθεί έμφαση και προτεραιότητα, τόσο στη διαμόρφωση μιας ηλεκτρονικής πλατφόρμας διάδρασης μεταξύ των υπηρεσιών, όσο και στη σχετική κατάρτιση του διεπιστημονικού και διοικητικού προσωπικού. Παράλληλα, θα πρέπει να καμφθούν οι αντιστάσεις που υπάρχουν από το προσωπικό των δομών ως προς τις εφαρμογές της ηλεκτρονικής διακυβέρνησης· αυτό δύναται να επιτευχθεί μέσω του διαλόγου και με πραγματοποίηση σχετικών σεμιναρίων, ώστε να γίνει κατανοητό πως ο εκσυγχρονισμός των παροχών και η βελτιστοποίηση των διαδικασιών προϋποθέτουν την καλλιέργεια αντίστοιχης διοικητικής και επιστημονικής κουλτούρας και δεξιάτητας. Παράλληλα, θα πρέπει να αναζητηθεί το πλαίσιο μέσα στο οποίο θα επιτευχθεί η διαλειτουργικότητα. Η επίτευξη της διαλειτουργικότητας απαιτεί χρόνο, ανθρώπινους και οικονομικούς πόρους, και εξοικίωση.

Η θετική ανταπόκριση των πολιτών προϋποθέτει όλα τα παραπάνω και αποτελεί το ουσιαστικό ζητούμενο αποτέλεσμα. Οι πολίτες για να εμπιστευθούν τον θεσμό των Τ.Ο.Μ.Υ. και του οικογενειακού ιατρού θα πρέπει να απολαμβάνουν ικανοποιητικές υπηρεσίες ευρείας κλίμακας, από επαρκώς στελεχωμένο προσωπικό, αξιόπιστες και γρήγορες διαδικασίες και να αποφεύγουν την ταλαιπωρία. Ωστόσο, κρίνουμε πως δεν μπορεί να επιτευχθεί επαρκής γνωστοποίηση της ύπαρξης των νέων δομών και των υπηρεσιών τους μέσα από την αποσπασματική ενημέρωση. Η γνωστοποίηση πρέπει να λαμβάνει χώρα μέσω μιας συγκροτημένης, καθολικής ενημερωτικής καμπάνιας εθνικού χαρακτήρα: όπως προαναφέραμε, η δράση αυτή θα πρέπει να πραγματοποιηθεί τόσο

μέσω διαδικτύου (με τη δημιουργία σχετικής ιστοσελίδας), όσο και με πιο παραδοσιακά μέσα (μέσω ταχυδρομικής αποστολής ενημερωτικού υλικού).

### **9. Συνθετική Διάγνωση**

#### **Η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με βάση τον ν. 4486/2017**

Προχωράμε στη συνθετική διάγνωση του μεταρρυθμιστικού νόμου κάνοντας χρήση της μεθόδου SWOT ανάλυσης. Η SWOT (Δυνατά και Αδύνατα Σημεία, Ευκαιρίες, Κίνδυνοι / Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) ανάλυση χρησιμοποιεί τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των δομικών και λειτουργικών στοιχείων του Νόμου. Πιο συγκεκριμένα, συνδυάζονται οι κίνδυνοι και απειλές που αφορούν στο μέλλον της Π.Φ.Υ., με τα αδύνατα και δυνατά σημεία της παρούσας κατάστασης, έχοντας ως στόχο την ολιστική και συνοπτική παρουσίαση των δυνατοτήτων του Νόμου. Ακολουθεί η συνδυαστική αξιολόγηση παραγόντων, η οποία αποτυπώνεται στον ακόλουθο συνοπτικό πίνακα:

	<b>Δυνατά Σημεία (Strengths)</b>	<b>Αδυναμα Σημεία (Weaknesses)</b>
<b>Παρούσα κατάσταση</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Καθολική Πρόσβαση πολιτών στην Π.Φ.Υ.</li> <li>➤ Συμβατότητα με τις περισσότερες διακηρυγμένες αρχές Alma Ata, Astana</li> <li>➤ Θεσμοθέτηση οικογενειακού ιατρού και Ομάδων Υγείας</li> <li>➤ Καθιέρωση του Α.Η.Φ.Υ.</li> <li>➤ Ηλεκτρονική συνταγογράφηση</li> <li>➤ Εισαγωγή νέας δομής Π.Φ.Υ.- ΤΟ.Μ.Υ.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ελλείψεις προσωπικού</li> <li>➤ Περιορισμένο ενδιαφέρον ιατρών</li> <li>➤ Έλλειψη διαλειτουργικότητας, περιορισμένη διασυνδετική</li> <li>➤ Έλλειψη εκπαίδευσης - επιμόρφωσης του προσωπικού στην ηλεκτρονική διακυβέρνηση</li> <li>➤ Ανεπαρκής πληροφόρηση των πολιτών</li> <li>➤ Μη εξασφαλισμένη 24ωρη πρόσβαση</li> <li>➤ Ελλείψεις γενικών ιατρών</li> <li>➤ Μη κάλυψη του συνόλου της ελληνικής επικράτειας</li> <li>➤ Καθυστερήσεις στην στελέχωση Τ.Ο.Μ.Υ.</li> <li>➤ Μη ολικά αποκεντρωμένες διοικητικές διαδικασίες</li> </ul>
	<b>Ευκαιρίες (Opportunities)</b>	<b>Κίνδυνοι (Threats)</b>
<b>Μελλοντική κατάσταση</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Βελτίωση υπηρεσιών ΠΦΥ</li> <li>➤ Έλεγχος ροής ασθενών (gatekeeping) προς τα νοσοκομεία</li> <li>➤ Βελτίωση χρόνου- κόστους υπηρεσιών υγείας</li> <li>➤ Πλήρης πρωτοβάθμια υγειονομική κάλυψη της ελληνικής επικράτειας</li> <li>➤ Καθιέρωση διαλειτουργικότητας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Μη εξασφαλισμένη χρηματοδοτική συνέχεια</li> <li>➤ Αντιδράσεις ιατρών - ιδιωτικά συμφέροντα</li> <li>➤ Πολιτική ασυμφωνία για τη συνέχεια του θεσμού</li> <li>➤ Μέτρια ανταπόκριση των πολιτών</li> <li>➤ Δυσμενές οικονομικό και διοικητικό περιβάλλον</li> </ul>



## 10. Επίλογος

Ο μεταρρυθμιστικός νόμος 4486/2017 αποτελεί μια σημαντική, φιλόδοξη προσπάθεια αναδιαμόρφωσης του πεδίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη χώρα και κορυφαίο αντικείμενο συζήτησης και ερμηνείας στον χώρο της Υγείας. Στην παρούσα εργασία, προτού ασχοληθούμε με τον μεταρρυθμιστικό νόμο 4486/2017, τις ΤΟ.Μ.Υ. και τις Ομάδες Υγείας που εισάγονται με αυτόν, αναφερθήκαμε στην έννοια του Συστήματος Υγείας, παρουσιάσαμε το Εθνικό Σύστημα Υγείας και την ιστορική του πορεία μέχρι σήμερα. Κατόπιν, παρουσιάσαμε την Π.Φ.Υ. και τις αρχές που τη διέπουν. Στη συνέχεια, αφού παραθέσαμε τον νόμο και τις δομές που εισάγει, συζητήσαμε τη σημασία της διαλειτουργικότητας και της διασυνδεδετικής και τα προβλήματα που παρουσιάζονται στην εφαρμογή τους. Επίσης, προχωρήσαμε σε κριτική αποτίμηση του νόμου, αναφερθήκαμε στο σκεπτικό του νομοθέτη και τη σημασία και τις ευκαιρίες που παρουσιάζονται σε σχέση με την αποκέντρωση των δομών. Ακολούθως, σχολιάσαμε τον ρόλο που διαδραματίζουν οι ΤΟ.Μ.Υ και τις πολιτικές, οικονομικές, επαγγελματικές, κοινωνικές και λειτουργικές, κοινωνικές διαστάσεις της καθιέρωσής τους. Τέλος, αποτυπώσαμε τις μελλοντικές προοπτικές που παρουσιάζονται, τα θετικά και τα αδύναμα σημεία, τις δυνατότητες και τις απειλές για τη μεταρρυθμιστική προσπάθεια στο χώρο της Υγείας.

Οι θεσμοί, η δομή και οι λειτουργίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι αποτέλεσμα της εξελικτικής του πορείας, μέσα στο πολιτικό, κοινωνικό, οικονομικό και διοικητικό περιβάλλον εντός του οποίου έχουν διαμορφωθεί (Μπουρσανίδης, 2015, σ.5). Συνεπώς, η βελτίωση του Ε.Σ.Υ. γενικότερα, και της Π.Φ.Υ. ειδικότερα, αποτελεί μια διαδικασία σε διάδραση με τη γενικότερη αναδιαμόρφωση του παραπάνω πλαισίου. Οι επιδιωκόμενες αλλαγές απαιτούν χρόνο, υπομονή και αναστοχασμό για να εφαρμοστούν και να εμπεδωθούν, ώστε να παράξουν τα προσδοκώμενα αποτελέσματα.

Ωστόσο, το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα δύναται να προκύψει μέσα από τη συνεπή δρομολόγηση διαδικασιών και την απαραίτητη προσήλωση τόσο στον σκοπό, όσο και στη διαδρομή που θα επιλεγεί. Εν προκειμένω, η ανάγκη μεταρρύθμισης της Π.Φ.Υ. παραμένει απλά μια διαπίστωση, εάν δεν υπάρχει σύμπνοια ως προς τα προτάγματά της, την πολιτική που θα ακολουθηθεί, το προσδοκώμενο αποτέλεσμα, τον τρόπο εφαρμογής των αλλαγών και την εξασφάλιση των απαιτούμενων οικονομικών πόρων. Παράλληλα, είναι απαραίτητη η εξέρευση του κατάλληλου ανθρώπινου δυναμικού για την εξασφάλιση της ποσοτικής, ποιοτικής επάρκειας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Επίσης, η κάθε βελτιωτική πρωτοβουλία έχει πολύ στενά περιθώρια εάν δε συνοδεύεται από εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών και εκμετάλλευση των δυνατοτήτων που παρέχει η σύγχρονη τεχνολογία. Η απλή συνταγογραφική διασύνδεση της Πρωτοβάθμιας με τη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια πρέπει να ξεπεραστεί και να υιοθετηθεί -το ταχύτερο δυνατό και με ανάληψη κάθε απαραίτητης πρωτοβουλίας- η διαλειτουργικότητα των υπηρεσιών. Η επίτευξη της πλήρους διαλειτουργικότητας θα οδηγήσει σε εξοικονόμηση πόρων, περιορισμό σπαταλών σε ανθρώπινο δυναμικό, ελάφρυνση του φόρτου εργασίας στα νοσοκομεία, εξορθολογισμό στις υπηρεσίες, αναίρεση δυσλειτουργιών και φαινομένων, όπως η προκλητή ζήτηση και η αντιμετώπιση της υγείας ως καταναλωτικό αγαθό. Πρωτίστως, όμως, θα παραδώσει στον πολίτη του αύριο μια Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σύγχρονη και αποτελεσματική, η οποία θα δύναται να εκπληρώσει την αποστολή της και να υποστηρίξει στην πράξη τους διακηρυγμένους στόχους της και τις προσδοκίες των πολιτών.

Με το βλέμμα προς το μέλλον, ο μεταρρυθμιστικός νόμος 4486/2017 σκιαγραφεί την επιδιωκόμενη κατάσταση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα, φέρει σαφές κοινωνικό πρόσημο, με αρχές οι οποίες σε μεγάλο βαθμό διέπονται από τις διακηρύξεις της Alma Ata και στο πλαίσιο του κράτους πρόνοιας που φιλοδοξεί να υπηρετήσει. Παράλληλα, παρέχει τις αδρές γραμμές του οδικού χάρτη προς την επίτευξη του στόχου αυτού και ανανεώνει δυναμικά τη δομή της Π.Φ.Υ., επιδιώκοντας να επαναπροσδιορίσει τις υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αποτελεί πλέον ευθύνη της Πολιτείας να καταφέρει να υποστηρίξει συνολικά τη μεταρρυθμιστική προσπάθεια, καθώς και την χρήση της σύγχρονης τεχνολογίας, παρέχοντας την απαιτούμενη διαλειτουργικότητα. Ο χρόνος θα δείξει εάν η προσπάθεια του εν λόγω νόμου θα παράξει σημαντικά αποτελέσματα, θα κερδίσει την εμπιστοσύνη των πολιτών και θα αποτελέσει τη βάση για την εγκαθίδρυση ενός σύγχρονου, καθολικού, ποιοτικού και αποτελεσματικού Εθνικού Συστήματος Υγείας.

## 11. Βιβλιογραφία

- Αντωνιάδου, Ι., Κούτης Α., Λιονής, Χρ., Μυλωνέρος, Θ., Παναγιωτόπουλος, Τ., Μπένος, Αλ. (2015) *Βασικές αρχές, θέσεις και προτάσεις για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*, Διαθέσιμο στο:  
<http://isx.gr/sites/default/files/%CE%A4%CE%BF%20%CF%80%CF%8C%CF%81%CE%B9%CF%83%CE%BC%CE%B1%20%CF%84%CE%B7%CF%82%20%CE%9F%CE%BC%CE%AC%CE%B4%CE%B1%CF%82%20%CE%B5%CF%81%CE%B3%CE%B1%CF%83%CE%AF%CE%B1%CF%82%20%CE%B3%CE%B9%CE%B1%20%CF%84%CE%B7%CE%BD%20%CE%A0.%CE%A6.%CE%A5..pdf> [Πρόσβαση 1-12-2018].
- Βαλσάμος, Π. (2018) *Συστήματα Πληροφορικής Υπηρεσιών Υγείας*, Αθήνα: ΕΣΔΔΑ.
- Βραχνέλη, Αγγ. (2017) *Πρωτοβάθμια Περίθαλψη και Σύστημα Υγείας: Μεταρρυθμιστικές Προσπάθειες, Προβλήματα και Προοπτικές*, Αθήνα: ΕΣΔΔΑ.
- Ε.Σ.Δ.Δ.Α. (2017) *Στρατηγική και Εφαρμογές Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης*, Αθήνα: ΕΣΔΔΑ.
- Κουφάκης, Αντ. (2018<sub>1</sub>) Παρουσίαση στο πλαίσιο του μαθήματος «*Οργάνωση και Διοίκηση Νοσοκομείων Ε.Σ.Υ.*», Αθήνα: ΕΣΔΔΑ.
- Κουφάκης, Αντ. (2018<sub>2</sub>) *Συνέντευξη για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας*, Αθήνα.
- Κουφάκης, Αντ. (2018<sub>3</sub>) Παρουσίαση στο πλαίσιο του μαθήματος «*Καθολική υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού*», Αθήνα: ΕΣΔΔΑ.
- Κυριόπουλος, Γ. (χ.χ.) *Διλήμματα και ερωτήματα ερωτήματα για την ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα: Bismarck versus Beveridge*, διαθέσιμο στο  
<https://chronos.fairead.net/kyriopoulos-bismarck-versus-beveridge> [πρόσβαση 20-11-2018].
- Κυριόπουλος, Γ. (2018<sub>2</sub>) *Η Επικαιρότητα της Διακήρυξης της Alma Ata για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*, διαθέσιμο στο  
<https://chronos.fairead.net/kyriopoulos-alma-ata> [πρόσβαση 27-11-2018].

Μπουλουτζιά, Π. (2018) *Πρωταθλητές σε ιδιωτικές δαπάνες υγείας οι Έλληνες στην Ευρώπη* (31-03-2018), διαθέσιμο στο <http://www.kathimerini.gr/956760/gallery/epikairothta/ellada/prwta8lhthes-se-idiwtikes-dapanes-ygeias-oi-ellhnes-sthn-eyrwph>, [πρόσβαση 18-11-2018].

Μπουρσανίδης, Χρ. (2018) Παρουσίαση στο πλαίσιο του μαθήματος «*Συστήματα και Πολιτικές Υγείας*», Αθήνα: ΕΣΔΔΑ.

Μπουρσανίδης, Χρ. (2017) *Οργάνωση Συστημάτων Υγείας & Συγκριτική πολιτική Υγείας*, Διδακτικές Σημειώσεις-Typescript, 10η Βελτιωμένη Έκδοση, Αθήνα: ΕΣΔΔΑ.

Μπουρσανίδης, Χρ. (2015) *Η δύσκολη πορεία προς την καθολική κάλυψη υγείας: ο αναδύμενος ρόλος του Εθνικού Ταμείου Ασφάλισης Υγείας (ΕΤΑΥ)*, Αθήνα: ΕΣΔΔΑ.

Ξανθός, Αν. (2018) *Αναπτυξιακός ο ρόλος της υγείας* (16-4-2018), διαθέσιμο στο: <http://www.avgi.gr/article/10840/8837126/an-xanthos-anptyxiakos-o-rol-os-tes-ygeias> [πρόσβαση 6-12-2018].

Πεπρράκος, Γ. (2018<sub>1</sub>) Σημειώσεις Μαθήματος «*Οργάνωση και Διοίκηση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*», Αθήνα: ΕΣΔΔΑ.

Πεπρράκος, Γ. (2018<sub>2</sub>) Παρουσίαση στο πλαίσιο του μαθήματος «*Οργάνωση και Διοίκηση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*», Αθήνα: ΕΣΔΔΑ.

Σωτηρέλλης, Γ.- Ξηρός, Θ. (2011) *Το Σύνταγμα Της Ελλάδας*, Αθήνα: Εκδόσεις Σάκκουλα Α.Ε.

Τζώρτζη, Χρ. (2018) *Συνέντευξη για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας*: Αθήνα.

Φιλαλήθης, Τ. (2018) *Οργάνωση υπηρεσιών: Μοντέλα Συστημάτων Υγείας*, Πανεπιστήμιο Κρήτης διαθέσιμο στο [https://opencourses.uoc.gr/courses/pluginfile.php/16838/mod\\_resource/content/1/KY%20-06%20Models%202015.pdf](https://opencourses.uoc.gr/courses/pluginfile.php/16838/mod_resource/content/1/KY%20-06%20Models%202015.pdf), [πρόσβαση 20-11-2018].

Hammond, W. E. (2018) *How Do You Know When You Have Interoperability?*, διαθέσιμο στο <https://www.ejbi.org/scholarly-articles/how-do-you-know-when-you-have-interoperability.pdf> (06-06-2018) [ πρόσβαση 5-12-2018].

### Νομοθεσία- Υπουργικές Αποφάσεις

ΑΔΑ: 6Ν9Κ465ΦΥΟ-2Ι8/24-11-2017, διαθέσιμο στο:

<https://diavgeia.gov.gr/doc/6%CE%9D9%CE%9A465%CE%A6%CE%A5%CE%9F-2%CE%998?inline=true> [πρόσβαση 6-12-2018].

ΑΔΑ: ΨΦΜ7465ΦΥΟ-Φ2Γ/9-01-2018, διαθέσιμο στο:

<https://diavgeia.gov.gr/doc/%CE%A8%CE%A6%CE%9C7465%CE%A6%CE%A5%CE%9F-%CE%A62%CE%93?inline=true> [πρόσβαση 6-12-2018].

ΑΔΑ: Ψ50Π465ΦΥΟ-0ΘΖ/03-08-2017, διαθέσιμο στο

<https://diavgeia.gov.gr/doc/%CE%A850%CE%A0465%CE%A6%CE%A5%CE%9F-0%CE%98%CE%96?inline=true> [πρόσβαση 6-12-2018].

ΑΔΑ: 6ΕΥ6465ΦΥΟ-ΘΩ2/12-6-2018, διαθέσιμο στο

<https://diavgeia.gov.gr/doc/6%CE%95%CE%A56465%CE%A6%CE%A5%CE%9F-%CE%98%CE%A92?inline=true> [πρόσβαση 6-12-2018].

Ελληνική Δημοκρατία, Η Κυβέρνηση (2017) *Μεταρρύθμιση του Συστήματος Υγείας με στόχο, καθολικότητα, ισότητα, αποτελεσματικότητα στη φροντίδα* (17-01-2017),

διαθέσιμο στο

<https://government.gov.gr/%CE%BC%CE%B5%CF%84%CE%B1%CF%81%CF%81%CF%8D%CE%B8%CE%BC%CE%B9%CF%83%CE%B7-%CF%84%CE%BF%CF%85-%CF%83%CF%85%CF%83%CF%84%CE%AE%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CF%82-%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82-%CE%BC/>[πρόσβαση 27-11-2018].

Κοινή Υπουργική Απόφαση Γ3Α/Γ.Π.οικ.43718/2017, διαθέσιμη στο <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/iatroi/koine-upourgike-apophase-g3a-gp-oik-43718-2017.html> [πρόσβαση 17-11-2018].

N.4486/2017-ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017, διαθέσιμο στο:

<https://www.aftodioikisi.gr/mediafiles/2017/08/%CE%A6%CE%95%CE%9A.pdf> [πρόσβαση 6-12-2018]

- N.4461/2017-ΦΕΚ 38/Α/28-3-2017, διαθέσιμο στο <https://www.taxheaven.gr/laws/law/index/law/806> [πρόσβαση 6-12-2018]
- N.3527/2007-ΦΕΚ 25/Α/09-02-2007, διαθέσιμο στο [http://www.1dype.gov.gr/?page\\_id=43](http://www.1dype.gov.gr/?page_id=43) [πρόσβαση 11-12-2018].
- N.3329/2005-ΦΕΚ 81/Α/4-4-2005, διαθέσιμο στο: <http://www.1dype.gov.gr/wp-content/uploads/2014/10/4.pdf> [πρόσβαση 6-12-2018].
- N.3106/2003-ΦΕΚ 30/Α/10-2-2003, διαθέσιμο στο: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-3106-2003.html> [πρόσβαση 6-12-2018].
- N.2889/2001-ΦΕΚ 37/Α/02-03-2001, διαθέσιμο στο <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-2889-2001.html> [πρόσβαση 11-12-2018].
- N. 2071/1992- ΦΕΚ 123/Α/15-07-1992, διαθέσιμο στο <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-2071-1992.html> [πρόσβαση 6-12-2018<sub>1</sub>].
- Υπουργείο Υγείας (2018<sub>1</sub>) <http://tomy.moh.gov.gr/Help.aspx> [πρόσβαση 16-11-2018].
- Υπουργείο Υγείας (2018<sub>2</sub>) *Προσωρινοί πίνακες επιλογής οικογενειακών ιατρών* (30-8-2018), διαθέσιμο στο <http://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typouy/press-releases/5730-proswrinoi-pinakes-epiloghs-oikogeneiakwn-giatrwn>[πρόσβαση [25-11-2018].

### **Λοιπές διαδικτυακές πηγές**

- ΕΛΣΤΑΤ (2018) *Κατάσταση απασχόλησης και ποσοστό ανεργίας (Ιανουάριος 2004 - Σεπτέμβριος 2018)*, διαθέσιμο στο <http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SJO02/> [πρόσβαση 10-11-2018].
- ΗΔΙΚΑ Α.Ε. (2018) Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για τον πολίτη: Οικογενειακός ιατρός, διαθέσιμο στο <http://www.idika.gr/pfy/%CE%BF%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%B3%CE%B5%CE%BD%CE%B5%CE%B9%CE%B1%CE%BA%CE%BF%CF%82-%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%BF%CF%82.html> [πρόσβαση 16-11-2018].

Η Καθημερινή (2018) *ΕΛΣΤΑΤ: Στο 8,45% του ΑΕΠ οι δαπάνες στην υγεία για το 2016* (30-3-2018), διαθέσιμο στο

<http://www.kathimerini.gr/956592/article/oikonomia/ellhnikh-oikonomia/elstat-sto-845-toy-aep-oi-dapanes-sthn-ygeia-gia-to-2016> [πρόσβαση 18-11-2018].

Η Ναυτεμπορική (2014) *Τηλεϊατρική: Η νέα μορφή φροντίδας των ασθενών* (29-10-2014), διαθέσιμο στο <https://www.naftemporiki.gr/story/873677/tileiatriki-i-nea-morfi-frontidas-ton-asthenon> [πρόσβαση 30-11-2018].

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2018) *World Health Organization «Declaration On Primary Health Care: Astana 2018*, διαθέσιμο στο <http://www.who.int/primary-health/conference-phc/declaration> [πρόσβαση 1-12-2018].

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2018<sub>2</sub>) *Astana Declaration on Primary Health Care: From Alma Ata towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development*, διαθέσιμο στο [http://www.who.int/primary-health/conference-phc/DRAFT\\_Declaration\\_on\\_Primary\\_Health\\_Care\\_28\\_June\\_2018.pdf](http://www.who.int/primary-health/conference-phc/DRAFT_Declaration_on_Primary_Health_Care_28_June_2018.pdf) [πρόσβαση 26-11-2018].

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1946) *Constitution of the World Health Organisation*, διαθέσιμο στο: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1> [Πρόσβαση 6-12-2018].

Documentonews.gr (2018) *Οικογενειακός γιατρός από 1/1/2019 - Πώς γίνεται η εγγραφή, τι θα συμβεί σε περίπτωση μη εγγραφής των πολιτών* (9-12-2018), διαθέσιμο στο <https://www.documentonews.gr/article/oikogeneiakos-giatros-apo-112019-pws-ginetai-h-eggraph-ti-tha-symbei-se-periptwsh-mh-eggrafhs-twn-politwn> [11-12-2018].

Forin Σταματόπουλος ΙΚΕ (2017) *N. 4486/2017 (αιτιολογική έκθεση)*, διαθέσιμο στο <https://www.forin.gr/downloads/download/3446/n-4486-2017-aitiologikh-ekthesh> [πρόσβαση 17-11-2018].

Health View (2018) *Βασίλης Οικονόμου: Θα καταργήσουμε τις ΤΟΜΥ!* (30-04-2018), διαθέσιμο στο <https://www.healthview.gr/40050/vasilis-oikonomoy-tha-katargisoyme-tis-tomy> [πρόσβαση 15-11-2018].

H.I.M.M.S. (2018) <https://www.himss.org> [πρόσβαση 10-12-2018].

Iefimerida.gr (2018) *Ιατρικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης: Λάθος πείραμα οι ΤΟΜΥ, περιμένει τους πολίτες απεριορίστη ταλαιπωρία* (06-09-2018), διαθέσιμο στο <https://www.iefimerida.gr/news/442056/iatrikos-sylogos-thessalonikis-lathos-peirama-oi-tomy-perimenei-toys-polites> [πρόσβαση 15-11-2018]).

Lykavitos.gr (2018) *Σοκαριστικά στοιχεία από τον ΟΑΕΔ: Μόλις 1 στους 10 άνεργους παίρνουν το επίδομα ανεργίας* (9-11-2018), διαθέσιμο στο <https://www.lykavitos.gr/sokaristika-stoixeia-apo-ton-oaed-mol/> [πρόσβαση 10-11-2018].





Ευρωπαϊκή Ένωση  
Ευρωπαϊκό Ταμείο  
Ανάπτυξης

Ε.Π.  
**ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ  
ΔΗΜΟΣΙΟΥ  
ΤΟΜΕΑ**  
ΙΩΝΕΥ



ΕΣΠΑ  
2014-2020  
ανάπτυξη - εργασία - αλληλεγγύη

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης (ΕΣΔΔΑ)

Πειραιώς 211, ΤΚ 177 78, Τάυρος

τηλ: 2131306349 , fax: 2131306479

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