



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Εθνικόν και Καποδιστριακόν  
Πανεπιστήμιον Αθηνών

— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

# Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα και στην Δημοκρατία της Μολδαβίας

ΠΜΣ "Σχεδιασμός και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας"

Αθήνα, Μάιος 2020

Κουλμπίντα Ντανιέλα

Επιβλέπων Καθηγητής: Κυριάκος Σουλιώτης

<b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</b>	
Συντομογραφίες	Σελ.3
Περίληψη	Σελ.4
<b>Κεφάλαιο 1</b>	
1.1.Εισαγωγή	Σελ.6
1.2.Άλλοι ορισμοί της "Υγείας"	Σελ.7
1.3.Οργάνωση του Ε.Σ.Υ στην Ελλάδα	Σελ.11
1.4.Ορισμοί Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	Σελ.12
1.5.Η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα	Σελ.15
1.6.Νομοθετικό Πλαίσιο Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα	Σελ.20
1.7.Καινοτομίες στην ΠΦΥ	Σελ.22
1.8.Προβλήματα που αντιμετωπίζει η ΠΦΥ στην Ελλάδα	Σελ.24
1.9.Ο ρόλος των επαγγελματιών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	Σελ.29
<b>Κεφάλαιο 2</b>	
2.1.Παρουσίαση της Δημοκρατίας της Μολδαβίας	Σελ.36
2.2.Πληθυσμός Μολδαβίας και Υγεία	Σελ.39
2.3.Σύστημα Νοσοκομειακής Περίθαλψης	Σελ.42
2.4.Σύστημα Υγείας στην Δημοκρατία της Μολδαβίας	Σελ.44
2.5.Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	Σελ.46
2.6.Νομοθετικό πλαίσιο της Μολδαβίας σχετικά με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	Σελ.47
2.7.Δομή της Υπηρεσίας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	Σελ.51
2.8.Πρωτοβάθμιες ιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται στα ιδρύματα πρωτοβάθμιας υγείας	Σελ.56
2.9.Ιατρική Φροντίδα βασισμένη κλινικές οδηγίες και έρευνες	Σελ.59
2.10.Ανθρώπινο Δυναμικό στην πρωτοβάθμια περίθαλψη	Σελ.59
2.11.Επαγγελματικές οργανώσεις και περιοδικά	Σελ.62
2.12.Ιατρική εκπαίδευση	Σελ.62
2.13.Χρηματοδότηση για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	Σελ.62
<b>Κεφάλαιο 3</b>	
3.1.Συζήτηση	Σελ.64
3.2.Προτάσεις για το σύστημα ΠΦΥ	Σελ.66
Βιβλιογραφία	Σελ.71

## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

- **Α.Η.Φ.Υ.**-Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας
- **Α.Μ.Κ.Α.**- Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης
- **Δ.Υ.Πε.**- Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας
- **Ε.Ο.Π.Υ.Υ.**- Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
- **Ε.Σ.Υ** - Εθνικό Σύστημα Υγείας
- **Ι.Κ.Α.**- Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
- **Κ.Α.Π.Η.**- Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων
- **Κ.Υ.**- Κέντρο Υγείας
- **ΟΟΣΑ**- Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
- **ΠΕΔΥ.**- Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
- **Πε.Σ.Υ.Π.**- Περιφερειακό Σύστημα Υγείας και Πρόνοιας
- **Π.Ι.**-Περιφερειακά τους Ιατρεία
- **Π.Ο.Υ.**- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
- **Π.Φ.Υ.**- Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.
- **Το.Μ.Υ**- Τοπική Μονάδα Υγείας
- **Υ.Πε.**- Υγειονομική Περιφέρεια

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εργασία αυτή έχει τίτλο Το σύστημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ) στην Ελλάδα και στη Μολδαβία. Αρχικά, αναλύεται η έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, δίνεται ο ορισμός της και περιγράφεται η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει. Στη συνέχεια γίνεται παρουσίαση του συστήματος Υγείας στην Ελλάδα με ιδιαίτερη εστίαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, αναλύονται οι βασικοί στόχοι της Π.Φ.Υ. και ο τρόπος λειτουργίας του. Επίσης, αναλύεται το νομοθετικό πλαίσιο της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα. Έπειτα, γίνεται μια σύντομη περιγραφή στις καινοτομίες που πραγματοποιήθηκαν στο σύστημα υγείας τα τελευταία χρόνια για την βελτίωση του επιπέδου της Π.Φ.Υ.

Στην συνέχεια γίνεται παρουσίαση της Δημοκρατίας της Μολδαβίας, σύντομη ιστορική αναδρομή και δημογραφικές λεπτομέρειες. Παρουσιάζεται η οργάνωση του συστήματος Υγείας στην Μολδαβία και πιο συγκεκριμένα γίνεται εστίαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, καθώς και παρουσίαση του νομοθετικού πλαισίου. Έπειτα συγκρίνονται κάποιοι δείκτες υγείας μεταξύ της Ελλάδας την Δημοκρατία της Μολδαβίας και την Ευρωπαϊκή Ένωση.

Εν κατακλείδι γίνεται μια συζήτηση σχετικά με όσα παρουσιάστηκαν και αναφέρονται κάποιες προτάσεις που έχουν ως στόχο την βελτίωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα.

**Λέξεις-κλειδιά:** Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Στόχοι της Π.Φ.Υ., Πρόληψη στην Π.Φ.Υ., Αντιμετώπιση και Π.Φ.Υ., Νομοθετικό πλαίσιο Π.Φ.Υ.

## **ABSTRACT**

This work is entitled The Primary Health Care System (PHC) in Greece and Moldova. First, the concept of Primary Health Care is analyzed, it is given the definition and is described the quality of the services it provides. Furthermore, is following a presentation of the Health System in Greece with a special focus on Primary Health Care, analyzing the basic goals of PHC, and how it works. It also analyzes the legal framework of the PHC in Greece. Then, there is a brief description of the innovations that have been made in the health system in recent years to improve the level of PHC.

After, there is a presentation of the Republic of Moldova, a brief historical overview and demographic details. The organization of the Health System in Moldova is presented and in particular it focuses on Primary Health Care as well as the presentation of the legislative framework. Then some health indicators are compared between Greece, the Republic of Moldova and the European Union.

In conclusion, there is a discussion about what has been presented and some suggestions that aim to improve Primary Health Care in Greece.

**Keywords:** Primary Health Care, PHC Objectives, PHC Prevention, Treatment and PHC, legislative framework PHC

## **Κεφάλαιο 1 - 1.1.Εισαγωγή**

Η υγεία είναι από τα σημαντικότερα αγαθά που μπορεί να έχει ένας άνθρωπος. Είναι ο μεγαλύτερος προβληματισμός που θα έχει πάντα η ανθρωπότητα, το να είναι υγιείς, καθώς αν ισχύει το αντίθετο δημιουργούνται εμπόδια στην καθημερινότητα και στην διεκπεραίωση βασικών αναγκών της ανθρώπινης φύσης όπως την κοινωνικοποίηση, την ελεύθερη μετακίνηση, την ψυχική ηρεμία, την προσφορά εργασίας κ.α.

Προκειμένου να ερμηνευτεί η έννοια «υγεία» έχουν διατυπωθεί διάφοροι ορισμοί αν και δεν υπάρχει κάποιος κοινά αποδεκτός ορισμός.

Υπάρχει ωστόσο ο ορισμός που διατυπώθηκε στο καταστατικό από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας στην Άλμα- Άτα το 1946 όπου λειτουργεί ως γενικά αποδεκτή πεποίθηση και λειτουργεί ως βάση για τις γενικές πεποιθήσεις που υπάρχουν ως ορισμός της Υγείας: η Υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». (Π.Ο.Υ., 1946). Ο ορισμός του ΠΟΥ αναγνωρίζει την ύπαρξη δύο παραμέτρων που οριοθετούν την υγεία: α) την παράμετρο της απουσίας της αρρώστιας και β) την παράμετρο της ευεξίας και προσεγγίζεται επομένως από την θετική πλευρά.

Ποιο συγκεκριμένα θα μελετηθεί η έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, που θεωρείται ο κορμός του συστήματος υγείας σε όλες τις χώρες του πλανήτη. Είναι ένας σημαντικός διαχωρισμός που έγινε στην παροχή της υγειονομικής περίθαλψης και αποτελεί όπλο του συστήματος υγείας ώστε να γίνει ελεγχόμενη χρήση των πόρων τόσο στην παροχή υπηρεσιών, όσο και στην εξοικονόμηση των χρηματικών πόρων. Η σωστή και ορθολογική οργάνωση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας δεν έχει παρά να φέρει μόνο θετικά αποτελέσματα στην υγεία όλων των πολιτών μιας χώρας, πράγμα που δεν είναι καθόλου εύκολο να επιτευχθεί και καμία χώρα δεν έχει καταφέρει να βρει τον "σωστό" τρόπο που θα επιφέρει σίγουρα επιθυμητά αποτελέσματα. Η διαχείριση του συστήματος Υγείας δεν μπορεί να είναι ίδιος και καθολικός για όλους, αλλά πρέπει να γίνουν μελέτες και εύρεση των αναγκών της κάθε κοινωνίας, να αναδειχτούν τα κύρια προβλήματα και με οργάνωση και στρατηγική να γίνει μια προσπάθεια να ληφθούν κάποια μέτρα με σκοπό την επίλυση των προβλημάτων που παρουσιάζει η κάθε κοινωνία ξεχωριστά.

Όπως, λοιπόν, δεν υπάρχει ένας μόνο αποδεκτός ορισμός του όρου "Υγεία", έτσι δεν υπάρχει μόνο ένας τρόπος οργάνωσης του συστήματος υγείας και πιο συγκεκριμένα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που θα επιλύσει όλες τις ανάγκες μιας κοινωνίας και θα μπορεί κανείς να πει ότι είναι ο σωστός τρόπος και μπορεί να τον εφαρμόσει κάθε κράτος ώστε να έχει σίγουρα θετικά αποτελέσματα.

Ο δρόμος προς την επιτυχία είναι πάντα υπό κατασκευή, δεν πρέπει ποτέ να σταματήσει η επιθυμία για την εύρεση του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος.

## **1.2. Άλλοι ορισμοί της "Υγείας"**

Σύμφωνα με τον Τούντα (2000), οι διάφορες απόψεις που είχαν υιοθετήσει στο πέρασμα των χρόνων οι άνθρωποι, όσον αφορά την υγεία και την ασθένεια χωρίζονται σε πέντε περιόδους: τη μεταφυσική - μαγική, τη μεταφυσική - θρησκευτική, τη νατουραλιστική (πρώιμη επιστημονική), τη μηχανιστική - θετικιστική (κυρίως επιστημονική) και τη σύγχρονη ολιστική η οποία διαμορφώνεται κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών. Αυτή η συγκεκριμένη περίοδος την οποία διανύουμε, διαθέτει την πλειοψηφία των χαρακτηριστικών της μεταβατικής περιόδου, όπου αμφισβητείται το παλιό σταδιακά αλλά επικρατεί ταυτόχρονη επιφύλαξη έναντι καθετί νέου που θα αντιμετωπίσουμε (Τούντας Γ.2000).

Ο όρος υγεία είναι πολυδιάστατος και σημαίνει διαφορετικά πράγματα για τον κάθε άνθρωπο, σύμφωνα με τους (Green & Tones, 2010, Ewles&Simnett 2011, Scriven 2010)

Αποτελεί ένα από τα πιο πολύτιμα αγαθά για τον άνθρωπο, αν όχι ίσως το πιο πολύτιμο. Η καλή υγεία είναι αυτή που επηρεάζει το επίπεδο της ζωής ενός ανθρώπου καθώς αυτή συνεπάγεται ως κοινωνική, οικονομική και προσωπική ανάπτυξη. (Ifanti, A.A., Argyriou, A. A. & Kalofonos, P. H. 2011).

η υγεία έχει δύο σημασίες: την αρνητική η οποία αφορά την ασθένεια και τη θετική η οποία αφορά την ευεξία, όπως προκύπτει από τον ορισμό του WHO (Downie et al., 1996, p.10, WHO, 2006).

Όσον αφορά την έννοια της υγείας κατά τη διάρκεια των χρόνων στους περισσότερους πολιτισμούς υπήρχε η ολιστική θεώρηση και αποτελούσε την αρμονία μέσα στο ίδιο το άτομο ή ανάμεσα στο άτομο και το περιβάλλον του (Σουρτζή Π.1998).

Βάσει λοιπόν όλων των παραπάνω η υγεία θα μπορούσε να οριστεί ως μια κατάσταση κατά την οποία δίνεται η δυνατότητα σε ένα άτομο να ξεπεράσει τις διαταραχές καθώς και τις κρίσεις που αφορούν την ισορροπία του, έτσι ώστε να διαμορφώσει νέες αξίες (Σαρρής Μ 2001).

Η έννοια της υγείας και της ασθένειας διαφέρει ανάλογα με τη χρονική περίοδο και τις κοινωνικές συνθήκες (Καραδήμας Ε. 2005).

Η υγεία όσον αφορά τον ορισμό της , περιλαμβάνει έννοιες θετικής σημασίας όπως η ευεξία και η ποιότητα ζωής και δεν είναι το αντίθετο της ασθένειας. Προκειμένου λοιπόν να διασαφηνίσουμε τον όρο υγεία θα πρέπει πρωτίστως να κατανοήσουμε τη σχέση που πιθανώς να έχουν μεταξύ τους διάφοροι παράγοντες όπως βιολογικοί, κοινωνικοί, οικονομικοί ή ψυχολογικοί και κατά πόσο αυτοί αλληλεπιδρούν ανά πάσα στιγμή αλλά και συνεχώς. Η υγεία δεν αποτελεί αποκλειστικά ζήτημα του ατόμου αλλά και της κοινωνίας ολόκληρης (Σαρρής Μ 2001).

Σύμφωνα λοιπόν με αυτή την έννοια η υγεία αποτελεί τον βαθμό «πληρότητας», με τον τρόπο που το κάθε άτομο ξεχωριστά την κατανοεί, ανάλογα πάντα με τις δικές του πεποιθήσεις, ηθικές αρχές και δυνατότητες, καθώς και σύμφωνα με τις αξίες που επικρατούν στην κοινωνία τη δεδομένη στιγμή (Καραδήμας Ε. 2005).

Από όλα τα προηγούμενα λοιπόν προκύπτει ότι ο όρος «υγεία» έχει πολλούς και διάφορους ορισμούς: α) αρνητικός ορισμός (Εννοούμε την απουσία συμπτωμάτων ή οποιασδήποτε νόσου), β) λειτουργικός ορισμός (σωματική ικανότητα), γ) συναισθηματική λειτουργικότητα (ικανότητα άσκησης ρόλων) δ) τον θετικό ορισμό σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, όπου η υγεία αποτελεί μια θετική κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ευεξίας. Οι διαφορετικές λοιπόν προσεγγίσεις που προκύπτουν, συσχετίζουν το φαινόμενο αυτό με κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές, αλλά και με τις κοινωνικές και ατομικές αναπαραστάσεις τους, καθώς και με τις διασυνδέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ τους ( Σαρρής Μ. 2001).

Υπάρχουν βέβαια και διάφορα μοντέλα που αφορούν την υγεία: α) Το ιατρικό μοντέλο (medical model) σύμφωνα με το οποίο η υγεία είναι η απουσία ασθένειας (Scriven, 2010) και αυτός που είναι υπεύθυνος ώστε να την διαγνώσει και να την αντιμετωπίσει είναι ο γιατρός (Anderson, M.R. 1995).

β)το ολιστικό μοντέλο (holistic model) όπου η υγεία θεωρείται πηγή για την καθημερινή ζωή (WHO 1984) και

γ) το μοντέλο της ευεξίας (wellness model) όπου η υγεία παρουσιάζεται σαν μια θετική έννοια και αποτελεί πηγή της καθημερινής ζωής (WHO 1986) που δίνει έμφαση στους κοινωνικούς και προσωπικούς πόρους όπως και στις σωματικές ικανότητες. Το μοντέλο αυτό αφορά στην έννοια της ανθεκτικότητας (sense of resiliency), όπου αντικατοπτρίζεται η επιτυχία ενός ατόμου ή μιας κοινότητας που προσπαθεί να προσαρμοστεί σε συνθήκες οι οποίες μεταβάλλονται. (Antonovsky, 1979, Scriven 2010).



Την έννοια αυτή την παρουσιάζει ο Antonovsky (1996) στη θεωρία του για την συνεκτικότητα (Sense of Coherence Theory), όπου το μοντέλο ευεξίας αναφέρεται και ως Salutogenic Model (Weare, 2000). Το Salutogenic Model λοιπόν είναι αυτό που θεωρεί ενιαία την υγεία και την ασθένεια και δίνει μεγαλύτερη έμφαση στις συνθήκες οι οποίες οδηγούν στην ευεξία (Antonovsky, 1996).

Υπάρχει βέβαια και η άποψη των Green & Tones (2010) οι οποίοι θεωρούν ότι η υγεία αποτελείται από έξι διαστάσεις όπως τη σωματική υγεία, την ψυχική, την συναισθηματική, την κοινωνική, την υγεία της κοινωνίας και τέλος την πνευματική υγεία. Με αυτό τον τρόπο προσπαθούν να παρουσιάσουν την ολιστική φύση της υγείας.

Έτσι προκύπτει ότι η διατήρηση της καλής υγείας δεν εξαρτάται μόνο από βιολογικούς παράγοντες αλλά έχει να κάνει σε πολύ μεγάλο βαθμό με τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα που θα δεχτεί το κάθε άτομο, τον τρόπο ζωής που θα επιλέξει να κάνει, την διατροφή, την εργασία που θα κάνει, ακόμα σημαντικό ρόλο κατέχουν η κοινωνική τάξη που έχει το άτομο, το φύλο, η χώρα που διαμένει, το μορφωτικό επίπεδο κ.α.

(Οικονομόπουλου, 2012)

Ο άνθρωπος έχει ως κύριο στόχο του την διατήρηση της καλής του υγείας και αυτό μπορεί να γίνει με την επιλογή ενός σωστού τρόπου ζωής, όπου έχει τεκμηριωθεί επιστημονικά ότι παίζει πολύ σημαντικό ρόλο, αλλά σε συνδυασμό με την χρήση φαρμάκων και την βοήθεια της ιατρικής επιστήμης. Η Υγεία, λοιπόν, πρέπει να είναι ισότιμη για όλους λόγω του ότι αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμα του κάθε ανθρώπου και δεν πρέπει να θυσιάζεται στο βωμό του κέρδους.

Η διατήρηση της καλής υγείας ωστόσο δεν είναι μέλημα μόνο ατομικό αλλά και κοινωνικό. Το κάθε άτομο ξεχωριστά προσπαθεί να κάνει το καλύτερο δυνατό ώστε να επιτύχει την διατήρηση της υγείας του, αλλά και η κοινωνία πρέπει να παρέχει τις κατάλληλες παροχές όπως ιατρεία, νοσοκομεία, εργαλεία, φάρμακα, ίσες ευκαιρίες στην πρόσβαση. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η προσέγγιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για την επίλυση με βιώσιμο τρόπο των σημερινών προκλήσεων στον τομέα της υγείας και του συστήματος υγείας και θεμελιώδης για την επίτευξη των Κοινών Στόχων Υγείας και των Στόχους Αειφόρου Ανάπτυξης που σχετίζονται με την Υγεία.

Το 1978, έγινε η Διεθνής Διάσκεψη με την παρουσία 134 κρατών όπου ήταν αναγκαίο να συζητηθεί η αξία και ο σημαντικός ρόλος που κατέχει η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Τότε ομόφωνα συμφωνήθηκε ότι τα κράτη μέλη πρέπει να λάβουν τα κατάλληλα μέτρα ώστε να μπορούν να προσφέρουν ίση "Υγεία για Όλους έως το 2000" και κατέληξαν ότι αυτό είναι δυνατό να επιτευχθεί με την σωστή λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας. Η διάσκεψη χαρακτήρισε την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης προτεραιότητα, τόνισε τη συμμετοχή στο σχεδιασμό και την εφαρμογή μέτρων για την ασφάλιση του πληθυσμού με ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, ακόμα επικαλέστηκε την ανάγκη χρήσης επιστημονικά υποστηριζόμενων και κοινωνικοοικονομικών ιατρικών τεχνολογιών και τόνισε την ανάγκη διατομεακού συντονισμού των δραστηριοτήτων δημόσιας υγείας. Η νέα αυτή δήλωση ανανεώνει την πολιτική δέσμευση για πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη από κυβερνήσεις, μη κυβερνητικές οργανώσεις, επαγγελματικές οργανώσεις, ακαδημαϊκούς κύκλους και παγκόσμιους οργανισμούς υγείας και ανάπτυξης.

Έτσι από τον ΠΟΥ διατυπώθηκε ένας ορισμός για την ΠΦΥ ως εξής: *"Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι η βασική φροντίδα βασισμένη σε πρακτικές επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες. Η φροντίδα αυτή είναι στη διάθεση όλων των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και παρέχεται με την πλήρη και ενεργό συμμετοχή τους και σε κόστος, που η κοινότητα και η χώρα μπορεί να επωμισθεί σε κάθε στάδιο της ανάπτυξης της, μέσα στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και της αυτοδιάθεσης. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί ένα βασικό συστατικό στοιχείο, όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας, του οποίου είναι το κεντρικό σημείο αναφοράς, αλλά και του γενικότερου κοινωνικοοικονομικού οικοδομήματος. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας φέρνει φροντίδα υγείας όσο το δυνατό κοντύτερα στους χώρους, όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται και αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μια συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας"* (WHO-UNICEF. Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, Geneva-New York, 1978).

Συγκεκριμένα, στην ΠΦΥ λαμβάνουν χώρα ιατρικές νοσηλευτικές και οδοντιατρικές πράξεις και φροντίδες που έχουν ως σκοπό την πρόληψη και αποκατάσταση των προβλημάτων υγείας που προκύπτουν χωρίς να απαιτείται νοσηλεία σε νοσοκομείο. Η νοσηλεία σε νοσοκομείο (Δευτεροβάθμια-Τριτοβάθμια Φροντίδα υγείας) έχει έναν πιο εξειδικευμένο ρόλο στην φροντίδα υγείας και να προσφεύγουμε σε αυτήν όταν η βαρύτητα της νόσου δεν επιτρέπει νοσηλεία στο σπίτι ή σε μονάδες ΠΦΥ.

### 1.3.Οργάνωση του Ε.Σ.Υ στην Ελλάδα

Σκοπός του εθνικού συστήματος υγείας (Ε.Σ.Υ) είναι η παροχή οργανωμένων υπηρεσιών υγείας σε τρεις βαθμίδες:

- Πρωτοβάθμια Υγειονομική Περίθαλψη
- Δευτεροβάθμια Υγειονομική Περίθαλψη
- Τριτοβάθμια Υγειονομική Περίθαλψη

Σύμφωνα με τον Ν.1397/83 η Πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τα Κέντρα Υγείας μαζί με τα περιφερειακά ιατρεία που κάθε ΚΥ περιλαμβάνει. Έτσι ενώ στις αστικές περιοχές οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι ανοργάνωτες και υπολειτουργούν όσον αφορά την παροχή φροντίδας, στις αγροτικές περιοχές - περιφέρεια η ανάπτυξη και ο εξοπλισμός των Κέντρων Υγείας ικανοποίησε αρκετά αυτά που προέβλεπε ο νόμος. Στην Ελλάδα οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρέχονται από: α) Το κράτος σύμφωνα με το Ν1397/83 με τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά τους ιατρεία όσον αφορά τις αγροτικές περιοχές και όσον αφορά τα αστικά κέντρα παρέχεται από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Την τοπική αυτοδιοίκηση που καλύπτει μικρό εύρος υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης κυρίως προνοιακού τύπου, με κάποια δημοτικά ιατρεία που χρηματοδοτούνται από δημοτικούς φορείς ή από το κράτος. β) Τον ιδιωτικό τομέα που χρηματοδοτείται από τα διάφορα ασφαλιστικά ταμεία καθώς και από το οικογενειακό εισόδημα των πολιτών. γ) Τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, με τα ιδιωτικά ιατρεία ή εργαστήρια όσον αφορά τα ασφαλιστικά ταμεία και τα πολυιατρεία του ΙΚΑ, στα οποία η χρηματοδότηση πραγματοποιείται από τις εισφορές που παρακρατούνται από εργαζόμενους και εργοδότες (Κυριόπουλος Γ., Σουλιώτης Κ., 2002).

ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΚΑΙ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ: στην Ελλάδα η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τα δημόσια και ιδιωτικά, γενικά και ειδικά νοσοκομεία. Επίσης αξιοσημείωτος είναι ο μεγάλος αριθμός των ιδιωτικών νοσοκομείων (Σισσούρας Α., 1994).

#### 1.4.Ορισμοί Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Με τον όρο Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) εννοούμε «το σύστημα σύμφωνα με το οποίο παρέχονται υπηρεσίες έξω-νοσοκομειακής φροντίδας υγείας, ενώ ταυτόχρονα εξασφαλίζεται ισότιμη πρόσβαση όλου του πληθυσμού, στις υπηρεσίες αυτές». Σκοπός αυτού του συστήματος είναι η πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, αποκατάσταση και ενίσχυση της υγείας των πολιτών, παρέχοντας ιατρικές υπηρεσίες, εξετάσεις και φάρμακα, εφαρμόζοντας ταυτόχρονα κανόνες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης όσον αφορά τη δημόσια υγεία. Η ΠΦΥ θεωρείται το πρώτο σημείο επαφής ενός ατόμου με το σύστημα υγείας της χώρας, καθώς αποτελεί το «φίλτρο» των περιστατικών παρέχοντας στους ασθενείς τις πρώτες βοήθειες, προτού αυτοί μεταφερθούν σε κάποια άλλη πιο εξειδικευμένη νοσοκομειακή μονάδα, παρέχοντας με αυτό τον τρόπο τις στοιχειώδεις υπηρεσίες υγείας και την σωστή ενημέρωση στο άτομο και στην οικογένεια.

Υπάρχουν δυο όροι που συχνά συγχέονται και παρερμηνεύονται όπως η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η πρωτοβάθμια περίθαλψη. Γι' αυτό και είναι απαραίτητο να τους ερμηνεύσουμε διότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (primary healthcare) αποτελεί μια πιο ευρεία έννοια, η οποία περιλαμβάνει υπηρεσίες υγείας οι οποίες απευθύνονται σε ασθενείς αλλά και υγιή άτομα, και όταν μιλάμε για φροντίδα περιλαμβάνει και την έννοια της περίθαλψης χωρίς απαραίτητα να υπάρχει ταύτιση με αυτή. Ενώ η πρωτοβάθμια περίθαλψη (primary medical care) αναφέρεται σε υπηρεσίες οι οποίες έχουν ως στόχο τους τη διάγνωση και θεραπεία μιας νόσου, χωρίς να είναι υποχρεωτικό το άτομο να παραμείνει στο νοσοκομείο. (Λιαρόπουλος 1989).

Επίσης άλλοι ορισμοί για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα:

Ο Αδαμόπουλος ορίζει την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως «την παροχή υπηρεσιών υγείας του ατόμου και της κοινότητας και αφορά τη διάγνωση οξέων και χρόνιων νοσημάτων, τη θεραπεία τους, την μεταφορά του αρρώστου που χρήζει διακομιδής σε κάποια άλλη πιο εξειδικευμένη μονάδα, στην αποκατάσταση (rehabilitation) του ασθενή μετά την ύφεση της οξείας φάσης της νόσου, στην κατ' οίκον νοσηλεία, στην προαγωγή υγείας, στην πρόληψη, στη δημόσια υγεία, στην αγωγή υγείας».

Η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι η βάση της υγείας και το σύστημα που παρέχει υπηρεσίες υγείας, σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο, καθώς αποτελεί την πρώτη επαφή του πολίτη με το σύστημα υγείας (Κοντιάδης Ξ, Σουλιώτης Κ. Αθήνα, 2005).

Οι Θεοδώρου και Πιερράκος ορίζουν την ΠΦΥ ως την πραγματική φροντίδα η οποία έχει σαν βάση της διάφορες μεθόδους που είναι ευρέως αποδεκτές από την κοινωνία και τον επιστημονικό κόσμο που δύναται να εφαρμοστούν στην πράξη, και μεθόδους που είναι εφικτές οικονομικά, και τεχνολογίες προσβάσιμες, τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και σε κοινωνικό επίπεδο, που έχουν πολύ μεγάλη συμμετοχή στην διαμόρφωση του σχεδιασμού της.

Το σύστημα υγείας δεν στοχεύει μόνο στη περίθαλψη αλλά και στη βελτίωση του επιπέδου υγείας και στην αναβάθμιση του επιπέδου κοινωνικής ευημερίας των πολιτών γι' αυτό και η Π.Φ.Υ. αποτελεί σημαντικό κομμάτι του συστήματος υγείας. Κάποιες από τις υπηρεσίες της Π.Φ.Υ. είναι η διάγνωση, η θεραπεία, η παροχή φροντίδας στα παιδιά, η μαιευτική φροντίδα καθώς και η παροχή συμβουλών και η παραπομπή σε άλλους επαγγελματίες υγείας (Taylor, etal., 2002).

Η Π.Φ.Υ. συμβάλλει ουσιαστικά στη βελτίωση του επιπέδου υγείας και του βιοτικό-οικονομικού επιπέδου του πληθυσμού (Παπαμίχος και συν, 2011).

Η Π.Φ.Υ. μέσα σε μία κοινωνία αποτελεί ενιαίο μέρος της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης και εκτός από τον τομέα της υγείας ενεργοποιεί και τους σχετικούς τομείς της εθνικής και κοινοτικής ανάπτυξης (Σωτηριάδου και συν, 2016).

Είναι σημαντικό να τονιστεί το γεγονός ότι η Π.Φ.Υ. έχει σημαντικό αντίκτυπο στην οικονομία μιας χώρας καθώς με το να προληφθεί κάποιο σοβαρό νόσημα ή κάποια νοσηλεία σε νοσοκομείο έχει ως αποτέλεσμα την εξοικονόμηση σημαντικών οικονομικών πόρων.

Οι δαπάνες στον τομέα της υγείας είναι γνωστό ότι αυξάνονται συνεχώς και οι κρατικοί προϋπολογισμοί αδυνατούν να ανταποκριθούν και να καλύψουν τις ανάγκες του θεραπευτικού και νοσοκομειακού τομέα. Η Π.Φ.Υ. συμβάλει πολύ στην αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων. Συμβάλει στην μέγιστη ικανοποίηση των ασθενών με χαμηλές δαπάνες υγείας και γενικά σε ένα καλύτερο επίπεδο υγείας με χαμηλότερη χρήση φαρμάκων. Σκοπός των ιατρών είναι η βελτίωση του επιπέδου υγείας με μείωση της χρήσης ιατρικών υπηρεσιών από τον πληθυσμό έτσι ώστε να εξοικονομηθούν πόροι χωρίς όμως να χαθεί η ποιότητα. (Κυριακόπουλος και συν, 2003).

Η Π.Φ.Υ. στο σύστημα υγείας μπορεί να προσφέρει μεγάλη ικανοποίηση στον πληθυσμό από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, καλύτερο επίπεδο υγείας και ταυτόχρονα χαμηλές δαπάνες και χαμηλότερη χρήση φαρμάκων (Σουλιώτης και συν, 2013).

Είναι λογικό οι σύγχρονες κοινωνίες να αναζητούν υψηλής ποιότητας ιατρικής φροντίδας και περίθαλψης καθώς και οι νέες ασθένειες είναι απαιτητικές και θέλουν ιδιαίτερη προσοχή (Υφαντόπουλος, 2003).

Η αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας Π.Φ.Υ. στους προϋπολογισμούς των χωρών γενικά έχει αρκετές θετικές συνέπειες. Αρχικά, αυξάνονται οι πηγές χρηματοδότησης διαφέροντας από τα κονδύλια της κεντρικής κυβέρνησης. Έπειτα, εισάγονται νέα και αποτελεσματικά κριτήρια διαχείρισης των οικονομικών πόρων με αποτέλεσμα να εξισορροπούνται οι δαπάνες υγείας με τις πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Επίσης, αναπτύσσεται η κουλτούρα με αίσθημα μεγαλύτερης ευθύνης στα οικονομικά γεγονότα της περιφέρειας σε αντίθεση με την εξάρτηση από τον κεντρικό μηχανισμό χρηματοδότησης. Τέλος, το ανθρώπινο δυναμικό αναπτύσσει δεξιότητες σε επίπεδο τοπικής κοινότητας και γίνεται καλύτερη χρήση των πόρων είτε είναι οικονομικοί είτε όχι (Σουλιώτης και συν, 2013).

Η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας λοιπόν δεν έχει ως μοναδικό σκοπό της να δίνει έμφαση στην πρόληψη, προαγωγή υγείας και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, αλλά γενικότερα έχει άμεση επίδραση και στο σχεδιασμό της κοινωνικοοικονομικής οργάνωσης μιας χώρας σε διάφορους τομείς όπως βιομηχανία, περιβάλλον κ.α. ( Μωραΐτης 1985).

Τα υγειονομικά συστήματα των διαφόρων χωρών έχουν αρκετές διαφορές μεταξύ τους, ωστόσο υπάρχουν πέντε κανόνες οι οποίοι είναι καθοριστικοί και χαρακτηρίζουν όλα τα πρωτοβάθμια συστήματα υγείας:

- Να είναι προσβάσιμη (accessible), δηλαδή να μπορούν όλοι να έχουν ελεύθερη πρόσβαση.
- Να είναι συνεχής (continuous) δηλαδή να παρέχονται υπηρεσίες υγείας από τον ίδιο επαγγελματία ή την ίδια μονάδα σε μακροχρόνια βάση.
- Να είναι διαθέσιμη (available) όλο το 24ωρο.
- Να είναι αποδεκτή (acceptable) δηλαδή να μη δημιουργεί αντιδράσεις στον πληθυσμό στον οποίο αναφέρεται και να αρμόζει με τα έθιμα και τα ήθη τους.
- Να είναι ολοκληρωμένη (comprehensive) και να περιλαμβάνει δράσεις ολοκληρωμένες που να περιλαμβάνουν και τις τρεις διαστάσεις της υγείας (σωματική, ψυχική και κοινωνική).
- Να έχει ως κύριο σκοπό της την περίθαλψη, αλλά και την πρόληψη – προαγωγή υγείας, παρέχοντας με αυτό τον τρόπο ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας. (Τούντας Ι., 2008)

### **1.5.Η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα**

Με τον όρο Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) ([www.moh.gov.gr](http://www.moh.gov.gr)) εννοούμε «το σύστημα σύμφωνα με το οποίο παρέχονται υπηρεσίες έξω-νοσοκομειακής φροντίδας υγείας, ενώ ταυτόχρονα εξασφαλίζεται ισότιμη πρόσβαση όλου του πληθυσμού, στις υπηρεσίες αυτές».

Παρά την πληθώρα συστημάτων υγείας που υπάρχουν, κύριος σκοπός όλων σύμφωνα με το κοινωνικό κράτος, αποτελεί η εξασφάλιση του επιπέδου υγείας – ευημερίας του πληθυσμού καθώς και η βελτίωση της ποιότητας ζωής της κοινότητας. (Δίκαιος Κ. Πολιτική Υγείας, 1999).

#### **Σκοπός, έννοια και περιεχόμενο Π.Φ.Υ**

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνει κάποιες υπηρεσίες: ([www.moh.gov.gr](http://www.moh.gov.gr))

α. υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας

β. αποσκοπεί κυρίως στην προαγωγή υγείας και την πρόληψη διαφόρων νοσημάτων, και γι' αυτό είναι απαραίτητο να σχεδιάζει μέτρα και να τα υλοποιεί

γ. να δίνει ιδιαίτερη έμφαση στον οικογενειακό προγραμματισμό

δ. την οδοντιατρική φροντίδα, και κυρίως την προληπτική οδοντιατρική απαραίτητες υποδομές για την εξασφάλιση και τη διαχείριση όλων των ιατρικών πληροφοριών και δεδομένων του πληθυσμού

ε. υπηρεσίες αποκατάστασης των ασθενών ή υπηρεσίες φροντίδας μετά την έξοδο από το νοσοκομείο

στ. διαχείριση των ιατρικών δεδομένων του πληθυσμού είναι απαραίτητο να υπάρχουν κατάλληλες υποδομές

ζ. την παρακολούθηση χρονίως πασχόντων, για τους οποίους δεν απαιτείται νοσηλεία σε νοσοκομείο

η. τις υπηρεσίες υγείας, που δεν θεωρείται απαραίτητη η εισαγωγή σε νοσοκομείο.

Σκοπός της Π.Φ.Υ. είναι να παρέχει φροντίδα στο σύνολο του πληθυσμού, να εφαρμόζει προγράμματα αγωγής υγείας και πρόληψης του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, να παρακολουθεί τους ασθενείς προκειμένου να αναρρώσουν ακόμα και μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, να παρέχει πρώτες βοήθειες και άλλα είδους νοσηλεία μέχρι ο ασθενής να φτάσει στο νοσοκομείο. Να ασκεί δηλαδή προληπτική ιατρική, να ερευνά θέματα ιατρικά και επιδημιολογικά, να παρέχει υπηρεσίες υγείας στα σχολεία, να ενημερώνει μέσα από διαλέξεις και επιστημονικές συναντήσεις για θέματα οικογενειακού

προγραμματισμού, να εκπαιδεύει τους ιατρούς και το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό, να παρέχει υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, να παρέχει φάρμακα σε δικαιούχους και να συνεργάζεται με την τοπική αυτοδιοίκηση και με τους ελεύθερους ιατρούς υγείας της περιοχής για μια πιο αποδοτική προσφορά υπηρεσιών Π.Φ.Υ. και πρόληψης.

Όσον αφορά τώρα τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα και τον τρόπο που αυτές παρέχονται, επιτυγχάνεται με διάφορους οργανισμούς και φορείς, που ο καθένας τους αποτελεί ένα υποσύστημα υγείας, με δική του οργανωτική δομή, ξεχωριστό φορέα στον οποίο ανήκει και υπάγεται. Αν δεν υπάρχει συνεργασία, συντονισμός και αρμονία μεταξύ αυτών των υπηρεσιών, τότε προκύπτουν προβλήματα, οι πολίτες δεν είναι ικανοποιημένοι από την φροντίδα που λαμβάνουν, ενώ ταυτόχρονα δεν έχουν το επιθυμητό -προσδοκώμενο αποτέλεσμα. Αυτή η ενδεχόμενη απουσία λοιπόν συντονισμού έχει ως άμεση συνέπεια η φροντίδα που λαμβάνουν οι πολίτες να μην ανταποκρίνεται στις ολοένα αυξανόμενες ανάγκες τους.

Το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελείται από τρία συστατικά. α) Το δημόσιο σύστημα υγείας που ευθύνεται για τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας. β) Το ασφαλιστικό σύστημα που καταβάλλονται τα ασφάλιστρα από τους εργαζομένους και τους εργοδότες. Πλέον υπάρχει το Ε.Ο.Π.Υ.Υ., που καλύπτει όλα τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης και καλύπτει πάνω από το 90% του πληθυσμού. γ) Το ιδιωτικό ασφαλιστικό σύστημα που περιλαμβάνει ιδιώτες ιατρούς, ιδιωτικές κλινικές και διαγνωστικά κέντρα, τα περισσότερα από τα οποία έχουν συμβάσεις με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (Σισσούρας, 2012).

Παρακάτω θα παρουσιαστεί ο τρόπος που γίνεται η παροχή της ΠΦΥ γίνεται: 1) από το εθνικό σύστημα υγείας όπου όλοι οι πολίτες έχουν πρόσβαση σε αυτές και οι ανασφάλιστοι (μέσω των κέντρων υγείας και των περιφερειακών τους ιατρείων, των απογευματινών εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων). 2) τα ασφαλιστικά ταμεία του δημοσίου, 3) τον ιδιωτικό τομέα που περιλαμβάνει ιδιώτες γιατρούς, ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, εργαστήρια, τα εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών διάφορα κέντρα αποκατάστασης. Αυτού του είδους οι ιδιωτικές υποδομές είναι ιδιαίτερος ανταγωνιστικές όσον αφορά το δημόσιο σύστημα, λόγω του οι υπηρεσίες που προσφέρουν χαρακτηρίζονται από υψηλού επιπέδου τεχνολογία και ανέσεις. 4) Από διάφορες μη κερδοσκοπικές οργανώσεις. 5) Την τοπική αυτοδιοίκηση που περιλαμβάνει τα ΚΑΠΗ, το πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι καθώς και τα Δημοτικά Ιατρεία. Όσον αφορά τον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας δεν υφίσταται μια ενιαία πολιτική για την ΠΦΥ, είναι πολυδιασπώμενος και κατακερματισμένος,



λόγω του ότι δεν υπάρχει σωστός σχεδιασμός από το κράτος και συντονισμός προκειμένου να παρέχονται οργανωμένες υπηρεσίες ΠΦΥ στη χώρα μας.

Πιο συγκεκριμένα, η Π.Φ.Υ. μπορεί να παρέχεται μέσα από τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ. όπως τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά τους Ιατρεία. Επίσης μέσα από δομές κοινωνικής ασφάλισης όπως είναι το δίκτυο των μονάδων υγείας του ΙΚΑ και άλλων ασφαλιστικών ταμείων και οι συμβεβλημένοι ιδιώτες ιατροί και εργαστήρια. Από τον δημόσιο τομέα όπως είναι οι στρατιωτικές μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, οι μονάδες παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης και οι άλλες υπηρεσίες πρόνοιας όπως τα ΚΑΠΗ και οι μη κερδοσκοπικές, μη κυβερνητικές οργανώσεις μέσα από τα πολυϊατρεία τους. Τέλος, στον ιδιωτικό τομέα περιλαμβάνει τους ιατρούς ιδιώτες, τα διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια, τα εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών, τα κέντρα αποκατάστασης και κάποιες άλλες εξειδικευμένες μονάδες (Τούντας, 2008).

**Παροχή ΠΦΥ στην Ελλάδα γίνεται από:**

α. τα Κέντρα Υγείας του Ε.Σ.Υ. και τα περιφερειακά τους ιατρεία

β. τις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (Ο.Κ.Α.)

γ. τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.,

δ. τις μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης

ε. από άλλους φορείς που συνδέονται οργανωτικά ή λειτουργικά με τις υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ.

**Τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών της ΠΦΥ σύμφωνα με την διακήρυξη της Alma- Ata είναι**

πέντε:([www.iatrikionline.gr](http://www.iatrikionline.gr))

1. Έχουν πρόσβαση όλα τα άτομα της κοινότητας.
2. Είναι αναγκαίο να παρέχεται η δυνατότητα να συμμετέχουν στο σχεδιασμό και της λειτουργία των υπηρεσιών υγείας όλα τα άτομα της κοινότητας.
3. Οι υπηρεσίες ΠΦΥ στοχεύουν κυρίως στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας και λιγότερο στην θεραπεία.
4. Χρήση της σύγχρονης και εξειδικευμένης τεχνολογίας, χρησιμοποιώντας μεθόδους και νοσηλείες επιστημονικά τεκμηριωμένες και προσαρμόσιμες στις ανάγκες της κοινότητας που απευθύνονται, ενώ ταυτόχρονα θα πρέπει να τα αποδέχονται και τα άτομα της κοινότητας όσο και οι ίδιοι οι επιστήμονες που προσφέρουν τις διάφορες υπηρεσίες φροντίδας στα άτομα της κοινότητας.
5. Οι υπηρεσίες ΠΦΥ λοιπόν για να είναι πιο αποτελεσματικές στο να επιτελέσουν το στόχο τους, δηλαδή την προαγωγή υγείας και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας, συνεργάζονται με άλλες υπηρεσίες και διάφορους τομείς όπως δημοτικές υπηρεσίες, εκπαίδευση και δημόσια διοίκηση.

Όπως έχουμε προαναφέρει, οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, και τα Κέντρα Υγείας που αποτελούν μονάδες της, στοχεύουν στην πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση. Επομένως, το μέγεθος ενός κέντρου υγείας, η στελέχωσή του (επιστημονικό και τεχνικό προσωπικό) και ο εξοπλισμός του πρέπει να είναι ανάλογος με τον πληθυσμό τις ανάγκες του οποίου καλύπτει.

### **Σκοπός των ΚΥ**

Τα Κέντρα Υγείας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης εποπτεύονται και ελέγχονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας διαμέσου των αρμόδιων Πε.Σ.Υ.Π. ως προς τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών τους και την ποιότητα τους, όπως αυτή προσδιορίζεται κατά τη διαδικασία της πιστοποίησης των άρθρων 12 έως 14 του παρόντος νόμου και, μέσα σε έξι μήνες από την έκδοση της κοινής υπουργικής απόφασης της παρ. 3 του άρθρου 4 του νόμου αυτού, οφείλουν να προσαρμοστούν στους όρους, προϋποθέσεις και λοιπές ρυθμίσεις της απόφασης αυτής.

«Στο άρθρο 15 του Ν.1397/83 ορίζεται ότι σκοπός των ΚΥ είναι:»([www.iatrikionline.gr](http://www.iatrikionline.gr))

- Η παροχή ισότιμης Πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής τους και σε όσους προσωρινά διαμένουν σε αυτή.
- Η νοσηλεία και παρακολούθηση αρρώστων που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδό τους από τον νοσοκομείο.
- Η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις έως τη

διακομιδή των αρρώστων στο νοσοκομείο.

- Η διακομιδή αρρώστων με ασθενοφόρο.
- Η οδοντιατρική περίθαλψη.
- Η άσκηση προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής και η υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού.
- Η ιατρική της εργασίας.
- Η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής.
- Η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα.
- Η ενημέρωση και διαφώτιση για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.
- Η εκπαίδευση των γιατρών και του λοιπού προσωπικού υγείας.
- Η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.
- Η μελέτη και η διάγνωση δυσμενών κοινωνικοοικονομικών και ψυχολογικών καταστάσεων ατόμων .
- Ενημέρωση του πληθυσμού γύρω από θέματα ψυχικής υγείας.
- Την εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού (εκπαίδευση ειδικευόμενων στη γενική ιατρική ).
- Την εκπαίδευση του υπόλοιπου προσωπικού υγείας.
- Την εκτέλεση ειδικών προγραμμάτων ιατροκοινωνικής και επιδημιολογικής έρευνας που αποσκοπούν στην προάσπιση και προαγωγή της υγείας των πολιτών.

## 1.6. Νομοθετικό Πλαίσιο Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα

Το 1934 με το Ν.6298/1934 εμφανίζεται η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα και γίνεται μια προσπάθεια οργάνωσης της με τη δημιουργία πολυϊατρείων του Ι.Κ.Α. σε αστικές περιοχές. Με το Ν.2592/1953 δημιουργήθηκε ένα αποκεντρωμένο σύστημα υπηρεσιών Π.Φ.Υ. Έπειτα, ιδρύονται Κέντρα Υγείας με το Ν.1397/83.

Ο Ν.2071/1992 αφορά τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του συστήματος υγείας με υπηρεσίες όπως κατ' οίκον νοσηλεία, οικογενειακούς ιατρούς, την συμμετοχή του ιδιώτη ιατρού στην Π.Φ.Υ. κ.λπ.

Ο Ν.3235/2004, αποτελεί μια αυτοτελή νομοθετική ρύθμιση της Π.Φ.Υ. Σύμφωνα με αυτόν, Π.Φ.Υ. είναι το σύστημα παροχής σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Η Π.Φ.Υ. αποτελεί το σημείο επαφής του ασθενή με το σύστημα υγείας και περιλαμβάνει τις υπηρεσίες υγείας, την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών για πρόληψη και προαγωγή της υγείας, τον οικογενειακό προγραμματισμό, τις απαραίτητες υποδομές για όλες τις υπηρεσίες υγείας, την οδοντιατρική φροντίδα, τις υπηρεσίες μετά-νοσοκομειακής φροντίδας, την παρακολούθηση χρόνιων νοσημάτων και τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.

Για να είναι ικανοποιητικό ένα σύστημα Π.Φ.Υ. πρέπει να έχει κάποια χαρακτηριστικά:

- Να έχει ίσες υπηρεσίες υγείας για όλους τους κατοίκους της χώρας
- Να έχει ίση φροντίδα για την εξυπηρέτηση των ασθενών με χρόνιες παθήσεις από τον ίδιο ιατρό για μεγάλο χρονικό διάστημα
- Να έχει ολοκληρωμένη φροντίδα για τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων
- Το σύστημα υγείας να προσανατολίζεται στον άνθρωπο και στην οικογένεια του
- Να υπάρχει δυνατότητα παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. σε άτομα που δεν έχουν ασφάλιση
- Να μεταφέρονται άμεσα όλες οι πληροφορίες σε όλα τα σημεία του συστήματος υγείας
- Να υπάρχει η ελεύθερη επιλογή του προσωπικού και οικογενειακού ιατρού
- Να αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας και να εξασφαλίζει την σωστή παροχή υπηρεσιών φροντίδας στον ασθενή
- Να παρέχει στον ασθενή ένα σύνολο από υπηρεσίες φροντίδας που χρειάζεται όπως είναι η πρόληψη, η διάγνωση, η θεραπεία και η αποκατάσταση καθώς και υπηρεσίες φροντίδας για χρόνια νοσήματα και για νοσήματα που αφορούν την ψυχική υγεία(Ν.3235/2004, 2004).

Τέλος, ο Ν.3918/2011 με τίτλο «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις» προβλέπει ένα Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.). Το Ε.Ο.Π.Υ.Υ. είναι υπό την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Σε αυτό μεταφέρθηκαν όλοι οι κλάδοι υγείας όπως το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, το ΟΓΑ και το ΟΑΕΕ με σκοπό να εξυπηρετούνται όλοι οι ασφαλιζόμενοι από το Ε.Ο.Π.Υ.Υ. με ενιαίες παροχές για όλους. Την επίβλεψη των δαπανών για αποφυγή ανεξέλεγκτων σπαταλών έχει η Υπηρεσία Ελέγχου Δαπανών Υγείας Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης.

Όταν τέθηκε σε εφαρμογή ο τελευταίος νόμος ενώθηκαν όλα τα ταμεία μαζί υπό την σκεπή του Ε.Ο.Π.Υ.Υ, αυτό είχε ως κύριο στόχο την αύξηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και να μην υπάρχουν διαφοροποιήσεις στις παροχές από ταμείο σε ταμείο, αφού τελικά οι υπηρεσίες θα "αγοράζονται" όλες μαζί και για τα τέσσερα ταμεία. Έτσι θα κατάφερνε το κράτος να εξοικονομήσει μεγάλο ποσοστό στις δαπάνες της υγείας σε εποχές που η Ελλάδα αντιμετώπιζε για χρόνια μεγάλη οικονομική κρίση. Τα οφέλη των ασθενών είναι πολλά, δηλαδή οι ασθενείς θα έχουν την δυνατότητα ελεύθερης επιλογής ιατρού από τους συμβεβλημένους, είναι πιο εύκολη η πρόσβασή τους στις μονάδες υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., ο χρόνος αναμονής μειώνεται και αυξάνεται το εύρος των μονάδων παροχής υπηρεσιών. Επιπλέον, με αυτόν τον τρόπο γίνεται σωστότερη κατανομή και αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού ώστε να αποφεύγονται προβλήματα έλλειψης κατάλληλου προσωπικού σε ορισμένες περιοχές. Σημαντικό στοιχείο του νόμου αυτού είναι η μείωση των ανισοτήτων των ασφαλισμένων καθώς όλοι πλέον θα είχαν πρόσβαση και μπορούσαν να εξυπηρετηθούν. Δεν υπάρχουν πλέον διαφορές σε ασφαλιστικά ταμεία και όλοι οι ασφαλιζόμενοι απολαβαίνουν τις ίδιες παροχές υγείας.

Σύμφωνα με το άρθρο 2 του Νόμου 4238/2014: «1. Τα Κέντρα Υγείας και οι λοιπές Μονάδες παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Δ.Υ.Πε. αποτελούν τις δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Π.Ε.Δ.Υ. 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 ...». Ειδικότερα στο άρθρο 23 ορίζεται ότι: «Όλες οι θέσεις των Κέντρων Υγείας της χώρας και των αποκεντρωμένων μονάδων τους (Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία), όπως αυτές είχαν συσταθεί σύμφωνα με τους υφιστάμενους οργανισμούς αυτών, μεταφέρονται αυτοδικαίως στις αντίστοιχες Δ.Υ.Πε.. Το πάσης φύσεως προσωπικό που υπηρετεί στις προαναφερόμενες δομές, εξακολουθεί να παρέχει τις υπηρεσίες του στις θέσεις που κατέχει με την ίδια εργασιακή σχέση, βαθμό και ειδικότητα. Οι σχετικές διαπιστωτικές πράξεις εκδίδονται από τους Διοικητές των οικείων Υ.Πε.». Από τα ανωτέρω καθίσταται σαφές, ότι τα Κέντρα Υγείας

με τις αποκεντρωμένες μονάδες τους (Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία) και τις θέσεις που έχουν συσταθεί σε αυτά, έχουν μεταφερθεί εκ του νόμου στις αντίστοιχες Δ.Υ.Πε. από την δημοσίευση του Ν. 4238/2014, επομένως οι αρμόδιες υπηρεσίες θα πρέπει να προβούν αμελλητί στην έκδοση των προβλεπόμενων διαπιστωτικών πράξεων σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 23.( [www.4ypc.gr](http://www.4ypc.gr))

Όσον αφορά τις δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του Π.Ε.Δ.Υ. αυτές είναι:

1. Τα Κέντρα Υγείας και οι λοιπές Μονάδες παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Δ.Υ.Πε. αποτελούν τις δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Π.Ε.Δ.Υ.
2. Τα Κέντρα Υγείας της Χώρας με τις αποκεντρωμένες μονάδες τους (Πολυδύναμα 23 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.
3. Οι Μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή 681 Με απόφαση του Υπουργού Υγείας καθορίζονται ο τρόπος και οι λεπτομέρειες της άμεσης επιστημονικής, νοσηλευτικής και εκπαιδευτικής διασύνδεσης όλων των δημοσίων δομών παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. που αποτελούν το Π.Ε.Δ.Υ., με τα Νοσοκομεία της Δ.Υ.Πε. στην οποία υπάγονται και τα οποία αποτελούν Νοσοκομεία Αναφοράς. ([www.et.gr](http://www.et.gr))

### **1.7.Καινοτομίες στην ΠΦΥ:**

**Α) Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση:** Ξεκίνησε πιλοτικά στον ΟΑΕΕ τον Οκτώβριο του 2010 και επεκτάθηκε σταδιακά και στα υπόλοιπα ασφαλιστικά ταμεία (ΙΚΑ, ΟΠΑΔ, ΟΓΑ - Ιανουάριος 2011, από το Μάρτιο του 2012 στο ΕΤΑΑ και από το Μάιο του 2012 στο ΤΑΥΤΕΚΩ και Οίκο Ναύτου) αποτελεί ένα βασικό εργαλείο για την προάσπιση της υγείας των πολιτών. ( Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης Κοινωνικής Ασφάλισης Α.Ε (Η.ΔΙ.ΚΑ) ([www.idika.gr](http://www.idika.gr)).

Τα οφέλη της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αφορούν τόσο τους ασθενείς όσο και τους ιατρούς, φαρμακοποιούς και τα ταμεία. Τους ασθενείς διότι αποφεύγονται λάθη που γίνονται από τις κακογραμμένες χειρόγραφες συνταγές, τους ιατρούς διότι το σύστημα θα τους παρέχει κλινικά στοιχεία για λήψη σωστών αποφάσεων στην επιλογή της θεραπείας, θα τους διευκολύνει με ενσωματωμένα ασφαλιστικά δεδομένα

των ασθενών και, κυρίως, διότι θα μειώσει δραστικά τις κλήσεις που λαμβάνουν σήμερα από τα φαρμακεία ζητώντας διευκρινίσεις για τις χειρόγραφες συνταγές τους. Τα Ταμεία διότι δεν θα είναι δυνατό να υπάρξουν καταστρατηγήσεις πόρων, όπως καταγγέλλεται ότι συμβαίνει σήμερα. Επίσης μέσα από αυτή τη διαδικασία τα Ταμεία θα μπορέσουν να παρακολουθήσουν μέσα από στατιστικές αναλύσεις τις τάσεις της συνταγογράφησης, τι γράφουν οι διάφορες ειδικότητες, που γράφονται οι διάφορες κατηγορίες φαρμάκων και να βγουν χρήσιμα συμπεράσματα που θα βοηθήσουν τις διοικήσεις να παίρνουν σωστότερες αποφάσεις για τη βελτίωση του συστήματος και της περίθαλψης. Τα Φαρμακεία διότι θα τα απαλλάξει από λάθη και την τεράστια γραφειοκρατία που ήταν απαραίτητο να κάνουν μέχρι σήμερα για να υποβάλλουν τις συνταγές στα Ταμεία για να πληρωθούν. ([www.iatrikostypos.com](http://www.iatrikostypos.com)).

**Β) Ηλεκτρονικά ραντεβού:** Από τα μέσα Δεκεμβρίου του 2016 δόθηκε η δυνατότητα δωρεάν κλεισίματος ραντεβού σε όλες τις μονάδες ΠΕΔΥ και στα περισσότερα Κέντρα Υγείας, σε όλους τους πολίτες της χώρας μέσω της υπηρεσίας ηλεκτρονικών ραντεβού e-dary. Αυτό επιτρέπει να υπάρχει καλύτερη οργάνωση του προγραμματισμού, δεν γίνονται λάθη στα στοιχεία του ασθενή, ενώ υπάρχει εξοικονόμηση χρημάτων για τους ασθενείς καθώς δεν χρεώνονται την κλήση.

**Γ) Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας:** Σύμφωνα με το άρθρο 21 «1) Καθιερώνεται ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (Α.Η.Φ.Υ.) για όλους τους κατόχους Α.Μ.Κ.Α. και Α.Υ.Π.Α.. 2) Ο Α.Η.Φ.Υ. περιέχει το συνοπτικό ατομικό ιστορικό υγείας, καθώς και τις πληροφορίες της 24 περίπτωσης του άρθρου 3 του ν. 4213/2013. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, καθιερώνεται ενιαίο πρότυπο σχετικά με το περιεχόμενο, τον τρόπο κατάρτισης, την ταυτοποίηση του ατόμου και την πρόσβαση στις ιατρικές πληροφορίες του φακέλου, σύμφωνα με τους νόμους 2472/1997 και 3471/2006. Το περιεχόμενο του Α.Η.Φ.Υ. είναι ενιαίο σε εθνικό επίπεδο και υποχρεωτικό. 3) Ο Α.Η.Φ.Υ. καταρτίζεται από τον οικογενειακό ιατρό ή από τους επαγγελματίες υγείας της Το.Μ.Υ.. Οι οικογενειακοί, οι άλλοι ιατροί, οι οδοντίατροι και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας που είναι πιστοποιημένοι χρήστες του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης υποχρεούνται να καταχωρούν στον Α.Η.Φ.Υ. όλες τις πληροφορίες που προκύπτουν από εξέταση ή επίσκεψη και είναι αναγκαίες για την παρακολούθηση, τη θεραπεία, τη νοσηλεία και την αποκατάσταση του ατόμου. ([www.aftodioikisi.gr](http://www.aftodioikisi.gr))

**Δ) Δημιουργία Το.Μ.Υ.:** Είναι οι Ομάδες Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ). Στελεχώνονται από μια ολιγομελή διεπιστημονική ομάδα υγείας. Βασική τους αποστολή θα είναι η παροχή

ποιοτικών υπηρεσιών ΠΦΥ στον πληθυσμό ευθύνης τους. Συστήνονται ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας με απόφαση του Υπουργού Υγείας ύστερα από εισήγηση του Διοικητή της οικείας Υ.Πε. και με την σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.ΠΕ.. Οι Το.Μ.Υ. στελεχώνονται από μία Ομάδα Υγείας και λειτουργούν ως μονάδες οικογενειακής ιατρικής, με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης. - Διασφαλίζουν την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες και τη συνέχεια της φροντίδας σύμφωνα με τις ανάγκες του εκάστοτε πληθυσμού. -

Παρέχουν ασφαλή, αποτελεσματική, ολιστική και ποιοτική ανθρωποκεντρική φροντίδα υγείας. - Βασική τους μέριμνα είναι η παροχή υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής υγείας στον υγιή πληθυσμό, η ολοκληρωμένη φροντίδα ασθενών, με έμφαση στην αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων, καθώς και η παροχή υπηρεσιών που άπτονται της δημόσιας υγείας, όπως οι εμβολιασμοί, η κατ' οίκον φροντίδα και άλλες. Προκειμένου να υπάρξει ολιστική φροντίδα του πληθυσμού απαιτούνται γνώσεις που αφορούν την δημόσια υγεία, το βιοψυχοκοινωνικό πλαίσιο, τον οικογενειακό προγραμματισμό κ.ά. Η αποτελεσματική πρωτοβάθμια δε βασίζεται αποκλειστικά στην ιατρική επιστήμη και γι' αυτό πρέπει να παρέχεται από καλά συντονισμένες ομάδες επαγγελματιών υγείας. Αυτές είναι που θα πρέπει να επιτύχουν μια στενή σχέση με την κοινότητα.

Οι ΤοΜΥ θα στελεχωθούν από διεπιστημονική ομάδα έως 12 μελών που θα αποτελείται από:

- Τέσσερις (4) Γενικούς Γιατρούς ή Παθολόγους
- Ένα (1) Παιδίατρο
- Δύο (2) Νοσηλεύτες/-τριες
- Δύο (2) Επισκέπτες/-τριες Υγείας
- Ένα (1) Κοινωνικό/-ή Λειτουργό
- Δύο (2) Διοικητικούς/-ές Υπαλλήλους.

### **1.8. Προβλήματα που αντιμετωπίζει η ΠΦΥ στην Ελλάδα**

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έχει διαφορετικά χαρακτηριστικά σε κάθε χώρα και λόγω του ότι παρατηρείται απόκλιση μεταξύ των ευρωπαϊκών περιοχών του ΠΟΥ, από το 1978 που πραγματοποιήθηκε το συνέδριο της Alma Ata έως το 1990, έχοντας ως άμεση συνέπεια οι χώρες της Ευρώπης να χωριστούν σε νότιες (τα συστήματα που υιοθετούν προσανατολίζονται στην κοινωνική ασφάλιση), σε σοσιαλιστικές (με υγειονομικά κρατικά συστήματα που παρέχουν περίθαλψη ελεγχόμενα) και σε βορειοδυτικές (με υγειονομικά συστήματα που έχουν ως τρόπο χρηματοδότησης τους διάφορους φορείς ή ασφάλιση, έχοντας ως βάση τα ιδιωτικά ιατρεία και η τεχνολογία που χρησιμοποιούν είναι υψηλού επιπέδου. (Τσουρούλας, 2011).



Στην Ελλάδα, η Π.Φ.Υ. παρουσιάζει πολλά προβλήματα στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Δεν υπάρχει σχεδιασμός και συντονισμός στην ανάπτυξη, την παραγωγή και την παροχή υπηρεσιών υγείας. Επίσης, στο προσωπικό υπάρχουν ελλείψεις σε ιατρικό, νοσηλευτικό και τεχνικό προσωπικό. Οι ιατροί δεν έχουν κίνητρα για να κινήσουν πιο γρήγορα την παραγωγική διαδικασία λόγω των χαμηλών μισθών που λαμβάνουν. Ένα άλλο πρόβλημα είναι η έλλειψη της μηχανογράφησης των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας καθώς και η απουσία ιατρικού φακέλου είτε ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου του κάθε ασθενή που θα βοηθούσε το έργο των ιατρών και θα μπορούσαν να βλέπουν όλη την πορεία του ασθενή. Επιπλέον, υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις στην υλικοτεχνική υποδομή, μηχανήματα, Ηλεκτρονικοί Υπολογιστές, εργαλεία και γι' αυτό περιορίζονται οι προσφερόμενες υπηρεσίες. Επιπλέον, υπάρχει ανισοκατανομή του ιατρικού προσωπικού και απουσία αυτών σε μερικές περιοχές. Τέλος, ένα ακόμα σημαντικό πρόβλημα είναι η έλλειψη συνταγογράφησης που δυσχεραίνει το έργο όλων των υπαλλήλων της Π.Φ.Υ. (Σωτηριάδου και συν, 2016).

Σύμφωνα με τον Τούντα (2007), ενώ σε όλες τις χώρες δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στις υπηρεσίες της ΠΦΥ και αποτελεί τη βάση του συστήματος υγείας, στην Ελλάδα η ΠΦΥ θεωρείται ο πιο αδύναμος κρίκος χωρίς να δίνεται έμφαση στην ανάπτυξη και βελτίωση των υπηρεσιών που προσφέρει, για λόγους οικονομικούς, πολιτικούς ή συνδικαλιστικούς. Αυτού του είδους τα προβλήματα προκαλούν την επιβράδυνση της ανάπτυξης της ΠΦΥ στην Ελλάδα, καθιστώντας την μη αποτελεσματική, ενώ ταυτόχρονα θα πρέπει να αναφέρουμε και πληθώρα άλλων προβλημάτων. Παρατηρείται γεωγραφική ανισοκατανομή του προσωπικού της ΠΦΥ, καθώς υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά και τεχνικό, ιδιαίτερα στις επαρχίες και τα νησιά.

Το γεγονός ότι δεν δίνονται κίνητρα στο προσωπικό με διάφορους τρόπους προκαλούν απροθυμία λόγω των χαμηλών μισθών και ταυτόχρονα χαμηλή παραγωγικότητα και χαμηλού επιπέδου παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας. Μάλιστα το τελευταίο διάστημα το προσωπικό που εργάζεται στην ΠΦΥ έχει ως κύρια απασχόλησή του την συνταγογράφηση και την περίθαλψη, και ταυτόχρονα υπάρχουν μεγάλες ελλείψεις όσον αφορά την κτιριακή - υλικοτεχνική δομή, ελλείψεις στην μηχανογράφηση των υπηρεσιών ΠΦΥ, η μη ύπαρξη ηλεκτρονικού φακέλου των ασθενών έτσι ώστε να υπάρχει μια ολοκληρωμένη εικόνα για την υγεία τους, και όλα αυτά έχουν σαν άμεση συνέπεια να δημιουργούνται περιττές υπηρεσίες, χωρίς οργάνωση. Δημιουργούνται έτσι ανισότητες ανάμεσα στις αστικές και αγροτικές περιοχές, μεταξύ ασφαλισμένων

διαφορετικών φορέων όσον αφορά την πρόσβαση και την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας και λόγω του γεγονότος ότι στην ΠΦΥ δεν περιλαμβάνονται οι διάφορες ιατρικές ειδικότητες απογευματινές και βραδινές ώρες, επιβαρύνοντας έτσι τα νοσοκομεία ή ωθώντας τους ασθενείς να καταφύγουν στον ιδιωτικό τομέα. (Μερκούρης 2007, Μωραΐτης και συν. 1995, Τούντας 2006, Τούντας και συν.2008). Τα προαναφερθέντα προβλήματα πιθανώς να μην εμφανιζόταν, αν υπήρχε μια συνεργασία μεταξύ νόμων και πρακτικής εφαρμογής τους.

Έτσι, θα μπορούσαμε να πούμε ότι μερικά από τα βασικά αρνητικά χαρακτηριστικά της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) στην Ελλάδα, συνοψίζονται στα εξής:

- Άνιση κατανομή ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού
- Αποκλειστική απασχόληση των γενικών/οικογενειακών γιατρών και των γιατρών Π.Φ.Υ. στην περίθαλψη και σε ιδιωτικά ιατρεία
- Μη χρήση των κατευθυντήριων οδηγιών από τους Γενικούς ιατρούς
- Απορρόφησή τους στη συνταγογράφηση
- Μικρή συμμετοχή στην παροχή φροντίδας στο σπίτι
- Μη εμπλοκή σε παρεμβάσεις, για την πρόληψη συγκεκριμένων χρόνιων νοσημάτων, με σκοπό την εξασφάλιση της δημόσιας υγείας
- Αδυναμία διάγνωσης ψυχικών διαταραχών και άλλων μη αναγνωρισμένων νοσημάτων

( Σουλιώτης & Λιονής, 2013).

Ειδικά στα αστικά κέντρα η κάλυψη των αναγκών των πολιτών γίνεται με δυσκολία αφού δεν υπάρχει ένα ενιαίο, οργανωμένο σύστημα υγείας. Οι πολίτες δεν είναι σωστά ενημερωμένοι για κάποια βασικά θέματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και δεν έχουν κατανοήσει την σημαντικότητα της πρόληψης, προληπτικές εξετάσεις και σωστή ενημέρωση σχετικά με τα θέματα υγείας. Πιο συγκεκριμένα είναι εξειδικευμένη η άμεση πρόσβαση στην φροντίδα, δηλαδή μεγάλος αριθμός ατόμων με το παραμικρό προτιμούν να επισκεφτούν το νοσοκομείο παρά ένα κέντρο υγείας ή τον γιατρό τους. Ακόμα δεν υπάρχει ολιστική προσέγγιση για τους ασθενείς και συνέχεια στην φροντίδα υγείας των αρρώστων με αποτέλεσμα να μην ολοκληρώνεται σωστά η διαδικασία της ανάρρωσης και να ξανά νοσήσει ο ασθενής ή να γίνει κατάχρηση των φαρμάκων για "προληπτικούς" λόγους με πρωτοβουλία του ασθενή. Επίσης, άλλο ένα αρνητικό που προκύπτει είναι ότι δεν υπάρχει συντονισμός για την παροχή υγείας και προσανατολισμός στον ασθενή και υπάρχει γενικότερα πολύ μεγάλη ανισότητα στον τομέα της υγείας.

Τα σημαντικότερα προβλήματα στη Π.Φ.Υ. εντοπίζονται σε κάποιους τομείς. Καταρχήν, στη διακυβέρνηση γιατί η υγειονομική περίθαλψη είναι κατακερματισμένη και στην χρηματοδότηση και στην παροχή. Στο ύψος των ιδιωτικών δαπανών, στα φαινόμενα υπερβολικής κατανάλωσης των φαρμάκων και των διαγνωστικών διαδικασιών, στην ανισοκατανομή του υγειονομικού δυναμικού που υπάρχουν πολλοί ειδικοί ιατροί και λίγοι οικογενειακοί. Τέλος, στην ισχυρή παραδοσιακή νοσοκομειακή και εξειδικευμένη περίθαλψη και στην έλλειψη και εφαρμογή των πολιτικών αποφάσεων (Σουλιώτης και συν, 2013).

Είναι επιστημονικά καταγεγραμμένο ότι το ελληνικό σύστημα υγείας αδυνατεί να καλύψει τις ανάγκες των πολιτών του για ιατρική επίσκεψη σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Σουλιώτης & Λιονής, 2013).

Η Ελλάδα προσπαθεί να οργανώσει άμεσα τον τρόπο που λειτουργεί το Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας αλλά τα εμπόδια που καλείτε να αντιμετωπίσει δυστυχώς είναι πολλά. Για το ελληνικό σύστημα υγείας που εστιάζει σε πολύ μεγάλο βαθμό στους ειδικούς ιατρούς, η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας έχει αναδειχθεί σε προαπαιτούμενο για τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της πρόσβασης και σε βασικό επίκεντρο των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της παροχής των σχετικών υπηρεσιών. Από τα τέλη του 2017 έχει αναπτυχθεί σταδιακά ολοκληρωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας, καθώς και μηχανισμός υποχρεωτικής παραπομπής στους ειδικούς ιατρούς μέσω των γενικών ιατρών, με την ίδρυση μικρών μονάδων υγείας και μεγάλων κέντρων υγείας. Οι δομές αυτές προσφέρουν από κοινού πλήρες φάσμα υπηρεσιών. Το καλοκαίρι του 2019 περίπου μισές από τις σχεδιαζόμενες εγκαταστάσεις λειτουργούν κυρίως σε αστικές ή ημιαστικές περιοχές. Η μεγαλύτερη πρόκληση αυτή την στιγμή είναι η προσέλκυση αρκετών γενικών ιατρών προκειμένου να επιτευχθεί η επέκταση. Η μετάβαση από το μέχρι τώρα ισχύων σύστημα υγείας στο νέο σύστημα του μηχανισμού gatekeeping με την παραπομπή των γενικών ιατρών στους ειδικούς θα χρειαστεί χρόνο και δεν είναι καθόλου εύκολο να αλλάξουν από την μία μέρα στην άλλη την νοοτροπία του κόσμου στην Ελλάδα. Έτσι ακόμα το σύστημα δεν είναι υποχρεωτικό για τους πολίτες αλλά σκοπεύουν σταδιακά να γίνει κατάργηση του μέχρι τώρα συστήματος, δηλαδή η απευθείας πρόσβαση σε ειδικό ιατρό από τον πολίτη, ενώ υπάρχει προσδοκία ότι οι γενική ιατροί θα αποτελούν την πρώτη επαφή με τον ασθενή και θα λειτουργούν ως φίλτρο στις νοσοκομειακή περίθαλψη. (ΟΟΣΑ/Η κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ, στην Ελλάδα, Προφίλ Υγείας 2019)

Η κατάσταση στην Ελλάδα όπως και στις χώρες της Ανατολικής και Νότιας Ευρώπης, όσον αφορά τον τρόπο προσέγγισης του θεσμού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας βρίσκεται σε νεογονικό επίπεδο και αναπτύσσεται με πολύ αργό ρυθμό.

Παρατηρούνται γενικά ελλείψεις στην υλικοτεχνική δομή των υπηρεσιών παροχής φροντίδας έτσι ώστε να μην μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες των γιατρών, και να μην παρέχονται από τους δημόσιους φορείς υψηλού επιπέδου παροχή υπηρεσιών υγείας. Υπάρχει έλλειψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, ενώ το ήδη υπάρχον δεν εκπαιδεύεται κατάλληλα και δεν ενημερώνεται για τις νέες τεχνολογίες και μεθόδους.

Όσον αφορά την ειδικότητα του γενικού γιατρού, δεν είναι ευρέως γνωστά τα καθήκοντά τους, και συχνά συγχέεται με την παθολογική ειδικότητα, ενώ ταυτόχρονα θεωρείται χαμηλής επαγγελματικής και κοινωνικής αποδοχής και οι περισσότεροι γιατροί δεν ακολουθούν το δρόμο της γενικής ιατρικής.

Στα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά τους ιατρεία, καθώς και τα πολυιατρεία του ΙΚΑ, υπάρχει σοβαρή έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού (ιατρονοσηλευτικό προσωπικό). Το γεγονός βέβαια ότι δεν δίνονται κίνητρα οικονομικής φύσεως στους γιατρούς (είναι χαμηλοί οι μισθοί τους), έχει σαν άμεση συνέπεια να μην προθυμοποιούνται οι γιατροί να συμμετέχουν στη λειτουργία και οργάνωση των ΚΥ, και αυτό οδηγεί σε χαμηλή παραγωγικότητα, προσπαθώντας με διάφορους τρόπους να μειώσουν το ωράριό τους, ώστε να μπορούν να εργάζονται και στα ιδιωτικά τους ιατρεία.

Αυτό βεβαίως ισχύει και για το νοσηλευτικό προσωπικό που στελεχώνει αυτές τις μονάδες υγείας που αντιμετωπίζεται με τον ίδιο τρόπο όπως και οι γιατροί. Συνέπεια όλων αυτών των προβλημάτων που προκύπτουν είναι ότι το σύστημα καθίσταται αναποτελεσματικό και δεν μπορεί να λειτουργήσει σωστά, ειδικά όταν υπάρχει μεγάλη ανάγκη (π.χ. σε περιόδους ιώσεων, πανδημίας, κα).

Όσον αφορά τώρα τις υπηρεσίες στην πρωτοβάθμια υγεία που παρέχονται τις νυχτερινές και απογευματινές ώρες, καθώς και οι ιατρικές ειδικότητες που περιλαμβάνει είναι πολύ περιορισμένες. Κάτω από αυτές τις συνθήκες οι ασθενείς χάνουν την εμπιστοσύνη τους στο σύστημα, αναζητώντας από ιδιώτες γιατρούς μια δεύτερη γνώμη, ενώ ταυτόχρονα υπερφορτώνεται το σύστημα και οι ασθενείς αναγκάζονται να πληρώνουν πρόσθετες δαπάνες (out of pocket).

Προκειμένου λοιπόν να επιλυθούν τα προβλήματα αυτά που προκύπτουν σχετικά με τη λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας γίνεται προσπάθεια να επιλυθούν ζητήματα όπως η ενίσχυση της

προαγωγής υγείας, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και η αποτελεσματικότητά τους. Οι κύριοι λόγοι εξαιτίας των οποίων οι πόροι του συστήματος δεν χρησιμοποιούνται με αποτελεσματικό τρόπο είναι: α) το γεγονός ότι δεν υπάρχει σύστημα παραπομπών, β) οργανωμένο δίκτυο οικογενειακών γιατρών, γ) συνεργασία με ταυτόχρονη ανάμειξη δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, δ) οι πηγές χρηματοδότησης. Η προαγωγή της υγείας και η ποιότητα της φροντίδας υγείας αποτελούν θέματα τα οποία έγιναν αντικείμενα προς συζήτηση και γενικά έγινε προσπάθεια σχεδιασμού δράσεων (Tragakes, 1996).

### **1.9.Ο ρόλος των επαγγελματιών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

**(γιατροί, νοσηλεύτες, επισκέπτης υγείας κ.ά.):**

Η λεγόμενη «ομάδα υγείας» αποτελείται από διάφορους επαγγελματίες υγείας, μέσα στην οποία ο καθένας από αυτούς έχει αναλάβει το δικό του ρόλο και αρμοδιότητες. Σύμφωνα με τον Posner και Kouzes (1987) έχουν ορίσει την ομάδα υγείας «ως την ομάδα που απαρτίζεται από διάφορα πρόσωπα τα οποία συνεργάζονται ισότιμα προκειμένου να αναπτύξουν κοινούς στόχους αλλά και να δημιουργήσουν μια σχέση εμπιστοσύνης, για την πραγματοποίηση αυτών των στόχων». Η ομάδα υγείας, οι λειτουργίες και η ποιότητά της θα πρέπει να ελέγχονται και να εξετάζονται τακτικά κατά τη διάρκεια των χρόνων γιατί διάφοροι παράγοντες όπως προσωπικοί, περιβαλλοντικοί και παράγοντες που αφορούν την οργάνωσή της, μπορούν να έχουν άμεση επίδραση όσον αφορά τη δομή, τη λειτουργία και τις αρμοδιότητες των μελών της (Huss, Schiller & Schmidt, 2013). Οι Naylor και συν. (2010) βάση βιβλιογραφίας ορίζουν την ομάδα υγείας ως εξής: «είναι οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στις οικογένειες – κοινότητες ή στα άτομα, από δύο επαγγελματίες υγείας τουλάχιστον, οι οποίοι σε συνεργασία με ασθενείς και φροντιστές εργάζονται ώστε να παρέχουν ποιοτική φροντίδα υγείας υψηλού επιπέδου. Όσον αφορά την εννοιολογική σημασία του όρου «διεπιστημονική ομάδα υγείας» (interdisciplinary team), αποτελείται από δύο συνθετικά α) το δι(α) που φανερώνει τη σχέση ανάμεσα σε δύο ή περισσότερα (άτομα, κράτη τομείς), άρα τη σχέση με το β συνθετικό «επιστημονική» (Μπαμπινιώτης, 2005). Επομένως η διεπιστημονική ομάδα είναι οι επιστήμονες διαφόρων κλάδων που συνεργάζονται, έχοντας το ίδιο αντικείμενο και κοινούς στόχους, χρησιμοποιώντας τις γνώσεις τους και την εμπειρία που διαθέτουν να λύνουν οποιαδήποτε προβλήματα προκύπτουν, με αποτελεσματικό τρόπο και ευελιξία, ώστε να ικανοποιούν τις ολοένα αυξανόμενες ανάγκες του πελάτη (Choi & Pak 2006).

Οι Mitchell και συν. (2012) θεωρούν ότι κάθε ομάδα υγείας θα πρέπει να πληροί κάποιες προϋποθέσεις και να χαρακτηρίζεται από πέντε αρχές: α) Η ομάδα υγείας θα πρέπει να έχει κοινούς στόχους και οι επιστήμονες που αποτελούν μέρος της ομάδας να συνεργάζονται μεταξύ τους έτσι ώστε να αναπτύξουν κοινούς στόχους (σαφείς, κατανοητούς, με την υποστήριξη όλων των μελών), εξυπηρετώντας τις ανάγκες της κοινότητας. β) Διακριτοί ρόλοι. Μέσα στην ομάδα, το κάθε μέλος έχει τον δικό του ξεχωριστό ρόλο, ευθύνες και συγκεκριμένες δραστηριότητες βελτιώνοντας την καλύτερη απόδοση της ομάδας, συμβάλλοντας με αυτόν τον τρόπο στον καταμερισμό εργασίας. γ) Αμοιβαία εμπιστοσύνη. Τα άτομα που αποτελούν την ομάδα έχουν αναπτύξει δεσμούς εμπιστοσύνης μεταξύ τους, έτσι ώστε να υπάρχει καλύτερη συνεργασία και να προχωρούν ακάθεκτοι στην επίτευξη των στόχων τους. δ) Αποτελεσματική επικοινωνία. Η ομάδα προσπαθεί για τη συνεχή βελτίωση της επικοινωνίας (με συνέπεια και ειλικρίνεια), και αλληλοσεβασμό μεταξύ των μελών. ε) Μετρήσιμες διαδικασίες και αποτελέσματα. Η ομάδα αξιολογεί τακτικά την λειτουργία της, βελτιώνοντας τις διάφορες διαδικασίες και την αποτελεσματικότητα της ομάδας, ικανοποιώντας τις ανάγκες του πελάτη (Choi & Pak 2006).

#### **Τα μέλη μιας διεπιστημονικής ομάδας λοιπόν είναι:**

**Ο γενικός ιατρός**, ο οποίος αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ασθενή με το σύστημα υγείας και πρέπει να θέτει ως πρωταρχικό του στόχο την ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης με τους ασθενείς. Έχει την υποχρέωση να τηρεί το ιατρικό απόρρητο, να σέβεται τον κάθε ασθενή σαν μοναδική οντότητα, παρέχοντάς του όσο το δυνατόν καλύτερες και ποιοτικές υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Η ομάδα υγείας της πρωτοβάθμιας πρέπει να φροντίσει ώστε όλοι οι ασθενείς να έχουν ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες αυτές, αλλά ταυτόχρονα επιζητείται η ενεργός συμμετοχή των ασθενών με το να αξιολογούν τις προσφερόμενες υπηρεσίες, την ποιότητά τους αλλά και να συμβάλλουν στον έλεγχό τους για τη δική τους ασφάλεια. Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ο γενικός γιατρός θεωρείται ο ηγέτης της ομάδας υγείας, αναλαμβάνοντας αρκετούς ρόλους γι' αυτό και θα πρέπει να εφαρμόσει ένα σχέδιο στρατηγικής ώστε όλα τα μέλη της ομάδας να έχουν διακριτούς ρόλους, αρμοδιότητες συνάμα και ευθύνες, αλλά και να υπάρχει αρμονική συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη. Σύμφωνα με τον Pullon παράγοντες επιτυχούς λειτουργίας της ομάδας υγείας είναι το στυλ ηγεσίας που ο κάθε ηγέτης (γενικός γιατρός) θα εφαρμόσει, προκειμένου να εφαρμοστούν ορισμένοι κανόνες για πιο ολοκληρωμένη και συντονισμένη φροντίδα των ασθενών, νιώθοντας ικανοποιημένοι από τα μέλη της ομάδας. Ο γενικός γιατρός λοιπόν καλείται ως ηγέτης να πραγματοποιήσει τους ρόλους που έχει αναλάβει, με το να διαχειριστεί διάφορα χρόνια νοσήματα ψυχικά

νοσήματα, συνταγογράφηση, φροντίδα ατόμων με αναπηρία, ατόμων ηλικιωμένων, επείγοντα περιστατικά, προσπάθεια προαγωγής υγείας και οδηγίες πρόληψης νοσημάτων, η συμπαράσταση στο τέλος της ζωής ασθενών και συγγενών, καθώς και η ψυχική ευεξία όσον αφορά τις ανάγκες του κάθε ασθενούς, της κοινότητας ή της οικογένειάς του. (Pullon, 2008). Με όλες αυτές λοιπόν τις προκλήσεις που καλείται να αντιμετωπίσει ο γενικός γιατρός, πρέπει να διαθέτει εμπειρία και εξειδικευμένες γνώσεις ιατρικές-κλινικές, ώστε να του δίνεται η δυνατότητα να εφαρμόζει διάφορες παρεμβάσεις σε συνεργασία με τους ασθενείς, οι οποίοι αποτελούν τους κύριους αποδέκτες των υπηρεσιών υγείας. (Pullon, S. 2008). Προκειμένου, λοιπόν, ο γενικός γιατρός να παρέχει όσο το δυνατόν καλύτερη φροντίδα υγείας σε παιδιά, εφήβους, άτομα με ψυχικά νοσήματα, άτομα εξαρτημένα από το αλκοόλ ή ουσίες, πρέπει να διαθέτει άριστες γνώσεις ιατρικής και δεξιότητες. Λόγω του ότι ο ρόλος του γενικού γιατρού στην ομάδα υγείας είναι ηγετικός, έχει ως στόχο του τον συντονισμό και την οργάνωση των επαγγελματιών υγείας της ομάδας, έχοντας ταυτόχρονα κοινό όραμα και συμβάλλοντας στην επίτευξη αποτελεσματικής επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ των μελών της ομάδας. Το ρόλο του αυτό δυσκολεύει το γεγονός ότι δεν διαθέτει η ΠΦΥ ηλεκτρονικά συστήματα, έτσι ώστε να καταγράφεται λεπτομερώς το ιστορικό υγείας του κάθε ασθενή. Το ζήτημα αυτό της ηλεκτρονικής καταγραφής των ασθενών, αν και έχει παρατηρηθεί πρόοδος, ωστόσο αποτελεί ακόμη ανεκπλήρωτη ανάγκη και για να εφαρμοστεί ολοκληρωτικά απαιτείται αρκετός χρόνος ακόμη. Επίσης ο γενικός γιατρός πρέπει να έχει την ικανότητα να προβλέπει και ταυτόχρονα να καλύπτει τις αυξημένες ανάγκες του πληθυσμού, να είναι διορατικός, να σχεδιάζει στρατηγικές και σχέδια για την καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας, αξιοποιώντας με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τους διάφορους οικονομικούς πόρους και τους επαγγελματίες υγείας που έχει στη διάθεσή του. Επιπλέον ενθαρρύνει τους επαγγελματίες υγείας και τους δίνει τη δυνατότητα ανάληψης αρκετών ευθυνών, επιχειρώντας με αυτό τον τρόπο να βελτιώσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στους ασθενείς με χρόνιες νόσους, καθώς και να οργανώσει δράσεις για την εκπλήρωση του σκοπού της ΠΦΥ που είναι η πρόληψη και η προαγωγή υγείας (Royal College of General Practitioners, 2013), το οποίο και απέχει μακράν από τα ελληνικά δεδομένα. Οι ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από χρόνια νοσήματα, έχουν περισσότερες ανάγκες για φροντίδα, ενώ είναι αναγκαίο να επισκέπτονται το γενικό γιατρό και την ομάδα υγείας περισσότερες φορές και για αρκετό χρόνο, προκειμένου να μπορέσουν να ασχοληθούν με τα προβλήματα – θέματα υγείας που τους απασχολούν για να λάβουν την καλύτερη δυνατή ποιοτική φροντίδα. (Pullon, 2008). Οι στόχοι της ομάδας υγείας θα πρέπει να επαναπροσδιορίζονται και να προσαρμόζονται στις ανάγκες του ασθενή. Οι Wright, Lockyer, Fidler, πραγματοποίησαν μια μελέτη

σύμφωνα με την οποία μελετήθηκε η ισχύς και η δυναμική που ασκούν διάφοροι ρόλοι των γενικών γιατρών σε ομάδες υγείας που σχετίζονται με τη φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων (Wright, B., Lockyer, J., Fidler, H. & Hofmeister, M. 2007). Ο γενικός γιατρός στο παραδοσιακό μοντέλο έχει την κύρια ευθύνη φροντίδας των ασθενών λόγω του ότι αποτελεί τον ηγέτη της ομάδας επιβλέποντας ταυτόχρονα τη λειτουργία και οργάνωσή της. Με τη μετακίνησή όμως στο μοντέλο της συνεργασίας μεταξύ των επιστημόνων της ομάδας, το κάθε μέλος της ομάδας αναλαμβάνει το ρόλο και τις ευθύνες που του αναλογούν με αποτέλεσμα μεγαλύτερη συνεργασία των μελών, ώστε ο γενικός γιατρός να επιτελεί το ρόλο του, εστιάζοντας στην ποιοτική και αποτελεσματική φροντίδα του ασθενή, προσπαθώντας ταυτόχρονα να υπάρχει συνοχή και συνεργασία στην ομάδα υγείας.

Το δεύτερο πολύ σημαντικό αναντικατάστατο μέλος, κρίκος άρρηκτα συνδεδεμένος με την ομάδα υγείας της ΠΦΥ αποτελεί ο **νοσηλευτής**, ο οποίος έχει βασικό ρόλο γιατί είναι αυτός που διαχειρίζεται τη φροντίδα και την περίπτωση (care manager, case manager), ενώ αυτοί που αποδέχονται τη φροντίδα του είναι από τη μια μεριά το άτομο, η κοινότητα και η οικογένεια και από την άλλη η ομάδα υγείας, η υπηρεσία και γενικά το σύστημα υγείας. Γι'αυτό λοιπόν θεωρείται απαραίτητο οι νοσηλευτές να εκπαιδεύονται κατάλληλα, έτσι ώστε να μπορούν να διαχειρίζονται τις σύνθετες ανάγκες των ατόμων, βάσει των δεξιοτήτων τους και της κλινικής τους εμπειρίας. Όπως ο γενικός γιατρός της ΠΦΥ έτσι και ο νοσηλευτής έχουν ως κύριο στόχο τους την προαγωγή υγείας των ατόμων, την πρόληψη, ενώ ταυτόχρονα θα πρέπει να αξιολογείται συνεχώς η φροντίδα και να παρέχεται όσο το δυνατόν καλύτερα και πιο αποτελεσματικά, προκειμένου να βελτιώνεται η υγεία και η ποιότητα ζωής της κοινότητας. Αναλαμβάνει τον συντονισμό της φροντίδας των ασθενών διευκολύνει και διασφαλίζει την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, προσπαθώντας με κάθε τρόπο οι υπηρεσίες που παρέχονται να είναι αποδοτικές και συνάμα αποτελεσματικές. Σύμφωνα με την κοινοτική νοσηλευτική για να επιτευχθεί το όραμα υπάρχουν ορισμένοι στόχοι οι οποίοι είναι: (Καλοκαιρινού & Σουρτζή, 2005) Η πρόληψη όσον αφορά αρρώστια ή τραυματισμό, η προαγωγή, η προστασία και ταυτόχρονα διατήρησή τους. Θα πρέπει να σέβεται ο νοσηλευτής τη διαφορετικότητα του κάθε ατόμου και να τον βλέπει σαν μοναδική οντότητα.

**Η προαγωγή, προστασία και διατήρηση υγιούς περιβάλλοντος:** Για την επίτευξη της προαγωγής υγείας πρέπει τα άτομα να καθοδηγούνται και να ενισχύονται οι δεξιότητες τους με κάθε τρόπο, παρέχοντας ταυτόχρονα τεκμηριωμένη φροντίδα στο σχολείο, στην κοινότητα, στην εργασία ή στο σπίτι. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολυδιάστατος στην ΠΦΥ γιατί μπορεί να αναλαμβάνει ηγετικό ρόλο, όπως και ο γενικός



γιατρός, συντονίζοντας την ομάδα αλλά ταυτόχρονα έχει την δυνατότητα να λειτουργεί και σαν μέλος της ομάδας εκτελώντας τις δικές του αρμοδιότητες και ευθύνες, σύμφωνα πάντα με την εκπαίδευση που έχει λάβει και τις ικανότητές του.

**Ο επισκέπτης υγείας** αποτελεί και αυτός απαραίτητο μέλος της ομάδας υγείας στην ΠΦΥ έχοντας ως αντικείμενό του την κοινοτική υγεία, παρέχοντας όπως και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας, υπηρεσίες υγείας. Βέβαια έρχεται καθημερινά αντιμέτωπος με πολλές προκλήσεις, προσπαθώντας με κάθε τρόπο να αντιμετωπίσει τον φόρτο εργασίας με την οργάνωση της κοινότητας τη στιγμή μάλιστα που το προσωπικό των υπηρεσιών υγείας λιγοστεύει (Forester, 2004). Σύμφωνα με τις Λάγιου και Στοϊκίδου (2008) οι αρμοδιότητες που αναλαμβάνει ο επισκέπτης υγείας είναι : να αξιολογεί, να εξετάζει, να παρακολουθεί και να αντιμετωπίζει διάφορα θέματα που προκύπτουν, σύμφωνα με τις εκπαιδευτικές του γνώσεις και δεξιότητες. Παρέχει υπηρεσίες φροντίδας υγείας και πρόνοιας, στα άτομα και στην κοινότητα, προστατεύοντας τα ατομικά και κοινωνικά τους δικαιώματα, ενώ ταυτόχρονα ενημερώνει τους πολίτες αν υπάρχουν διάφορες υπηρεσίες προστασίας και παροχής φροντίδας, εξειδικευμένης βοήθειας και να τους διευκολύνει στο να έχουν πρόσβαση σε αυτές. Επομένως, ο επισκέπτης υγείας έχει το δικό του διακριτό ρόλο στην ομάδα υγείας, αλλά μπορεί να αποτελεί και μέλος μιας υποομάδας επισκεπτών υγείας η οποία με τη σειρά της είναι μέλος της ομάδας υγείας, και συνεργάζεται ταυτόχρονα μαζί με την ομάδα (Robotham, 2006). Ο ρόλος του είναι πολυδιάστατος στην ΠΦΥ (Baldwin, 2012), γιατί η ενασχόλησή του είναι με άτομα καθόλα τη διάρκεια της ζωής τους, καθώς επίσης ενθαρρύνει την οικογένεια και την κοινότητα να συμμετέχουν με κάθε τρόπο στην προαγωγή της υγείας (Hemingway, 2012). Ασχολείται αυτοδύναμα ή συνεργάζεται με άλλους επαγγελματίες υγείας, με το άτομο ως ολότητα, ενισχύοντας τη σωματική και ψυχική υγεία του, περιλαμβάνοντας όλο το ηλικιακό φάσμα, την κοινότητα και την οικογένεια, προκειμένου να εξασφαλιστεί η δημόσια υγεία και να μειωθούν οι ανισότητες στον τομέα της υγείας (Cowley, 2010).

**Ο ρόλος του κοινωνικού Λειτουργού στην ομάδα:** Ο κοινωνικός Λειτουργός είναι βασιζόμενο στις αρχές των ανθρώπινων δικαιωμάτων και της κοινωνικής δικαιοσύνης, αφορά την επίλυση ζητημάτων που προκύπτουν στις σχέσεις των ανθρώπων, ενώ ταυτόχρονα προσπαθούν να ενθαρρύνουν τα άτομα ώστε να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους. Οι κοινωνικοί λειτουργοί κάνουν την παρέμβασή τους εκεί όπου οι άνθρωποι αλληλεπιδρούν με το περιβάλλον τους (Payne, 2006). Οι κοινωνικές ομάδες που απευθύνεται ο κοινωνικός λειτουργός είναι ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, άτομα που βρίσκονται σε περίοδο της ζωής τους με έντονο άγχος , καθώς και άτομα που διάφορα κοινωνικά προβλήματα επηρεάζουν την υγεία τους.

Τα θέματα που ασχολείται λοιπόν ο κοινωνικός λειτουργός στην ΠΦΥ, όπως και οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας είναι η προαγωγή υγείας, θεραπευτική αντιμετώπιση και η αποκατάσταση, χρησιμοποιώντας διάφορα προγράμματα ή υπηρεσίες, και δίνοντας ιδιαίτερη σημασία σε ευπαθή άτομα ή άτομα που δεν μπορούν να εξυπηρετηθούν μόνα τους. Οι ομάδες λοιπόν που απευθύνονται περιλαμβάνουν: άστεγους, άπορους, αποφυλακισμένους, άνεργους, μετανάστες, πρόσφυγες, ρομά, εξαρτημένα άτομα από αλκοόλ ή χρήση ουσιών, άτομα με αναπηρία (σωματική ή ψυχική), άτομα που πάσχουν από χρόνια νόσημα, μονογονεϊκές οικογένειες, άτομα που έχουν βιώσει βία μέσα στην οικογένεια, καθώς και φροντιστές ατόμων που βρίσκονται κατάκοιτοι στο κρεβάτι συνήθως, που έχουν την ανάγκη ψυχολογικής, και όχι μόνο, υποστήριξης (IFSW 2012), επιδιώκοντας με κάθε τρόπο να αντιμετωπίσει τις ανισότητες που προκύπτουν στην υγεία.

Οι δραστηριότητες του λοιπόν περιλαμβάνουν: τον σχεδιασμό και ανάπτυξη προγραμμάτων και δράσεων για την προαγωγή της υγείας, έλεγχο και παρακολούθηση των κοινωνικών αναγκών του πληθυσμού, αναζήτηση και ταυτόχρονη παρέμβαση σε κοινωνικούς παράγοντες, (ή παράγοντες που αφορούν την συμπεριφορά και το περιβάλλον), επηρεάζοντας την σωματική ή ψυχική υγεία των ατόμων. Ο κοινωνικός λειτουργός λοιπόν αλληλοσυμπληρώνει την ομάδα υγείας, γιατί έχει την δυνατότητα να λειτουργεί υποστηρικτικά στα μέλη της ομάδας του, και παρεμβαίνει στη φροντίδα ατόμων που πάσχουν και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος (που οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν την δυνατότητα παρέμβασης), καθοδηγώντας τους με τέτοιο τρόπο ώστε να έχουν εύκολη πρόσβαση σε διάφορες υπηρεσίες.

**Ο ρόλος της μαίας στην ΠΦΥ.** Θεωρείται απαραίτητη, αναλαμβάνοντας διάφορες δραστηριότητες, παρέχοντας ολιστική φροντίδα στην κοινότητα, και κυρίως στην υγεία των γυναικών και των νεογνών, ενώ ταυτόχρονα προσπαθεί να βελτιώσει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που τους παρέχονται. (WHO, 2010). Όσον αφορά τώρα τη συνεργασία της με τα μέλη της ομάδας υγείας της ΠΦΥ η μαία έχει ως στόχο της να παρέχει υψηλού επιπέδου υπηρεσίες στη γυναίκα, το νεογνό και την οικογένεια, εκτελώντας τοκετούς, ενώ έχει και υποστηρικτικό – συμβουλευτικό ρόλο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού καθώς και της λοχείας. Οι αρμοδιότητες της μαίας λοιπόν είναι: η διεξαγωγή φυσικού τοκετού, διάφορα μέτρα πρόληψης, εντοπίζει τυχόν επιπλοκές στο μωρό και στη μητέρα, καθώς και εκτιμά αν χρήζει ιατρικής βοήθειας κάποιο περιστατικό και επείγοντα μέτρα. Παρέχει συμβουλές στις εγκύους και εκπαιδεύει τις

γυναίκες και τις οικογένειές τους σε θέματα υγείας. Στις αρμοδιότητές της περιλαμβάνονται η προγεννητική φροντίδα και εκπαίδευση αλλά και γενικότερα η υγεία των γυναικών, σε σχέση με διάφορα γυναικολογικά ή σεξουαλικά/ αναπαραγωγικά ζητήματα, αλλά και τρόποι φροντίδας του παιδιού, δίνοντάς της τη δυνατότητα να ασκεί τις υπηρεσίες της οπουδήποτε στην κοινότητα, σε σπίτι, κλινικές, νοσοκομεία και άλλες μονάδες υγείας (ICM, 2014, International Code of Ethics for Midwives).

**Το ιατρικό εργαστήριο** θεωρείται απαραίτητο στις δομές της ΠΦΥ προκειμένου να εκτελείται ο βασικός εργαστηριακός έλεγχος έτσι ώστε να εκτιμάται η νόσος, η σοβαρότητά της καθώς και η εξέλιξή για την καλύτερη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή της και θεραπεία. Για να επιτελείται σωστός εργαστηριακός έλεγχος πρέπει να επικοινωνεί ο ασθενής/λήπτης με τα άτομα που εργασιόηται, ενώ ο εργαστηριακός οφείλει να γνωρίζει καλά την προαναλυτική, αναλυτική και μεταναλυτική φάση.

Εξίσου απαραίτητο στην ΠΦΥ είναι και το βιοιατρικό εργαστήριο, το οποίο περιλαμβάνει αναλυτές αίματος για την εξέταση έκτακτων περιστατικών που προκύπτουν από καθημερινά περιστατικά, και το διαχωρισμό των ασθενών στο σπίτι ή μεταφορά στο νοσοκομείο. Οι εξετάσεις που γίνονται σε ένα εργαστήριο είναι γενική εξέταση αίματος, γενική ούρων, σάκχαρο, ουρία, κρεατινίνη, ηλεκτρολύτες, ορμόνες και διάφορα ένζυμα. Έχοντας λοιπόν όχι και τόσο σύγχρονο εξοπλισμό στις δομές της ΠΦΥ, ένα εργαστήριο προσπαθεί να διενεργήσει τις αναγκαίες εξετάσεις αίματος προκειμένου να τίθεται πιο σύντομα η διάγνωση και να χρησιμεύει ως διαγνωστικό μέσο στους γιατρούς (Drucker, Williams & Price, 1983).

Οι στόχοι που καλείται να υλοποιήσει η ΠΦΥ είναι η ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, η συνέχεια στη φροντίδα υγείας, η ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας μέσω συντονισμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας εστιασμένων στο άτομο, το περιβάλλον του και την οικογένειά του, με σκοπό την πρόληψη, τη διατήρηση, την έγκαιρη διάγνωση, τη θεραπεία, την αποκατάσταση και, κατ' επέκταση, την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού (Δρακοπούλου και συν., 2009). Η ικανοποίηση αυτών των στόχων απαιτεί τον «εξοπλισμό» του επιστημονικού δυναμικού με νέες δεξιότητες και νέους τρόπους συσχέτισης τόσο με τους ασθενείς όσο και μεταξύ τους, το οποίο μπορεί να επιτευχθεί με εκπαίδευση των νέων, μελλοντικών επαγγελματιών υγείας τόσο στο προπτυχιακό επίπεδο, όσο και στη διάρκεια της επαγγελματικής εξειδίκευσης και κατάρτισης και επανεκπαίδευσής τους.

## Πληροφορίες για Ελλάδα - Μολδαβία- Ευρωπαϊκή Ένωση

Δημογραφικοί Παράγοντες	ΕΛΛΑΔΑ	ΜΟΛΔΑΒΙΑ	Ε.Ε.
Μέγεθος Πληθυσμού 2017	10.755.000	3.550.000	511.876.000
Δείκτης γονιμότητας	1,4	1,2	1,6
Προσδόκιμο ζωής	81,4	71,7	80,9
κατά κεφαλήν ΑΕΠ (σε ευρώ)	16,760€	2,413€	30,000€

πηγή: ΟΟΣΑ , Eurostat (για το έτος 2017)

### Κεφάλαιο 2 - 2.1.Παρουσίαση της Δημοκρατίας της Μολδαβίας

Η Δημοκρατία της Μολδαβίας βρίσκεται στην Ανατολική Ευρώπη, είναι απομονωμένη (χωρίς πρόσβαση στη θάλασσα) μεταξύ γειτονικών χωρών Ρουμανίας και Ουκρανίας, με έκταση 33.843 m<sup>2</sup>. Η πρωτεύουσα της Δημοκρατίας της Μολδαβίας είναι το Κισινάου, το οποίο είναι επίσης η μεγαλύτερη πόλη της χώρας. Το πρώτο κράτος της Μολδαβίας δηλώθηκε το 1359. Ωστόσο, λόγω της κεντρικής του θέσης στην Ανατολική Ευρώπη, εδώ και αιώνες η χώρα επηρεάστηκε από πολλές ξένες δυνάμεις. Το έδαφος της σημερινής Δημοκρατίας της Μολδαβίας είχε εισβολές από Έλληνες, Ούννους, Βούλγαρους, Μογγόλους, Τούρκους και Ρωμαίους. Αφού ήταν μέρος της Ρουμανίας μεταξύ του Α' Παγκοσμίου Πολέμου και του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, η Μολδαβία έγινε τελικά μέρος της Σοβιετικής Ένωσης. Όταν η πρώην Ένωση Σοβιετικών Σοσιαλιστικών Δημοκρατιών (ΕΣΣΔ) διαλύθηκε τον Αύγουστο του 1991, η Δημοκρατία της Μολδαβίας κατέστη ανεξάρτητη. Το Σύνταγμα της Δημοκρατίας της Μολδαβίας εγκρίθηκε στις 29 Ιουλίου 1994.



Πηγή: ηλεκτρονική εφημερίδα- timpul.md, 12 August 2010

Η διοικητική και εδαφική οργάνωση της Δημοκρατίας της Μολδαβίας και το νομικό πλαίσιο για χωριά (κοινότητες), τομείς και πόλεις, καθώς και άλλες διοικητικές εδαφικές μονάδες διέπονται από το Σύνταγμα της Δημοκρατίας της Μολδαβίας. Από διοικητικής απόψεως, η Δημοκρατία της Μολδαβίας χωρίζεται σε 32 συνοικίες, 3 δήμους (Κισινάου, Βαλτί, Μπέντερ) και δύο αυτόνομες εδαφικές μονάδες (Γκαγκαζιά και Υπερδνειστερία). Η εκτελεστική εξουσία ανήκει στην εθνική κυβέρνηση. Το Κοινοβούλιο εκλέγει πρόεδρο για θητεία τεσσάρων ετών, η οποία μοιράζεται την εκτελεστική εξουσία με την κυβέρνηση. Ως αρχηγός κράτους, ο πρόεδρος ορίζει έναν υποψήφιο για τη θέση του πρωθυπουργού, ο οποίος απαιτεί ψήφο εμπιστοσύνης από το Κοινοβούλιο. Οι εκτελεστικές, νομοθετικές και δικαστικές εξουσίες είναι ξεχωριστές και συνεργάζονται σύμφωνα με τον ανώτατο νόμο, το Σύνταγμα της Δημοκρατίας της Μολδαβίας.

Η χώρα διατηρεί ισχυρές σχέσεις με την Ευρωπαϊκή Ένωση, οι οποίες διατυπώνονται επί του παρόντος στην Ευρωπαϊκή Πολιτική Γειτονίας. Η Δημοκρατία της Μολδαβίας είναι μέλος της Κοινοπολιτείας Ανεξάρτητων Κρατών (CIS).

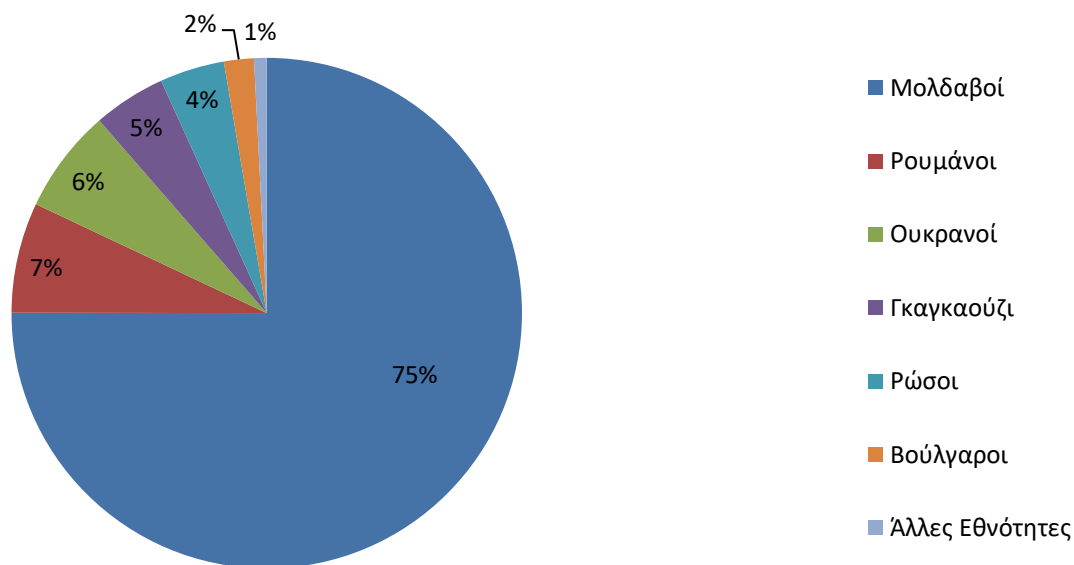
Μετά την κήρυξη της ανεξαρτησίας το 1991, η Δημοκρατία της Μολδαβίας επικεντρώθηκε στην οικονομία της αγοράς. Από τότε η χώρα έχει καταστεί κοινοβουλευτική δημοκρατία και έχει ξεκινήσει ένα φιλόδοξο πρόγραμμα οικονομικής μεταρρύθμισης. Η γεωργία και η μεταποίηση τροφίμων κυριαρχούν στην οικονομία και η χώρα εξαρτάται από τις εισαγωγές για τις ενεργειακές της ανάγκες. Η οικονομική μετάβαση έχει προκαλέσει μεγάλες κοινωνικοοικονομικές δυσκολίες στη χώρα και έχει μειωθεί η κατάσταση υγείας του

πληθυσμού. Έχει σημειωθεί ραγδαία αύξηση του ποσοστού θνησιμότητας και υπήρξε μετανάστευση εργατικού δυναμικού μεγάλης κλίμακας - σήμερα το 40% του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας εργάζεται στο εξωτερικό και τα εμβάσματα αντιπροσωπεύουν το 30% του ΑΕΠ (Παγκόσμια Τράπεζα, 2011). Αυτό οδήγησε σε σημαντική οικονομική κάμψη και μείωση του βιοτικού επιπέδου. Μεταξύ 1991 και 1999, το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) μειώθηκε κατά περισσότερο από 60%. Το 2000, τα δύο τρίτα του πληθυσμού (67,8%) ζούσαν κάτω από την απόλυτη γραμμή φτώχειας με ένα δολάριο την ημέρα, αλλά μέχρι το 2010 η κατάσταση βελτιώθηκε, καθώς λιγότερο από το ένα τέταρτο του πληθυσμού (21,9%) ζούσε κάτω από όριο φτώχειας. Μετά από μια δεκαετία οικονομικής κρίσης, η ανάκαμψη ξεκίνησε από το 2005 και μετά, με τα ποσοστά ΑΕΠ να διπλασιάζονται μεταξύ 2002 και 2010 (αύξηση κατά 89%).

Η Μολδαβία εξακολουθεί να θεωρείται μία από τις φτωχότερες χώρες στην Ευρώπη, ακόμη και με σημαντική πρόοδο. Σύμφωνα με την έκθεση του προγράμματος ανάπτυξης του ΟΗΕ από το 2016, το 9,6% του πληθυσμού ζούσε σε απόλυτη φτώχεια και η Παγκόσμια Τράπεζα αναφέρει ότι το 0,2% και το 0,1% του πληθυσμού ζουν με 1,90 δολάρια ημερησίως το 2016 και το 2017 αντίστοιχα. Επιπλέον, το ποσοστό του πληθυσμού που ζούσε κάτω από το εθνικό όριο φτώχειας ήταν 30,2 το 2006 και 9,6 το 2015. Προς το παρόν, η Δημοκρατία της Μολδαβίας προσεγγίζει το καθεστώς του μεσαίου εισοδήματος ως χώρας. Παρά την οικονομική αυτή ανάπτυξη, η χώρα παραμένει το φτωχότερο κράτος στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια της ΠΟΥ.

Περισσότεροι από τους μισούς Μολδαβούς κατοίκους ζουν σε αστικές περιοχές (50,9%), με 664.700 κατοίκους στην πρωτεύουσα, το Κισινάου. Ο πληθυσμός της Μολδαβίας είναι πολυεθνικός: οι Μολδαβοί αποτελούν τη μεγαλύτερη ομάδα 75,1%. Άλλες ομάδες ατόμων από διαφορετικά έθνη είναι οι Ρουμάνοι 7%, οι Ουκρανοί 6,6%, οι Γκαγκαούζινοι 4,6%, οι Ρώσοι 4,1%, και οι Βούλγαροι 1,9% καθώς και πολλοί άλλοι που αντιπροσωπεύουν από κοινού το 0,8% του πληθυσμού (αποτελέσματα της Απογραφής Πληθυσμού του 2014)

## Δομή Εθνοτήτων Μολδαβίας



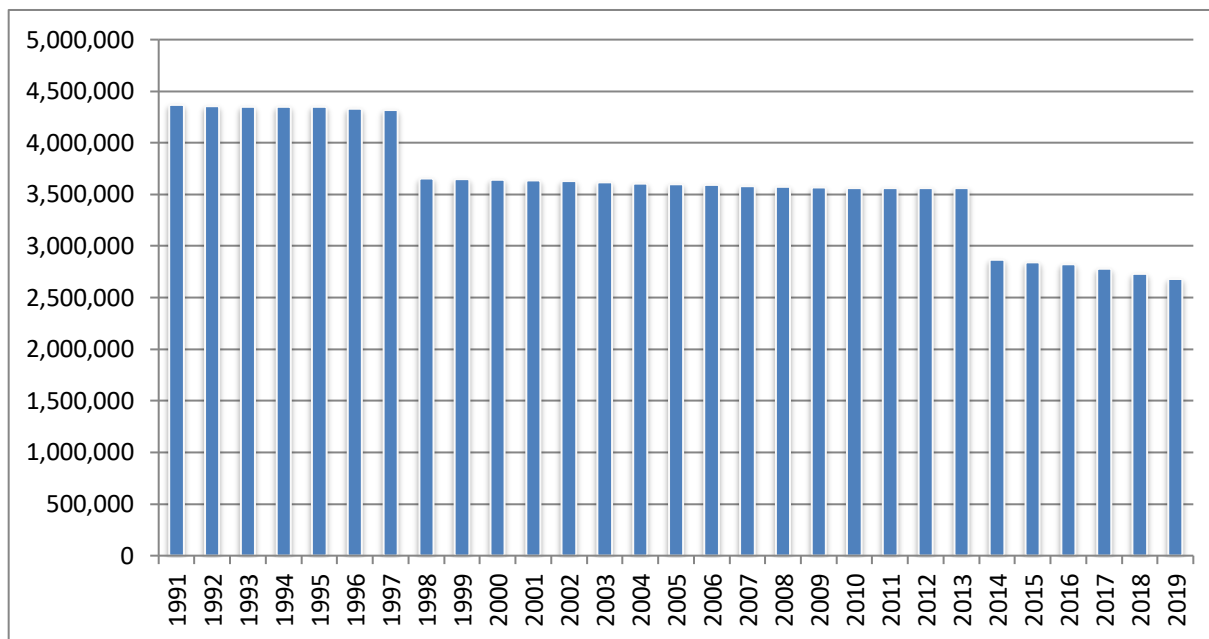
Πηγή: [https://ro.wikipedia.org/wiki/Comunit%C4%83%C8%9Bi\\_etnice\\_%C3%AEn\\_Republica\\_Moldova](https://ro.wikipedia.org/wiki/Comunit%C4%83%C8%9Bi_etnice_%C3%AEn_Republica_Moldova)

Σύμφωνα με δημογραφική έρευνα που πραγματοποιήθηκε προέκυψαν τα αποτελέσματα ότι από το 2014 έως το 2018 την χώρα την έχουν αφήσει σχεδόν 190 χιλιάδες πολίτες, και ο αριθμός αυξάνεται από έτος σε έτος, ενώ το ποσοστό ανέρχεται περίπου σε 38%

### 2.2. Πληθυσμός Μολδαβίας και Υγεία

Τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι ο μόνιμος πληθυσμός που κατοικεί στη Δημοκρατία της Μολδαβίας ανέρχεται στους 2.681.700 το 2019 (<https://statistica.gov.md/category.php?l=ro&idc=103&>). Από το 1991 που η Μολδαβία δεν ανήκε πλέον στην Σοβιετική Ένωση ο πληθυσμός της Δημοκρατίας της Μολδαβίας μειώνεται σταθερά, όπως φαίνεται στο παρακάτω σχήμα. Η τάση αυτή είναι συγκρίσιμη με αυτή των άλλων χωρών της περιοχής και οφείλεται στο φαινόμενο της μετανάστευσης κυρίως.

## Πληθυσμός Μολδαβίας 1991-2019



Πηγή: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?end=2018&locations=MD&start=1991>

Ο μέσος όρος στο προσδόκιμο ζωής για τους κατοίκους της Μολδαβίας είναι 71,7 έτη ζωής το οποίο συγκριτικά με το μέσο όρο των ευρωπαϊκών χωρών και της Ελλάδας είναι αρκετά χαμηλός. Ο πληθυσμός της Μολδαβίας είναι σχετικά νέος. Το ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας κάτω των 15 ετών είναι σχεδόν ίδιος με το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65 ετών (15,8% αντίστοιχα έναντι 11,4%).

Η Δημοκρατία της Μολδαβίας έχει διπλή επιδημιολογική επιβάρυνση, επειδή οι μεταδοτικές και μη μεταδοτικές ασθένειες έχουν αυξηθεί από τη στιγμή της δήλωσης της ανεξαρτησίας. Λόγω λοιμωδών και παρασιτικών ασθενειών, η νοσηρότητα είναι διπλάσια από τα κράτη μέλη της ΕΕ.

Η φυματίωση (TB) παραμένει μια αυξημένη απειλή για τη δημόσια υγεία στη χώρα, με 22% αύξηση της επίπτωσης από το 2002 έως το 2010. που αντιπροσωπεύει τριπλή αύξηση σε σχέση με το ποσοστό που καταγράφηκε το 1990. Το ποσοστό επίπτωσης το 2010 εκτιμάται σε 182 ανά 100.000 κατοίκους.

Ωστόσο, οι ειδικοί της φυματίωσης εκτιμούν ότι η πραγματική επίπτωση θα είναι πιθανώς κατά 50% υψηλότερη από το επίπεδο που καταγράφηκε από επίσημα τεκμηριωμένες περιπτώσεις. Τα ποσοστά φυματίωσης στις φυλακές στη Δημοκρατία της Μολδαβίας είναι ακόμη υψηλότερα από αυτά που



καταγράφονται στον γενικό πληθυσμό. Το 2009, εκτιμήθηκαν ποσοστά επίπτωσης σε 6.000 περιπτώσεις ανά 100.000.

Οι κύριες αιτίες θνησιμότητας στη Δημοκρατία της Μολδαβίας είναι ασθένειες του κυκλοφορικού συστήματος. Τα κακοήγη νεοπλασμάτα ή ο καρκίνος ευθύνονται επίσης για μεγάλο αριθμό θανάτων. Ωστόσο, η σειρά ιδεών είναι συγκρίσιμη με την κατάσταση στην περιοχή και στις χώρες της ΕΕ. Η φτώχεια, το κάπνισμα και η επιβλαβής κατανάλωση του αλκοόλ αποτελούν σοβαρούς κινδύνους για την υγεία στη Δημοκρατία της Μολδαβίας και έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην κοινωνία. Ειδικά η κατανάλωση αλκοόλ έχει σοβαρό αντίκτυπο στη ζωή των Μολδαβών. Στην παγκόσμια έκθεση για την υγεία και το αλκοόλ (WHO 2011), η Δημοκρατία της Μολδαβίας χαρακτηρίστηκε ως η χώρα με το υψηλότερο επίπεδο κατανάλωσης οινοπνεύματος στον κόσμο, με μέση κατανάλωση περίπου 21 λίτρων καθαρής αλκοόλης ανά άτομο ετησίως. Οι επιπτώσεις αυτού του υψηλού επιπέδου χρήσης αλκοόλ αντικατοπτρίζονται επίσης στη μεγάλη επικράτηση χρόνιων ηπατικών νόσων και κίρρωσης, η οποία είναι 10 φορές υψηλότερη στη Δημοκρατία της Μολδαβίας απ' ό,τι στις χώρες της ΕΕ. Τα υψηλά επίπεδα τραυματισμού και δηλητηρίασης από εξωτερικές αιτίες συμβάλλουν πολύ περισσότερο στα ποσοστά θνησιμότητας από ό,τι στις χώρες της ΕΕ.

### Δημογραφικοί Δείκτες Ζωής και Υγείας

\*

ΔΕΙΚΤΕΣ	ΜΟΛΔΑΒΙΑ	ΕΛΛΑΔΑ	ΕΥΡΩΠ. ΕΝΩΣΗ
Πληθυσμός ηλικίας 0-14 (%)*	15,8	14,7	15,4
Πληθυσμός ηλικίας 65+ (%)*	11,4	21,6	19,9
Γεννήσεις (ανά 1.000)**	10,2	8,2	9,8
Βρεφική Θνησιμότητα (σε 1.000 γεννήσεις)*	13,6	3,6	3,3
Μητρική Θνησιμότητα (σε 100.000 γεννήσεις) **	19	3	6
Αριθμός γεννητικότητας(ανά γυναίκα)**	1,2	1,3	1,5
Δείκτης Θνητότητας (ανά 1.000)**	11,5	11,6	10,2
Αμβλώσεις ** το χρόνο	12.025	17.600	-
Καπνιστές (ετών 15+) (%)***	24,2	43,4	28,2

<b>Καταναλωτές αλκοόλ (ετών 15+)</b> <b>(λίτρα ανά κεφαλή) ***</b>	15,2	10,4	11,3
<b>Νοσοκομειακές Κλίνες /1000</b> <b>κατοίκους **</b>	5,1	4,2	5,6
<b>Ιατροί/ 1000 **</b>	3,6	6,3	3,06

2018 \*\*2017 \*\*\*2016 /// Πηγή: <https://data.worldbank.org/>

Η Δημοκρατία της Μολδαβίας έχει σχετικά υψηλό ποσοστό γεννήσεων, ενώ ο συνολικός αριθμός των παιδιών ανά γυναίκα είναι σχετικά μικρός σε σύγκριση με την Ελλάδα με ποσοστό 1,3 ανά γυναίκα ενώ οι γυναίκες από χώρες της ΕΕ έχουν κατά μέσο όρο 1,5 παιδιά, έναντι 1,3 για τις γυναίκες στη Μολδαβία. Η μητρική θνησιμότητα είναι πολύ υψηλή σε σύγκριση με την Ελλάδα και ακόμη και σχεδόν τριπλάσια σε σύγκριση με τις τιμές της ΕΕ. Δυστυχώς οι διαφορές συνεχίζουν να είναι ακόμα πολύ μεγάλες στα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας. Τα ποσοστά των αμβλώσεων είναι και ήταν υψηλά τόσο στην Μολδαβία, όσο και στην Ελλάδα, αν και τα τελευταία χρόνια γίνεται σημαντική καταπολέμηση του φαινομένου στην Ελλάδα και στις χώρες της ΕΕ, δυστυχώς δεν υπήρχε ακριβής αριθμός για το έτος 2017 στις χώρες της ΕΕ . Λόγω της έλλειψης αντισυλληπτικών υψηλής ποιότητας, του κακού οικογενειακού προγραμματισμού και της ανεπαρκούς κατάρτισης για τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας, οι αμβλώσεις εφαρμόζονται ως εργαλείο ελέγχου των γεννήσεων στην Μολδαβία. Ωστόσο, από την ανεξαρτησία, η χρήση της αντισύλληψης έχει αυξηθεί σημαντικά, οπότε μπορεί να παρατηρηθεί μια δραματική μείωση για τις αμβλώσεις. Ακόμα σημαντικό είναι τονιστεί ότι μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού της Μολδαβίας υποφέρει από ηπατική ανεπάρκεια και αυτό εξ' αιτίας της πολύ υψηλής κατανάλωσης αλκοόλ, παγκοσμίως κατέχουν την πρώτη θέση.

### **2.3.Σύστημα Νοσοκομειακής Περίθαλψης**

Μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, οι Σοβιετικοί εισήγαγαν ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης με βάση το μοντέλο Semashko. Το σύστημα Semashko με κεντρικό, ολοκληρωμένο, ιεραρχικά οργανωμένο σύστημα από την κυβέρνηση που παρέχει κρατική χρηματοδότηση για όλους τους πολίτες. Το σύνολο του προσωπικού υγείας ήταν όλοι δημόσιοι υπάλληλοι. Ο έλεγχος των μεταδοτικών νόσων είχε προτεραιότητα έναντι των μη μεταδοτικών. Σε γενικές γραμμές, το σοβιετικό σύστημα τείνει στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και δίνει μεγάλη έμφαση στην εξειδικευμένη και νοσοκομειακή περίθαλψη. Το μοντέλο Semashko θεωρείται

ως ένα "συνεκτικό, οικονομικά αποδοτικό σύστημα για την αντιμετώπιση των ιατρικών αναγκών της εποχής του". Αυτό το μοντέλο υπογραμμίζει την ιατρική περίθαλψη με μια εκτεταμένη υποδομή υγείας και τη δραστηριότητα ενός μεγάλου αριθμού επαγγελματιών του ιατρικού τομέα. Η οικονομική μετάβαση μετά την κατάρρευση της Σοβιετικής Ένωσης έχει οδηγήσει σε κοινωνικοοικονομικές αλλαγές που οδηγούν σε μείωση του βιοτικού επιπέδου του πληθυσμού και της κατάστασης της υγείας. Οι χορηγήσεις από τον κρατικό προϋπολογισμό στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης μειώθηκαν δραματικά. Οι ανισότητες στην πρόσβαση έχουν αυξηθεί και τα υψηλά επίπεδα πληρωμών εκτός τσέπης έχουν οδηγήσει σε σημαντική αύξηση των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη. Επιπλέον, η προσφερόμενη υγειονομική περίθαλψη έχει γίνει όλο και πιο αναποτελεσματική λόγω περιορισμένων πόρων.

Το 1998 εγκρίθηκε ένας νόμος για την υποχρεωτική ασφάλιση ασθενείας, αλλά λόγω της χρηματοπιστωτικής κρίσης, η εφαρμογή αυτού του νόμου καθυστέρησε. Το 2003 δρομολογήθηκε δοκιμαστική δοκιμή του νέου νόμου στην επαρχία Hancesti και το 2004 υλοποιήθηκε σε επίπεδο χώρας η υποχρεωτική ασφάλιση. Η εισαγωγή της Υποχρεωτικής Ασφάλισης Ασθενείας μείωσε σημαντικά τα εμπόδια και βελτίωσε τη βοήθεια που παρέχεται στους ασφαλισμένους. Η χρήση των υπηρεσιών έχει αυξηθεί σημαντικά. Εντούτοις, εξακολουθούν να υφίστανται οικονομικοί φραγμοί για τους ανασφάλιστους, οι οποίοι αντιπροσωπεύουν ομάδες στον πληθυσμό που τείνουν να έχουν πολύ χαμηλά επίπεδα υγείας και συνεπώς χρειάζονται υψηλότερη υγειονομική περίθαλψη. Η Μολδαβία συνολικά έχει 87 Νοσοκομεία, από τα οποία τα 16 είναι ιδιωτικά.

Το Υπουργείο Υγείας είναι υπεύθυνο για την υγεία του πληθυσμού της Μολδαβίας. Οι λειτουργίες των κρατών μελών περιλαμβάνουν την εκπόνηση πολιτικών, τον ποιοτικό έλεγχο και τη γενική διαχείριση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και το πρόγραμμα μεταρρύθμισης της υγείας. Οι συνολικές κατά κεφαλήν υγειονομικές δαπάνες είναι χαμηλές. Ωστόσο, συγκριτικά με το ποσοστό του ΑΕΠ, αυτές οι δαπάνες είναι πολύ υψηλές για τους πολίτες της Μολδαβίας. Το 2009, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία αντιστοιχούσαν στο 11,9% του ΑΕΠ, το οποίο είναι σημαντικά μεγαλύτερο από ότι στην ΕΕ. Ωστόσο, τα έξοδα για την υγειονομική περίθαλψη εμπίπτουν κυρίως στις τσέπες του πληθυσμού (out of pocket). Οι πληρωμές εκτός τσέπης αντιπροσωπεύουν το 45,3% των συνολικών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη, ενώ η πληρωμή με "φακελάκι" ισχύει σε μεγάλο βαθμό, ενώ στην ΕΕ, οι πληρωμές εκτός τσέπης είναι πολύ χαμηλότερες.

Ο αριθμός των γενικών ιατρών (οικογενειακών ιατρών) στη Δημοκρατία της Μολδαβίας είναι σχετικά μικρός, σχεδόν το ήμισυ του αριθμού των εγγεγραμμένων στις χώρες της ΕΕ. Ο αριθμός των νοσοκόμων είναι μέτριος σε σύγκριση με το επίπεδο που έχει καταγραφεί στην περιοχή, αλλά είναι χαμηλότερο από ότι στην ΕΕ. Σε σύγκριση με τις γειτονικές χώρες, η Δημοκρατία της Μολδαβίας διαθέτει πολλά φαρμακεία. Οι Μολδαβοί καταγράφουν κατά μέσο όρο 6.3 επισκέψεις σε εξωτερικούς ασθενείς ανά άτομο ανά έτος - επίπεδο συγκρίσιμο με εκείνο της ΕΕ.

### Πληθυσμός Ειδικοτήτων στην Μολδαβία και στην Ελλάδα

Ειδικότητα/1.000	Ελλάδα	Μολδαβία
Ιατρός	6,1	3,6
Γενικός Ιατρός	0,31	0,49
Νοσηλευτικό Προσωπικό	3,3	5,4

Πηγή: Anuar Statistic al Modovei, 2018 και ΕΛΣΤΑΤ

### 2.4. Σύστημα Υγείας στην Δημοκρατία της Μολδαβίας

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων του συστήματος υγείας στη Δημοκρατία της Μολδαβίας για την περίοδο 1990 - 2015 δείχνει μια μάλλον θλιβερή κατάσταση σε σύγκριση με τις χώρες της Δυτικής Ευρώπης και ακόμη και με τις πρώην σοσιαλιστικές χώρες της περιοχής. Παρόλο που έχει σημειωθεί κάποια πρόοδος, αυτά γενικά δεν επαρκούν για να μειώσουν τις αποκλίσεις μεταξύ των αποτελεσμάτων των χωρών της Δυτικής Ευρώπης και της Δημοκρατίας της Μολδαβίας.

Μία σημαντική ανησυχία για τη Δημοκρατία της Μολδαβίας παραμένει η θνησιμότητα των παιδιών ηλικίας έως 5 ετών, καθώς και το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση. Σύμφωνα με τον Δείκτη Πρόσβασης και Ποιότητας Υγείας, που υποδηλώνει την απόδοση του συστήματος υγείας, η Δημοκρατία της Μολδαβίας κατέγραψε ένα μη ικανοποιητικό αποτέλεσμα. Έτσι, ένα αρκετά σοβαρό θέμα είναι ότι για 25 χρόνια, η Δημοκρατία της Μολδαβίας δεν κατάφερε να μειώσει τη διαφορά από τη μέση τιμή που καταγράφηκε στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης, αλλά αντίθετα την αύξησε σε σύγκριση με το 1995 13,6 σημεία σε 13,7 το 2015.

Ένας από τους σημαντικότερους περιορισμούς που αντιμετωπίζει το εθνικό ιατρικό σύστημα είναι η παροχή επαρκών οικονομικών πόρων. Καθώς ο πληθυσμός μεγαλώνει και η ζήτηση για ιατρικές υπηρεσίες αυξάνεται, τίθεται σε κίνδυνο η οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος. Τα στατιστικά στοιχεία των τελευταίων ετών δείχνουν την αύξηση της νοσηρότητας του πληθυσμού, ταυτόχρονα με τη μείωση του συνολικού αριθμού του πληθυσμού. Επιπλέον, τα δημογραφικά αποτελέσματα σηματοδοτούν επίσης την αύξηση του αριθμού των ασφαλισμένων από το κράτος, όπως οι συνταξιούχοι. Η κυβέρνηση πληρώνει πολύ λιγότερο για την ιατρική ασφάλιση των ανέργων από το κόστος της υποχρεωτικής πολιτικής. Έτσι, προκειμένου να αποφευχθεί η επιδείνωση της κατάστασης, είναι απαραίτητο οι μεταφορές από τον κρατικό προϋπολογισμό στους ανέργους να υπολογίζονται με βάση το κόστος ανά άτομο και να αναπροσαρμόζονται με τον δείκτη τιμών καταναλωτή για το εν λόγω έτος. Χωρίς να εφαρμοστούν ορισμένα μεταρρυθμιστικά μέτρα για το μηχανισμό χρηματοδότησης, μέχρι το 2030 θα εμφανιστεί έλλειμμα εισοδήματος περίπου 9% και μέχρι το 2050 θα φθάσει το 26% (εκτιμήσεις σύμφωνα με τις πρόσφατες οικονομικές τάσεις).

Επίσης, προκειμένου να αυξηθεί η ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών, είναι απαραίτητο να μεταρρυθμιστεί το νοσοκομειακό δίκτυο. Αυτό θα σήμαινε την ανάθεση του Υπουργείου Υγείας, Εργασίας και Κοινωνικής Προστασίας ως ιδρυτή όλων των δημόσιων νοσοκομείων της χώρας, την περιφερειοποίηση των νοσοκομειακών υπηρεσιών με τη βέλτιστη θέση όλων των τύπων νοσοκομείων (κεντρικά, περιφερειακά, τοπικά) βάσει των κριτηρίων της ικανότητας για επίτευξη των στόχων αυτών των ιδρυμάτων. Αυτό θα εξασφάλιζε ένα υψηλό και ομοιόμορφο επίπεδο νοσοκομειακών υπηρεσιών σε όλη τη χώρα, ειδικότερα για τη θεραπεία οξέων καταστάσεων και κρίσιμων καταστάσεων (εγκεφαλικά επεισόδια, επιπλοκές ισχαιμικής νόσου, τραύμα και συναφή τραύματα).

Η περιφερειακή αγορά εργασίας για τους ιατρικούς εργαζόμενους έχει γίνει όλο και πιο προσιτή στους επαγγελματίες του τομέα της υγείας στη Δημοκρατία της Μολδαβίας. Έτσι, το οικιακό ιατρικό σύστημα αντιμετωπίζει μια άνευ προηγουμένου έλλειψη ανθρώπινων πόρων. Το φαινόμενο αυτό επηρέασε ιδιαίτερα το τμήμα της πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης, το οποίο επηρεάζει την αρχή της εξασφάλισης πρόσβασης σε βασικές ιατρικές υπηρεσίες. Οι συνθήκες εργασίας και η αμοιβή συγκαταλέγονται στους πιο συνηθισμένους λόγους για τους οποίους οι ιατροί εγκαταλείπουν το δημόσιο σύστημα υγείας. Η επίλυση

αυτής της κατάστασης είναι πρακτικά αδύνατη χωρίς να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας σε επίπεδο μη προσωπικών εξόδων και να αυξηθεί το μερίδιο των δαπανών προσωπικού.

## **2.5.Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Το 1997 εγκρίθηκε η κυβερνητική απόφαση "Σχετικά με την έγκριση της ιδέας της μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας στη Δημοκρατία της Μολδαβίας στις νέες οικονομικές συνθήκες για τα έτη 1997-2003". Η παρούσα απόφαση χρησίμευσε ως βάση για τις διαρθρωτικές και οργανωτικές αλλαγές στον τομέα της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης με την καθιέρωση της λειτουργίας του οικογενειακού γιατρού. Παρείχε το ρυθμιστικό πλαίσιο για τη δημιουργία πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Η κυβερνητική απόφαση «για την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας» συνέβαλε περαιτέρω στην υλοποίηση του ρόλου του οικογενειακού γιατρού, την αρχή της ελεύθερης επιλογής του οικογενειακού γιατρού από τον πληθυσμό, την νοσηλευτική λειτουργία, την οργάνωση των συστημάτων πληροφοριών και τους νέους χρηματοδοτικούς μηχανισμούς. Επιπλέον, ο Οικογενειακός Ιατρός έχει γίνει μια ειδικότητα που ρυθμίζεται από το νόμο και η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη έχει αναγνωριστεί ως προτεραιότητα στο σύστημα υγείας. Αυτά οδήγησαν στη δημιουργία Τμήματος Οικογενειακής Ιατρικής στο Κρατικό Πανεπιστημιακό Ιατρικό και Φαρμακευτικό Πανεπιστήμιο "Νικολάι Τεστεμισάνου".

Μετά την αναδιάρθρωση του συστήματος ΠΦΥ, η ευθύνη για την ΠΦΥ μεταβιβάστηκε στις τοπικές δημόσιες αρχές. Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης καθορίζονται από το νόμο τόσο για το Πακέτο Ελάχιστων Εγγυημένων Παροχών όσο και για το Πακέτο Βασικών Παροχών που προσφέρεται στο πλαίσιο της υποχρεωτικής Ασφάλισης Ασθενείας.

Το βασικό πακέτο της Υποχρεωτικής Ασφάλισης Υγείας περιλαμβάνει την δωρεάν παροχή Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας φροντίδας έκτακτης ανάγκης, χωρίς καμία προϋπόθεση. Οι δωρεάν υπηρεσίες που παρέχονται από τον οικογενειακό γιατρό στις αγροτικές και αστικές περιοχές περιλαμβάνουν ενημέρωση από τον ιατρό, ενημέρωση των εγκύων και παιδιών σύμφωνα με εγκεκριμένα πρότυπα, εμβολιασμοί, συμπεριφορά και παρακολούθηση χρόνιων παθήσεων, νοσηλευτική περίθαλψη, φροντίδα κατ'οίκον, παρακολούθηση των επιδημιολογικών εστιών, έγκαιρη διαλογή και υπηρεσίες προ-συμπτωματικού ελέγχου, προαγωγή της υγείας και πρόληψη ασθενειών. Το 2009 καταγράφηκαν 21,2 μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ανά 100.000 κατοίκους.

Στο παρελθόν έχουν καταβληθεί προσπάθειες για την αύξηση της εμπιστοσύνης του κοινού στον εμβολιασμό. Είναι θετικό το γεγονός ότι τα ποσοστά εμβολιασμού για μεγάλες παιδικές ασθένειες, φυματίωση, παρωτίτιδα και ερυθρά είναι σήμερα πάνω από 95%. Οι ρυθμοί εμβολιασμού για διφθερίτιδα, τετάνου και βήχα μακράς διάρκειας είναι χαμηλότεροι, κάτω από το 90%. Επί του παρόντος, η Δημοκρατία της Μολδαβίας δεν βιώνει πολιομυελίτιδα.

## **2.6. Νομοθετικό πλαίσιο της Μολδαβίας σχετικά με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Οι κανονιστικές πράξεις και τα έγγραφα πολιτικής σχετικά με την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη παρουσιάζονται παρακάτω με χρονολογική σειρά, από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 μέχρι σήμερα.

### **1995**

Νόμος περί υγειονομικής περίθαλψης αριθ. 411-XIII

Τα κύρια θέματα: άρθρο 2 η): η κρατική εγγύηση για την υπεράσπιση των συμφερόντων του πληθυσμού στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης μέσω του συστήματος υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας, η παροχή πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης από οικογενειακούς γιατρούς, η επείγουσα ιατρική περίθαλψη στο προψυχικό στάδιο, εντός των ορίων και στον καθορισμένο τόμο · Άρθρο 2 ι): η ελευθερία του ασθενούς να επιλέξει τον οικογενειακό γιατρό και τον πρωτοβάθμιο ιατρικό οργανισμό.

### **1998**

Νόμος περί υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας αριθ. 1585-XIII

Κύρια θέματα: Άρθρο 5. (4) κάλυψη των ανασφάλιστων: το κόστος της ιατρικής περίθαλψης στο νοσοκομειακό στάδιο σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης για την πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη που παρέχεται από τον οικογενειακό γιατρό και την εξειδικευμένη βοήθεια στα δημόσια ιατρεία και στα νοσοκομεία για τις κοινωνικά κλινικές ασθένειες με αντίκτυπο. Η δημόσια διοίκηση καλύπτεται από τα υποχρεωτικά ταμεία ασφάλισης υγείας.

## **2007**

Εθνική πολιτική υγείας, Nr. 886

Κύρια θέματα: παράγραφος 24 ε) Οι πολιτικές, οι στρατηγικές και η νομοθεσία σχετικά με την προαγωγή της υγείας και την προφύλαξη ασθενειών θα βασίζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως βασική δομή του συστήματος υγείας.

Στρατηγική για την ανάπτυξη του συστήματος υγείας κατά την περίοδο 2007-2017, που εγκρίθηκε από τη Κυβέρνηση Αρ. 1471:

Κύρια θέματα: Τμήμα 3, 65-ε) Προώθηση της ολοκληρωμένης υγειονομικής περίθαλψης και η διασφάλιση της συνέχειας των ιατρικών υπηρεσιών για την επίλυση των προβλημάτων υγείας του πληθυσμού, προβλέπονται τα εξής: αύξηση του ρόλου και της εξουσίας της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης στο εθνικό σύστημα υγείας, με εστίαση στα μέτρα πρόληψης ασθενειών.

Το πρόγραμμα δραστηριοτήτων της κυβέρνησης "Ευρωπαϊκή ολοκλήρωση: Ελευθερία, Δημοκρατία, Πρόνοια" για την περίοδο 2012-2015:

Κύρια θέματα: Μείωση των διαφορών μεταξύ αγροτικών και αστικών περιοχών με το να κατευθύνουν μεγάλες επενδύσεις σε αγροτικές περιοχές, ώστε να υπάρχει ανάπτυξη και εκεί:

- Κατασκευή και ανακατασκευή κέντρων υγείας σε αγροτικές περιοχές (παροχή ιατρικού εξοπλισμού και μέσων μεταφοράς)
- Καθορισμός της θεσμικής αυτονομίας στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, συμπεριλαμβανομένης της άμεσης σύναψης συμβάσεων από την Εθνική Ασφαλιστική Εταιρεία στα ιατρικά γραφεία των οικογενειακών γιατρών.

## **2010**

Στρατηγική για την ανάπτυξη Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για τα έτη 2010-2013, που εγκρίθηκε με το διάταγμα του Υπουργείου Υγείας αριθ. 460:

Τα κύρια θέματα: Στόχος της στρατηγικής είναι η διατήρηση και η συνεχής βελτίωση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού μέσω της συνεχούς ανάπτυξης και ενίσχυσης της οικογενειακής ιατρικής. να διασφαλιστεί



ισότιμη πρόσβαση σε ποιοτικές και οικονομικά αποδοτικές πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, προσανατολισμένη στην κάλυψη των βασικών αναγκών υγείας της κοινότητας · για την υποστήριξη και την υλοποίηση των παρεμβάσεων πρόληψης, προαγωγής της υγείας, θεραπείας και επίβλεψης της κατάστασης υγείας του ατόμου και της οικογένειάς του.

Είναι κοινή η εντολή του Υπουργείου Υγείας και της Εθνικής Ασφαλιστικής Εταιρείας στην Ιατρική Αρ. 627/163-A

Κύριο θέμα: έγκριση του κανονισμού για την καταγραφή πληθυσμού

στο ιατρικό-υγειονομικό ίδρυμα που παρέχει πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην υποχρεωτική ασφάλιση υγείας.

Αριθ. Παραγγελίας 695 του Υπουργείου Υγείας για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας της Δημοκρατίας της Μολδαβίας

Κύρια θέματα: προβλέπει την έγκριση μιας σειράς κανονισμών σχετικά με οργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, συγκεκριμένα: Πρότυπα ρύθμισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη Δημοκρατία της Μολδαβίας. Ύπαρξη του οικογενειακού γιατρού και της νοσοκόμας. Κανονισμοί προσωπικού για τα ιδρύματα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, προσφέροντας επίσης τέσσερα κεφάλαια που περιλαμβάνουν τα πρότυπα για τον διοικητή, το διοικητικό προσωπικό των Κέντρων Οικογενειακών Ιατρών και των Κεντρικών Κέντρων Υγείας, για τους γιατρούς και το ιατρικό προσωπικό

## **2011**

Αριθ. Παραγγελίας 861 του Υπουργείου Υγείας

Το κύριο θέμα: η έγκριση της νομικής οριοθέτησης των κέντρων υγείας.

Η κοινή απόφαση του Υπουργείου Υγείας και αριθ. CNAM 1021/206-A "Σχετικά με την έγκριση των μεθοδολογικών κανόνων εφαρμογής το 2012"

Τα κύρια θέματα: οι μεθοδολογικές προδιαγραφές ορίζουν τις προϋποθέσεις για την παροχή όλων των τύπων υγειονομικής περίθαλψης, τον κατάλογο των κλινικών ερευνών, τους τρόπους πληρωμής και τα κριτήρια σύναψης συμβάσεων με τους παρόχους που θα επιλεγθούν στο πλαίσιο του συστήματος υποχρεωτικής ασφάλισης ασθενείας. Αυτό θα γίνει βάσει των οικονομικών παραμέτρων που προβλέπονται και του νόμου περί ταμείων υποχρεωτικής ιατρικής ασφάλισης για το αντίστοιχο έτος.

## 2012

Κοινή απόφαση του Υπουργείου Υγείας και αριθ. CNAM 302/70-A για την έγκριση του κανονισμού σχετικά με την επικύρωση των δεικτών απόδοσης

Τα κύρια θέματα: καθορίζουν τη διαδικασία επικύρωσης των δεικτών απόδοσης για τους παρόχους που εμπλέκονται στο σύστημα υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας.

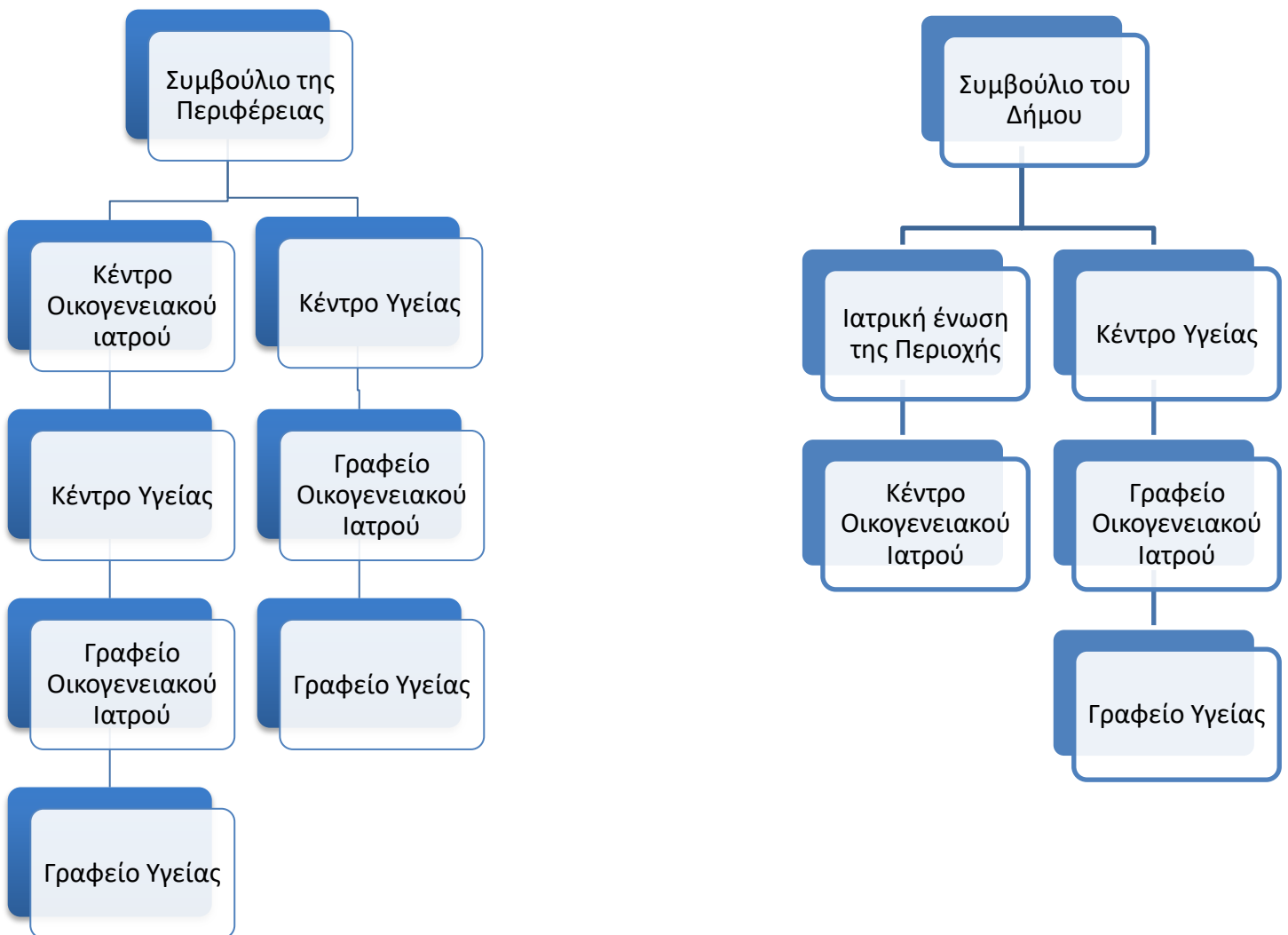
Διάταγμα του Υπουργείου Υγείας αριθ. 252 σχετικά με την εντατικοποίηση των προληπτικών δραστηριοτήτων στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη "

Τα κύρια θέματα: καθορίζουν τις δραστηριότητες πρόληψης ασθενειών μέσω προληπτικών ιατρικών εξετάσεων.

Διάταγμα του Υπουργείου Υγείας αριθ. 957 σχετικά με την τροποποίηση και συμπλήρωση της ΑΔΑ. 404 της 30ης Οκτωβρίου 2007 "Σχετικά με τη νομική οριοθέτηση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε επίπεδο επαρχίας"

Κύρια θέματα: έγκριση του Κανονισμού Πλαισίου του Κέντρου Υγείας Ιατρικών Κέντρων Δημόσιας Υγείας.

## 2.7.Δομή της Υπηρεσίας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας



Το δίκτυο των ιατρικών και υγειονομικών ιδρυμάτων που παρέχουν πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη από την ημερομηνία 01.01.2012 αντιπροσωπεύεται από 5 Εδαφικούς Ιατρικούς Συνδέσμους στο Δήμο Κισινάου, που αποτελείται από 12 Κέντρα Οικογενειακών Ιατρών.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Εθνικού Κέντρου Διαχείρισης Υγείας στις αρχές του 2012 στο έδαφος της Δημοκρατίας της Μολδαβίας, υπήρχαν 37 κέντρα οικογενειακών ιατρών και 60 αυτόνομα κέντρα υγείας.

Για τη διασφάλιση της λειτουργίας των πρωτοβάθμιων ιατρικών ιδρυμάτων υπό συνθήκες αυτονομίας, καθιερώθηκαν τα στάδια της νομικής οριοθέτησης των Κέντρων Υγείας, διαδικασία που θα οριστικοποιηθεί το 2014 (Διάταγμα 861 της 10.11.2011 σχετικά με την έγκριση του Προγράμματος της Νομικής Οριοθέτησης Κέντρα υγείας).

Οι φορείς πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης παρέχουν πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη στους ασθενείς που είναι εγγεγραμμένοι στον δικό τους κατάλογο, με βάση την αίτηση που υποβλήθηκε σύμφωνα με την αρχή της ελεύθερης επιλογής, ανεξάρτητα από το καθεστώς του ατόμου (ασφαλισμένο ή ανασφάλιστο), συμπεριλαμβανομένων άλλων οργάνων σε περίπτωση που υπάρχει ανάγκη χειρουργικών επεμβάσεων, επείγουσες καταστάσεις και ιατρικά αιτιολογημένες καταστάσεις.

Οι φορείς πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, ανεξάρτητα από τη νομική μορφή της οργάνωσης, αποτελούν μέρος της ονοματολογίας των πρωτοβάθμιων ιδρυμάτων υγείας, οι οποίοι παίρνουν έγκριση από το Υπουργείο Υγείας με τον καθιερωμένο τρόπο.

Ο πρωταρχικός στόχος των φορέων πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης είναι η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού μέσω της συνεχούς ανάπτυξης και της ενίσχυσης της οικογενειακής ιατρικής και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με εστίαση στα μέτρα για την πρόληψη ασθενειών του πληθυσμού.

Τα ιδρύματα πρωτοβάθμιας υγείας ταξινομούνται σύμφωνα με τα ακόλουθα κριτήρια:

- α) σύμφωνα τον τόπο διαβίωσης και εργασίας του ατόμου.
- β) από τον αριθμό του εξυπηρετούμενου πληθυσμού.
- γ) σύμφωνα με τη νομική μορφή της οργάνωσης.
- δ) ανάλογα με την πολυπλοκότητα των παρεχόμενων πρωτοβάθμιων ιατρικών υπηρεσιών

Ανάλογα με τα αναφερόμενα κριτήρια, η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη παρέχεται σε:

- α) Κέντρα Οικογενειακών Ιατρών.
- β) Κέντρα Υγείας, συμπεριλαμβανομένων των ελεύθερων επαγγελματιών ·
- γ) Γραφεία του Οικογενειακού Ιατρού.
- δ) Τοπικά Κέντρα Υγείας

### **Κέντρο Οικογενειακών Ιατρών**

Τα Κέντρα Οικογενειακών Ιατρών οργανώνονται στις αστικές περιοχές, στον τόπο κατοικίας της τοπικής δημόσιας διοίκησης και συνάπτονται απευθείας από την Εθνική Ασφαλιστική Εταιρεία Ιατρικής. Το Κέντρο Οικογενειακών Ιατρών περιλαμβάνει στη σύνθεσή του πρωτεύοντα αγροτικά ιατρικά ιδρύματα, κέντρα υγείας, γραφεία οικογενειακού ιατρού και υγειονομικά γραφεία σύμφωνα με τις διατάξεις της Ονοματολογίας των δημόσιων ιατροφαρμακευτικών ιδρυμάτων, συμπεριλαμβάνοντας τα κτίρια και άλλα πάγια κεφάλαια, ιατρικό εξοπλισμό, μονάδες μεταφοράς και ούτω καθεξής.

Στον τόπο διαμονής του Κέντρου Οικογενειακών Ιατρών, οργανώνονται ένα ή περισσότερα τμήματα οικογενειακής ιατρικής, ανάλογα με τον αριθμό του πληθυσμού που εξυπηρετείται και τον αριθμό των οικογενειακών γιατρών.

Τα Κέντρα Οικογενειακών Ιατρών ταξινομούνται ως εξής:

- 1) Οικογενειακά Ιατρικά Κέντρα κατηγορίας III - μέχρι 40 000 κατοίκους.
- 2) Οικογενειακά Ιατρικά Κέντρα κατηγορίας II - 40 001 - 80 000 κατοίκους.
- 3) Κέντρα Οικογενειακών Ιατρών κατηγορίας I -80 001 και περισσότεροι.

### **Κέντρο Υγείας**

Τα Κέντρα Υγείας συνήθως οργανώνονται σε αγροτικές περιοχές και, ανάλογα με τη νομική μορφή της οργάνωσης, μπορούν να είναι:

- 1) αυτόνομη (δημόσια ή ιδιωτική), η οποία συνάπτεται απευθείας από την Εθνική Ασφαλιστική Εταιρεία στην Ιατρική.
- 2) υποδιαίρεσεις του Κέντρου Οικογενειακών Ιατρών.

Το Κέντρο Υγείας εξυπηρετεί τουλάχιστον 4500 κατοίκους.

Η ταξινόμηση των Κέντρων Υγείας ανάλογα με τον αριθμό του εξυπηρετούμενου πληθυσμού, συμπεριλαμβανομένων των Γραφείων Οικογενειακών Ιατρών και των Γραφείων Υγείας στη σύνθεση έχει ως εξής:

- 1) Κέντρα Υγείας κατηγορίας IV - 4500 - 6000 πληθυσμού.
- 2) Κέντρα υγείας κατηγορίας III - 6001 - 9000 πληθυσμός.
- 3) Κέντρα Υγείας κατηγορίας II - 9001 - 11500 πληθυσμό.
- 4) Κέντρα Υγείας κατηγορίας I - 11501 και περισσότεροι.

### **Κέντρο Υγείας, υποδιαίρεση του Κέντρου Οικογενειακών Ιατρών**

Το Κέντρο Υγείας είναι μια υποδιαίρεση του Κέντρου για τους Οικογενειακούς Ιατρούς της περιοχής που υπάγεται στον Διευθυντή του Κέντρου Οικογενειακών Ιατρών και εξασφαλίζει την παροχή βασικών πρωτογενών ιατρικών υπηρεσιών στον πληθυσμό της περιοχής κατοικίας, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που εξυπηρετούνται από τις υποδιαιρέσεις του, με τον τρόπο και τον όγκο που καθορίζονται από τις κανονιστικές πράξεις. να διοργανώσει, εάν είναι απαραίτητο, παραπομπή ασθενών στο Κέντρο Οικογενειακών Ιατρών για τη διενέργεια εργαστηριακών και οργανικών ερευνών που δεν έχει. Το Κέντρο Υγείας είναι οργανωμένο σε αγροτικές τοποθεσίες, κατά προτίμηση με κτίρια τύπου, εξοπλισμένο με εργαστηριακό εξοπλισμό, μεταφορά κλπ. Βρίσκεται συνήθως σε γεωγραφικό μέρος που βολεύει την πρόσβαση των κατοίκων από τα γύρω χωριά.

Ο αριθμός των κατοίκων του τόπου κατοικίας του Κέντρου Υγείας, μαζί με τον αριθμό των κατοίκων των Γραφείων Οικογενειακού Ιατρού και των Γραφείων Υγείας στη σύνθεση δεν μπορεί να είναι λιγότερο από 4500 κατοίκους. Το Κέντρο Υγείας συντονίζει τη δραστηριότητα των Γραφείων Οικογενειακών Ιατρών και των Υπηρεσιών Υγείας.

Κατά τη διαδικασία εξορθολογισμού της δομής της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, θα ληφθεί υπόψη η γεωγραφική θέση, η πρόσβαση στον τόπο κατοικίας του Κέντρου Υγείας, η κατάσταση της τεχνικής-υλικής βάσης του Κέντρου Υγείας, η ύπαρξη ιατρικού προσωπικού.

### **Κέντρο Υγείας -Αυτόνομο**

Το Κέντρο Υγείας καθίσταται αυτόνομο αν πληροί τα κριτήρια που έχουν εγκριθεί από τις ισχύουσες κανονιστικές πράξεις, συμπεριλαμβανομένης όταν παρουσιάζει σαφή επιχειρήματα, σε συντονισμό με τον

επικεφαλή του Κέντρου Οικογενειακών Ιατρών ή / και της τοπικής δημόσιας διοίκησης, σχετικά με την ικανότητα να ενεργεί υπό συνθήκες αυτονομίας.

Το αυτόνομο Κέντρο Υγείας είναι ο πρωταρχικός ιατροφαρμακευτικός οργανισμός, ο οποίος καθορίζει την απόφαση των τοπικών δημόσιων αρχών και εξασφαλίζει την παροχή βασικών πρωτοβάθμιων ιατρικών υπηρεσιών στον πληθυσμό της περιοχής κατοικίας του αντίστοιχου Κέντρου Υγείας και των Περιφερειών, σύμφωνα με τη σύμβαση παροχής ιατρικών υπηρεσιών που συνάπτεται με Εθνική Ασφαλιστική Εταιρεία Ιατρικής, κατά τον τρόπο που καθορίζονται από τις ισχύουσες κανονιστικές πράξεις.

Τα κέντρα υγείας, συμπεριλαμβανομένων των αυτόνομων, μπορούν να έχουν πληθυσμό κάτω των 4500 σε περιπτώσεις όπου η γεωγραφική θέση δεν επιτρέπει την οργάνωση της πρόσβασης του πληθυσμού στην υγειονομική περίθαλψη στο υποψήφιο Κέντρο Υγείας, στις συγκεκριμένες περιπτώσεις ενημερώνονται από το Υπουργείο Υγείας, παρουσιάζοντας τα επιχειρήματα που συντονίζονται με τοπική δημόσια διοίκηση.

Τα αυτόνομα Κέντρα Υγείας μπορούν να συνδέονται σε ομάδες, με σκοπό την παροχή υπηρεσιών ή / και την κοινοχρησία πόρων, ενδεχομένως υπό την αιγίδα του Κέντρου Οικογενειακών Ιατρών.

### **Οικογενειακά ιατρεία και γραφεία υγείας**

Τα Γραφεία Οικογενειακού Ιατρού και τα Γραφεία Υγείας είναι υποδιαιρέσεις Κέντρων Οικογενειακών Ιατρών και Κέντρων Υγείας, τα οποία οργανώνονται σε αγροτικές τοποθεσίες σύμφωνα με καθορισμένα κριτήρια.

Ο διαμόρφωση της δομής των Κέντρων Υγείας σύμφωνα με τις διατάξεις της ταξινόμησης στοχεύει στη βελτιστοποίηση και ανακατανομή της δραστηριότητάς τους, ειδικά υπό τις προϋποθέσεις της αυτονομίας, προκειμένου να διασφαλιστεί η σύναψη συμβάσεων από την Εθνική Ασφαλιστική Εταιρεία στην Ιατρική.

Το Γραφείο Οικογενειακών Ιατρών διοργανώνεται σε αγροτικές περιοχές με πληθυσμό από 901 έως περίπου 3000 κατοίκους, όπου σύμφωνα με τις λειτουργίες του κράτους λειτουργούν αντίστοιχα 1 και 2 οικογενειακοί γιατροί.

Το Γραφείο Υγείας είναι οργανωμένο σε αγροτικές περιοχές με πληθυσμό έως 900 κατοίκους, όπου σύμφωνα με τις κρατικές λειτουργίες δραστηριοποιούνται μόνο οικογενειακοί νοσηλευτές.

Σε περίπτωση που δύο ή περισσότερες περιοχές (υγειονομικά γραφεία), που βρίσκονται στον ίδιο χώρο υπηρεσίας και μαζί έχουν πληθυσμό τουλάχιστον 900 - 1500 κατοίκων, δημιουργείται ένας οικογενειακός γιατρός.

## **2.8.Πρωτοβάθμιες ιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται στα ιδρύματα πρωτοβάθμιας υγείας**

Οι πρωτοβάθμιες ιατρικές υπηρεσίες περιλαμβάνουν υγειονομική περίθαλψη πρώτης επαφής και μόνιμη παρακολούθηση ασθενών, ανεξάρτητα από την παρουσία ή την απουσία της νόσου. Οι πρωτοβάθμιες ιατρικές υπηρεσίες παρέχονται από τον οικογενειακό γιατρό και τους οικογενειακούς νοσηλευτές, οι οποίοι εκπροσωπούν την ομάδα του οικογενειακού ιατρού και παρέχονται στους φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, οι οποίοι μπορούν να είναι δημόσιοι και ιδιωτικοί και οργανώνονται σε αστικές και αγροτικές περιοχές, σύμφωνα με τις ισχύουσες κανονιστικές πράξεις.

Οι πρωτογενείς ιατρικές υπηρεσίες παρέχονται από τον οικογενειακό γιατρό και τους οικογενειακούς νοσηλευτές, οι οποίοι εκπροσωπούν την ομάδα του οικογενειακού ιατρού.

Ο οικογενειακός γιατρός είναι ο γιατρός που απέκτησε την ειδικότητα της οικογενειακής ιατρικής με βάση τις πανεπιστημιακές και μεταπτυχιακές σπουδές στην οικογενειακή ιατρική και, με αφομοίωση, ο γιατρός γενικής ιατρικής, ο παθολόγος και ο παιδίατρος μετά την πρωτοβάθμια εξειδίκευση στην οικογενειακή ιατρική, είναι ο γιατρός που παρέχει ιατρικές υπηρεσίες επίσης συντονίζει την προσωπική, την πρωτοβάθμια και συνεχή ιατρική περίθαλψη του ατόμου και της οικογένειας, παρέχει ολοκληρωμένη βιο-ψυχο-κοινωνική υγειονομική περίθαλψη και για τα δύο φύλα και για όλες τις ηλικίες.

Οι φορείς πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης παρέχουν πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη στους ασθενείς που είναι εγγεγραμμένοι στον δικό τους κατάλογο, με βάση την αίτηση που υποβλήθηκε σύμφωνα με την αρχή της ελεύθερης επιλογής, ανεξάρτητα από το καθεστώς του ατόμου (ασφαλισμένο ή ανασφάλιστο)

Τα ιδρύματα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ασκούν τις ακόλουθες δραστηριότητες:

- 1) δραστηριότητες προφύλαξης και προαγωγής της υγείας, Υγιείς τρόπος ζωής
- 2) θεραπευτικές ιατρικές δραστηριότητες



- 3) ειδικές ιατρικές δραστηριότητες
- 4) διοργανωτικές-μεθοδικές και διαχειριστικές δραστηριότητες
- 5) εκπαιδευτικές δραστηριότητες στην ειδικότητα της οικογενειακής ιατρικής, συμπεριλαμβανομένων και των εκπαιδευτών
- 6) δραστηριότητες επιστημονικής έρευνας
- 7) άλλες ιατρικές δραστηριότητες σύμφωνα με τα έγγραφα των συμπληρωματικών μελετών επάρκειας
- 8) δραστηριότητες υποστήριξης
- 9) δραστηριότητες παροχής συνταγογράφησης και παροχή φαρμάκων στον πληθυσμό

Τα ιδρύματα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παρέχουν βασικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας, καθώς και διευρυμένες ιατρικές υπηρεσίες ή συμπληρωματικές ιατρικές υπηρεσίες.

Βασικές πρωτοβάθμιες ιατρικές υπηρεσίες είναι εκείνες οι υπηρεσίες που καθορίζουν τον τομέα αρμοδιότητας της πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης, σύμφωνα με το επάγγελμα του οικογενειακού γιατρού, το οποίο μπορεί να παρέχεται από όλους τους οικογενειακούς γιατρούς κατά τη διάρκεια της ιατρικής διαβούλευσης.

Βασικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας:

- 1) παρεμβάσεις πρώτης ανάγκης στις ιατρο-χειρουργικές καταστάσεις έκτακτης ανάγκης
- 2) προληπτικές ιατρικές υπηρεσίες, όπως: εκπαίδευση του πληθυσμού για την προώθηση του υγιή τρόπου ζωής, πραγματοποίηση του προγράμματος ανοσοποίησης, ενεργός εντοπισμός των ατόμων με υψηλό κίνδυνο ασθένειας για επιλεγμένες ασθένειες σύμφωνα με τα επιστημονικά στοιχεία, ενεργή ιατρική παρακολούθηση σε ενήλικες και παιδιά που ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες ανάλογα με την ηλικία και το φύλο.
- 3) Παρακολούθηση χρόνιων ασθενειών, η οποία περιλαμβάνει: ενεργό ιατρική παρακολούθηση για τις πιο συχνές χρόνιες παθήσεις, έναρξη και διατήρηση υποστηρικτικής θεραπείας

4) ιατρικές συμβουλευτικές υπηρεσίες για εγκύους, παιδιά, εφήβους, ηλικιωμένους, κοινωνικά ευάλωτα άτομα, άτομα με αναπηρίες και φυσικά τους ασθενείς.

5) οικογενειακός προγραμματισμός.

6) ορισμένες μικρές χειρουργικές επεμβάσεις.

7) ιατρο-κοινωνικές υπηρεσίες: οικιακή ιατρική περίθαλψη, παρηγορητική φροντίδα στην αναρρωτική φάση, εντός της διεπιστημονικής ομάδας, σύμφωνα με τις ισχύουσες κανονιστικές πράξεις.

Οι πρωτογενείς ιατρικές υπηρεσίες παρέχονται από τον οικογενειακό γιατρό και τους νοσηλευτές της οικογένειας, οι οποίοι εκπροσωπούν την ομάδα του οικογενειακού γιατρού. Κατά τη διαδικασία παροχής υπηρεσιών, οι οικογενειακοί γιατροί συνεργάζονται με όλες τις άλλες ιατρικές ειδικότητες, σύμφωνα με την ιδιαιτερότητα της ειδικότητας και σύμφωνα με τις ισχύουσες κανονιστικές διατάξεις σχετικά με την παροχή ιατρικής περίθαλψης στο πλαίσιο της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας

Μηχανισμοί για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας: εσωτερικός έλεγχος στα γραφεία · επιθεώρηση των γραφείων από τον επιβλέποντα ή τις υγειονομικές αρχές · περιοδικές υποχρεωτικές εξετάσεις σχετικά με τις επαγγελματικές γνώσεις και δεξιότητες των ιατρών και των νοσοκόμων.

Μερικές φορές χρησιμοποιήθηκαν: εξωτερικός κλινικός έλεγχος (χρησιμοποιώντας ιατρικά αρχεία)

Υπάρχουν δείκτες για τη διαδικασία και τα αποτελέσματα, τα οποία συνήθως χρησιμοποιούνται από το Υπουργείο Υγείας για την παρακολούθηση των υπηρεσιών ΠΦΥ. Αυτοί οι δείκτες αναφέρονται σε:

- Προσβασιμότητα: ο αριθμός των επισκέψεων στον οικογενειακό γιατρό ανά κάτοικο

- Απόδοση:

- να παρακολουθεί τις έγκυες γυναίκες σε 12 εβδομάδες κύησης και να τις παρακολουθεί σύμφωνα με τα καθιερωμένα πρότυπα
- την επίβλεψη του παιδιού κατά το πρώτο έτος της ζωής
- βρεφική θνησιμότητα στο σπίτι
- καταγραφή και παρακολούθηση ασθενών με φυματίωση
- καταγραφή και παρακολούθηση ασθενών με υπέρταση
- να προσφέρει προληπτική γυναικολογική εξέταση με τη λήψη των κυτταρολογικών εξετάσεων

- Επίπεδο ικανοποίησης: μελέτες σχετικά με την ικανοποίηση του πληθυσμού από τις προσφερόμενες υπηρεσίες

## **2.9.Ιατρική Φροντίδα βασισμένη κλινικές οδηγίες και έρευνες**

Στο σύνολο του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης υπάρχουν περίπου 164 εθνικά κλινικά πρωτόκολλα, συμπεριλαμβανομένων όλων των επιπέδων του συστήματος υγείας, έχουν αναπτυχθεί και εγκριθεί με εντολές του Υπουργείου Υγείας. Όλα τα πρωτόκολλα δημοσιεύονται στην ιστοσελίδα του υπουργείου. Με την υποστήριξη του σχεδίου της ΕΕ "Ενίσχυση του ΠΦΥ", αναπτύχθηκαν και διανεμήθηκαν δωρεάν 2300 αντίγραφα 47 τυποποιημένων κλινικών πρωτοκόλλων για τα Οικογενειακούς Ιατρούς σε όλα τα ιδρύματα της ΠΦΥ. Τρία από αυτά τα πρωτόκολλα αφορούν κυρίως την υπέρταση στους ενήλικες, τον απλό διαβήτη, την πνευμονία σε ενήλικες.

Όλα τα πρωτόκολλα αναπτύσσονται και ενημερώνονται από μια ομάδα συγγραφέων (ειδικοί στον τομέα της οικογενειακής ιατρικής και της προστασίας της υγείας) που θεσπίζονται με εντολή του Υπουργείου Υγείας.

## **2.10.Ανθρώπινο Δυναμικό στην πρωτοβάθμια περίθαλψη**

Η Ασφάλιση του πληθυσμού της Δημοκρατίας της Μολδαβίας σε οικογενειακούς γιατρούς είναι χαμηλότερη κατά 38,8% σε σύγκριση με την Ευρωπαϊκή Ένωση. Αυτός είναι ένας από τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών σε πρωτοβάθμιο επίπεδο και καθορίζει την κατάσταση υγείας του πληθυσμού που είναι πολύ χαμηλή, ιδίως η κατάσταση των μη μεταδοτικών νόσων: καρδιαγγειακές παθήσεις, διαβήτη, κακοήθειες κ.λπ.

Ο συνολικός αριθμός των οικογενειακών γιατρών που εργάζονται στη δημοκρατία της Μολδαβίας είναι 2.392. Οι επίσημοι κανόνες που ισχύουν στην Μολδαβία ορίζουν τον αριθμό των ασθενών είναι 1500 ασθενείς ανά οικογενειακό ιατρό. Το γεγονός αυτό ορίζεται στην Νόμο.100 της 10.03.2008 του Υπουργείου Υγείας σχετικά με τους Κανόνες του ιατρικού προσωπικού.

## Επαγγελματίες Υγείας στην ΠΦΥ (2017)

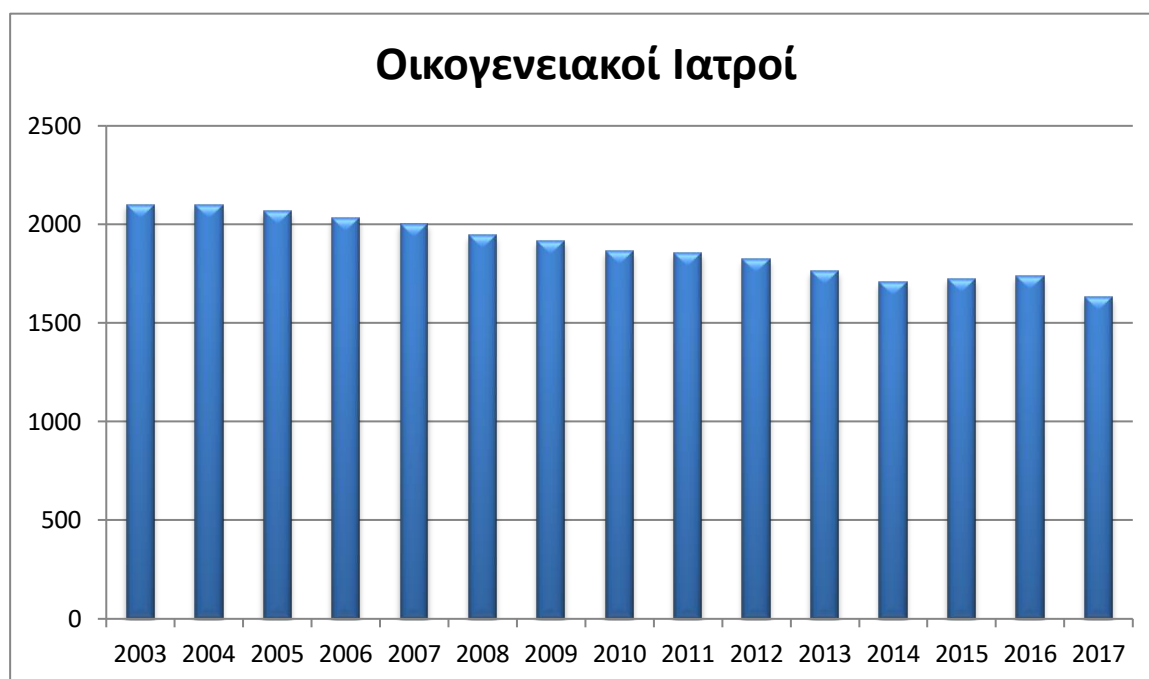
Ιατρικό Δυναμικό	Αριθμός
Ιατροί (όλων των ειδικοτήτων)	13.021
Οικογενειακός Ιατρός	2.392
Νοσηλευτές	19.311
ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ Αριθμός Παραϊατρικού Προσωπικού	25.125

(πηγή: Anuar Statistica al Moldovei, 2018) τα παραπάνω στοιχεία αναφέρονται στο έτος 2017

Το σύστημα υγείας αντιμετωπίζει σήμερα τις ίδιες δυσκολίες που είναι χαρακτηριστικές για τις περισσότερες χώρες της Δυτικής Ευρώπης, δηλαδή: άνιση εδαφική κατανομή του ιατρικού προσωπικού, που εκδηλώνεται από το ανεπαρκές ιατρικό προσωπικό στις αγροτικές περιοχές και το πλεόνασμα τους στις αστικές περιοχές.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας για τη βελτίωση της ασφαλιστικής κατάστασης των πρωτοβάθμιων ιατρικών ιδρυμάτων με τους οικογενειακούς γιατρούς, είναι απαραίτητο να απασχολούν περίπου 290 οικογενειακούς γιατρούς, που αντιπροσωπεύει, για παράδειγμα, περίπου την προώθηση των ιατρών του νοσοκομείου "Nicolae Testemitanu". Ωστόσο, δεδομένου ότι από τους 60 οικογενειακούς πτυχιούχους ιατρικής, μόνο 25 πτυχιούχοι απασχολούνται στην αγροτική περιοχή κάθε χρόνο, χρειάζονται 12 χρόνια για να καλύψουν αυτό το έλλειμμα, υπό την προϋπόθεση ότι κανείς δεν θα αποσυρθεί και δεν θα εγκαταλείψει τον τόπο εργασίας.

## Εξέλιξη του αριθμού των οικογενειακών γιατρών κατά τα έτη 2003 - 2011



πηγή: Εθνικό Κέντρο Διαχείρισης Υγείας Μολδαβίας (<http://sanatateinfo.md/News/Item/7770>)

## Ποσοστά θανάτων ανά ασθένεια στην Δημοκρατία της Μολδαβίας (2017)

Ασθένεια	Ποσοστό ατόμων ανά 1000 κατοίκους
Ασθένειες αναπνευστικού	145,9
Επιπλοκές κατά εγκυμοσύνη	35,6
Προβλήματα Κυκλοφοριακού Συστήματος	21,6
Δηλητηριάσεις εξωγενείς	28,2
Προβλήματα Ουροποιητικού συστήματος	19,9
Μεταδοτική Νόσος και Βακτηρίαση	18,6
Ασθένειες Νευρικού Συστήματος	18,1
Δερματικές Ασθένειες	15,8
Ασθένειες Γαστρεντερικού Συστήματος	15,5
Ασθένειες οστών	14,0
Νεοπλάσματα	4,4

Πηγή: Anuar Statistica al Moldovei, 2018

### **2.11.Επαγγελματικές οργανώσεις και περιοδικά**

Οι οικογενειακοί γιατροί ανήκουν στον Σύνδεσμο Φαρμακευτικών Ιατρών της Δημοκρατίας της Μολδαβίας, ένας μεγάλος οργανισμός για την προάσπιση των υλικών συμφερόντων, την επαγγελματική ανάπτυξη, την κατάρτιση και τις επιστημονικές δραστηριότητες. Η ένωση έχει 1800 μέλη, πράγμα που σημαίνει ότι σχεδόν όλοι οι Οικογενειακοί ιατροί της χώρας είναι μέλη αυτής της οργάνωσης.

Δεν υπάρχει κανένα περιοδικό που να δημοσιεύεται ειδικά για οικογενειακούς γιατρούς στη Δημοκρατία της Μολδαβίας.

### **2.12.Ιατρική εκπαίδευση**

Στη Δημοκρατία της Μολδαβίας υπάρχουν έξι ιδρύματα (πανεπιστήμια και ιατρικά πανεπιστήμια) τα οποία αποδίδουν στην κατάρτιση ειδικών στον τομέα. Το Κρατικό Πανεπιστημιακό Πανεπιστήμιο Ιατρικής και Φαρμακευτικής "Nicolae Testemitanu" από το Κισινάου είναι το μόνο από τα έξι ιδρύματα που αναφέρονται παραπάνω και προσφέρει μεταπτυχιακές σπουδές στον τομέα της οικογενειακής ιατρικής. Η εξειδίκευση διαρκεί τρία χρόνια.

Η εκπαίδευση των οικογενειακών γιατρών οργανώνεται σε δύο στάδια: 6 χρόνια πανεπιστημιακών σπουδών στον τομέα της γενικής ιατρικής και 3 χρόνια μεταπτυχιακών σπουδών που ειδικεύονται στην οικογενειακή ιατρική, ακολουθούμενη από τελική εξέταση και έκδοση πτυχίου.

Το 2011, το 17% όλων των πτυχιούχων ιατρικής έκαναν εγγραφή στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα για την εξειδίκευση στον τομέα της οικογενειακής ιατρικής. Ο αριθμός των πτυχιούχων στον τομέα της οικογενειακής ιατρικής μειώνεται τεράστια από χρόνο σε χρόνο. Το 2009, ο αριθμός των πτυχιούχων ήταν 66. το 2010 ήταν 45 απόφοιτοι και το 2011 ήταν 30 απόφοιτοι. Σε διάστημα δύο ετών, ο αριθμός τους μειώθηκε δύο φορές.

### **2.13.Χρηματοδότηση για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας**

Το πακέτο υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι πλήρες, το κόστος αυτών των υπηρεσιών καλύπτεται από το κράτος, αλλά το κόστος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων δεν καλύπτεται πλήρως. Περίπου το 30% του συνολικού προϋπολογισμού για την υγεία δαπανάται για πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Από το 2003, οι δραστηριότητες των δημόσιων ιατρικών ιδρυμάτων στο πλαίσιο του υποχρεωτικού συστήματος ασφάλισης υγείας προσανατολίζονται προς την αυτοχρηματοδότηση και την μη κερδοσκοπική πολιτική. Ως αποτέλεσμα, μια κυβερνητική απόφαση καθόρισε τη μέθοδο υπολογισμού των μισθών με βάση τις αρχές της αμοιβής των εργαζομένων των αυτόνομων μονάδων από οικονομική άποψη. Κάθε χρόνο, το υπουργείο Υγείας, Ο Ασφαλιστικός Φορέας και τα σωματεία για τους ιατρούς καθορίζουν όρια μισθών για κάθε κατηγορία ιατρών, συμπεριλαμβανομένων των συντελεστών επαγγελματικής πείρας και μπόνους. Οι οικογενειακοί γιατροί λαμβάνουν τα ακόλουθα μπόνους στο βασικό τους μισθό ανάλογα με:

- Κατηγορία προσόντων (επίπεδο)

Το επίδομα για την κατηγορία προσόντων (επίπεδο) πληρώνεται μηνιαίως, συμπεριλαμβανομένων των ιατρών διοίκησης, των ιατρών βοηθών με εξειδικευμένη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, των ιατρών σε διευθυντικές θέσεις και αντιπροσωπεύει το 50% για την ανώτερη κατηγορία, το 40% για την πρώτη κατηγορία και το 30% τον (βασικό) δασμολογικό μισθό του εργαζομένου.

- Επαγγελματική εμπειρία στον τομέα.

Τα επιδόματα γήρατος καταβάλλονται μηνιαίως, υπολογιζόμενα ως ποσοστό του βασικού μισθού των οικογενειακών γιατρών και των οικογενειακών νοσοκόμων. Τα επιδόματα γήρατος είναι πιο γενναιόδωρα για τους αγροτικούς εργαζόμενους και τις οικογενειακές νοσοκόμες σε αγροτικές περιοχές από ό, τι για τις αστικές περιοχές.

- Το πρόγραμμα ημερών εργασίας χωρίζεται σε δύο.

Πρόσθετες πληρωμές για υπαλλήλους των οποίων η εργάσιμη ημέρα χωρίζεται σε δύο σύμφωνα με ένα χρονοδιάγραμμα, με διακοπή άνω των δύο ωρών, η οποία δεν περιλαμβάνεται στις ώρες υποδοχής. Οι πληρωμές αυτές αντιπροσωπεύουν το 30% του βασικού μισθού για τις ώρες εργασίας που πράγματι εργάστηκαν στις εν λόγω ημέρες.

- Επιστημονικό πτυχίο.

- Επίτιμο τίτλο.

- Υψηλή αποδοτικότητα εργασίας, υψηλή ένταση εργασίας και εκτέλεση εργασιών ιδιαίτερης ή επείγουσας σημασίας

## Κεφάλαιο 3 - 3.1.Συζήτηση

Αρχικά, παρουσιάστηκε το σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που υπάρχει στην Ελλάδα. Η Ελλάδα είναι μία χώρα η οποία σύμφωνα με όσα έχουν παρουσιαστεί παραπάνω βρίσκεται ακόμα σε ένα νεογνικό σημείο όσων αφορά την οργάνωση του συστήματος Υγείας και ιδιαίτερα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, συγκριτικά με άλλα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το γεγονός όμως ότι από το 2008 η Ελλάδα είχε υποστεί μεγάλη οικονομική κρίση βοήθησε στο να αναθεωρήσει το μέχρι τότε υπάρχων σύστημα υγείας και να γίνουν κομβικές αλλαγές που θα αλλάξουν προς το θετικό την μέχρι τώρα κατάσταση. Επομένως, μπορεί κανείς να πει ότι μια οικονομική κρίση έφερε στα όρια το κράτος και έπρεπε να βρει πιο βιώσιμες λύσεις και να προχωρήσει σε δραστικά μέτρα και αλλαγές έτσι ώστε να μπορέσει να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις που είχε το κράτος. Ένα κράτος που αντιμετωπίζει μια οικονομική κρίση, η οποία δεν διαρκεί για περισσότερα χρόνια από οποιαδήποτε άλλη χώρα που έχει βρεθεί σε παρόμοια θέση, καθώς έχουν μελετηθεί παρόμοιες καταστάσεις οικονομικών κρίσεων σε άλλες χώρες της Ευρώπης αλλά και της Αμερικής και καμία δεν είχε μια τόσο χρονοβόρα έκβαση. Η Ελλάδα, επίσης, είναι μια χώρα η οποία βρίσκεται σε μια πολιτισμική κρίση, ο όγκος των μεταναστών που καταφτάνουν καθημερινά στην Ελλάδα είναι τόσο μεγάλος που το κράτος δεν μπορεί να ανταπεξέλθει ούτε να τους καλύψει όλους σε βασικές πρώτες ανάγκες(στέγη, τροφή, ένδυση) πόσο μάλλον σε θέματα υγειονομικής περίθαλψης. Οι εισροές των μεταναστών που καταφτάνουν στα ελληνικά εδάφη είναι από διάφορες γωνιές του πλανήτη όπως Συρία, Ιράν, Ιράκ, Τουρκία, Αρμενία, Γεωργία, Φιλιππίνες, Βουλγαρία, Ρουμανία, Αφρική κ.α. Είναι χώρες φτωχές που δεν είναι σίγουρο για την υγειονομική περίθαλψη που έχουν λάβει, για εμβόλια που έχουν κάνει, ενώ στις χώρες αυτές υπάρχουν ασθένειες που η Ελλάδα είχε καταπολεμήσει και δεν τις αντιμετώπιζε πια (π.χ. Ιλαρά). Επομένως, όταν έρχονται στην Ελλάδα άτομα από τόσο διαφορετικά σημεία του κόσμου, εισέρχονται μαζί τους και κάποιες νέες ή παλιές ασθένειες που το ελληνικό σύστημα υγείας καλείται να αντιμετωπίσει, αλλά τις περισσότερες φορές δεν έχει τους πόρους ούτε τον κατάλληλο τρόπο για να τα καταφέρει με τον τόσο μεγάλο όγκο ατόμων. Ακόμα μια από τις πολλές δυσκολίες που αντιμετωπίζει η Ελλάδα είναι ο τρόπος που είναι γεωλογικά διαρρυθμισμένη η χώρα, υπάρχουν δηλαδή πολλά μικρά χωριά σε απομακρυσμένα σημεία και όλα τα μικρά νησιά που καθιστά πολύ δύσκολη την σωστή οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αλλά και του συστήματος υγείας γενικότερα, πράγμα που οδηγεί σε έλλειψη ενημέρωσης, έλλειψη γιατρών, έλλειψη βασικών πόρων πρωτοβάθμιας περίθαλψης καθώς και δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας



για τα άτομα που ζουν σε αυτές τις περιοχές. Ενώ, ένα ακόμα ζήτημα, το οποίο υπάρχει σε όλη την Ευρώπη και όχι μόνο στην Ελλάδα, που καθιστά δύσκολη την οργάνωση και σωστή διαχείριση πόρων είναι η δημογραφική γήρανση των ανθρώπων. Το προσδόκιμο ζωής πλέον έχει αυξηθεί κατά πολύ, πράγμα πολύ θετικό, αλλά με νέους ρυθμούς της ζωής δυστυχώς οι γεννήσεις έχουν μειωθεί ραγδαία, πράγμα που σημαίνει ότι ένα κράτος πρέπει να συντηρήσει ένα μεγάλο αριθμό ανενεργών εργασιακά ατόμων, αλλά χωρίς να υπάρχουν αρκετοί νέοι ενεργοί εργασιακά ώστε να μπορούν να χρηματοδοτούν το κράτος και το σύστημα υγείας. Παρόλα αυτά, γίνεται μεγάλη προσπάθεια από όλους τους ερευνητές και μελετητές της Ελλάδας και της Ευρώπης να βρεθεί ένα κομβικό σημείο όπου θα μπορούν να ισορροπηθούν όσο το δυνατόν πιο σωστά όλες οι ανάγκες που παρουσιάζει το ελληνικό σύστημα υγείας και η οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Πρέπει ωστόσο να τονιστεί ότι η κάθε χώρα έχει διαφορετική κουλτούρα, διαφορετικές ανάγκες, διαφορετική παιδεία, διαφορετικό πολιτισμό, επομένως δεν είναι δυνατόν να βρεθεί "Η σωστή φόρμουλα" λειτουργίας του συστήματος υγείας που θα λειτουργήσει για όλους. Είναι απαραίτητο η κάθε χώρα να διερευνήσει τις δικές της ανάγκες και προβλήματα και να διαμορφώσει ένα δικό της, "προσωποποιημένο" σύστημα Υγείας που θα ακολουθήσει και θα είναι ειδικά προσαρμοσμένο για τα δικά της δεδομένα.

Στη συνέχεια γίνεται μια γνωριμία με το σύστημα της Δημοκρατίας της Μολδαβίας. Η Μολδαβία, είναι μία χώρα η οποία γεωγραφικά βρίσκεται στην καρδιά της Ευρώπης, αλλά δεν ανήκει στην Ευρωπαϊκή Ένωση καθώς οι οικονομία και η πολιτική της οργάνωση δεν το επιτρέπει. Είναι μία χώρα η οποία δεν έχει μεγάλη ιστορία και ανήκε στην Πρώην Σοβιετική Ένωση, η οποία ακόμα έχει αφήσει το στίγμα της στους πολίτες και στον τρόπο οργάνωσης της χώρας. Είναι μια πολύ μικρή χώρα και μετά το 1991 που διαλύθηκε η Σοβιετική Ένωση, η οικονομία της χώρας δεν κατάφερε με μεγάλη επιτυχία να ορθοποδήσει, επομένως θα μπορούσε κανείς να πει ότι βρίσκεται σε μια χρονοβόρα οικονομική κρίση όπως ακριβώς και η Ελλάδα υπό διαφορετικές όμως συνθήκες. Το σύστημα υγείας στην Δημοκρατία της Μολδαβίας αντιμετωπίζει μεγάλα προβλήματα και έχει πολλές ελλείψεις όπως ιατρούς, νοσηλευτές, μηχανημάτων ακόμα και οι υποδομές είναι σε άσχημη κατάσταση. Με το πέρασμα των χρόνων γίνονται πολλές προσπάθειες από επαγγελματίες υγείας και ερευνητές να δημιουργήσουν ένα πιο ισχυρό σύστημα υγείας και να αναπτυχθεί η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, καθώς σε μια χώρα που αντιμετωπίζει οικονομικής φύσεως προβλήματα το να προλάβει κάποιες ασθένειες σε μακροπρόθεσμο επίπεδο θα είναι πολύ κερδοφόρο για την οικονομία του κράτους. Δυστυχώς όμως τα εμπόδια που καλούνται να αντιμετωπίσουν είναι πάρα πολλά, η πολιτική και τα κόμματα

στην χώρα είναι διεφθαρμένα και δεν υπάρχει η σωστή υποστήριξη τόσο οικονομική, όσο και κοινωνική για την υλοποίηση κάποιου έργου. Όπως και στην Ελλάδα έτσι και στην Μολδαβία υπάρχουν πολλά απομακρυσμένα χωριά που δύσκολα μπορούν να έχουν πρόσβαση σε ιατρό, ιατρικό εξοπλισμό και να γίνει σωστή ενημέρωση για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που παρέχεται, επομένως σε πολλές περιοχές στρέφονται σε βοτανολογία και "παραδοσιακούς" τρόπους φροντίδας της υγείας. Η Μολδαβία επίσης είναι από τις χώρες που το 40% σχεδόν του πληθυσμού νέων ατόμων έχει μεταναστεύσει σε χώρες της Ευρώπης, της Αμερικής και στην Αυστραλία, πράγμα που σημαίνει ότι πίσω στην χώρα έχουν μείνει κυρίως οι ηλικιωμένοι και το ποσοστό το ενεργού πληθυσμού είναι πολύ μικρό.

Οι δύο χώρες που μελετήθηκαν παραπάνω έχουν πολλές διαφορές αλλά θα μπορούσε κάποιος να βρει και κάποιες ομοιότητες. Ο λόγος που παρουσιάζονται μαζί δύο τόσο διαφορετικές χώρες με τόσες πολλές διαφορές στην κουλτούρα είναι για να δει κανείς και μια άλλη όψη του νομίσματος. Είναι σημαντικό να υπάρχουν διάφορες απόψεις πάνω σε θέματα υγειονομικής φύσεως και να συλλέγονται πληροφορίες από όλο τον κόσμο καθώς δεν είναι απαραίτητο μόνο να βλέπουμε τι κάνουν σωστά οι άλλες χώρες αλλά και τι κάνουν λάθος, έτσι ώστε να μπορέσουν να αποφευχθούν προβλήματα που έχουν παρουσιαστεί σε άλλες χώρες. Ενώ παράλληλα, μπορεί σε κάποια χώρα όπως στο σύστημα υγείας της Μολδαβίας να έχει ήδη αντιμετωπίσει κάποια πρόβλημα που στην Ελλάδα είναι πρωτόγνωρο και να έχει βρει μια λύση που ίσως υπό κάποιες αλλαγές θα μπορούσε να λειτουργήσει και στην Ελλάδα. Όπως είναι το σύστημα του γενικού ιατρού και η οργάνωση των πολυϊατρείων και των Κέντρων Υγείας ανά περιφέρεια. Γενικότερα, λοιπόν, υπάρχουν χώρες και συστήματα οργάνωσης του συστήματος υγείας τα οποία είναι παράδειγμα προς αποφυγή και άλλα προς μίμηση, είναι εύλογο να μελετηθούν και οι δύο περιπτώσεις.

### **3.2.Προτάσεις για το σύστημα ΠΦΥ**

Πρέπει να δημιουργηθεί ένα σύγχρονο σύστημα Π.Φ.Υ. που να καλύπτει πλήρως τις ανάγκες ενός πολίτη, παρέχοντας υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας η οποία θα είναι εύκολα προσβάσιμη σε όλους. Είναι σημαντικό να προληφθούν οι πιο σοβαρές ασθένειες με την σωστή ενημέρωση, την επιλογή ενός σωστού και υγιή τρόπου ζωής και την έγκυρη διάγνωση, γιατί με αυτόν τρόπο θα υπάρχει μακροπρόθεσμα βελτίωση των δεικτών υγείας της χώρας και εξοικονόμηση σημαντικών πόρων του συστήματος υγείας.

Το κράτος πρέπει να προσφέρει υπηρεσίες υγείας στους πολίτες του, οι οποίες πρέπει να είναι επαρκής και διαθέσιμοι ανά πάσα στιγμή. Για να γίνει αυτό πρέπει οι υγειονομικές υπηρεσίες να γίνουν ενιαίες και να ακολουθούν ένα πρότυπο εργασίας, ειδικά διαμορφωμένο στις ανάγκες των πολιτών, γεγονός που παρουσιάζει προβλήματα ισότητας, αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας. Το σύστημα της Ελλάδας για να είναι αποτελεσματικό πρέπει να οργανωθεί με καλύτερο τρόπο όσον αφορά την λειτουργία των κέντρων όπου προσφέρεται πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη, καθώς ακόμα τα κενά είναι πολλά, και να αναπτύξει γενικότερα καλύτερα την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας με σωστή ενημέρωση, με σωστή οργάνωση, με ολοκληρωμένα συστήματα και σωστή διαπαιδαγώγηση, ιδιαίτερα για τις επόμενες γενιές .

Για να υλοποιηθεί αυτό είναι σημαντικό να έχει κάποια στοιχεία:

- Θα πρέπει να υπάρχει συνέχεια στη φροντίδα και ειδικά όσον αφορά τα χρόνια προβλήματα υγείας τα οποία θα πρέπει να παρακολουθούνται από την ίδιο τον γιατρό ή ομάδα υγείας κατά τη διάρκεια του χρόνου. Αυτό θα μπορούσε να γίνει με ανάπτυξη κάποιων εργαλείων όπως του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας ή της προσωποποιημένης κάρτας υγείας
- Θα πρέπει να υπάρχει ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας δηλαδή τα συχνά νοσήματα και τα προβλήματα υγείας πρέπει να αντιμετωπίζονται με βάση το κοινωνικό, πολιτιστικό και ψυχολογικό περιβάλλον του ασθενούς.
- Θα πρέπει να προσανατολίζεται στον ασθενή και στην οικογένειά του μέσα από ένα σύστημα ελεγχόμενης κίνησης ασθενών μέσα στο σύστημα. (Λιονής, 2002).

Είναι σημαντικό κάθε πολίτης να έχει πρόσβαση στην υγεία και δικαίωμα σε βασική περίθαλψη εύκολα, ενώ ταυτόχρονα να μπορεί ανά πάσα στιγμή να επικοινωνήσει με τον ιατρό ή τον οικογενειακό γιατρό που θα μπορεί να του λύσει τα περισσότερα προβλήματα σχετικά με την υγεία ή να τον παραπέμψει σε κάποιον ειδικό ιατρό, καθώς πολλές φορές οι ασθενείς δεν γνωρίζουν σε ποια ειδικότητα να απευθυνθούν ανάλογα με το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν. Επομένως, ο ιατρός πρέπει να προσφέρει ένα σύνολο από υπηρεσίες σε κάθε πολίτη όπως:

- Να διαχειρίζεται τα πιο συχνά νοσήματα και προβλήματα υγείας που υπάρχουν στη Π.Φ.Υ.
- Να διαχειρίζεται μείζονες παράγοντες κινδύνου όπως είναι το κάπνισμα, η παχυσαρκία κ.λπ.
- Να πραγματοποιεί εμβόλια σε παιδιά και ενήλικες
- Να κάνει διάγνωση έγκαιρα για διάφορα προβλήματα όπως είναι ο καρκίνος σε διάφορα σημεία
- Να εκτιμά την κατάσταση υγείας του ασθενή λαμβάνοντας υπόψη και την ηλικία του και κάποια

αναπηρία ή χρόνιο νόσημα που έχει.

- Να παρακολουθεί τις εγκύους καθώς και τα παιδιά και τα βρέφη
- Να παρέχει πρώτες βοήθειες, να φροντίζει μικροτραυματισμούς και να διενεργεί τα μικρά χειρουργεία
- Να πραγματοποιεί έναν ελάχιστο αριθμό διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων στο ιατρείο
- Να πραγματοποιεί έναν ελάχιστο αριθμό διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων στο σπίτι (Λιονής, 2002).

Σε αυτό το σύστημα υγείας που περιγράφεται πρέπει να υπάρχει η έννοια του οικογενειακού ιατρού, οποίος πρέπει να γνωρίζει τις υποχρεώσεις του και τα καθήκοντά του απέναντι στους πολίτες που χρειάζονται παροχή φροντίδας. Βέβαια ο ρόλος του οικογενειακού ιατρού διαφοροποιείται ανάλογα με το χώρο και τη δομή δραστηριοποίησης. Προτείνεται κυρίως σε αγροτικές περιοχές πιο μικρές κοινωνίες με μικρότερο αριθμό ατόμων, έτσι ώστε να μπορεί να μην χάνεται ο έλεγχος. Να παρέχεται οικονομικό κίνητρο για εκείνους τους ιατρούς που θα μείνουν σε αυτές τις απομακρυσμένες περιοχές και που αναλαμβάνουν μεγαλύτερο αριθμό ατόμων από το προβλεπόμενο, ενώ είναι πολύ σημαντικό να γίνεται κάποιος έλεγχος στους ιατρούς που δεν εξετάζουν τον προβλεπόμενο αριθμό ατόμων, καθώς ο όγκος της δουλειάς είναι πολύ μεγάλος ορισμένες φορές και μπορεί εύκολα να χαθεί η σωστή οργάνωση ή να γίνουν λάθη. Για τις αστικές περιοχές προτείνεται να υπάρχει δέσμευση του προσωπικού ιατρού, τον οποίο θα διαχειρίζονται τα ασφαλιστικά ταμεία είτε με συμβάσεις είτε με ανάπτυξη ίδιων υποδομών. Ο οικογενειακός ιατρός θα πρέπει επίσης να αναλάβει και την ευθύνη παραπομπής του ασθενή σε άλλους ειδικευμένους ιατρούς ή σε άλλες υπηρεσίες υγείας. Ο ασθενής σε αυτήν την περίπτωση προτείνεται να μην έχει επιπλέον κόστος (Σουλιώτης & Λιονής, Λειτουργική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας : Μια πρόταση για την άρση αδιεξόδου, 2003).

Σημαντικό είναι και το θέμα εκπαίδευσης του ιατρού και της αλλαγής των αντιλήψεων του ώστε να μην υπηρετεί το δημόσιο τομέα αλλά το κοινωνικό σύνολο. Γι' αυτό το λόγο ο ιατρός θα πρέπει να ελέγχεται για να διαπιστωθεί αν μπορεί να χειριστεί ένα πακέτο από υπηρεσίες όπως την εκτίμηση της υγείας του ασθενή και τη διαχείριση μειζόνων παραγόντων κινδύνου (Σουλιώτης & Λιονής, 2003).

Τέλος, ιδιαίτερα σημαντική είναι η ύπαρξη ενός συστήματος που να υποστηρίζει την υπάρχουσα γνώση και να καθοδηγεί την πρακτική των οικογενειακών ιατρών. Το σύστημα αυτό πρέπει να περιέχει πληροφορίες που να συμβάλουν στην αποτελεσματική και αποδοτικότερη χρήση των πόρων. Στο πλαίσιο αυτό πρέπει να αναπτυχθεί και η ηλεκτρονική συνταγογράφηση καθώς και οδηγίες που κατευθύνουν την διάγνωση και τη θεραπεία (Σουλιώτης & Λιονής, 2003).

Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση στην Ελλάδα παρόλο που εφαρμόζεται έχει λάθη και ελλείψεις. Μερικές λύσεις για να γίνει πιο αποδοτική είναι:

- Είναι σημαντικό η Περίθαλψη Υγείας να είναι περισσότερο ανθρωποκεντρική (patient centered), ο ασθενής να έχει πλήρη ενημέρωση για το τι συμβαίνει και να λαμβάνει αποφάσεις σχετικά με την υγεία του μαζί με τον ιατρό.
- Η δημιουργία του συστήματος "Οικογενειακού Ιατρού" που θα είναι ο πρώτος ιατρός που θα έρχεται σε επαφή ο ασθενής και δεν θα καταφεύγει απευθείας σε νοσοκομεία για κάθε θέμα υγείας που προκύπτει.
- Να υπάρχει η δυνατότητα να πραγματοποιεί ο "οικογενειακός ιατρός" επισκέψεις στο σπίτι, υπό κάποιες συγκεκριμένες συνθήκες.
- Να παρέχεται δωρεάν εκπαίδευση υγειονομικής φύσεως στους ασθενείς με κάποιο χρόνια νόσημα, ή στα άτομα που τους προσέχουν, βασικές γνώσεις που θα τους διευκολύνει στην καθημερινότητά τους και γίνεται να πραγματοποιηθεί από το σπίτι (μέτρηση πίεσης, ένεση, σωστός τρόπος καταγραφής πληροφοριών, ασκήσεις κ.α.)
- Να γίνει εκπαίδευση και ενημέρωση στους ιατρούς και των ατόμων που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών υγείας για το πώς να επικοινωνούν αποτελεσματικότερα με τον ασθενή, καθώς πολλές φορές ο ασθενής ενημερώνεται ή δεν καταλαβαίνει την "γλώσσα" του ιατρού.
- Να γίνεται εκπαίδευση και αγωγή υγείας στα σχολεία, ώστε η νέα γενιά να κατανοήσει την σημαντικότητα την Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
- Να δημιουργηθεί προσωποποιημένη κάρτα υγείας που θα ακολουθεί τον πολίτη καθόλα την διάρκεια της ζωής του και θα ενημερώνεται για τα εμβόλια, τις ασθένειες που πέρασε ή περνάει, οποιαδήποτε πληροφορία σχετική με την υγεία, ώστε να είναι πιο εύκολη η παρακολούθηση από κάθε ιατρό του κόσμου. Όλα τα παραπάνω θα υπάρχουν απλά και μόνο με το ΑΜΚΑ του ασθενή.
- Ταυτόχρονα με την δημιουργία της προσωποποιημένης κάρτας υγείας, να δημιουργηθεί βάση

δεδομένων όπου ανώνυμα θα αποθηκεύονται πληροφορίες σχετικά με την υγεία, ώστε να μπορούν να καταγράφονται εύκολα οι δείκτες υγείας και να διεξάγονται αποτελέσματα χρήσιμα για έρευνες.

- Παράλληλα, είναι σημαντικό να δημιουργηθούν πρωτόκολλα ασφαλείας και προστασίας των προσωπικών δεδομένων των ασφαλισμένων.
- Στο σύστημα συνταγογράφησης είναι σημαντικό να διατηρεί ένα ιστορικό του κάθε ασθενή ώστε να γνωρίζει ο γιατρός όλα τα στοιχεία που αφορούν την υγεία του ασθενή.

Με όλες τις παραπάνω προτάσεις αναμένεται να προκύψει ορθολογική χρήση των πόρων άρα και βελτίωση της αποδοτικότητας του συστήματος. Σημαντικό επίσης είναι να διασφαλιστεί η ισότητα των πολιτών σε ότι έχει να κάνει με την φροντίδα υγείας καθώς και οι υποδομές και οι συνθήκες παροχής φροντίδας υγείας. Μπορεί να μειωθεί ο χρόνος αναμονής των πολιτών με την οργάνωση των ειδικοτήτων των ιατρών. Η αύξηση του μισθού των ιατρών ανάλογα με την ποσότητα εξυπηρέτησης των πολιτών μπορεί να αποτελέσει ισχυρό κίνητρο για αύξηση της αποδοτικότητας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αντωνιάδου, Ι., Κούτης, Α., Λιονής, Χ., Μυλωνέρος, Θ., Παναγιωτόπουλος, Τ. & Μπένος, Α., 2015. Βασικές αρχές, θέσεις και προτάσεις για την Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. [e-βιβλίο]Αθήνα. Διαθέσιμο από: <http://isx.gr/sites/default/files.pdf>
- Δίκαιος Κ. Πολιτική Υγείας. Στο: Δικαίος Κ, Χλέτσος Μ (Επιμ.) Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προ- κλήσεις, Πολιτική υγείας/Κοινωνική πολιτική. Τόμος Β. Πάτρα, ΕΑΠ, ΔΜΥ51, 1999:17–96
- Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ. Συστήματα υγείας και ελληνική πραγματικότητα. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2001 /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)
- Ιωαννίδης Ε, Μάντης Π. Υγεία και περίθαλψη. Στο: Ιωαννίδης Ε, Λοπατατζίδης Α, Μάντης Π (Επιμ.) Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Υγεία: οριοθετήσεις και προοπτικές. Πάτρα, ΕΑΠ, ΔΜΥ51, Τόμος Α, 1999:15–58
- Καλοκαιρινού, Α. & Θεοδούλα, Α., 2008. Το Οργανωτικό Πλαίσιο της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα. Νοσηλευτική, 47(3)
- Κοντιάδης Ξ, Σουλιώτης Κ. Σύγχρονες προκλήσεις στην πολιτική υγείας. Εκδόσεις Σάκουλα, Αθήνα, 2005).
- Κυριακόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Σουλιώτης, Κ. & Τσάκος, Γ., 2003. Η ποιότητα στις υπηρεσίες Υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο.
- Κυριόπουλος Κ., Σουλιώτης Κ., Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα. Μεθοδολογικά Προβλήματα στη Μέτρηση και Συνέπειες για Πολιτικές Υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Λιονής, Χ. & Σουλιώτης, Κ., 2010. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο Επίκεντρο μιας Διαχρονικής Συζήτησης: Επιλεγμένα άρθρα πολιτικής και

τεκμηρίωσης. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης .

- Λιονής, Χ., 2002. Το Σχέδιο Νόμου στην Π.Φ.Υ.- Μια Πρόκληση στη Μεταρρύθμιση Υγείας. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
- Μπαμπινιώτης, 2005, σ. 43
- Μεχίλι, Ε., Διομήδους, Μ., Γκουγκουμάτη, Κ. & Καλοκαιρινού, Α., 2012. Διερεύνηση Κόστους -Αποτελεσματικότητας στη Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης.
- Ν.3235/2004, 2004. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.
- Οικονομοπούλου, Χ., 2012. Η ποιότητα των υπηρεσιών στο σύστημα υγείας. Στέλεχος Υπηρεσιών Υγείας.
- ΟΟΣΑ/ Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας(2019), Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019, Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ, ΟΟΣΑ, Παρίσι/ Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, Βρυξέλες.
- Παπακωστίδη, Α. & Τσουκαλάς, Ν., 2012. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(4)
- Παπαμίχος, Α., Οικονομόπουλος, Γ., Θηραίος, Ε. & Παπανικολάου, Ν., 2007. Προς ένα Καινοτόμο Μοντέλο Διαχείρισης της Π.Φ.Υ.: Εταιρική Σχέση Πολιτείας, Τοπικής Αυτοδιοίκησης και Ιδιωτικού Τομέα. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 19(4).
- Π.Ο.Υ., 1946. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.
- Πηγή: ΙΟΜ, 1990; ΟΕCD, 2004
- Σισσούρας Α . , ( 1994 ) , Συμπεράσματα - Προσβλέποντας στην Αναμόρφωση και Σταθεροποίηση του ΕΣΥ . Στο βιβλίο , Μελέτη για το σχεδιάσμά και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας , ΥΥΠΚΑ, Αθήνα



- Σουλιώτης Κ., Θηραίος, Ε., Καϊτελίδου, Δ., Παπαδάκη, Μ., Τσαντίλας, Π., Τσιρώνη, Μ. & Ψαλτοπούλου, Θ., 2013. Βασικά Σημεία Πρότασης για τη Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Αθήνα: Επιστημονική Επιτροπή για την Υποστήριξη της Μεταρρύθμισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
- Σουλιώτης, Κ. & Λιονής, Χ., 2003. Λειτουργική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας : Μια πρόταση για την άρση αδιεξόδου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 20(5), σελ. 466 - 476.
- Σουλιώτης, Κ., 2002. Ανάλυση των Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα 1989-2000. Μεθοδολογικές Διευκρινίσεις και Διαπιστώσεις για το Σύστημα Υγείας στο
- Σουρτζή Π.(1998): Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 10(4):179- 185.
- Σωτηριάδου, Κ., Μαλλιάρου, Μ., Σαράφης, Π., 2011. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – κατάσταση και προοπτικές. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 3(4)
- Τούντας Ι. Ο ρόλος της προαγωγής και αγωγής υγείας στην Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση. Στο: Μπεσμπέας Σ (Επιμ.) Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση νοσημάτων φθοράς. Αθήνα, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, 2002:97–104
- Τούντας Ι.(2000): Κοινωνία και Υγεία, Οδυσσέας-Νέα Υγεία, Αθήνα.)
- Τούντας Ι. Υπηρεσίες Υγείας, Εκδ. Οδυσσέας/Νέα Υγεία, Αθήνα 2008)

### **Ξένη Βιβλιογραφία**

- Atun R și alții. Moldova: Evaluarea Sistemului Sănătății, Sisteme de Sănătate în Tranziție. Observatorul European pentru Sisteme și Politici de Sănătate, 2008, 10(05): 1-138  
([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/95161/E91756.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/95161/E91756.pdf),

accesat la 3 iulie 2012).

- Agenția Centrală de Informații (CIA), The World Factbook (pagina web) (<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/md.html>, accesată la 10 aprilie 2012).
- AL-ASSAF AF, SHEIKH M. Quality improvement in primary health care. A practical guide. Series 26. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, Cairo, 2004
- Banca Mondială: Moldova (baza de date și pagina web) (<http://www.worldbank.org/en/country/moldova/overview>, accesată la 16 aprilie 2012)
- Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova (pagina web) (<http://www.statistica.md/index.php?l=en>, accesată la 17 iunie 2012)
- Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova, 2018
- Dahlgren, G. & Whitehead, M.(1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for future studies, p.11)
- Downie, R/S., Tannahill, C. & Tannahill A. (1991) (2nd ed.). Health promotion: models and values. Oxford: Oxford Medical Publications.
- "Evaluarea Serviciului de Asistență Medicală Primară din Republica Moldova prin perspectiva integrării serviciilor de sănătate mintală în medicina primară"-Jana Chihai, Doina Rotundu- 2012
- Evaluarea Reformei de Finanțare a Sănătății din 2004 în Moldova. Copenhaga, Biroul regional pentru Europa al OMS, 2008
- Forester, S. (2004). Adopting community development approaches. Community Practitioner, 77(4), pp. 140- 145.
- Green & Tones (2010, pp. 14-15. Scriven (2010, pp. 6-7 )
- Națiunile Unite: Politica Avorturilor în Moldova (pagina web) (<http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/doc/moldova.doc>, accesată la 3

iulie 2012)

- Organizația Mondială a Sănătății și baza de date Europeană Sănătate pentru Toți (HFA-DB) (pagina web). Biroul Regional pentru Europa al OMS (<http://data.euro.who.int/hfad/>, accesată la 16 aprilie 2012)
- Organizația Mondială a Sănătății. Raport cu privire la Epidemia Globală a Tutunului, 2011. Profilul de țară al Republicii Moldova. Copenhaga, Biroul regional pentru Europa al OMS, 2011 ([http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country\\_profile/mda.pdf](http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/mda.pdf), accesată la 6 iulie 2012)
- Organizația Mondială a Sănătății. Asistență medicală primară: fapte și cifre. Republica Moldova, 2008. Copenhaga, Biroul regional pentru Europa al OMS, 2008 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/primary-health-care/facts-and-figures/a-selection-of-country-profiles/republic-of-moldova-2008>, accesată la 3 iulie 2012)
- Pullon, S. (2008). What is the place of general practice within primary health care in the Aotearoa New Zealand context? *New Zealand Family Physician*, 35(5)..
- Raport Global cu privire la Sănătate și Alcool 2011. Geneva, Organizația Mondială a Sănătății, 2011
- Republica Moldova: profilul sănătății. Organizația Mondială a Sănătății: Observatorul Global al Sănătății (GHO) (pagina web) (<http://www.who.int/gho/countries/mda.pdf>, accesată la 3 iulie 2012)
- Rețeaua dovezilor în sănătate [site web]. Copenhaga, Biroul Regional OMS pentru Europa, 2004 ([http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/mentalhealth/20030903\\_1](http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/mentalhealth/20030903_1), accesat la 12 decembrie 2008).
- Schramme T (2007) : Lennart Nordenfelt's theory of health: Introduction to the theme *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10:3–4.).

- Starfield, 1998· Starfield, B. (1998). Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York: Oxford University Press
- Statisticile privind Istoricul Avortului, Moldova (pagina web) (<http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/ab-moldova.html>, accesată la 3 iulie 2012)
- Starea Copiilor Lumii, Copiii într-o Lume Urbană, 2012. Fondul Națiunilor Unite pentru Copii (UNICEF), 2012
- USAID: Maladii Infecțioase, Moldova (pagina web) ([http://www1.usaid.gov/our\\_work/global\\_health/id/tuberculosis/countyrries/eande/moldova\\_profile.html](http://www1.usaid.gov/our_work/global_health/id/tuberculosis/countyrries/eande/moldova_profile.html), accesată la 3 iulie 2012)

### Ηλεκτρονική Βιβλιογραφία

- [www.moh.gov.gr/articles/newspaper/.../3246-nomothesia-hlektronikhs-ygeias?fdl](http://www.moh.gov.gr/articles/newspaper/.../3246-nomothesia-hlektronikhs-ygeias?fdl)
- [www.moh.gov.gr/articles/newspaper/.../3246-nomothesia-hlektronikhs-ygeias?fdl..](http://www.moh.gov.gr/articles/newspaper/.../3246-nomothesia-hlektronikhs-ygeias?fdl..)
- [www.iatrikionline.gr](http://www.iatrikionline.gr)
- [www.moh.gov.gr/articles/newspaper/nomothesia.../194-isxyoysa-issuu.com/ele](http://www.moh.gov.gr/articles/newspaper/nomothesia.../194-isxyoysa-issuu.com/ele)

