

Το δίλημμα μεταξύ ιδιωτικών-δημόσιων νοσοκομείων και ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Συμεών Ναούμ

Υγειονομική Υπηρεσία 116 Πτέρυγα μάχης, Άραξος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στη βιβλιογραφία, συχνά αναφέρεται ότι τα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι γενικώς πιο αποδοτικά από τα δημόσια γεννώντας την εύλογη απορία αν ενδεχομένως η πολιτική υγείας στην Ελλάδα θα έπρεπε να στραφεί προς τον ιδιωτικό τομέα, όσον αφορά στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, η ύπαρξη μόνο ιδιωτικών νοσοκομείων θα αυξήσει υπέρμετρα τις δαπάνες νοσοκομειακής περίθαλψης, αφού δεν θα υπάρχουν δημόσια νοσοκομεία για τον έλεγχο της ζήτησής της και τη συγκράτηση των τιμών, αλλά και δεν θα υπάρχουν μέτρα σύγκρισης για το κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ) οριοθετείται ως το σύστημα παροχής μιας δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο και αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής των ασθενών με το σύστημα υγείας», λειτουργώντας ως «θυροφύλακας» (gatekeeper), πριν αυτοί προωθηθούν στη νοσοκομειακή φροντίδα, μειώνοντας την υπερφόρτιση των νοσοκομείων. Σημειώνεται, ότι ένα αποτελεσματικό σύστημα Π.Φ.Υ σχετίζεται με υψηλή ικανοποίηση του πληθυσμού για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, καλύτερο επίπεδο υγείας, χαμηλότερες δαπάνες για τη φροντίδα αλλά και τη χρήση φαρμάκων. Παρά τις όποιες νομοθετικές προσπάθειες που έγιναν, δεν έχει σημειωθεί η αναμενόμενη βελτίωση της αποδοτικότητας του συστήματος. Ο Ν.4486/17 επιχειρεί διαρθρωτικές παρεμβάσεις στην Π.Φ.Υ, διευρύνοντας την προσβασιμότητα στην Π.Φ.Υ και δημιουργώντας προϋποθέσεις πρώτης επαφής των ασθενών με το σύστημα υγείας, πριν την πρόσβαση τους στη νοσοκομειακή φροντίδα. Σε γενικές γραμμές, ο Ν. Ν.4486/17 δημιουργεί βάσεις βελτίωσης της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας, αν και εκφράζονται επιφυλάξεις για την αποτελεσματική εφαρμογή του νόμου.

Λέξεις ευρετηρίου: ιδιωτικό νοσοκομείο, αποδοτικότητα, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, δαπάνες υγείας

Παραπομπή Σ. Ναούμ. Το δίλημμα μεταξύ ιδιωτικών-δημόσιων νοσοκομείων και ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. *Επιστημονικά Χρονικά* 2020; 25(3): 505-519

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Διακήρυξη της Alma Ata και η Παγκόσμια Στρατηγική «Υγεία για Όλους» του Π.Ο.Υ, αναγνώρισε τη σημασία και αναγκαιότητα της ανάπτυξης δικτύου Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ), καθιστώντας την

αναφαίρετο στοιχείο του συστήματος υγείας κάθε χώρας [1]. Η Π.Φ.Υ «οριοθετείται ως το σύστημα παροχής μιας δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο και αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής των ασθενών με το σύστημα υγείας», [2]

λειτουργώντας ως «θυροφύλακας» (gatekeeper), πριν αυτοί προωθηθούν στη νοσοκομειακή φροντίδα, μειώνοντας την υπερφόρτιση των νοσοκομείων» [3]. Σημειώνεται, ότι ένα αποτελεσματικό σύστημα Π.Φ.Υ σχετίζεται με υψηλή ικανοποίηση του πληθυσμού για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, καλύτερο επίπεδο υγείας, χαμηλότερες δαπάνες για τη φροντίδα αλλά και τη χρήση φαρμάκων λόγω μείωσης της υπερσυνταγογράφησης, που συνεπάγεται εξοικονόμηση πόρων χωρίς ουσιαστική ποιοτική υποβάθμιση [4]. Επίσης, υπάρχουν αξιολογές ενδείξεις ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα συμβάλλει στη συνολική απόδοση του συστήματος υγείας [5]. Μελέτες έδειξαν, ότι αυτό που κυρίως συντελεί στη βελτίωση της υγείας των πληθυσμών είναι η ύπαρξη των παρακάτω βασικών χαρακτηριστικών στις εφαρμοζόμενες πολιτικές Π.Φ.Υ, τα οποία είναι: α) η καθολική χρηματοοικονομική κάλυψη κάτω από κυβερνητικό έλεγχο ή ρύθμιση, β) η προσπάθεια δίκαιης κατανομής πόρων, γ) η πληρότητα υπηρεσιών, δ) η μηδενική ή χαμηλή συμμετοχή των περιθαλπομένων στις δαπάνες Π.Φ.Υ. Όλα αυτά, σε συνδυασμό, παράγουν καλύτερη Π.Φ.Υ., μεγαλύτερη πρόσβαση και χρήση πρώτων επαφών, περισσότερη φροντίδα σε βάθος χρόνου, μεγαλύτερο εύρος διαθέσιμων και παρεχόμενων υπηρεσιών και καλύτερο συντονισμό της περίθαλψης. Τα αποδεικτικά στοιχεία των πιο πάνω ωφελημάτων δεν περιορίζονται μόνο στις αναπτυγμένες, αλλά υπάρχουν και στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες [6].

ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ - ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΚΑΙ ΟΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΑΓΑΘΟΥ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Στη βιβλιογραφία, συχνά αναφέρεται ότι τα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι γενικώς πιο αποδοτικά από τα δημόσια [7, 8] γεννώντας την εύλογη απορία αν ενδεχομένως η πολιτική υγείας στην Ελλάδα θα έπρεπε να στραφεί προς τον ιδιωτικό τομέα, όσον αφορά στην παροχή υπηρεσιών υγείας, με τα Ασφαλιστικά Ταμεία και την Κυβέρνηση να εξακολουθήσουν να πληρώνουν για την περίθαλψη, ώστε αυτή να συνεχίσει να είναι δωρεάν. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι, γενικά, πιο αποδοτικά από τα δημόσια, διότι:

1) Οι διοικήσεις των ιδιωτικών νοσοκομείων έχουν μεγαλύτερη ευελιξία στην πραγματοποίηση άμεσων-έκτακτων διαχειριστικών ελέγχων, αποσκοπώντας στον έλεγχο του κόστους, την έγκυρη διαπίστωση φαινομένων κακοδιαχείρισης και τον περιορισμό της διασπάθισης του χρήματος. Στα δημόσια νοσοκομεία, η πραγματοποίηση τέτοιων ελέγχων παρουσιάζει μικρότερη ευελιξία λόγω γραφειοκρατικών αγκυλώσεων, έλλειψης προσωπικού, κλπ με αποτέλεσμα την καθυστέρηση δημιουργίας «εικόνας» σχετικά με τη διαχείριση και την πιθανή αύξηση ελλειμμάτων αποδοτικότητας.

2) Στα δημόσια νοσοκομεία, οι διοικητές πριν την πρόσληψή τους, υπογράφουν σύμβαση αποδοτικότητας και αξιολογούνται βάσει των ετήσιων εκθέσεων προόδου που υποβάλλονται από τη Διοίκηση των Υ.Πε στην Επιτροπή που συστήνεται από τον Υπουργό. Η Επιτροπή μπορεί να εισηγηθεί στον Υπουργό Υγείας «την αυτοδίκαιη-και

χωρίς αποζημίωση-διακοπή της θητείας Διοικητή ή αναπληρωτή Διοικητή βάσει της τεκμηρίωσης και της αποδοχής της ως άνω έκθεσης ή και άλλων στοιχείων» [9]. Ωστόσο, εκφράζονται επιφυλάξεις για το εάν η έκθεση αυτή αξιολογείται αντικειμενικά και χωρίς επιρροή από την πολιτική ηγεσία. Αντίθετα, στα ιδιωτικά νοσοκομεία η απόλυση ανεπαρκών managers είναι άμεση και οι παρεμβάσεις για τυχόν αποτροπή της, σχεδόν μηδαμινές. Συνεπώς, το management των ιδιωτικών νοσοκομείων έχει ισχυρότερους λόγους για περισσότερο αποδοτική διαχείριση.

3) Στα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι δυνατόν να εφαρμόζονται-με ευελιξία-πολιτικές κινήτρων στους εργαζομένους τους για αύξηση της απόδοσης ή/και περιορισμού του κόστους, παρέχοντας αυξήσεις μισθών, bonus απόδοσης, κλπ, ενώ στα δημόσια νοσοκομεία δεν είναι το ίδιο εύκολο να εφαρμοστούν αντίστοιχες πολιτικές.

Ωστόσο, το αγαθό-υπηρεσία φροντίδας υγείας (Φ.Υ.), και εν προκειμένω η νοσοκομειακή περίθαλψη, διαθέτει χαρακτηριστικά, που το διαφοροποιούν από άλλες υπηρεσίες-αγαθά, οδηγώντας σε αύξηση της ζήτησης των σχετικών υπηρεσιών και των δαπανών των ασφαλιστικών ταμείων/κρατικού προϋπολογισμού. Τέτοια χαρακτηριστικά, μεταξύ άλλων, είναι: «1) η ασυμμετρία πληροφόρησης, όπου ο καλύτερα πληροφορημένος πάροχος Φ.Υ. έχει κίνητρο να χρησιμοποιήσει την πληροφορία προς όφελός του και εις βάρος του ασφαλιστικού φορέα και 2) ο ηθικός κίνδυνος, όπου κάποιος έχει την τάση να αυξάνει την κατανάλωση Φ.Υ. προς όφελός του, ζημιώνοντας τον

ασφαλιστικό του φορέα λόγω αύξησης των σχετικών δαπανών» [10]. Συμπερασματικά, η ύπαρξη μόνο ιδιωτικών νοσοκομείων θα αυξήσει υπέρμετρα τις δαπάνες νοσοκομειακής περίθαλψης, αφού δεν θα υπάρχουν δημόσια νοσοκομεία για τον έλεγχο της ζήτησής της και τη συγκράτηση των τιμών, αλλά και δεν θα υπάρχουν μέτρα σύγκρισης για το κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών. Ο Ν.2194/94 απαγορεύει την διαφήμιση των ιδιωτικών νοσοκομείων, ωστόσο προκειμένου αυτά να αυξήσουν την προσέλκυση ασθενών-πελατών, είναι δυνατόν να προβούν σε αυξημένες δαπάνες επικοινωνίας-προβολής για βελτίωση της εικόνας τους, με οργάνωση-διεξαγωγή επιστημονικών ημερίδων, παροχή δωρεάν εξετάσεων, δωρεών, υποτροφιών, κλπ, ή σε μεταξύ τους ανταγωνισμό για «ξενοδοχειακές πολυτέλειες», που είναι δυνατόν να αυξήσουν το κόστος και άρα το τιμολόγιο υπηρεσιών, ενώ μπορεί να επιδεινωθούν οι δείκτες υγείας. Επίσης, εμφανίζουν ανελαστικότητα προσαρμογής των παροχών τους προς τα πληθωριστικά δεδομένα, με αποτέλεσμα είτε να υποβαθμίσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες είτε να αυξήσουν τις τιμές τους.

Συνεπώς, η παροχή υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα δεν πρέπει να στραφεί αποκλειστικά στον ιδιωτικό τομέα με τα ασφαλιστικά ταμεία και τον κρατικό προϋπολογισμό να καλύπτουν τα έξοδα περίθαλψης, ειδάλλως οι δαπάνες νοσηλείας θα αυξηθούν πολύ, ενώ και η ποιότητα των υπηρεσιών θα είναι αμφίβολη.

ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ Π.Φ.Υ. ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα, υπηρεσίες Π.Φ.Υ παρέχονταν ήδη από το 1923, όπου με το Β.Δ 4, ΦΕΚ 328/τ. Α' /14-11-1923 προβλεπόταν η παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ από νομιάτρους και υγειονομικά εργαστήρια [11]. Με το Ν.1397/83 γίνεται ολοκληρωμένη προσπάθεια συγκρότησης ενιαίας Π.Φ.Υ, ενώ έκτοτε και μέχρι σήμερα ψηφίστηκαν πολυάριθμοι νόμοι με σκοπό τη βελτίωση της.

Οι νόμοι που ψηφίστηκαν μετά από το Ν.1397/83, περιλάμβαναν ρυθμίσεις, που ενώ μπορούσαν να δημιουργήσουν μια καλύτερη Π.Φ.Υ, «είτε δεν εφαρμόστηκαν, είτε καταργήθηκαν, είτε δεν είχαν την απαιτούμενη πληρότητα, ενώ υπήρξαν και αλλαγές-παλινωδίες του νομοθετικού πλαισίου, είτε από κυβερνήσεις διαφορετικών κομμάτων λόγω διαφορετικών πολιτικών προσεγγίσεων, είτε από την ίδια κυβέρνηση, με αποτέλεσμα η σχετική νομοθεσία να καθίστανται δυσνόητη και να δημιουργούνται ασάφειες» [11]. Η Π.Φ.Υ ήταν διασπασμένη και παρεχόταν από το Ε.Σ.Υ, τα ασφαλιστικά ταμεία, τους Ο.Τ.Α. και τους ιδιώτες. Με σκοπό την κάλυψη αυτών των αδυναμιών πραγματοποιήθηκαν διάφορες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες. Στους παρακάτω πίνακες (Πίνακες 1-3), επισημαίνονται-σχολιάζονται οι βασικότερες μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις στη λειτουργία της Π.Φ.Υ, από το Ν.3918/2011 (ίδρυση του Ε.Ο.Π.Π.Υ.) μέχρι τον πρόσφατο Ν. 4486/2017, δίνοντας έμφαση στα σημεία που διαφοροποιούν την κατάσταση που αναφέρεται και αφορά η σχετική

μεταρρύθμιση, από αυτήν που ίσχυε πριν την κρίση.

Με σκοπό την παροχή αποτελεσματικότερων και ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας, αλλά και τη συγκράτηση του κόστους των, νομοθετήθηκε ο Ν.4238/2014, που καθιστά τον Ε.Ο.Π.Π.Υ αγοραστή υπηρεσιών υγείας μόνο, καταργώντας το διττό ρόλο του ως αγοραστή και παρόχου υπηρεσιών υγείας, και στη δημιουργία του Π.Ε.Δ.Υ ως αποκλειστικού παρόχου υπηρεσιών Π.Φ.Υ (Πίνακας 2).

Με το ΦΕΚ Β! 490/01-04-2015 καταργείται η καταβολή εξέταστρου (5€) στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, ενώ με το Ν.4368/2016 παρέχεται υγειονομική κάλυψη στους πρόσφυγες και ανασφάλιστους. Με τις παρεμβάσεις αυτές φαίνεται να διευθετείται η κάλυψη των ευπαθών ομάδων και το σύστημα υγείας έρχεται πιο κοντά στη διακηρυγμένη αρχή του Π.Ο.Υ για καθολική και χωρίς αποκλεισμούς παροχή υπηρεσιών υγείας. Με τον πρόσφατο Ν.4486/2017, επιχειρείται μία ακόμα μεταρρύθμιση στη Π.Φ.Υ, όπου επανακαθορίζεται η δομή και λειτουργία της, που συνοπτικά περιγράφεται στον Πίνακα 3.

Πίνακας 1. Νομοθεσία και μεταρρυθμίσεις για τη λειτουργία της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα (2011-2012)

| ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ | ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ | ΣΧΟΛΙΑ |
|-------------|--|---|
| N.3918/2011 | <p>1) Προσδιορίζεται η δομή και η λειτουργία συστήματος προμηθειών υγείας, όπου υπάγονται οι συμβάσεις προμηθειών και υπηρεσιών, όπως και οι συμφωνίες-πλαίσιο για την κάλυψη των αναγκών όλων των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) και των αποκεντρωμένων μονάδων τους, καθώς και των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας και των Ν.Π.Δ.Δ. που ασκούν δραστηριότητες στους τομείς υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης. Επίσης, συστήνεται «Επιτροπή Προδιαγραφών (Ε.Π.)», ως αυτοτελής δημόσια υπηρεσία με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Μεταξύ των αρμοδιοτήτων της Ε.Π είναι ο καθορισμός ενιαίων προδιαγραφών και προτύπων ιατροτεχνολογικών προϊόντων και υπηρεσιών για τη σύνταξη των Περιφερειακών Προγραμμάτων Προμηθειών και Υπηρεσιών, των προκηρύξεων διαγωνισμών, της συγγραφής υποχρεώσεων, καθώς και των συμβατικών τευχών ή λοιπών συμπληρωματικών εγγράφων της σύμβασης.</p> <p>2) Συστήνεται ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) με την συγχώνευση των 4 μεγαλύτερων ταμείων (Ι.Κ.Α.,Ο.Γ.Α.,Ο.Α.Ε.Ε.,ΟΠΑΔ), λειτουργώντας ως αγοραστής και πάροχος υπηρεσιών υγείας. Μεταξύ των σκοπών του είναι ο λειτουργικός συντονισμός και η επίτευξη συνεργασίας μεταξύ των φορέων που συνιστούν το δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, δηλαδή των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων του Ε.Σ.Υ., των ιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου, των μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.), των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και των συμβεβλημένων ιατρών του, καθώς και άλλων οργανισμών Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ.</p> | <p>Ο Νόμος επιχειρεί να βάλει ένα τέλος στον κατακερματισμό των προμηθειών και την μη τοποποιημένη σύναψη συμβάσεων υπηρεσιών-αγαθών, με σκοπό το περιορισμό της διασπάθισης του δημοσίου χρήματος και την μεγιστοποίηση της αξιοποίησης των προμηθευθέντων ειδών-υπηρεσιών, μέσα από την σύνταξη ενιαίων προδιαγραφών.</p> |

Πίνακας 1. Νομοθεσία και μεταρρυθμίσεις για τη λειτουργία της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα (2011-2012) (συνέχεια)

| ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ | ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ | ΣΧΟΛΙΑ |
|---|--|---|
| <p>1) Αριθμ. ΔΥΓ3(α)/οικ. ΓΥ/148. (ΦΕΚ Β' 545/01.03.2012)</p> <p>2) Υπ. Υγείας Αριθμ. Υ3Γ/ΓΠ 55427/30.05.2012 (ΦΕΚ Β' 1810/08.06.2012)</p> <p>[Τροποποιητική της ΔΥΓ3(α)/οικ. ΓΥ/148.]</p> <p>3) Αριθμ. ΔΥΓ3(α)/οικ. ΓΥ/149 (2)/1.3.2012 ΦΕΚ Β 545 / 01.03.2012</p> | <p>1) Υποχρεωτική ηλεκτρονική καταχώριση των συνταγών στον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) και στους άλλους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης.</p> <p>2) Κάθε ηλεκτρονική καταχώριση συνταγής στον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ) χρεώνεται με 1 ευρώ και πιστώνεται κάθε μήνα στο λογαριασμό του φαρμακείου από το σύστημα ως διαχειριστική αμοιβή του φαρμακοποιού ενώ συγχρόνως αφαιρείται από τη μισθοδοσία ή τις κατά σύμβαση απαιτήσεις του γιατρού από το σύστημα αντίστοιχα.</p> <p>3) Προώθηση των γενοσήμων φαρμάκων. Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ καλύπτει το φθηνότερο φάρμακο και ο ασθενής πληρώνει την διαφορά αν επιλέξει άλλο.</p> | <p>Στόχος των κανονιστικών αυτών διατάξεων ήταν ο έλεγχος της υπερσυνταγογράφησης και ο περιορισμός της φαρμακευτικής δαπάνης.</p> |
| <p>N. 4052/2012</p> | <p>1) Γεωγραφική ταύτιση των 7 Υγειονομικών Περιφερειών του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με τις 7 Αποκεντρωμένες Διοικήσεις του Προγράμματος Καλλικράτη (Ν. 3852/2010), ώστε να συμπίπτουν τα γεωγραφικά όρια των αρμοδιοτήτων τους, με απώτερο σκοπό την καλύτερη χωρική προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας.</p> <p>2) Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μπορεί να μεταβιβάζονται αρμοδιότητές του σχετικά με τον έλεγχο και εποπτεία των Δ.Υ.ΠΕ. στον Γενικό Γραμματέα Αποκεντρωμένης Διοίκησης.</p> <p>3) Στο άρθρο 11, όπως αντικαταστάθηκε με την περίπτωση 1 της υποπαραγράφου ΙΒ.2. της παραγράφου ΙΑ. του πρώτου άρθρου του ν. 4093/2012 και ισχύει από 12-11-2012, γίνεται αναφορά στο clawback και rebate για τον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης.</p> | <p>Στόχος ήταν να συμπίπτουν τα γεωγραφικά όρια των αρμοδιοτήτων των Υγειονομικών Περιφερειών και Διοικήσεων του Καλλικράτη, ώστε να εξασφαλίζεται καλύτερη προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας. Επίσης στόχος ήταν η αποκέντρωση των Δ.Υ.Πε που θα διασφαλιζόταν με τη πρόβλεψη για μεταφορά των αρμοδιοτήτων ελέγχου και εποπτείας των Δ.Υ.ΠΕ στο Γεν Γραμματέα Αποκεντρωμένης Διοίκησης, σε συνδυασμό με τα προβλεπόμενα από το Ν.3852/2010 για μεταφορά των αρμοδιοτήτων των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας από τις Δ.Υ.Π.Ε. στους δήμους και στις περιφέρειες με απόδοση των ανάλογων πόρων για την λειτουργία τους, καθώς και τη μεταφορά των αντίστοιχων υπηρεσιών και οργανικών θέσεων. Μέχρι σήμερα, η αποκέντρωση δεν έχει επιτευχθεί και οι Δ.Υ.Πε εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας.</p> |

Πίνακας 2. Νομοθεσία και μεταρρυθμίσεις για τη λειτουργία της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα (2014)

| ΝΟΜΟ-ΘΕΣΙΑ | ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ | ΣΧΟΛΙΑ |
|--------------|---|---|
| N. 4238/2014 | <p>1) Άρθρο-1: Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) συνιστάται Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) που λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.) της Χώρας.</p> <p>2) Άρθρο-2 παρ.2 : Τα Κέντρα Υγείας της Χώρας με τις αποκεντρωμένες μονάδες τους (Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία) μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των οικείων Δ.Υ.Πε. και αποτελούν εφεξής αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες τους.</p> <p>3) Άρθρο-3: Προβλέπεται η διαδικασία ίδρυσης πολυδύναμων Κ.Υ. Η περιοχή ευθύνης κάθε Κ.Υ. σχεδιάζεται και αποφασίζεται από την Δ.Υ.Πε και ονομάζεται Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Το.Π.Φ.Υ.), ενώ γίνεται διασύνδεση του Το.Π.Φ.Υ. με την τοπική αυτοδιοίκηση έτσι ώστε σε κάθε δήμο να αντιστοιχεί τουλάχιστον ένας Το.Π.Φ.Υ. Επιπλέον, προβλέπεται ότι οι δομές του Π.Ε.Δ.Υ δύναται να λειτουργούν σε εικοσιτετράωρη βάση και 7 ημέρες την εβδομάδα, ενώ οι ημέρες, το ωράριο λειτουργίας, ο τρόπος και η αναγκαιότητα διενέργειας εφημεριών, καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια καθορίζονται με αποφάσεις των Υπουργών Υγείας και Οικονομικών.</p> <p>4) Άρθρο-4: Γίνεται αναφορά στους επαγγελματίες υγείας ΠΦΥ του ΠΕΔΥ που είναι: Ο οικογενειακός Ιατρός, ιατροί άλλων ειδικοτήτων, οδοντίατροι, καθώς και άλλοι επαγγελματίες υγείας. Επίσης γίνεται αναφορά στη διεπαγγελματική-διεπιστημονική ομάδα ΠΦΥ, που απαρτίζεται από επαγγελματίες υγείας με διακριτούς ρόλους στην διαδικασία προσφοράς υπηρεσιών υγείας.</p> <p>5) Άρθρο 5: Γίνεται μια επιπλέον προσπάθεια ενίσχυσης και συγκεκριμενοποίησης του ρόλου του οικογενειακού ιατρού. Δίνεται η δυνατότητα παροχής υπηρεσιών κατ'οίκον και καταδεικνύεται ο καθοριστικός τους ρόλος στην παραπομπή των ασθενών είτε σε ιατρούς ειδικότητας είτε σε άλλο επίπεδο υγείας. Ο κάθε ασθενής έχει ελεύθερη επιλογή οικογενειακού ιατρού ενώ δίνεται και η δυνατότητα επιλογής ιατρού του Κ.Υ. ως οικογενειακού.</p> <p>6) Άρθρο 8: Τροποποιείται ο σκοπός του Ε.Ο.Π.Υ.Υ που εφεξής είναι η αγορά υπηρεσιών υγείας και η θέσπιση κανόνων αξιολόγησης των υπηρεσιών αυτών.</p> <p>7) Άρθρο-27: Προβλέπεται η σύσταση Κινητών Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ως μονάδες των Δ.Υ.Πε. ή των Νοσοκομείων, για την εξυπηρέτηση των αναγκών Υγείας σε περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.</p> <p>8) Άρθρο 51, παρ.4: Θεσπίζεται ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (Α.Η.Φ.Υ.) επικαιροποιώντας παλαιότερες διατάξεις. Ο Α.Η.Φ.Υ συμπληρώνεται από ιατρό του τοπικού δικτύου Π.Φ.Υ. που παρακολουθείται ο ασθενής και ενημερώνεται από όλους όσους εξέτασαν ή άσκησαν θεραπεία.</p> | <p>* Το Άρθρο-1 και η παρ.2 του Άρθρου-2, καταργούνται με το μεταγενέστερο Ν.4486/2017</p> <p>* Η επιλογή του οικογενειακού ιατρού -όπως και σ'όλους τους προηγούμενους νόμους- αποτελεί δικαίωμα και όχι υποχρέωση των πολιτών. *</p> <p>Δεν περιλαμβάνονται οι απαραίτητες διατάξεις ώστε να καθιερωθεί η παροχή ΠΦΥ από ομάδα επαγγελματιών υγείας με σαφή και διακριτά καθήκοντα και ρόλους αλλά και με κοινό πεδίο δράσης και συνεργασίας για την παροχή της βέλτιστης για τον γενικό πληθυσμό φροντίδας</p> |

Πίνακας 3. Μεταρρύθμιση Ν.4486/2017: Δομή και λειτουργία Π.Φ.Υ

| ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ | ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ |
|-------------|---|
| Ν.4486/2017 | <p>1) Καταργείται το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) που είχε συσταθεί με τον Ν. 4238/2014 και οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ παρέχονται από ένα ενιαίο, ολοκληρωμένο και αποκεντρωμένου σύστημα που οργανώνεται, διοικείται και λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.) εντασσόμενο στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ).</p> <p>2) Καθορίζεται η έννοια των ομάδων υγείας, που συγκροτούνται από ιατρούς γενικής ιατρικής, παθολογίας, παιδιατρικής, από νοσηλεύτη, επισκέπτη υγείας, κοινωνικό λειτουργό και από διοικητικό προσωπικό, με ελάχιστη σύνθεση έναν ιατρό γενικής ιατρικής ή παθολογίας, έναν νοσηλεύτη ή επισκέπτη υγείας και έναν διοικητικό υπάλληλο. Επίσης αναλύονται τα καθήκοντα των επαγγελματιών υγείας της Ομάδας Υγείας, ενώ ομάδα εργασίας θεωρείται και η «Τοπική Ομάδα Υγείας» που προβλέπεται στο Ν. 4461/201, που αφορά-μεταξύ άλλων-και στη μεταρρύθμιση της Διοικητικής Οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.</p> <p>3) Η πρωτοβάθμια περίθαλψη θα παρέχεται πλέον σε δύο επίπεδα: Στο πρώτο επίπεδο, από: α) τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤοΜΥ), που συστήνονται ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας, αποτελούν το εισαγωγικό επίπεδο στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και λειτουργούν στη βάση εγγεγραμμένου πληθυσμού αναφοράς, με σκοπό την παροχή υπηρεσιών οικογενειακής ιατρικής και οργανωμένης πρόληψης και αγωγής υγείας της Π.Φ.Υ. και στελεχώνεται από μία Ομάδα Υγείας. β) Τα Περιφερειακά Ιατρεία, γ) τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, δ) τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία, τα ε) Τοπικά Ιατρεία και στ) επαγγελματίες υγείας που παρέχουν υπηρεσίες σε μονάδες Π.Φ.Υ και ως συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.</p> <p>Στο δεύτερο επίπεδο, παρέχονται υπηρεσίες περιπατητικής φροντίδας (δηλ. υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής και εξειδικευμένης φροντίδας υγείας) από τα Κέντρα Υγείας στα οποία θα περιληφθούν τα κέντρα υγείας αστικού τύπου (άρθρο 17, Ν.1397/1983), υπαίθρου και οι δομές του ΠΕΔΥ (παρ. 3-άρθρο 2, Ν.4238/2014), που θα μετονομαστούν σε Κέντρα Υγείας.</p> |

Πίνακας 3. Μεταρρύθμιση Ν.4486/2017: Δομή και λειτουργία Π.Φ.Υ (συνέχεια)

| ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ | ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ |
|-------------|--|
| Ν.4486/2017 | <p>4) Κάθε Κέντρο Υγείας μαζί με τις υπαγόμενες σε αυτό Το.Μ.Υ, τα υπαγόμενα σε αυτό Περιφερειακά Ιατρεία, Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία και Τοπικά Ιατρεία αποτελεί αποκεντρωμένη οργανική μονάδα των Δ.Υ.Πε. με δική του στελέχωση. Η περιοχή ευθύνης κάθε Κέντρου Υγείας ονομάζεται Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Το.Π.Φ.Υ.) της οικείας Δ.Υ.Πε. Εντός του Το.Π.Φ.Υ οι δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ, οι συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. πάροχοι υπηρεσιών Π.Φ.Υ, τα συμβεβλημένα με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. φαρμακεία, καθώς και τα δημοτικά ιατρεία συνιστούν το Τοπικό Δίκτυο Π.Φ.Υ, ενώ οι συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ πάροχοι, τα δημοτικά ιατρεία, καθώς και τα συμβεβλημένα με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ φαρμακεία, μπορεί να συμμετέχουν σε δράσεις προαγωγής υγείας και πρόληψης, υπό την εποπτεία της οικείας Δ.Υ.Πε. Σε κάθε Το.Π.Φ.Υ. συγκροτείται, με απόφαση του Διοικητή της οικείας Υ.Πε τριμελής Διοικούσα Επιτροπή. Τα Το.Π.Φ.Υ της κάθε Δ.Υ.Πε συντονίζονται από τον Περιφερειακό Συντονιστή Το.Π.Φ.Υ.</p> <p>5) Η περιοχή ευθύνης των Δ.Υ.Πε. διαιρείται σε Το.Π.Φ.Υ. Σε κάθε δήμο αντιστοιχεί τουλάχιστον ένα Κέντρο Υγείας και σε κάθε δημοτική ενότητα τουλάχιστον μία Το.Μ.Υ.</p> <p>6) Επαναπροσδιορίζεται ο θεσμός των οικογενειακών ιατρών και καθορίζεται ο ανώτατος πληθυσμός ευθύνης των.</p> <p>7) Σε κάθε Δ.Υ.Πε προβλέπεται η ίδρυση και η λειτουργία:</p> <p>α) Κεντρικών Διαγνωστικών Εργαστηρίων (Κ.Δ.Ε.), που παρέχουν διαγνωστικές υπηρεσίες εργαστηριακής και απεικονιστικής ιατρικής στις διασυνδεδεμένες με αυτά μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. β) Κέντρων Ειδικής Φροντίδας (Κ.Ε.Φ.), όπου παρέχονται εξειδικευμένες υπηρεσίες φροντίδας, ειδικής αγωγής και αποκατάστασης (κέντρα οδοντοπροσθετικά, παιδοδοντιατρικά, φυσικοθεραπείας, ειδικής αγωγής) σε πληθυσμό ευθύνης ενός ή περισσότερων Το.Π.Φ.Υ.</p> <p>8) Σε κάθε οδοντιατρείο Κέντρου Υγείας συγκροτείται και λειτουργεί η Οδοντιατρική Ομάδα, με ελάχιστη σύνθεση έναν οδοντίατρο και ένα βοηθό οδοντιατρείου ή νοσηλεύτη. Επικουρικά μέλη της Οδοντιατρικής Ομάδας μπορούν να είναι οδοντοτεχνίτες, επισκέπτες υγείας και διοικητικό προσωπικό. Κάθε οδοντιατρείο Κέντρου Υγείας βρίσκεται σε επιστημονική διασύνδεση με τα άλλα οδοντιατρεία των δομών Π.Φ.Υ., τα οδοντιατρεία των νοσοκομείων αλλά και τα Κέντρα Ειδικής Φροντίδας με στόχο την αρτιότερη κάλυψη των οδοντιατρικών αναγκών του πληθυσμού ευθύνης. Σε κάθε Δ.Υ.Πε. ορίζεται, με απόφαση του Διοικητή αυτής, τουλάχιστον ένας Συντονιστής Οδοντίατρος Υγειονομικής Περιφέρειας (Σ.Οδ.Υ.Π).</p> |

Πίνακας 3. Μεταρρύθμιση Ν.4486/2017: Δομή και λειτουργία Π.Φ.Υ (συνέχεια)

| ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ | ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ |
|-------------|--|
| Ν.4486/2017 | 9) Προβλέπεται η δυνατότητα ίδρυσης «Δικτύου Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας Μαιών-Μαιευτών», με έδρα δημόσια μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας της οικείας Δ.Υ.Πε, που θα διασυνδέεται με τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας της οικείας Δ.Υ.Πε και ιδίως με τις Το.Μ.Υ καταρτίζοντας και υλοποιώντας ένα τακτικό πρόγραμμα επισκέψεων σε αυτές. |
| | 10) Οι συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ οικογενειακοί ιατροί παρέχουν υπηρεσίες Π.Φ.Υ στα ιατρεία τους ή και κατ' οίκον, με άμεση διασύνδεση με τις υπηρεσίες του Τοπικού Δικτύου του οικείου Το.Π.Φ.Υ, καλύπτουν συγκεκριμένο πληθυσμό ευθύνης και έχουν ελάχιστο ωράριο απασχόλησης ανά ημέρα και ανά εβδομάδα. Οι οικογενειακοί ιατροί αμείβονται κατά κεφαλή για το σύνολο του πληθυσμού ευθύνης τους βάσει συντελεστή ηλικιακής ομάδας. |
| | 11) Για τους ιατρούς λοιπών ειδικοτήτων συνάπτεται συλλογική σύμβαση μεταξύ του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (Π.Ι.Σ.) και των κατά τόπους ιατρικών συλλόγων. Σε περίπτωση αδυναμίας σύναψης σύμβασης με τους κατά τόπους ιατρικούς συλλόγους και τον Π.Ι.Σ, ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. δύναται να συνάπτει ατομικές συμβάσεις. Οι συμβαλλόμενοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ ιατροί λοιπών ειδικοτήτων, αμείβονται κατά πράξη όταν εκτελούν παραπεμπτικό οικογενειακού γιατρού ή με πάγια αντιμισθία και συγκεκριμένο ημερήσιο και εβδομαδιαίο χρόνο απασχόλησης για συγκεκριμένο πληθυσμό ευθύνης, με κριτήρια ιδίως τον εξυπηρετούμενο πληθυσμό και τις τυχόν ιδιαιτερότητες του εκάστοτε Το.Π.Φ.Υ. ή της οικείας Δ.Υ.Πε. |
| | 12) Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. μπορεί να συνάπτει συμβάσεις: α) Με ιδιωτικά πολυϊατρεία. Οι διαγνωστικές εξετάσεις και οι ιατρικές πράξεις που συνταγογραφούνται και εκτελούνται εντός του αυτού πολυϊατρείου (αυτοπαραπομπές) αποζημιώνονται, με ειδική τιμή που αντιστοιχεί σε ποσοστό έως 50% των κάθε φορά ισχυουσών τιμών αποζημίωσης του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας καθορίζεται το ύψος της αποζημίωσης και το ποσοστό της έκπτωσης των επισκέψεων, καθώς και κάθε άλλο σχετικό θέμα, β) με ιδιώτες οδοντίατρους και πολυοδοντιατρεία, γ) με φυσικά ή νομικά πρόσωπα που παρέχουν διαγνωστικές υπηρεσίες. |

ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ Π.Φ.Υ. ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΑΤΗΣΗ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Οι μνημονιακές υποχρεώσεις της Ελλάδας και η ανάγκη μείωσης των δαπανών για την υγεία, οδήγησαν στη σύσταση του Ε.Ο.Π.Π.Υ. (με συγχώνευση των ταμείων Ι.Κ.Α, Ο.Γ.Α., Ο.Α.Ε.Ε., ΟΠΑΔ), ως αγοραστή και παρόχου υπηρεσιών υγείας-και αργότερα ως αγοραστή μόνο-λόγω της ίδρυσης του Π.Ε.Δ.Υ ως παρόχου υπηρεσιών υγείας. Σκοπός, αποτέλεσε η μείωση των λειτουργικών δαπανών των ταμείων και η εξοικονόμηση χρημάτων από την συγκροτημένη προμήθεια υλικών και υπηρεσιών βάσει κοινών προτύπων και διαδικασιών, για όλα τα νοσοκομεία. Επίσης, η ανάγκη μείωσης της πολύ υψηλής φαρμακευτικής δαπάνης, που το 2009 ανερχόταν στο ποσό των πέντε δισεκατομμυρίων ευρώ, [12] οδήγησε στη νομοθέτηση: α) υποχρεωτικής ηλεκτρονικής συνταγογράφησης-παραπεμπτικογράφησης, β) συνταγογράφησης βάσει δραστικής ουσίας, γ) προώθησης των γενόσημων φαρμάκων, δ) του clawback και του rebate, ε) είσπραξης 1 ευρώ από τον Ε.Ο.Π.Π.Υ για την εκτέλεση κάθε ηλεκτρονικής συνταγής κ.α, με αποτέλεσμα, την περίοδο 2009-2016, η φαρμακευτική δαπάνη που επιβαρύνει την κοινωνική ασφάλιση (Ταμεία) να μειωθεί κατά 61,9% [13]. Ωστόσο, διαπιστώνεται αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης (ίδια συμμετοχή των πολιτών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας) [14], γεγονός που οδηγεί σε μεγαλύτερη ιδιωτικοποίηση του Ε.Σ.Υ. Επίσης, ο Ε.Ο.Π.Π.Υ παρουσιάζει χρέη, καθώς τα «ληξιπρόθεσμα-προς τις επιχειρήσεις της Υγείας-χρέη του, για το μήνα Ιούνιο 2017, αγγίζουν τα 1,214 δισ. ευρώ, αυξημένα κατά

200 εκατ. ευρώ, σε σχέση με το ύψος των χρεών το Μάιο 2017 (1,199 δισ. ευρώ)» [15].

Επιπρόσθετα, παρά τις όποιες νομοθετικές προσπάθειες που έγιναν, δεν έχει σημειωθεί η αναμενόμενη βελτίωση της αποδοτικότητας του συστήματος. Μερικές από τις κυριότερες αδυναμίες της Π.Φ.Υ, αποτελούν:

- Ανισότητες στην πρόσβαση Π.Φ.Υ, εξαιτίας μεγάλων αναμονών και γεωγραφικών περιορισμών [16].
- Απουσία ελέγχου ποιότητας υπηρεσιών, χαμηλή αποδοτικότητα και ικανοποίηση των χρηστών [17].
- Ελλιπής χρηματοδότηση με σοβαρά προβλήματα σε υλικοτεχνικές υποδομές και στελέχωσης [18-20].
- Ο νοσοκομειοκεντρικός χαρακτήρας του Ε.Σ.Υ. και η έλλειψη προσωπικού, παρεμποδίζοντας τη λειτουργία της Π.Φ.Υ ως «θυροφύλακα» της νοσοκομειακής φροντίδας, ώστε να παρέχονται στους ασθενείς ολοκληρωμένες υπηρεσίες, πριν αυτοί προωθηθούν στα νοσοκομεία και να δημιουργούνται συνθήκες μείωσης της υπερφόρτισης των [21].
- Η σύσταση των Κ.Υ αστικού τύπου, ενώ προβλεπόταν στο Ν.1397/83, δεν είχε εφαρμοστεί στο βαθμό που έπρεπε, με αποτέλεσμα η έλλειψή τους να συντελεί στην υπερφόρτωση των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων για παροχή Π.Φ.Υ, στον αποπροσανατολισμό τους από τον κύριο στόχο τους, ο οποίος είναι η παροχή δευτεροβάθμιας/τριτοβάθμιας περίθαλψης, στην επίταση της άνισης κατανομής και

πρόσβασης στην Π.Φ.Υ και στη διάσπαση της συνέχειας στη φροντίδα [22,23].

- Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού μολονότι προβλεπόταν σε όλα τα νομοθετήματα για την Π.Φ.Υ, ελάχιστα αναπτύχθηκε. Στο Ν.4486/17, όπως και σ' όλους τους προηγούμενους η επιλογή του είναι ελεύθερη αποτελώντας δικαίωμα-και όχι υποχρέωση του πολίτη-με αποτέλεσμα την μη ύπαρξη «gatekeeping» στην πρόσβαση στα νοσοκομεία.

Συμπληρωματικά με τα σχόλια για τους σχετικούς νόμους των παραπάνω πινάκων, ο Ν.4486/17 επιχειρεί διαρθρωτικές παρεμβάσεις στην Π.Φ.Υ-και μεταξύ άλλων-προβλέπει την ίδρυση σε κάθε Δήμο ενός τουλάχιστον Κ.Υ και σε κάθε δημοτική ενότητα τουλάχιστον μία Το.Μ.Υ, αποκαθιστώντας την έλλειψη Κ.Υ αστικού τύπου, διευρύνοντας την προσβασιμότητα στην Π.Φ.Υ και δημιουργώντας προϋποθέσεις πρώτης επαφής των ασθενών με το σύστημα

υγείας, πριν την πρόσβαση τους στη νοσοκομειακή φροντίδα. Επίσης, με τον επαναπροσδιορισμό του ρόλου του οικογενειακού ιατρού, της ομάδας υγείας, την πρόβλεψη δημιουργίας οδοντιατρείου σε κάθε Κ.Υ, Δικτύου Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας Μαιών-Μαιευτών και Κεντρικών Διαγνωστικών Εργαστηρίων, δημιουργούνται προϋποθέσεις αποτελεσματικότερης λειτουργίας των δημόσιων δομών Π.Φ.Υ και καλύτερης παροχής υπηρεσιών. Σε γενικές γραμμές, ο Ν. Ν.4486/17 δημιουργεί βάσεις βελτίωσης της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας, αν και εκφράζονται επιφυλάξεις για την αποτελεσματική εφαρμογή του νόμου και την ανάπτυξη του συστήματος Π.Φ.Υ, αφού η επάρκεια ανθρώπινων και υλικών πόρων αποτελεί βασική προϋπόθεση επιτυχίας, που-όμως-η εξεύρεσή τους καθίσταται δύσκολη στο σημερινό δημοσιονομικό περιβάλλον, που δημιουργεί η οικονομική κρίση [24]. Παρόλα αυτά, είναι νωρίς για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Walley J, Lawn J, Tinker A, de Francisco A, Chopra M, Rudan I et al. Primary health care: making Alma-Ata a reality. *The Lancet*, 2008, 372:1001-1007.
2. Κοντιάδης Ξ, Σουλιώτης Κ. Σύγχρονες προκλήσεις στην πολιτική υγείας. Εκδόσεις Σάκουλα, Αθήνα, 2005.
3. Βραχάτης Δ, Παπαδόπουλος Α. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και Προοπτικές. *Νοσηλευτική* 2012, 51:10-17.
4. 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. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, 2003:245-258.
5. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res.* 2010, 10:65.
 6. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report 2012. Gac Sanit* 2012, 26(S):20-26
 7. Κονδύλης Η. Ο ιδιωτικός τομέας υγείας στην Ελλάδα: χαρακτηριστικά ανάπτυξης, στοιχεία ποιοτικής αξιολόγησης, σύγχρονες τάσεις και προοπτικές. 2009. Θεσσαλονίκη. Διδακτορική διατριβή.
 8. Κονδύλης Η, Αντωνοπούλου Λ, Μπένος Α. Συμπράξεις δημόσιου-ιδιωτικού τομέα στα νοσοκομεία. Ιδεολογική προτίμηση ή εμπειρικά βασιζόμενη επιλογή στην πολιτική υγείας; *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2008, 25(4):496-508.
 9. Άρθρο 2 και 6 του Νόμου 4052/2012. Διαθέσιμο στο: <https://www.taxheaven.gr/laws/law/index/law/418>
 10. Ναούμ Σ. Χαρακτηριστικά αγαθού και αγοράς υγείας: Η σημασία της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στον έλεγχο φαρμακευτικών δαπανών. *Επιστημονικά Χρονικά* 2019; 24(2): 207-219.
 11. Βελονάκη Σ Β, Αδαμακίδου Θ. Νομοθετικό πλαίσιο της ομάδας υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα και στο διεθνές περιβάλλον. Διαθέσιμο στο: https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/3315/1/02_chapter_14.pdf
 12. Αιτιολογική έκθεση προς τη Βουλή των Ελλήνων στο σχέδιο νόμου «Ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση συνταγών». Διαθέσιμη στο: http://www.opengov.gr/minlab/wp-content/uploads/downloads/2010/09/aitiologiki_ek8esi.pdf
 13. Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος-IOBE Παρατηρητήριο της Υγείας. Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα Στοιχεία 2015-2016, Αθήνα, 2016.
 14. ΕΛΣΤΑΤ. Δαπάνες Υγείας - Σύστημα Λογαριασμών Υγείας. Διαθέσιμο στο: <http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE35/->
 15. Health Report. Διαθέσιμο στο: <http://www.healthreport.gr/%CF%80%CF%81%CE%BF%CE%B2%CE%BB%CE%B7%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82-%CE%B3%CE%B9%CE%B1-%CF%84%CE%B1-%CF%87%CF%81%CE%AD%CE%B7-%CE%B5%CE%BF%CF%80%CF%85%CF%85-%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%BF/>
 16. Economou C. Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece. *WHO Regional Office for Europe* 2015:1-14.
 17. Πετρέλης Μ, Δομάγερ ΦΡ. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 2016, 15:365-379.

18. Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D. Greece's health crisis: from austerity to denialism. *The Lancet* 2014, 383:748-753.
19. Economou C. Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece. *WHO Regional Office for Europe*, 2015:1-14.
20. Simou E, Koutsogeorgou E. Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. *Health policy* 2014, 115:111-119.
21. Βραχάτης Δ, Παπαδόπουλος Α. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και Προοπτικές. *Νοσηλευτική* 2012, 51:10-17.
22. Λιονής Χ, Μερκούρης Μ. Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προτάσεις για τη βελτίωσή της. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2000,12:7-19.
23. Αδαμακίδου Θ, Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική* 2008, 47:320-333.
24. Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D. Greece's health crisis: from austerity to denialism. *The Lancet* 2014; 383:748-753.

The dilemma between private-public hospitals and the role of primary health care

S. Naoum

116 Combat Wing Health Service, Araxos, Greece

ABSTRACT

In the literature, it is often stated that private hospitals are generally more efficient than public ones, giving rise to the reasonable question of whether health care policy in Greece should be turned to the private sector in terms of providing health services. However, the existence of only private hospitals will greatly increase the cost of hospital care, as there will be no public hospitals to control its demand and price containment, and there will be no benchmarking for the costs of the services provided. Primary Health Care (PHC) is defined as the providing system of a bundle of basic and integrated health care services at an individual and family level and is the first point of contact for patients with the health system, acting as a gatekeeper, reducing hospital overload. It should be noted that an effective PHC system is associated with high population satisfaction with health services, better health, lower health costs and drug use. Despite any legislative efforts made, the expected improvement in the efficiency of the system has not been made. The law 4486/17 attempts structural interventions in the PHC, broadening the accessibility of the PHC and creating conditions for patients' first contact with the health system prior to their access to hospital care. In general, law 4486/17 lays the foundations for improving the efficiency of the health system, although there are reservations about the effective implementation of the law.

Keywords: private hospital, efficiency, primary health care, health cost

Citation S. Naoum. The dilemma between private-public hospitals and the role of primary health care. *Scientific Chronicles* 2020; 25(3): 505-519