

Στρατηγικός σχεδιασμός ανάπτυξης ενός δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε αστική περιοχή

Συμεών Ναούμ

Στρατιωτικός Ιατρός, Υγειονομική Υπηρεσία 116 Πτέρυγα μάχης, Άραξος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) συνιστά την παροχή υπηρεσιών υγείας, η οποία είναι προσβάσιμη, συντονισμένη, συνεχής και πολύπλευρη. Στην Ελλάδα, παρότι έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες οργάνωσης και αναβάθμισης της Π.Φ.Υ., τα αποτελέσματα είναι αρκετά αμφιλεγόμενα. Μέσω της αξιολόγησης της παρούσας κατάστασης στην Ελλάδα, καταδεικνύεται η αναγκαιότητα ανάπτυξης ενός δικτύου Π.Φ.Υ. σε αστική περιοχή, με εστίαση στην πρόληψη και στην αγωγή υγείας. Επιπλέον, καταστρώνεται ανάλυση S.W.O.T. ώστε να επισημανθούν τα δυνατά και αδύνατα σημεία, οι ευκαιρίες και οι απειλές ενός τέτοιου εγχειρήματος. Τέλος, καθορίζονται το όραμα ενός εθνικού δικτύου Π.Φ.Υ., οι στρατηγικοί στόχοι και τα επιχειρησιακά σχέδια για την εφαρμογή του. Η εφαρμογή του σχεδιασμού προϋποθέτει την εκπόνηση χρονοδιαγράμματος, βασισμένου στη διάρκεια και την αλληλεξάρτηση των δράσεων. Τέλος, κατά τη διάρκεια της εφαρμογής του σχεδιασμού-προγραμματισμού, αλλά και μετά, απαιτείται συνεχής αξιολόγηση ώστε να γίνονται έγκαιρα διορθωτικές παρεμβάσεις.

Λέξεις ευρετηρίου: οικογενειακός γιατρός, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, προγραμματισμός-σχεδιασμός, λειτουργίες διοίκησης, ανάλυση S.W.O.T.

Παραπομπή

Σ. Ναούμ. Στρατηγικός σχεδιασμός ανάπτυξης ενός δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε αστική περιοχή. *Επιστημονικά Χρονικά* 2020; 25(1): 85-99

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) αναδόθηκε τη δεκαετία του 1970, ως η εναλλακτική απάντηση στα μέχρι τότε ιατροκεντρικά και νοσοκεντρικά συστήματα υπηρεσιών υγείας [1]. Η έννοια της Π.Φ.Υ. καθορίστηκε το 1978 στη διακήρυξη της Alma-Ata και ορίζεται ως «η ουσιαστική υγειονομική περίθαλψη που βασιζείται σε πρακτικές,

επιστημονικά σωστές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία, η οποία προσφέρεται σε όλα τα άτομα και όλες τις οικογένειες μιας κοινότητας με την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που ανταποκρίνεται στις οικονομικές δυνατότητες της κοινότητας και της χώρας σε κάθε στάδιο ανάπτυξης, σύμφωνα με πνεύμα αυτοδυναμίας και αυτοδιάθεσης» [2]. Ως

Π.Φ.Υ. μπορεί να προσδιοριστεί «η παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας, η οποία είναι προσβάσιμη, συντονισμένη, συνεχής και πολύπλευρη [3] ή ως το σύνολο παροχών υγείας που χαρακτηρίζεται από ολοκληρωμένες, προσβάσιμες και συντονισμένες υπηρεσίες υγείας, σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο» [4].

Στην Ελλάδα, αρχικά, η Π.Φ.Υ. θεσμοθετήθηκε κυρίως με τα νομοθετικά διατάγματα 2592/1953 και 3487/1955. Η μεγαλύτερη προσπάθεια νομοθετικής ρύθμισης τα τελευταία 40 χρόνια έγινε το 1983, με το νόμο για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), με τον οποίο εισήχθη ο θεσμός του οικογενειακού/γενικού ιατρού ως βασικό προσωπικό για τη στελέχωση των Κέντρων Υγείας [5], ενώ με το νόμο 1579/1985 [6] ιδρύεται η ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής. Κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί διάφορες προτάσεις και ψηφιστεί αρκετές νομοθετικές διατάξεις σχετικά με την ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού συστήματος Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα [7-11].

Αναφορικά με τον όρο στρατηγικό σχεδιασμό [12], καλείται «η διοικητική διαδικασία ανάπτυξης και επίτευξης μιας βιώσιμης προσαρμογής μεταξύ των σκοπών και των πόρων μιας επιχείρησης από τη μία, και των ευκαιριών που παρουσιάζονται από την άλλη, στο χώρο της διαρκώς εξελισσόμενης αγοράς». Αναλογικά, ο σχεδιασμός ενός δικτύου Π.Φ.Υ. δίνει την κατεύθυνση για τη μορφοποίηση των δραστηριοτήτων του, την εκπλήρωση της αποστολής του και την κάλυψη των αναγκών των δικαιούχων των υπηρεσιών του. Η επίτευξη των παραπάνω, προϋποθέτει την αποτελεσματική αξιοποίηση όλων των πόρων

που διαθέτει (π.χ. ανθρώπινο δυναμικό, υπηρεσίες). Είναι προφανές ότι ο σχεδιασμός-προγραμματισμός κάθε μονάδας υγείας, ως υποσύστημα του Ε.Σ.Υ. εντάσσεται στο πλαίσιο του εθνικού υγειονομικού σχεδιασμού και οι αντικειμενικοί στόχοι θα πρέπει να είναι απόλυτα εναρμονισμένοι με αυτούς του εθνικού σχεδιασμού [13]. Αυτό προϋποθέτει ότι το δίκτυο Π.Φ.Υ. είναι πλήρως ενημερωμένο για την εθνική πολιτική υγείας που εφαρμόζεται, αλλά και για το περιεχόμενο και τους στόχους του εθνικού σχεδιασμού-προγραμματισμού.

Στην παρούσα εργασία, εξετάζεται η αναγκαιότητα ανάπτυξης ενός δικτύου Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα, με εστίαση στην πρόληψη και στην αγωγή υγείας, και γίνεται μια προσπάθεια σχεδιασμού και εφαρμογής του σε αστική περιοχή. Αρχικά, προσδιορίζεται η έννοια της Π.Φ.Υ. Στη συνέχεια, γίνεται μια σύντομη ανασκόπηση της ιστορικής εξέλιξης της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα και αναφορά του ισχύοντος καθεστώτος. Αφού ελήφθησαν υπόψη τα χαρακτηριστικά ενός δικτύου Π.Φ.Υ., εκπονήθηκε S.W.O.T. ανάλυση, αναλύοντας τα δυνατά και αδύνατα σημεία του εσωτερικού περιβάλλοντος του δικτύου καθώς και των απειλών και των ευκαιριών του εξωτερικού. Τέλος, καθορίστηκαν το όραμα και οι στρατηγικοί στόχοι της διοίκησης και αναπτύχθηκαν οι μέθοδοι προσέγγισής τους, αποτελώντας τα επιμέρους επιχειρησιακά σχέδια.

ΔΙΚΤΥΟ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ (Δ.ΠΦΥ.Α.Π)

Η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα παρέχεται από τα Κέντρα Υγείας, τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα πολυιατρεία του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και τους ιδιώτες γιατρούς. Στην Π.Φ.Υ. συγκαταλέγονται επίσης η πρωτοβάθμια ψυχιατρική περίθαλψη και η οδοντιατρική κάλυψη [14].

Τα Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.) αστικού τύπου είναι κέντρα υγείας που λειτουργούν στα αστικά κέντρα. Ένα πρότυπο λειτουργίας αστικού Κ.Υ. θα μπορούσε να αποτελέσει η πολυκλινική του Ολυμπιακού Χωριού [15]. Η σύσταση του δικτύου Π.Φ.Υ. στις αστικές περιοχές έχει εξαγγελθεί από προηγούμενες κυβερνήσεις και θα αποτελείται από: Μονάδες Φροντίδας Υγείας Γειτονιάς (Μο.Φ.Υ.Γ.), δηλαδή τα περιφερειακά ιατρεία, που θα υποστηρίζονται και θα αναφέρονται στις Μονάδες Αναφοράς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Μ.Α.Π.Φ.Υ.), δηλαδή τα Κ.Υ. Οι εξαγγελίες αυτές στηρίζονται στην εισήγηση της ομάδας εργασίας με συντονιστή τον κ. Μπένο [16].

Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΕΝΟΣ ΔΙΚΤΥΟΥ Π.Φ.Υ.

Βάσει στατιστικών δεδομένων αναφορικά με την ιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα, ένα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού (περίπου 37 %) δηλώνει ότι αντιμετωπίζει οικονομικά εμπόδια για την απρόσκοπτη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας [17]. Σε αυτές τις οικονομικές

και κοινωνικές συνθήκες, η μετάβαση από την υπάρχουσα κατάσταση σε εκείνη όπου ο γενικός/οικογενειακός γιατρός θα αποτελεί μέρος μιας καλά εκπαιδευμένης ομάδας στη λειτουργία ολοκληρωμένων δικτύων, μπορεί να διασφαλίσει καλύτερη πρόσβαση για πολίτες με χαμηλό εισόδημα, με περισσότερες προληπτικές υπηρεσίες και έγκαιρη διαχείριση των προβλημάτων [18].

Εμπειρίες από το διεθνές περιβάλλον, έχουν δείξει ότι τα συστήματα υγείας που βασίζονται στην Π.Φ.Υ. μπορούν να επιφέρουν καλύτερα αποτελέσματα υγείας με λιγότερο κόστος [19,20]. Μελέτες αναφέρουν ότι, όσο ενισχύονται τα δίκτυα Π.Φ.Υ., τόσο βελτιώνονται οι δείκτες υγείας του πληθυσμού και παρατηρείται μείωση του αριθμού των πρόωρων θανάτων, αύξηση του προσδόκιμου ζωής και αύξηση της ικανοποίησης των πολιτών όσο αφορά το σύστημα περίθαλψης [21,22]. Η βελτιωμένη πρόσβαση σε Π.Φ.Υ. σχετίζεται με μείωση του ρυθμού θνησιμότητας, βελτίωση των δεικτών υγείας και μικρότερο κόστος [23-27]. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που εξηγούν τα θετικά αποτελέσματα, όπως η καλύτερη πρόσβαση, η έμφαση στην πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση [28]. Έχει αποδειχθεί, επίσης, ότι όσο αυξάνεται η πυκνότητα των γιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας τόσο μειώνεται η θνησιμότητα όπως και ότι, στους ενήλικες που παρακολουθούνται από οικογενειακό ιατρό, παρατηρείται μικρότερη θνησιμότητα [24,28].

Αναφορικά με το κόστος, η Π.Φ.Υ. απαιτεί λιγότερες δαπάνες επειδή (α) έχει μειωμένη απαίτηση σε εξοπλισμό υψηλής τεχνολογίας [29] και (β) οι οικογενειακοί γιατροί συνταγογραφούν λιγότερες διαγνωστικές

εξετάσεις από τους εξειδικευμένους, με αποτέλεσμα να μειώνεται η δαπάνη [30]. Η δυνατότητα πρόσβασης σε σταθερή πηγή φροντίδας συσχετίζεται με ελάττωση του ρυθμού επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων για μη επείγοντα περιστατικά [31]. Η έλλειψη ελέγχου της ροής των ασθενών στα επείγοντα οδηγεί στη συμφόρηση των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων και επιβαρύνει τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Με την ανασυγκρότηση του δικτύου Π.Φ.Υ., η νοσοκομειακή περίθαλψη μπορεί να απαλλαγεί από το βάρος του 25-30 % των περιπτώσεων [32]. Η μεγαλύτερη διαθεσιμότητα υπηρεσιών Π.Φ.Υ. συσχετίζεται με ελάττωση της χρήσης ακριβότερων τύπων υπηρεσιών υγείας, όπως η νοσηλεία σε νοσοκομειακές μονάδες [33]. Άλλωστε, ο Π.Ο.Υ. ειδικότερα, υποστηρίζει ότι η αναγέννηση των συστημάτων υγείας μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσα από την αναγέννηση της Π.Φ.Υ. [34,35].

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΥΠΑΡΧΟΥΣΑΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Διαχρονικά έχουν ψηφισθεί αρκετοί νόμοι για την οργάνωση της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα, αλλά μολονότι αυτοί οι νόμοι περιλαμβάνουν πολλές και σημαντικές ρυθμίσεις που θα μπορούσαν να βελτιώσουν το σύστημα Π.Φ.Υ., είτε αυτοί δεν εφαρμόστηκαν, είτε εφαρμόστηκαν αποσπασματικά, είτε δεν είχαν την απαιτούμενη πληρότητα, ώστε να οδηγήσουν στην οργάνωση και εδραίωση ενός αποτελεσματικού συστήματος Π.Φ.Υ. [36]. Η αλλαγή κυβερνήσεων οδήγησε σε νομοθετήματα με διαφορετικές προσεγγίσεις σχετικά με θέματα Π.Φ.Υ. με αποτέλεσμα να

γίνουν αρκετές παλινωδίες. Η ελληνική νομοθεσία για την Π.Φ.Υ. είναι κατακερματισμένη, πολλές από τις υπάρχουσες διατάξεις δεν έχουν εφαρμοστεί ποτέ, καθώς επίσης υπάρχει και νομοθετική ασάφεια [37, 38].

Μια προσπάθεια οργάνωσης ενός ενιαίου και ισχυρού συστήματος Π.Φ.Υ. έγινε το 2014 με τον νόμο 4238 [11]. Ένα βασικό χαρακτηριστικό του νόμου είναι η δημιουργία καθολικού, ενιαίου και αποκεντρωμένου Π.Ε.Δ.Υ. που λειτουργεί υπό τις Δ.Υ.Πε. Στο νόμο αυτό, αναφέρεται η διεπαγγελματική-διεπιστημονική ομάδα, ο οικογενειακός γιατρός, θεσπίζεται ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (Α.Η.Φ.Υ.) και ρυθμίζονται θέματα που αφορούν στα Κ.Υ. Με το Ν. 4368/2016 [39], φαίνεται να διευθετείται η κάλυψη των ευπαθών ομάδων, επιτρέποντας την υγειονομική κάλυψη των ανασφάλιστων και των προσφύγων στο Π.Ε.Δ.Υ., όμως είναι ακόμη πολύ νωρίς για να εξάγουμε ασφαλή συμπεράσματα.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΝΟΣ ΑΣΤΙΚΟΥ Δ.Π.Φ.Υ.Α.Π - ΑΝΑΛΥΣΗ S.W.O.T.

Τα χαρακτηριστικά του δικτύου Π.Φ.Υ. αφορούν στο εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον του, που στην ακόλουθη ανάλυση S.W.O.T., έχουν ομαδοποιηθεί σε πλεονεκτήματα και αδυναμίες του δικτύου, καθώς και σε ευκαιρίες και απειλές που σχετίζονται με αυτό.

Πίνακας 1. Ανάλυση S.W.O.T.

	ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ A STRENGTHS	ΑΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ WEAKNESSES
ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	1. Οι ρυθμίσεις του Ν.4238/2014	1. Ανεπαρκείς πόροι για την Π.Φ.Υ.
	2. Διαθεσιμότητα υγειονομικού προσωπικού με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης	2. Ανεπαρκή συστήματα διοίκησης
	3. Ηλεκτρονικά Συστήματα Υγείας	3. Ανεπάρκεια προσωπικού

	ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ OPPORTUNITIES	ΑΠΕΙΛΕΣ THREATS
ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	1. Χρηματοδότηση μέσω ΕΣΠΑ	1. Αντίσταση από επαγγελματικές ομάδες
	2. Η τρέχουσα οικονομική κρίση παρέχει ευκαιρίες εφαρμογής του νόμου για την ανάπτυξη και λειτουργία αστικού δικτύου Π.Φ.Υ.	2. Δημογραφικά προβλήματα- Γήρανση πληθυσμού- Μετανάστευση- Ανεργία-Προσφυγικό
	3. Το πρόγραμμα της Ε.Ε για την υγεία (2014-2020)	3. Παλινωδίες από πιθανή αλλαγή πολιτικών και κατευθύνσεων μετά από αλλαγή κυβερνήσεων
	4. Κυβερνητικές εξαγγελίες για την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου Δικτύου Π.Φ.Υ.	4. Δημοσιονομικοί περιορισμοί
		5. Απώλεια κοινοτικών πόρων
		6. Γραφειοκρατία της δημόσιας διοίκησης-Αντίσταση στις αλλαγές
		7. Δυσμενής εικόνα του πληθυσμού για τις παρεχόμενες υπηρεσίες από το δίκτυο
		8. Έλλειψη Γενικών Ιατρών

ΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ

1. Οι ρυθμίσεις των Ν.4238/2014

Ο Ν.4238/2014 παρέχει το νομικό πλαίσιο για τη δημιουργία δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και αστικών κέντρων υγείας.

2. Διαθεσιμότητα υγειονομικού προσωπικού με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης

Τα Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα και ορισμένοι από τους οργανισμούς Δημόσιας Υγείας, διαθέτουν καλά εκπαιδευμένο και έμπειρο επιστημονικό προσωπικό, το οποίο θα μπορούσε να αξιοποιηθεί για την ανάπτυξη και λειτουργία του αστικού δικτύου Π.Φ.Υ.

3. Ηλεκτρονικά Συστήματα Υγείας

Ηλεκτρονικά συστήματα όπως: Ο Α.Η.Φ.Υ, που είναι πλέον διαθέσιμος μέσω της ιστοσελίδας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., το ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογράφησης, αλλά και διάφορες εφαρμογές τηλεϊατρικής, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για τη βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας του αστικού δικτύου Π.Φ.Υ.

ΑΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ

1. Ανεπαρκείς πόροι για την Π.Φ.Υ.

Οι πόροι για τη Δημόσια Υγεία και συνεπώς και για την Π.Φ.Υ. είναι περιορισμένοι, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η υλοποίηση της αποστολής του αστικού δικτύου Π.Φ.Υ.

2. Ανεπαρκή συστήματα διοίκησης

Η απουσία σύγχρονων εργαλείων και μεθόδων management (πληροφοριακά συστήματα διοίκησης, συστήματα αξιολόγησης και ελέγχου κ.λπ.), καθιστά δύσκολη και σε ορισμένες περιπτώσεις αδύνατη την επιτυχή διαχείριση και διοίκηση των διαφόρων υπηρεσιών, προγραμμάτων και δραστηριοτήτων των δικτύων Π.Φ.Υ., μειώνοντας την αποτελεσματικότητά τους.

3. Ανεπάρκεια προσωπικού

Οι περιορισμένες δυνατότητες του Υπ. Υγείας να προσλάβει προσωπικό (π.χ. ποσοστώς 1:5 στις προσλήψεις προς αποχωρήσεις), που επέβαλε η κρίση, σε συνδυασμό με αποχωρήσεις προσωπικού λόγω συνταξιοδότησης, έχει οδηγήσει σε ανεπάρκεια προσωπικού με δυσμενείς συνέπειες στην ποιότητα λειτουργίας του συστήματος υγείας γενικότερα.

ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ

1. Χρηματοδότηση μέσω ΕΣΠΑ

Δίνεται η ευκαιρία χρηματοδότησης της ανάπτυξης δικτύου Π.Φ.Υ. σε αστική περιοχή μέσω των κονδυλίων του ΕΣΠΑ.

2. Η τρέχουσα οικονομική κρίση παρέχει ευκαιρίες εφαρμογής του νόμου για την ανάπτυξη και λειτουργία αστικού δικτύου Π.Φ.Υ.

Η παρούσα οικονομική κατάσταση παρέχει μια μοναδική ευκαιρία εφαρμογής του νόμου

καθώς δημιουργεί προϋποθέσεις ώστε να καμφθούν οι αντιδράσεις ή πιέσεις κοινωνικών φορέων και επαγγελματικών ομάδων, για τη διατήρηση ή απόκτηση επαγγελματικών ωφελημάτων.

3. Το πρόγραμμα της Ε.Ε για την υγεία (2014-2020)

Το πρόγραμμα [40] έχει 4 βασικούς στόχους:

- Προαγωγή της υγείας, πρόληψη των νόσων και διαμόρφωση κατάλληλων συνθηκών τρόπου ζωής, με βάση την αρχή «η υγεία σε όλες τις πολιτικές».
- Προστασία των πολιτών της Ε.Ε από σοβαρές διασυννοριακές απειλές κατά της υγείας.
- Συμβολή σε καινοτόμα, αποδοτικά και βιώσιμα συστήματα υγείας.
- Διευκόλυνση της πρόσβασης των πολιτών της Ε.Ε σε καλύτερη και ασφαλέστερη υγειονομική περίθαλψη.

Από το πρόγραμμα αυτό μπορούν να εξασφαλιστούν χρηματοδοτήσεις.

4. Κυβερνητικές εξαγγελίες για την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου Δικτύου Π.Φ.Υ.

Ο Υπουργός Υγείας εξήγγειλε την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου Δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που θα στηρίζεται στον οικογενειακό γιατρό, την ομάδα υγείας, τα Κέντρα Υγείας Πόλης και τα ιατρεία γειτονιάς, ενώ ταυτόχρονα θα αλλάξει το θεσμικό πλαίσιο ώστε να υπάρξει βελτίωση της Π.Φ.Υ. [41].

ΑΠΕΙΛΕΣ

1. Αντίσταση από επαγγελματικές ομάδες

Επαγγελματικοί σύλλογοι όπως πάροχοι φαρμάκων και ιατρικού εξοπλισμού, αποτελούν ισχυρές ομάδες που ασκούν πίεση για την προώθηση των συμφερόντων τους με αποτέλεσμα την παρεμπόδιση εφαρμογής νομοθετημάτων προς όφελος της Π.Φ.Υ.

2. Δημογραφικά προβλήματα - Γήρανση πληθυσμού - Μετανάστευση - Ανεργία - Προσφυγικό

Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛ.ΣΤΑΤ [42], καταδεικνύεται η από χρόνο σε χρόνο γήρανση του πληθυσμού. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με την μείωση των γεννήσεων [43], τη μετανάστευση των νέων και την ανεργία, θα επιβαρύνει το σύστημα αφού θα αυξηθεί ο μεγάλος ηλικιακός πληθυσμός και συνεπώς, οι ανάγκες για περίθαλψη. Επίσης, θα μειωθούν οι ασφαλιστικές εισφορές δυσχεραίνοντας τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Μια επιπρόσθετη απειλή αποτελούν οι ανεξέλεγκτες ροές προσφύγων και παράνομων μεταναστών που μπορεί να οδηγήσουν σε υπερφόρτωση του δικτύου και σε αύξηση δαπανών, υποβαθμίζοντας το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών.

3. Παλινωδίες από πιθανή αλλαγή πολιτικών και κατευθύνσεων μετά από αλλαγή κυβέρνησεων

Στο παρελθόν σημειώθηκαν παλινωδίες στη νομοθέτηση που αφορούσε στη Π.Φ.Υ. Ως εκ τούτου, εκφράζονται φόβοι για τυχόν επανάληψή τους στο μέλλον με δυσμενείς συνέπειες. Για τον περιορισμό των φαινομένων, ορισμένοι ιατρικοί σύλλογοι

προτείνουν τη δημιουργία Εθνικού Συμβουλίου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με διακομματική θεσμική στελέχωση και 5ετή θητεία [44].

4. Δημοσιονομικοί περιορισμοί

Είναι δυνατόν να γίνουν περικοπές σε κατανομές κονδυλίων για την υγεία λόγω των συνολικών περικοπών του προϋπολογισμού ή λόγω ανταγωνιστικών προτεραιοτήτων σε άλλους τομείς (κοινωνική προστασία, ενέργεια, δημόσια διοίκηση, κλπ)

5. Απώλεια κοινοτικών πόρων

Κίνδυνος απώλειας κοινοτικών πόρων για την Π.Φ.Υ., λόγω ανεπαρκούς προετοιμασίας.

6. Γραφειοκρατία της δημόσιας διοίκησης- Αντίσταση στις αλλαγές

Ο κίνδυνος της γραφειοκρατίας που ελλοχεύει στο δημόσιο τομέα μπορεί να παρεμποδίσει την ανάπτυξη δικτύου Π.Φ.Υ. Επίσης κίνδυνο μπορεί να αποτελέσει η αντίσταση στις αλλαγές του εμπλεκόμενου προσωπικού, που μπορεί όμως να αντιμετωπισθεί με κατάλληλη ενημέρωση και εκπαίδευση.

7. Δυσμενής εικόνα του πληθυσμού για τις παρεχόμενες υπηρεσίες από το δίκτυο ή το Κ.Υ.

Η δυνατότητα των ασφαλισμένων να χρησιμοποιούν και να επισκέπτονται ιδιωτικές δομές και επαγγελματίες υγείας, σε συνδυασμό με την ελλειμματική λειτουργία των Κ.Υ. και των πολυϊατρείων των ασφαλιστικών οργανισμών, που εντάχθηκαν στον Ε.Ο.Π.Π.Υ., δημιούργησε δυσμενή εικόνα και δυσπιστία για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους παρόχους Π.Φ.Υ.

8. Έλλειψη Γενικών Ιατρών

Σύμφωνα με την Ελληνική Ένωση Γενικής Ιατρικής [45] στην Ελλάδα υπάρχει έλλειψη Γενικών Ιατρών. Το γεγονός αυτό ενδέχεται να δημιουργήσει προβλήματα στη στελέχωση της Π.Φ.Υ. και στη λειτουργία του οικογενειακού γιατρού, θεσμός που είναι ευρύτατα διαδεδομένος και σημαντικός σε άλλες χώρες [46].

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ-ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΝΟΣ Δ.Π.Φ.Υ.Α.Π

Ο στρατηγικός σχεδιασμός της ανάπτυξης αστικού δικτύου Π.Φ.Υ., βασιζεται στην προσέγγιση του οράματος της διοίκησης και στην υλοποίηση των στρατηγικών στόχων που τίθενται από αυτήν, αποτελώντας αναπόσπαστο κομμάτι της λειτουργίας της. Για την υλοποίηση της στρατηγικής, θα πρέπει να υπάρχει στενή συνεργασία με την κεντρική διοίκηση, με το δήμο εντός των ορίων του οποίου θα αναπτυχθεί το δίκτυο, με κοινωνικούς φορείς που στηρίζουν προγράμματα κοινωνικής φροντίδας, κλπ., ενώ θα πρέπει να αναληφθούν πρωτοβουλίες για τη συμμετοχή των δικαιούχων των υπηρεσιών του δικτύου (ατομικά ή συλλογικά), στο σχεδιασμό και την υλοποίηση της φροντίδας υγείας τους, όπως προβλέπει η διακήρυξη της Alma Ata [2].

1. Όραμα

«Ένα εθνικό δίκτυο Π.Φ.Υ. που θα εισαγάγει την έννοια της ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας, η οποία είναι μια συνεχής διαδικασία και απλώνεται από την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, την πρόληψη της νόσου, την

περίθαλψη και τη φροντίδα των αρρώστων μέχρι τη φυσική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξή τους» [47].

2. Στρατηγικοί στόχοι & επιχειρησιακά σχέδια

Ο στρατηγικός σχεδιασμός εμπεριέχει τον καθορισμό από τη διοίκηση στρατηγικών στόχων, που για την επίτευξή τους απαιτείται προσδιορισμός και υλοποίηση μεθόδων-τρόπων (δηλ. επιχειρησιακών σχεδίων-operational planning).

Στόχος 1: «Παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας από το υπό ανάπτυξη δίκτυο Π.Φ.Υ.»

Επιχειρησιακά Σχέδια:

Για να επιτευχθεί η παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας από το δίκτυο Π.Φ.Υ., θα πρέπει:

- Να στελεχωθεί το δίκτυο Π.Φ.Υ. με γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων (γενικοί χειρουργοί, καρδιολόγοι, ψυχίατροι, νευρολόγοι, ωτορινολαρυγγολόγοι, οφθαλμίατροι, οδοντίατροι, ουρολόγοι, γυναικολόγοι, ενδοκρινολόγοι, κ.α) καθώς και με νοσηλευτικό και μαιευτικό προσωπικό, φυσικοθεραπευτές, κ.α, ώστε να δημιουργηθεί διεπαγγελματική-διεπιστημονική ομάδα για την ολιστική αντιμετώπιση των περιστατικών. Επίσης, η λειτουργία του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, απαιτεί πρόσληψη γενικών γιατρών, παθολόγων και/ή παιδιάτρων.
- Να υπάρχουν υποδομές βραχείας νοσηλείας για έκτακτες περιπτώσεις ή για την

παρακολούθηση ασθενών καθώς και θάλαμος μόνωσης για ειδικά περιστατικά.

- Να παρέχεται πληροφόρηση και συμβουλές σε θέματα όπως: η αγωγή υγείας, αντισύλληψη, αλκοολισμός, ναρκωτικά, αιμοδοσία, κάπνισμα, κοινωνική φροντίδα νέων και ηλικιωμένων, κ.ά, αλλά και να γίνονται μαθήματα ανώδυνου τοκετού και αυτοεξέτασης μαστού.
- Να παρέχονται υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού.
- Να είναι δυνατή η παροχή φαρμάκων σε όσους έχουν ανάγκη.
- Να παρέχονται υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας και να υπάρχει στο δίκτυο διαθέσιμο αυτοκίνητο για τις μετακινήσεις γιατρών, νοσηλευτών, φυσικοθεραπευτών, κλπ.
- Να λειτουργεί τηλεφωνική συμβουλευτική υπηρεσία.

Στόχος 2: «Βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών Υγείας του υπό ανάπτυξη δικτύου Π.Φ.Υ.»

Επιχειρησιακά Σχέδια:

Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μπορεί να επιτευχθεί με:

- Σύγχρονες και λειτουργικές κτιριακές εγκαταστάσεις.
- Σύγχρονο εξοπλισμό για διαγνωστικές, εργαστηριακές εξετάσεις, φυσικοθεραπεία, κλπ.

- Εγκατάσταση και εφαρμογή εργαλείων και μεθόδων management (πληροφοριακά συστήματα διοίκησης, συστήματα αξιολόγησης και ελέγχου κ.λπ.).
- Εφαρμογή συστήματος ISO.
- Συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση όλων των εργαζομένων στις δομές του δικτύου, με σκοπό να εξοικειωθούν με έννοιες, λειτουργίες, δεξιότητες και πρακτικές, που απαιτεί το δίκτυο, μέσα από Προγράμματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και Κατάρτισης.
- Στελέχωση με διοικητικό και λοιπό προσωπικό (καθαρίστριες, τραπεζοκόμο, τεχνικό/συντηρητή, θυρωρό, κλπ).

Στόχος 3: «Αποσυμφόρηση των νοσοκομείων της περιοχής του δικτύου Π.Φ.Υ.»

Η πλήρης στελέχωση και ο επαρκής εξοπλισμός των μονάδων του δικτύου Π.Φ.Υ. σε αστική περιοχή, θα συμβάλουν σημαντικά στη βελτίωση της εικόνας και της δυσπιστίας που έχουν σήμερα οι δικαιούχοι των υπηρεσιών, με αποτέλεσμα το δίκτυο να γίνει ελκυστικό και προτιμώμενο από τους δικαιούχους των υπηρεσιών, συντελώντας στην αποσυμφόρηση των νοσοκομείων.

Επιχειρησιακά Σχέδια:

- Εκπόνηση κατάλληλων επικοινωνιακών προγραμμάτων ενημέρωσης και πληροφόρησης, ώστε να αναπτυχθεί η κοινωνική συνείδηση για την αξία, την ποιότητα και την πληρότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από τα δίκτυα Π.Φ.Υ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο σχεδιασμός-προγραμματισμός είναι μια διαδικασία καθορισμού αντικειμενικών στόχων και των μεθόδων-τρόπων (επιχειρησιακά σχέδια) επίτευξής τους, λειτουργώντας ως οδηγός για τον οργανισμό τον οποία και αφορά. Ειδικότερα, αναφορικά με το σχεδιασμό-προγραμματισμό ενός δικτύου Π.Φ.Υ. σε αστική περιοχή, γίνεται φανερή η αναγκαιότητά της δημιουργίας του, μέσω της αποδεδειγμένης, βιβλιογραφικά, σημασίας της Π.Φ.Υ., καθώς και από την αποτίμηση της παρούσας κατάστασης στην Ελλάδα. Αφού ελήφθησαν υπόψη τα χαρακτηριστικά ενός δικτύου Π.Φ.Υ., εκπονήθηκε ανάλυση S.W.O.T. και καθορίστηκαν το όραμα και οι στρατηγικοί στόχοι της διοίκησης. Επιπρόσθετα, η υλοποίηση των επιχειρησιακών σχεδίων είναι καθοριστικής σημασίας για την εφαρμογή του σχεδιασμού, ενώ για κάθε επιχειρησιακό σχέδιο πρέπει να προσδιοριστούν και να υλοποιηθούν συγκεκριμένες «δράσεις» κοστολογημένες, με αναφορά στην πηγή χρηματοδότησής τους. Η εφαρμογή του σχεδιασμού προϋποθέτει την εκπόνηση χρονοδιαγράμματος, βασισμένου στη διάρκεια και την αλληλεξάρτηση των δράσεων. Τέλος, κατά τη διάρκεια της εφαρμογής του σχεδιασμού-προγραμματισμού, αλλά και μετά, απαιτείται συνεχής αξιολόγηση ώστε να γίνονται έγκαιρα διορθωτικές παρεμβάσεις.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Κούτης Α. Αλλαγή παραδείγματος στην Ιατρική: Η εισαγωγή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 1992, 4: 193-198.
2. World Health Organization. International Conference on Primary Health Care (1978: Alma-Ata, USSR). World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Available at <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39228>
3. Institute of Medicine. A Manpower Policy for Primary Health Care: Report of a Study. Washington, DC: The National Academies Press, 1978.
4. Starfield, B. Primary care: balancing health needs, services, and technology, New York, Oxford University Press, 1998.
5. Νόμος 1397/1983 (ΦΕΚ 143/Α/07-10-1983). «Εθνικό Σύστημα Υγείας».
6. Νόμος 1579/1985 (ΦΕΚ 217/Α/23-12-1985), «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις».
7. Κυριόπουλος Γ, Λιόνης Χ, Δημολιάτης Γ, Μερκούρης Μ-Π, Οικονόμου Χ, Τσάκος Γ και Φιλαλήθης Α. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 2000, 12 (4): 169-198.
8. Μωραΐτης Ε. Μια ρεαλιστική πρόταση για τη δημιουργία ενός σύγχρονου συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας στην Ελλάδα, στο Κυριόπουλος Γ. και Φιλαλήθης Τ. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα, Αθήνα: Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία, 1996.
9. Πολύζος, Ν. Μελέτη οργάνωσης-χρηματοδότησης μονάδων ΠΦΥ που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Κομοτηνή, 2013.
10. Σουλιώτης Κ, Θηραϊός Ε, Καϊτελίδου Δ, Παπαδακάκη Μ, Τσαντίλας Π, Τσιρώνη Μ και Ψαλτοπούλου Θ. Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Επιστημονική Επιτροπή για την υποστήριξη της μεταρρύθμισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Αθήνα, 2013.
11. Νόμος 4238/2014 (ΦΕΚ 38/Α/17-2-2014), «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις»
12. Kotler P. Marketing Management: Analysis, Planning, Implementation and Control. 7th edition. Prentice Hall, 1991:90
13. Καθορισμός στρατηγικών στόχων και αξόνων παρέμβασης του Υπουργείου Υγείας, για τις Υπηρεσίες Υγείας της Χώρας, με χρονική περίοδο εφαρμογής την τριετία 2017-2020. Διαθέσιμο στο: <http://www.moh.gov.gr/articles/news/4541-strathgikoi-stoxwn-kai-aksones-parembashs-toy-ypourgeiou-ygeias-gia-tis-yphresies-ygeias-ths-xwras-me-xronikh-periodo-efarmoghs-thn-trietia-2017-2020-raquo>

14. Νόμος 4238/2014. Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις. ΦΕΚ 38Α/2014
15. Ανώνυμη Εταιρεία Μονάδων Υγείας. Διαθέσιμο στο <http://www.aemy.gr/>
16. Ομάδα εργασίας, συντονιστής Αλ. Μπένος. Βασικές αρχές, θέσεις και προτάσεις για την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Αθήνα, 2015. 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>
17. ΕΣΥΔ. Διερεύνηση των επιπτώσεων των πολιτικών λιτότητας και της περιοριστικής πολιτικής στην υγεία. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2015.
18. Bailit H. Population Health and Allocation of Resources. 9ο Πανελλήνιο Συνέδριο για τη διοίκηση, τα οικονομικά και τις πολιτικές της υγείας. Αθήνα, Ελλάδα, 2013.
19. Beasley JW, Starfield B, van Weel C, Rosser WW & Haq CL. Global health and primary care research. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 2007, 20, 518-526.
20. Rice T. Lessons from across the pond. U.K.'s NHS gets better outcomes at less cost by emphasizing primary-care docs. *Modern Healthcare*, 2010, 40:17.
21. Macinko J, Starfield B & Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. *Health Services Research*, 2003, 38, 831-865.
22. Starfield B & Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, 2002, 60, 201-218.
23. Campbell RJ, Ramirez AM, Perez K & Roetzheim RG. Cervical cancer rates and the supply of primary care physicians in Florida. *Family Medicine*, 2003, 35, 60-64.
24. Franks P & Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physicians. Health care expenditures and mortality experience. *Journal of Family Practice*, 1998, 47, 105-109.
25. Shi L, Forrest CB, von Schrader S & Ng J. Vulnerability and the Patient–Practitioner Relationship: The Roles of Gatekeeping and Primary Care Performance. *American Journal of Public Health*, 2003, 93, 138-144.
26. Shi L, Macinko J, Starfield B, Wulu J, Regan J & Politzer R. The Relationship Between Primary Care, Income Inequality, and Mortality in US States, 1980–1995. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 2003, 16, 412-422.
27. Shi L, Macinko J, Starfield B, Xu J & Politzer R. Primary Care, Income Inequality, and Stroke Mortality in the United States: A Longitudinal Analysis, 1985–1995. *Stroke*, 2003, 34, 1958-1964.
28. Starfield B, Shi L & Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*, 2005, 83, 457-502.

29. Weiner JP. The demand for physician services in a changing health care system: a synthesis. *Medical care review*, 1993, 50, 411-449.
30. Friedberg MW, Hussey PS & Schneider EC. Primary Care: A Critical Review Of The Evidence On Quality And Costs Of Health Care. *Health Affairs*, 2010, 29, 766-772.
31. Friedman B & Basu J. Health insurance, primary care, and preventable hospitalization of children in a large state. *American Journal of Managed Care*, 2001, 7, 473-481.
32. Roberts E & Mays N. Can primary care and community-based models of emergency care substitute for the hospital accident and emergency (A & E) department? *Health Policy*, 1998, 44, 191-214.
33. Kravet SJ, Jones H, Howell EE & Wright SM. Pilot study comparing patients' valuation of health-care services with Medicare's relative value units. *Health Expect*, 2008, 11, 391-399.
34. WHO, The World Health Report, Primary Health Care: Now more than ever 2008, available at http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf
35. Θεοδωράκης Π, Λιονής Χ. Η ποιότητα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Είναι η γενική ιατρική αποτελεσματική στην έγκαιρη διάγνωση των νοσημάτων και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής; Στο: Κυριόπουλος Γ. Λιονής Χ. Σουλιώτης Κ. Τσάκος Γ (επιμέλεια). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 2003.
36. Καλοκαιρινού Α, Αδαμακίδου Θ, Βελονάκη Β Σ, Βιβιλάκη Β, Καπρέλη Ε, Κριεμπάρδης Α, και συν. Νομοθετικό πλαίσιο της ομάδας υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα και στο διεθνές περιβάλλον. Στο Εφαρμογές καλών πρακτικών ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Πανεπιστημιακό Σύγγραμμα, Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ. Εκδόσεις Κάλλιπος, Αθήνα. Κεφ 14 Διαθέσιμο στο https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/3315/1/02_chapter_14.pdf
37. Ποτήρης Α, Σαράφης Π. Ανασκόπηση του νομοθετικού πλαισίου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – Προτάσεις βελτίωσης. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 2016, 6: 116-121
38. Σωτηριάδου Κ, Μαλλιάρου Μ, Σαράφης Π. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – κατάσταση και προοπτικές. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 2011, 3:140-148
39. Ν.4368/2016. Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 21/Α/21-2-2016
40. Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Τρίτο πρόγραμμα της ΕΕ για την υγεία (2014-2020). Διαθέσιμο στο http://ec.europa.eu/health/programme/policy/index_el.htm
41. Συνέντευξη Υπουργού Υγείας, 2015. Διαθέσιμη στο <http://www.onmed.gr/yegeia-politiki/story/325879/ansanthos-to-neo-esy-ta-iatreia-tis-geitonias--o-synigoros-tou-astheni--i-katargisi-tis-esan--to-neo-ergasiako-ithos?v10>
42. ΕΛΣΤΑΤ. Προβολές πληθυσμού της Ελλάδος - Ανάλυση πληθυσμού. Διαθέσιμο στο <http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SPO18/->
43. ΕΛΣΤΑΤ. Γεννήσεις. Διαθέσιμο στο <http://www.statistics.gr/statistics/pop>

44. Προτάσεις Ι.Σ Ηρακλείου Κρήτης. Για την οργάνωση & λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Αναδημοσιευμένες από την ιστοσελίδα του Ι.Σ Αρκαδίας, 2015. Διαθέσιμο στο <http://www.isarkadias.gr/47182/news/protasis-is-irakliou-gia-tin-organosi-litourgia-tis-protovathmias-frontidas-igias/>
45. Ελληνική Ένωση Γενικής Ιατρικής. Ανοικτή επιστολή προς τον Υπουργείο Υγείας, 2013. Διαθέσιμη στο <http://www.enosigi.gr/images/files/ANOIKTH-EPISTOLH-PROS-TON-YPOURGO-YGHEIAS.pdf>
46. Masseria C, Irwin R, Thomson S, Gemmill M, Mossialos E. Primary care in Europe. London: The London School of Economics and Political Science. London, 2009. Διαθέσιμο στο <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=4739&langId=en>
47. Μπένος Α. Συνέντευξη στο efsyn.gr, 2015. Διαθέσιμο στο <http://www.efsyn.gr/arthro/olokliromeni-frontida-ygeias-se-kathe-geitonia>

Strategic planning for the development of a Primary Health Care Network in an urban area

S. Naoum

116 Combat Wing Health Service, Araxos, Greece

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) constitutes the provision of health services that are accessible, coordinated, continuous and multifaceted. In Greece, although several efforts have been made with the aim of PHC's organization and upgrade, the results are quite controversial. The necessity of developing a PHC network in an urban area with a focus on prevention and health education is demonstrated, given the current situation in Greece. In addition, a S.W.O.T analysis was conducted in order to highlight the strengths and weaknesses, opportunities and threats of this project. Finally, the vision of a national PHC network, the strategic objectives and operational plans for its implementation are set. The strategic planning implementation requires the development of a timetable, based on the duration and interdependence of actions. Finally, during the strategic planning implementation, but also afterwards, continuous evaluation is required in order that corrective interventions are made on time.

Keywords: family doctor, Primary Health Care, strategic planning, management functions, S.W.O.T. analysis

Citation

S. Naoum. Strategic planning for the development of a Primary Health Care Network in an urban area. Scientific Chronicles 2020; 25(1): 85-99