Neapolis University

HEPHAESTUS Repository **http://hephaestus.nup.ac.cy**

Department of Economics and Business Master in Public Administration (MPA)

2017

þÿ ¤ ¿ Ã Í Ã Ä · ¼ ± À Á É Ä ¿ ² ¬ ¸ ¼ ¹ ± Â Æ
þÿ Ã Ä · ½ š Í À Á ¿

þÿ “ µ É Á ³ ¯ ¿ Å , š Å Á ¹ ¬ º ¿ Â

þÿ Á Ì ³ Á ± ¼ ¼ ± ” · ¼ Ì Ã ¹ ± Â ” ¹ ¿ ¯ º · Ã · Â , £ Ç ¿ » ® Ÿ ¹ º ¿ ½ ¿ ¼ ¹ º Î ½ • À ¹ Ã Ä · ¼ Î ½ º ± ¹ ” ¹ ¿ ¯ º
þÿ ± ½ µ À ¹ Ã Ä ® ¼ ¹ ¿ • µ ¬ À ¿ » ¹ Â ¬ Æ ¿ Å

http://hdl.handle.net/11728/10385

Downloaded from HEPHAESTUS Repository, Neapolis University institutional repository

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΝΕΑΠΟΛΙΣ ΠΑΦΟΥ

NEAPOLIS UNIVERSITY PAFOS

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Μεταπτυχιακό στην Δημόσια Διοίκηση

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Τίτλος Εργασίας

ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΡΟΤΩΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

Επιμέλεια Κυριάκος Γεωργίου

Πάφος 2017

Μεταπτυχιακή Εργασία

στην

Δημόσια Διοίκηση

από

Κυριάκο Γεωργίου

Υποβλήθηκε στα πλαίσια των απαιτήσεων για την απόκτηση μεταπτυχιακού δημόσιας διοίκησης

Επιβλέπων Καθηγητής: Δρ. Ιωάννης Βλάσσης

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη……..……..5-6

Abstract…….……7-8

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1

1.1 Εισαγωγή/Ιστορικό……...…….9-10

1.2 Επιλογή Θέματος…….……11

1.3 Ερευνητικά Ζητήματα…….……11

Κεφάλαιο 2

2.1 Ορισμός/Χαρακτηριστικά ΠΦΥ……..……12-14

2.2 Υπηρεσίες ΠΦΥ…….……15

2.2.1 Σύστημα ΠΦΥ Γερμανίας……..……..16

2.2.2 Σύστημα ΠΦΥ Μεγάλης Βρετανίας……...……..17

2.2.3 Σύστημα ΠΦΥ Ολλανδίας……..…..18

2.2.4 Σύστημα ΠΦΥ Σουηδίας……..19

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 3

3.1 Ιστορική Αναδρομή Συστήματος Υγείας Κύπρου……20-28

3.2 Δομή Δημόσιων Υπηρεσιών Υγείας Κύπρου……..…..29

Κεφάλαιο 4

4.1 Παρούσα Κατάσταση ΠΦΥ Κύπρου…….30

4.2 Οργάνωση ΠΦΥ Κύπρου……...……31

Κεφάλαιο 5

5.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα με Βάση το Γε.Σ.Υ……....36-37

Κεφάλαιο 6

6.1 Ανάγκες Πολιτών ως προς την ΠΦΥ……..……..38-40

6.2 Ικανοποίηση Πολιτών από την ΠΦΥ……41-43

6.3 ΠΦΥ και Βελτίωση της Υγείας του Πληθυσμού……..44-48

Κεφάλαιο 7

7.1 Συμπεράσματα / Εισηγήσεις…….……49-51

Βιβλιογραφία……..……52-58

Παράρτημα……..59-90

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΧΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα χωροταξικής κατανομής των δικτύων παροχής ΠΦΥ ανά επαρχία στην Κύπρο……..……32-33

Σύντομο σχεδιάγραμμα χωροταξικής κατανομής…….....…….34

Πίνακας στελέχωσης κοινοτικών κέντρων υγείας από νοσηλευτικό προσωπικό……34

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η υγεία ορίζεται ως μια κατάσταση πλήρους σωματικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία νόσου ή αναπηρίας. Επεκτείνοντας τον συλλογισμό μας, θα λέγαμε πως η υγεία ως ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, επηρεάζεται από ένα ιδιαίτερα μεγάλο αριθμό παραγόντων. Είναι δηλαδή το προϊόν της αλληλεπίδρασης των φυσιολογικών, οργανικών και οικολογικών αναγκαιοτητών και της υπάρχουσας κάθε φορά κοινωνικό-οικονομικής τάξης πραγμάτων. Σημαντικός είναι ο ρόλος που μπορεί να διαδραματίσει η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, που λειτουργεί ως αρωγός και θεμέλιος πυλώνας του οποιουδήποτε συστήματος υγείας οποιασδήποτε χώρας. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) ορίστηκε και υιοθετήθηκε για πρώτη φορά από όλα τα κράτη (μέλη της UNICEF) και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) ύστερα από τη Διακήρυξη της Alma – Ata το 1978. Στόχος της ΠΦΥ αποτελεί αποτέλεσε η ανάπτυξη και παροχή επαρκών υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες των κρατών μελών, προκειμένου να αυξηθεί η προσβασιμότητα και να εξαλειφθούν, όσο το δυνατόν, οι ανισότητες στον τομέα της υγείας.

Μεθοδολογία: Για την εκπόνηση και την ολοκλήρωση της συγκεκριμένης συστηματικής ανασκόπησης χρησιμοποιήθηκαν ερευνητικές μελέτες, επιστημονικά συγγράμματα, επιστημονικά περιοδικά και άρθρα που σχετίζονται με το θέμα της εργασίας. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την επιτυχημένη και την ευρύτερη ανασκόπηση για την εργασία αυτή ήταν η αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων CINAHL, MEDLINE, PUBMED, GOOGLE SCHOLAR. Οι όροι- λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν είναι: ***Ελληνικά*** *- πρωτοβάθμια φροντίδα, ιστορία πρωτοβάθμιας φροντίδας/Κύπρου, ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας στο Γε.Σ.Υ/ στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, ανάγκες πολιτών από την πρωτοβάθμια φροντίδα.*

Για τη σύνταξη των γενικών μερών της εργασίας χρησιμοποιήθηκαν επίσης ιατρικά και πολιτικά συγγράμματα, τα οποία διατίθενται στη βιβλιοθήκη του Πανεπιστημίου.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι, η διερεύνηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Κύπρο, καθώς επίσης και η εκτίμηση της προσφοράς της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην βελτίωση υγείας του πληθυσμού.

Αποτελέσματα/Συμπεράσματα: Μέσα από την έρευνα και την ανάλυση των άρθρων παρατηρούμε πως, στην Κύπρο η παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας παρουσιάζει αρκετές αδυναμίες, κυρίως γιατί δεν λειτούργει ένα σύστημα υγείας που να καλύπτει

ολόκληρο τον πληθυσμό στην βάση φυσικά συγκεκριμένης νομοθετικής ρύθμισης. Οι πέντε κύριοι άξονες της στρατηγικής του παγκόσμιου οργανισμού υγείας (ΠΟΥ) για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) δεν καλύπτεται από την παρούσα κατάσταση που επικρατεί στην Κύπρο. Παρατηρούμε λοιπόν πως ενώ το "σχεδιασμένο" Γε.Σ.Υ (Γενικό Σχέδιο Υγείας) προβλέπει και συνυπολογίζει τις πολιτικές του ΠΟΥ για την ΠΦΥ, στην πράξη, ο σχεδιασμός αυτός δεν έχει υλοποιηθεί, δημιουργώντας προβλήματα αλλά και διαιωνίζοντας μία κατάσταση που δεν εξασφαλίζει τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας.

Λέξεις κλειδιά: Πρωτοβάθμια φροντίδα, Πρόληψη, Υγεία, Γενικό σχέδιο υγείας

ABSTRACT

Introduction: Health is defined as the state of complete physical, mental and social well-being and not simply the absences of sickness or disability. Health can be seen an a multidimensional phenomenon affected by a large number of factors. It is the result of the interaction of the physiological, organic and ecological necessities and the present socio-economic class. Significant is the role that primary health care play, which operates as a facilitator and is the foundation of any health system in any country. Primary health care was defined and adopted for the first time by all UNICEF member states and the World Health Organization following the Alma-Ata 1978 proclamation. The objective of primary health care has been the development and provision of adequate health services for all citizens of the member states, in order to increase accessibility and distinguish where possible inequalities in the health care sector.

Methodology: For the preparation and completion of this project, research studies were conducted using dada from scientific magazines, and scientific articles that were related to the topic of this paper. The method used for the successful collection of data was wide research through search engines and databases such as CINAHL, PUBMED, GOOGLE SCHOLAR. Terms key words used are *Primary care, History of primary care/Cyprus, The role of primary care in the health system, To improve the health of the population, Needs of citizens from primary care.* For the syntax of the main body of this paper medical and political collections were used that were made available from the university library.

Purpose: The purpose of this project was to investigate primary care in Cyprus, as well as the assessment of primary care offered to improve health of the general population.

Results/Conclusion: Through research and data analysis it can be observed that health care provided in Cyprus presents several weaknesses and is not of the desired standard as it does not cover the entire population on the basis of specific legislation. The five main strategies of the World Health Organization and that of Primary Health Care are not covered with the current health system provided in Cyprus. It is evident

that the general health plan is not in order thus creating problems and forming a situation that is not ensuring the viability of the health system island wide.

Key words: Primary Care, Prevention, Health, General Health Plan

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.0 Εισαγωγή και Ιστορικό

Η παγκόσμια μέρα υγείας γιορτάζεται κάθε χρόνο στις 7 Απριλίου, προκειμένου να ευαισθητοποιήσει την κοινή γνώμη για θέματα δημόσιας υγείας που απασχολούν και ταλανίζουν ολόκληρο τον κόσμο (san simera, 2016).

Ωστόσο ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας W.H.O (1948), ορίζει την υγεία ως "Μια κατάσταση πλήρους σωματικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία νόσου ή αναπηρίας.". Επόμενος ο όρος υγεία για τον κάθε άνθρωπο είναι υποκειμενικός και διαφοροποιημένος, αφού ο κάθε ένας ανάλογα με τα δικά του θέλω, τις δικές του ανάγκες και απαιτήσεις μπορεί να αντιλαμβάνεται την υγεία αλλιώτικα. Εκτός από αυτό όμως ο ορισμός προκάλεσε σημαντικό κριτικό διάλογο στα χρόνια που ακολούθησαν, κυρίως επειδή δέχεται την υγεία ως μια κατάσταση πληρότητας, η οποία χαρακτηρίζεται ουτοπική. Όμως παρά την κριτική, ορισμοί της υγείας που έχουν δοθεί από διάφορους συγγραφείς, καθώς και από απλούς ανθρώπους μεταπολεμικά, αποδέχονται τη θετική έννοια της υγείας που εμπεριέχεται σ' αυτόν τον ορισμό, ο οποίος για πρώτη φορά δεν περιορίστηκε στην αντιμετώπιση ή στην πρόληψη της νόσου.

Είναι γνωστό ότι η έννοια υγεία ταυτίζεται κατά πολύ με την κοινωνική και οικονομική πρόοδο μιας χώρας και αποτελεί ένα από τα πολυτιμότερα αγαθά που έχει ο άνθρωπος. Αποτελεί απαραίτητη και αναγκαία προϋπόθεση ύπαρξης, ανάπτυξη, εξέλιξης, προόδου, ευημερίας και ευτυχίας. Είναι το βασικό συστατικό θα έλεγε κάνεις για να είναι ο άνθρωπος φαιδρός και αυτάρκεις, χωρίς καλή υγεία αυτά είναι απρόσιτα και ανέφικτα και άπιαστα (Πιερράκος,2008).

Ας σημειωθεί ακόμη, πως η υγεία ως κοινωνικό δικαίωμα εκφράζεται κυρίως με το δικαίωμα στη φροντίδα υγείας. Σε μερικές χώρες για παράδειγμα χρησιμοποιείται ο όρος καταναλωτής υπηρεσιών υγείας και όχι ασθενής, γιατί ο όρος καταναλωτής περιέχει ένα δυναμικό στοιχειό περιέχει διεκδίκηση, απαίτηση και ενεργό συμμέτοχη σε αντίθεση με τον όσο ασθενής που εξ ορισμού υποδηλώνει αδυναμία. (Πιερράκος,2008).

Επεκτείνοντας τον συλλογισμό μας, θα λέγαμε πως η υγεία ως ένα πολυδιάστατο φαινόμενο επηρεάζεται από ένα ιδιαίτερα μεγάλο αριθμό παραγόντων. Με άλλα

λόγια είναι το προϊόν της αλληλεπίδρασης των φυσιολογικών, οργανικών και οικολογικών αναγκαιοτητών και της υπάρχουσας κάθε φορά κοινωνικό-οικονομικής τάξης πραγμάτων (Κοντόπουλος, 2009).

Σημαντικός είναι ο ρόλος που μπορεί να διαδραματίσει η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, που λειτουργεί ως αρωγός και θεμέλιος πυλώνας του οποιουδήποτε συστήματος υγείας οποιασδήποτε χώρας. Είναι αποδεδειγμένο ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας κοστίζει λιγότερο από τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας για πολλούς λόγους. Μεταξύ αυτών είναι το χαμηλότερο κόστος που απαιτείται για υποδομές τεχνολογία και οργάνωση και το χαμηλότερο κόστος προσωπικού διότι βασίζεται σε άτομα για τα οποία απαιτούνται μικρότερες δαπάνες εκπαίδευσης και μισθοδοσίας. Επιπρόσθετα πλεονεκτεί γιατί περιορίζει σημαντικά τον αριθμό των ατόμων που τελικά ασθενούν και έχουν ανάγκη περίθαλψης από το συμβατικό σύστημα υγείας. (Θεοδώρου, 1999).

Είναι γνωστό πως, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί το πρώτο, βασικό στάδιο του συστήματος υγείας όπου «ελέγχονται» τα περιστατικά για την προώθηση ή μη στη νοσοκομειακή φροντίδα. Η ΠΦΥ διαθέτει ένα σύνολο υπηρεσιών πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας που πραγματοποιούνται σε τόπο κοντινό στη διαμονή και στην εργασία των πολιτών.

Οι ολοένα αυξανόμενες προκλήσεις που προκύπτουν από τις μεταβαλλόμενες ασθένειες που πλήττουν τον πληθυσμό οδηγούν αυτομάτως στην ανάγκη συνεχούς αναδιαμόρφωσης και εξέλιξης των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Τα συστήματα ΠΦΥ διαφέρουν μεταξύ των διάφορων κρατών, λόγω των διαφορετικών κοινωνικών, οικονομικών, πολιτιστικών και πολιτικών συνθηκών

Παίρνοντας λοιπόν αυτό το κίνητρο δίνεται η ευκαιρία στο φοιτητή λόγω και της επαγγελματικής του ιδιότητας ως νοσηλευτής, μέσω της παρούσας διπλωματικής εργασίας να αναφέρει τι είναι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, να διερευνηθούν κατά πόσο ακολουθούνται οι πολιτικές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) στην Κύπρο σχετικά με την ΠΦΥ, ποια είναι η εξέλιξη της ΠΦΥ μετά την εφαρμογή του Γενικού σχεδίου υγείας (Γε.Σ.Υ), ποίος ο ρόλος της ΠΦΥ στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και ποια είναι η χωροταξική κατανομή της στην Κύπρο.

1.1 Επιλογή Θέματος

Ο ερευνητής/φοιτητής έχει επιλέξει να μελετήσει το θέμα της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Κύπρο, λόγω του ότι οι επιστήμονες υγείας καθώς και διαδοχικά διάφορες κυβέρνησης έχουν στρέψει σημαντικά το ενδιαφέρων τους στην εν λόγω βαθμίδα της υγείας. Σε αντίθεση με άλλες θεματολογίες, η αντιπροσώπευση του συγκεκριμένου θέματος στη βιβλιογραφία είναι πολύ περιορισμένη, τόσο στον ελληνικό χώρο όσο και στο εξωτερικό. Είναι επομένως επιτακτική η ανάγκη να πολλαπλασιαστούν οι προσπάθειες ανάλυσης της σημασίας του ρόλου της πρωτοβάθμιας φροντίδας στο σύστημα υγείας γενικότερα.

1.2 Ερευνητικά ζήτημα/ερωτήματα

Τα ερευνητικά ζητήματα με τα οποία θα ασχοληθεί η παρούσα διπλωματική εργασία είναι η αποτύπωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Κύπρο.

Τα ζητήματα-ερωτήματα θα εστιαστούν:

- Στη μελέτη της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Κύπρο.
- Την χωροταξική κατανομή της.
- Την λειτουργιά της πρωτοβάθμιας φροντίδας κατά την εφαρμογή του Γε.Σ.Υ.
- Στην διερεύνηση εφαρμογής των πολιτικών ΠΟΥ για την ΠΦΥ.
- Στον ρόλο της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην βελτίωση υγείας του πληθυσμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Ορισμός - Χαρακτηριστικά ΠΦΥ

Σύμφωνα με τη διακήρυξη της Alma Ata το 1978 που εκδόθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) «η ΠΦΥ είναι η βασική φροντίδα υγείας που στηρίζεται σε πρακτικές, επιστημονικά ορθές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία και η οποία παρέχει καθολική πρόσβαση σε άτομα και στις οικογένειες τους με κόστος το οποίο τόσο η κοινότητα όσο και η κάθε χώρα μπορεί να διαθέσει. Αποτελεί δε το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας και μαζί με το εθνικό σύστημα υγείας του οποίου αποτελεί τον κεντρικό άξονα, μεταφέρουν τη φροντίδα υγείας κοντά στο χώρο όπου τα άτομα ζουν και εργάζονται αποτελώντας το πρώτο στοιχείο στη διαδικασία παροχής συνεχούς φροντίδας υγείας» (WHO 1978).

Σύμφωνα με τη διακήρυξη της Alma Ata, η ΠΦΥ έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

- Προβάλλει και αντανακλά τις οικονομικές συνθήκες και τα κοινωνικοπολιτισμικά και πολιτικά χαρακτηριστικά της χώρας και βασίζεται στην εφαρμογή των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από έρευνα στις κοινωνικές, βιοϊατρικές και υπηρεσίες υγείας και από την εμπειρία στη δημόσια υγεία.
- Απαντά στα κύρια προβλήματα υγείας της κοινότητας παρέχοντας υπηρεσίες προαγωγής της υγείας, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης.
- Περιλαμβάνει τουλάχιστον τα εξής: εκπαίδευση στην πρόληψη και αντιμετώπιση των πιο κύριων προβλημάτων υγείας, εξασφάλιση της παροχής τροφής και προαγωγή της κατάλληλης διατροφής, παροχή επαρκούς ασφαλούς πόσιμου νερού και των βασικών συνθηκών υγιεινής, φροντίδας για την υγεία της μητέρας και του παιδιού συμπεριλαμβανομένου και του οικογενειακού προγραμματισμού, εμβολιασμό για τις κυριότερες μεταδοτικές ασθένειες, πρόληψη και έλεγχο των ασθενειών που ενδημούν σε τοπικό επίπεδο, κατάλληλη θεραπεία των κοινών νοσημάτων και τραυματισμών και παροχή των απαραίτητων φαρμάκων.

- Βασίζεται σε λειτουργούς υγείας συμπεριλαμβανομένων ιατρών, νοσηλευτών, μαιών, βοηθητικού προσωπικού και εργαζομένων στην κοινότητα που είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι σε κοινωνικές και τεχνικές δεξιότητες για να λειτουργούν ως ομάδα υγείας και να ανταποκρίνονται στις εκφρασμένες ανάγκες υγείας της κοινότητας (WHO, 1978).

Το 1996 το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute Of Medicine- IOM) των Η. Π. Α μέσω της επιτροπής για το μέλλον της ΠΦΥ εξέδωσε τον ακόλουθο ορισμό. «Η ΠΦΥ είναι η παροχή ενσωματωμένων (ολοκληρωμένων, συντονισμένων, συνεχιζόμενων), προσβάσιμων υπηρεσιών φροντίδας υγείας από κλινικούς ιατρούς που είναι υπεύθυνοι για τη διαχείριση των πλείστων προσωπικών αναγκών φροντίδας υγείας των ασθενών, μέσα από την ανάπτυξη ενός διαρκούς συνεταιρισμού με τους ασθενείς και οι οποίοι παρέχουν τις υπηρεσίες τους στο πλαίσιο της οικογένειας και της κοινότητας» (IOM, 1996).

Στόχος της ΠΦΥ αποτελεί η ανάπτυξη και παροχή επαρκών υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες των κρατών – μελών, προκειμένου να αυξηθεί η προσβασιμότητα και να εξαλειφθούν, όσο το δυνατόν, οι ανισότητες στον τομέα της υγείας. Συγκεκριμένα, η ΠΦΥ ενισχύει τη συμμετοχή όλων των πολιτών στη λήψη των σημαντικών για τον τομέα της υγείας αποφάσεων και προσφέρει τη δυνατότητα κάλυψης όλων των αναγκών υγείας του πληθυσμού που σχετίζονται με την πρόληψη και τη θεραπεία των ασθενειών, καθώς και την πλήρη αποκατάσταση των προβλημάτων (Γιανασμίδης & Τσιαούση, 2012).

Σήμερα, ο απώτατος στόχος της ΠΦΥ είναι η καλύτερη υγεία για όλους και ο ΠΟΥ έχει ταυτοποιήσει πέντε κύρια στοιχεία για να επιτύχει τον στόχο αυτό που είναι, η μείωση του κοινωνικού αποκλεισμού και των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας γύρω από τις ανάγκες και τις προσδοκίες των ανθρώπων, η ενσωμάτωση της υγείας στο σύνολο των τομέων της δημόσιας διοίκησης, η ηγεσία και η αναζήτηση συνεργατικών μοντέλων για δημόσια διοίκηση και η αύξηση της συμμετοχής των φορέων (WHO, 2017).

Έτσι, λοιπόν, σήμερα η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί ένα αναπόσπαστο κομμάτι του γενικού συστήματος φροντίδας της υγείας μιας χώρας και μπορεί να οριστεί ως «το σύστημα που παρέχει ένα σύνολο βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, τόσο σε ατομικό όσο και σε οικογενειακό επίπεδο,

συμβάλλοντας, με αυτόν τον τρόπο, στην ύπαρξη ενός πρώτου σημείου επαφής μεταξύ του πολίτη και του συστήματος υγείας» (Κοντιάδης & Σουλιώτης, 2005, Adamakidou & Kalokerinou, 2010).

2.2 Υπηρεσίες της Πρωτοβάθμια Φροντίδας Υγείας

Όπως είναι αναμενόμενο, οι υπηρεσίες που παρέχονται από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σε κάθε χώρα παρουσιάζουν μικρές έως μεγάλες διαφοροποιήσεις. Όσον αφορά στην Κύπρο, οι υπηρεσίες που προσφέρει η ΠΦΥ, είναι οι ακόλουθες:

- Αξιολόγηση των αναγκών των ασθενών και πραγματοποίηση προγραμμάτων και ειδικών μέτρων με στόχο την πρόληψη ασθενειών, την ενίσχυση της υγείας και την υλοποίηση εθνικών προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου για συγκεκριμένες ασθένειες.
- Παροχή στους πολίτες των πρώτων βοηθειών, όποτε χρειάζεται.
- Παροχή όλων των υπηρεσιών υγείας για τις οποίες δε χρειάζεται χρήση κάποιου νοσηλευτικού ιδρύματος.
- Παροχή στους ασθενείς υπηρεσιών πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας.
- Συχνή παρακολούθηση των χρόνιων πασχόντων και αντιμετώπιση των ασθενειών από τις οποίες πάσχουν.
- Παραπομπή των ασθενών στη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια φροντίδα, όποτε κρίνεται αναγκαίο, και μερικές φορές, συνέχιση της παρακολούθησης των ασθενών, παράλληλα με αυτές.
- Πραγματοποίηση συλλογικών ή εθνικών προγραμμάτων εμβολιασμού κατά των απειλητικών για την υγεία των πολιτών μικροοργανισμών.
- Παροχή μετανοσοκομειακών υπηρεσιών και κατ’ οίκον φροντίδας.
- Παροχή υπηρεσιών ψυχολογικής φροντίδας.
- Διασύνδεση της ΠΦΥ με τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.
- Παροχή υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού και υπηρεσιών μητέρας/παιδιού.

Η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αναπόφευκτα επηρεάζεται από τα ιδιαίτερα κοινωνικά, οικονομικά, πολιτισμικά και πολιτικά χαρακτηριστικά κάθε χώρας, και ως εκ τούτου, συναντώνται διαφορετικά συστήματα ΠΦΥ στα διαφορετικά κράτη της Ευρώπης. Παρακάτω αναφέρονται τα βασικότερα στοιχεία για τα συστήματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που συναντώνται σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες στη Μ. Βρετανία, στη Γερμανία, στην Ολλανδία και στη Σουηδία και θεωρούνται θα λέγαμε πρότυπο σε άλλες χώρες.

2.3 Σύστημα Π.Φ.Υ στη Γερμανία

Το σύστημα υγείας που εντοπίζεται στη Γερμανία εντάσσεται στην κατηγορία της κοινωνικής ασφάλισης, όπου όλες οι αρμοδιότητες που σχετίζονται με την παροχή, την οργάνωση και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας αποδίδονται σε αυτοδιοικούμενους οργανισμούς (Πετρέλης & Δομάγερ, 2016). Συγκεκριμένα, στη Γερμανία, εντοπίζονται συνολικά 17 ενώσεις ιατρών στην περιφέρεια, καθώς και 136 ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία αναλαμβάνουν την ασφάλιση και την αποζημίωση των προμηθευτών, ενώ ύστερα από το 2009, η παροχή και η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας αναλαμβάνονται αποκλειστικά από το Κεντρικό Ταμείο Υγείας (Kringos et al, 2015, Πετρέλης & Δομάγερ, 2016).

Συγκεκριμένα, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας της Γερμανίας παρέχεται ως επί το πλείστον από ιδιώτες ιατρούς (κατά 75%, solo practice), και σε μικρότερο ποσοστό (κατά 25%) από ομάδες ιατρών που συστεγάζονται και συνεργάζονται (group practice). Παράλληλα, εδώ και μια δεκαετία περίπου, υπάρχει η δυνατότητα παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από πολυκλινικές (Πετρέλης & Δομάγερ, 2016).

Οι πολίτες που είναι ασφαλισμένοι έχουν το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής είτε ενός γενικού είτε ενός ειδικού ιατρού από εκείνους που είναι συμβεβλημένοι με το δικό τους ταμείο. Αντίθετα, υπάρχουν ειδικές προϋποθέσεις που πρέπει να πληροί ο ασθενής ώστε να δεχθεί υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων της χώρας (Πετρέλης & Δομάγερ, 2016).

Οι υπηρεσίες που παρέχει η ΠΦΥ στη χώρα της Γερμανίας είναι οι ακόλουθες:

- Πρόληψη ασθενειών
- Φυσιοθεραπεία
- Οδοντιατρική φροντίδα των ασθενών
- Παροχή φαρμάκων
- Φροντίδα της υγείας των ασθενών που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις
- Κατ' οίκον νοσηλεία των ασθενών.

2.4 Σύστημα ΠΦΥ στη Μεγάλη Βρετανία

Το σύστημα υγείας που ισχύει στη Μεγάλη Βρετανία υπεισέρχεται στην κατηγορία των εθνικών συστημάτων υγείας με δωρεάν πλήρη κάλυψη. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται σε τοπικό επίπεδο μέσω των 151 Primary Care Trusts, ενώ στην περιφέρεια, μέσω 10 Διευθύνσεων Στρατηγικού Χαρακτήρα (Πετρέλης & Δομάγερ, 2016). Η οργάνωση και η παροχή των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στους πολίτες αναλαμβάνεται από τα Primary Care Trusts, τα οποία δημιουργούν συμβάσεις με οργανισμούς και γενικούς ιατρούς (General Practitioners) (Υφαντόπουλος και συν., 2005).

Οι γενικοί ιατροί αποτελούν πρωταρχικό και αναπόσπαστο στοιχείο της ΠΦΥ της Μ. Βρετανίας, καθώς οι ίδιοι αναλαμβάνουν τον έλεγχο των προβλημάτων υγείας των ασθενών και την προώθησή τους, όποτε κρίνεται αναγκαίο, στα ανώτερα στρώματα παροχής φροντίδας. Ορισμένοι γενικοί ιατροί λειτουργούν σε ομάδες (group practice), άλλοι είναι μισθωτοί σε ιδιωτικές ή δημόσιες δομές, ενώ οι περισσότεροι απασχολούνται σε ιδιωτικά ιατρεία (solo practice) (Sean, 2011, Kousoulis et al, 2012). Εκτός από τους ιατρούς, όμως, η πλήρης παροχή των υπηρεσιών της ΠΦΥ στους πολίτες απαιτεί και τη συνεργασία άλλων ειδικοτήτων πέρα από τους γενικούς ιατρούς, όπως είναι οι ψυχίατροι, οι φυσιοθεραπευτές, οι νοσηλευτές, οι ορθοπεδικοί και οι γυναικολόγοι (Πετρέλης & Δομάγερ, 2016).

Οι πολίτες διαθέτουν το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του γενικού ιατρού που θα επισκεφτούν, ενώ ο τελευταίος απαιτείται να παρέχει υπηρεσίες πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας οποτεδήποτε τον χρειαστεί ο ασθενής (Lister, 2008). Το πιο

συχνό κριτήριο επιλογής του γενικού ιατρού που θα παρακολουθήσει τον ασθενή είναι η μικρή απόσταση του ιατρείου ή του χώρου όπου εργάζεται από την κατοικία του ασθενούς. Συνεπώς, συχνά οι πολίτες επισκέπτονται συνεχώς τον ίδιο γενικό ιατρό και δημιουργείται μια μακροχρόνια σχέση μεταξύ τους (Γιανασμίδης & Τσιαούση, 2012).

2.5 Σύστημα ΠΦΥ στην Ολλανδία

Το σύστημα υγείας στην Ολλανδία στηρίζεται τόσο στην κοινωνική ασφάλιση, όσο και στην ιδιωτική ασφάλιση. Συνολικά, αναφέρεται η παρουσία 30 δημόσιων και 40 ιδιωτικών φορέων ασφάλισης, με αποτέλεσμα, να δημιουργείται ένα είδος ανταγωνισμού μεταξύ των δύο τύπων φορέων για τη φροντίδα υγείας. Όσον αφορά συγκεκριμένα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η τελευταία προσφέρεται ως επί το πλείστον από τους «οικογενειακούς ιατρούς», οι οποίοι αναλαμβάνουν τον έλεγχο και την άδεια ή μη πρόσβασης στους πολίτες προς τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας (Πετρέλης & Δομάγερ, 2016). Όπως είναι αναμενόμενο, εκτός από τους γενικούς ιατρούς, η πρωτοβάθμια φροντίδα περιλαμβάνει και άλλες ειδικότητες, όπως είναι οι φυσιοθεραπευτές, οι οδοντίατροι, οι ψυχολόγοι και οι μαιευτήρες. Όπως στα περισσότερα συστήματα ΠΦΥ των χωρών της Ευρώπης, οι πολίτες έχουν το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του γενικού ιατρού, καθώς και του ειδικού ιατρού, στον οποίο είναι δυνατόν να παραπεμφθούν ύστερα από την κατάλληλη διαδικασία. Ειδικό σημείο του συστήματος υγείας της Ολλανδίας είναι πως εκτός από το κύριο πακέτο υπηρεσιών ΠΦΥ, υπάρχει και επιπλέον ασφάλιση με περισσότερες υπηρεσίες, οι οποίες παρέχονται σε συγκεκριμένα περιστατικά (Schafer et al, 2010, Πετρέλης & Δομάγερ, 2016).

2.6 Σύστημα ΠΦΥ στη Σουηδία

Το σύστημα υγείας της Σουηδίας είναι ολικής κάλυψης και αποτελείται από τους 20 δήμους, οι οποίοι συμμετέχουν σε μεγάλο βαθμό στη φροντίδα υγείας, και τα 21 περιφερειακά συμβούλια. Συνολικά, η παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πραγματοποιείται από 1200 κέντρα υγείας, εκ των οποίων τα 2/3 είναι δημόσια και τα υπόλοιπα ιδιωτικά. Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στα κέντρα αυτά υγείας είναι γενικοί ιατροί, με αναλογία 1 γενικό ιατρό ανά περίπου 2500 πολίτες, νοσηλευτές, γυναικολόγοι, φυσιοθεραπευτές και ψυχίατροι (Anell et al, 2012, Γιανασμίδης & Τσιαούση, 2012). Παράλληλα, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας διαθέτει και δομές που αναλαμβάνουν τους εμβολισμούς, τους τακτικούς ελέγχους της υγείας των πολιτών, καθώς και τους ακτινοδιαγνωστικούς ελέγχους. Όπως συμβαίνει και στα συστήματα ΠΦΥ των προηγούμενων κρατών, οι πολίτες που έχουν ασφάλεια διαθέτουν το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του κέντρου υγείας το οποίο θα αξιοποιήσουν, καθώς και του οικογενειακού ιατρού. Παράλληλα, προκειμένου να αποτρέψουν τους πολίτες από τη χρήση των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, έχουν θεσπιστεί κάποια «αντικίνητρα», όπως ο υψηλότερος χρόνος αναμονής και η υψηλότερη χρέωση σε αυτά (Πετρέλης & Δομάγερ, 2016).

Συνολικά, λοιπόν, το σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη Σουηδία μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένα πολύ καλά ανεπτυγμένο σύστημα, το οποίο διαθέτει συνοχή, υψηλή ποιότητα, εύκολη προσβασιμότητα και ασφάλεια για τους πολίτες (Glenngard et al, 2005, Augren, 2010, Γιανασμίδης & Τσιαούση, 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Ιστορική Αναδρομή Συστήματος Υγείας Κύπρου

Με την ανακήρυξη της Κυπριακής Δημοκρατίας το 1960 ο τομέας της Υγείας, σε ότι αφορά τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας, βρέθηκε να λειτουργεί με το αποικιοκρατικό σύστημα. Παρέχονταν οι ιατροφαρμακευτικές υπηρεσίες υγείας δωρεάν στους δημόσιους υπαλλήλους και στους άπορους. Υπήρχαν επίσης ταμεία ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης συντεχνιών, που κάλυπταν μικρό ποσοστό των εξόδων ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης των μελών τους. Υπήρχαν επίσης ταμεία υγείας των μεταλλωρύχων της Κυπριακής Μεταλλευτικής Εταιρείας και άλλων μικρών ομάδων επαγγελματιών. Διάφορες ομάδες πληθυσμού, ιδιαίτερα οι συνδικαλισμένες αλλά και ανώτερα μέλη της δημόσιας υπηρεσίας στο Υπουργείο Υγείας, στο Υπουργείο Εργασίας και στο Γραφείο Προγραμματισμού από τα πρώτα χρόνια της Κυπριακής Δημοκρατίας ζητούσαν την προσαρμογή των υπηρεσιών υγείας στις σύγχρονες αντιλήψεις της κοινωνικής πολιτικής με την εφαρμογή ενός νέου Γενικού σχεδίου υγείας (Γε.Σ.Υ) που θα κάλυπτε και την ΠΦΥ. Το αίτημα γίνεται πιο έντονο και διατυπώνεται με υπομνήματα προς την κυβέρνηση. Ο Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος επί προεδρίας, Δρ. Βάσος Λυσσαρίδης υποστήριζε την εισαγωγή του Γενικού Σχεδίου Υγείας. Παρακάτω αποδίδονται χρονολογικά τα γεγονότα που οδήγησαν στη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Κύπρο (Ιωάννου 2010).

1966-Τα πρώτα βήματα

Την ανάγκη σύνταξη μελέτης για εισαγωγή σχεδίου υγείας πρώτος αντελήφθη ο αείμνηστος πρόεδρος της Δημοκρατίας Τάσσος Παπαδόπουλος όταν το 1966 ήταν Υπουργός Υγείας και ταυτόχρονα Υπουργός Εργασίας και κοινωνικών ασφαλίσεων. ο οποίος ζητά την βοήθεια και τη συνδρομή του Διεθνούς Γραφείου Εργασίας (ILO) το οποίο μέσω του τακτικού προγράμματος τεχνικής βοήθειας προέβη στην πρώτη ουσιαστικά αναλυτική μελέτη. Διάφορες ομάδες πληθυσμού, ιδιαίτερα οι συνδικαλισμένες αλλά και ανώτερα μέλη της δημόσιας υπηρεσίας στο Υπουργείο Υγείας, στο Υπουργείο Εργασίας και στο Γραφείο Προγραμματισμού από τα πρώτα χρόνια της Κυπριακής Δημοκρατίας ζητούσαν την προσαρμογή των υπηρεσιών υγείας στις σύγχρονες αντιλήψεις της κοινωνικής πολιτικής με την εφαρμογή ενός

νέου Γενικού σχεδίου υγείας. Το αίτημα γίνεται πιο έντονο και διατυπώνεται με υπομνήματα προς την κυβέρνηση. Ακολουθεί η πρώτη αναλυτική μελέτη από το ILO, με τίτλο "Report to the Government of the Republic of Cyprus on The development of medical care within the framework of a social security scheme" που συντάχθηκε από τον Dr.Stilon De Piro, ILO Adviser in Cyprus και εξεδόθει από το γραφείο ILO στη Γενεύη το 1966.

Η έκθεση της ILO εισηγείται δύο κυρίως προσεγγίσεις:

- Την καθιέρωση εθνικής υπηρεσίας υγείας (National Health Service) που θα διασφαλίζει εν τη πράξει σε κάθε κάτοικο το δικαίωμα ελεύθερης φροντίδας υγείας χωρίς προϋποθέσεις και έλεγχο του εισοδήματος δικαιούχων, και

- Την παροχή δωρεάν ιατρικής φροντίδας μέσω του υφιστάμενου συστήματος κοινωνικών ασφαλίσεων αλλά χρησιμοποιώντας τις υπηρεσίες υγείας του δημοσίου. Η χρηματοδότηση αυτού του σχεδίου θα εξασφαλιζόταν με τριμερή συνεισφορά εργαζομένων, εργοδοτών, και του κράτους.

Εισηγείται η έναρξη του σχεδίου υγείας μέσω των κοινωνικών ασφαλίσεων και όταν ολοκληρωθεί να εισαχθεί Εθνική Υπηρεσία Υγείας.

1972- Η δεύτερη μελέτη για σχέδιο Υγείας

Η δεύτερη μελέτη επί υπουργού Υγείας Μ. Γλυκύ, έγινε από την W.H.O (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας) το 1972 με τίτλο "Assignment Report. Organization of Medical Care Services in Cyprus". Η μελέτη αυτή, ασχολείται κυρίως με την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας του κρατικού τομέα, επισημαίνει όμως και αδυναμίες του ιδιωτικού τομέα. Εκφράζει την άποψη ότι Εθνική Υπηρεσία Υγείας (N.H.S) οργανωμένη όπως το Βρετανικό σύστημα, θα απαιτούσε πραγματική επανάσταση, που υπό τις τότε συνθήκες θα ήταν δύσκολο να εισηγηθεί.

Προτιμά όπως το μελλοντικό σύστημα βασιστεί στις αρχές της αντίληψης περί κοινωνικής ασφάλισης όπως στην ηπειρωτική Δυτική Ευρώπη με προτίμηση το Σκανδιναβικό σύστημα ένεκα της ελαστικότητας του και της κατανομής της ευθύνης ανάμεσα στο κρατικό και μη κρατικό σύστημα κοινωνικών ασφαλίσεων. Η εισήγηση

είναι να τεθεί το σχέδιο κάτω από τον έλεγχο του Υπουργείου Εργασίας ή ενός νέου Υπουργείου Κοινωνικών Υποθέσεων όπου το Εργασίας, Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης θα συγχωνευόταν.

1977-Τρίτη έκθεση

Σε μια τρίτη προσπάθεια η εκτεταμένη και λεπτομερής έκθεση του Η. Ο. Theile το 1977, εισηγείται την εισαγωγή Σχεδίου Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας, όπου για πρώτη φορά γίνεται εισήγηση όπως το σχέδιο κοινωνικής ασφάλισης υγείας να είναι ανεξάρτητο από τις κρατικές υπηρεσίες (υπουργείο υγείας ή εργασίας) και να αυτοδιοικείται από συμβούλιο στο οποίο μετέχουν οι εισφορείς.

1980- Νέα έκθεση από τον Dr Detler Zoellner

Βάσει των προτάσεων του Η.Ο Theile μετακαλείται ο Dr Detler Zoellner για να ετοιμάσει πρόταση για το αρχικό ποσοστό της εισφοράς που χρειάζεται για να λειτουργήσει ένα σχέδιο κοινωνικής ασφάλισης υγείας στην Κύπρο.

Ο καθηγητής Zoellner δεν μπορεί να κάνει αξιόπιστη μελέτη με τα δοθέντα στατιστικά στοιχεία και οι αρμόδιες αρχές της Κύπρου δεσμεύτηκαν να βελτιώσουν τα στοιχεία πάνω στα οποία θα μπορούσε να στηριχθεί μια ακριβής μελέτη του κόστους. Το συμπέρασμα της μελέτης είναι ότι το ποσοστό επί του ασφαλιστέου εισοδήματος για κάλυψη των εξόδων για τις υπηρεσίες που θα προσέφερε το σχέδιο σε τιμές του 1980 ήταν 5.59% και προτείνει αρχική εισφορά ύψους 6% του ασφαλιστέου εισοδήματος. Τονίζεται ότι οι υπολογισμοί βασίστηκαν σε συγκεκριμένους συλλογισμούς, ιδιαίτερα σε ότι αφορά την αμοιβή των γιατρών, οδοντιάτρων και Νοσοκομείων. Το ύψος της αμοιβής θα πρέπει να αποτελέσει αντικείμενο διαπραγματεύσεων με τα ενδιαφερόμενα μέλη. Αν τα αποτελέσματα των διαπραγματεύσεων αποκλίνουν από τους συλλογισμούς του, θα υπάρξουν οικονομικές επιπτώσεις που πιθανόν να μεταβάλουν το ποσοστό 6% επί του ασφαλιστέου εισοδήματος. Με βάση τις εισηγήσεις των δύο τελευταίων εκθέσεων των εμπειρογνώμων, συνέταξε σχέδιο κοινωνικής ασφάλισης υγείας που ήταν το θέμα εκτεταμένου τεχνικού σημειώματος.

Το 1982 μετακλήθηκε ο Dr Brian Abel-Smith , σύμβουλος το WHO, καθηγητής της Κοινωνικής Διοίκησης στο London School of Economics and Political Sciences. Στην έκθεση του “Assignment Report Comments on the proposed general health scheme of

Cyprus" αφού αναλύει την υφιστάμενη κατάσταση πραγμάτων στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο, προβαίνει σε πολύ εύστοχες παρατηρήσεις και καταλήγει στα εξής κυριότερα συμπεράσματα επί του τότε προταθέντος σχεδίου Υγείας.

- Ότι το κόστος του σχεδίου έχει σοβαρά υποτιμηθεί και ότι εφαρμοσμένο στο σύνολο του θα ανερχόταν στο 9-10% του ασφαλιστέου εισοδήματος και εάν γινόταν προσπάθεια εισαγωγής του στο σύνολο του σε μια δεδομένη ημερομηνία αναπόφευκτα θα υπήρχαν καθυστερήσεις, λάθη και επιπλέον πληρωμές.
- Το σχέδιο θα διαιώνιζε την solo practice των γιατρών, τους ειδικού γιατρούς χωρίς πρόσβαση σε κλίνες, σε μικρά ειδικά νοσοκομεία και όλα αυτά θα ήταν αιτία επιπρόσθετων και μη αναγκαίων εξόδων.
- Ότι ο μόνος τρόπος ελέγχου του κόστους θα ήταν βαρύς καταμερισμός μεταξύ των εισφορέων, πράγμα που θα σκότωνε τον αρχικό σκοπό του σχεδίου.

Σαν εναλλακτική προσέγγιση ο καθηγητής Brian Abel-Smith, πρότεινε σαν πρώτο βήμα την κάλυψη της γενικής ιατρικής και των φαρμάκων που θα συνταγογραφούσαν οι γενικοί ιατρικοί. Το κόστος θα συγκρατείτο στο 1% του ασφαλιστέου εισοδήματος των εργατών, των εργοδοτών και 2% των αυτοεργοδοτούμενων. Η πληρωμή για τις υπηρεσίες που θα παρίχοντο από το κράτος θα βασίζοντο επί των ετησίων εξόδων του κράτους και για υπηρεσίες που θα προσφέρονταν στο ταμείο του σχεδίου. Μετά θα γινόταν γνωστό το πραγματικό κόστος της πρώτης φάσης του σχεδίου, με επί πλέον εισφορές και βήμα προς βήμα να εισαχθεί η φροντίδα για ειδική ιατρική, οδοντιατρική και η εισαγωγή σε κυβερνητικά νοσοκομεία σε κρεβάτια τρίτης θέσης ή και με ένα μικρό ποσό για κάθε ημέρα νοσηλείας σε εγκεκριμένες κλινικές και ιδρύματα. Επιπλέον πρότεινε την επείγουσα εισαγωγή νέων κανονισμών για τα αναγκαία επίπεδα των ιδιωτικών κλινικών και την ανάγκη για εθνικό σχέδιο ανάπτυξης των νοσοκομείων, κρατικών και ιδιωτικών προς το σκοπό της αποτροπής υπερβολικού πέραν των αναγκαίων κλινών. Εναλλακτικός τρόπος παροχής ευρύτερης επιλογής και νοσοκομειακής φροντίδας θα ήταν το κράτος να συμβληθεί για ένα αριθμό κλινών σε ιδιωτικές κλινικές και ιδιώτες ειδικούς να συμβάλλονται προς παροχή των υπηρεσιών τους στα κρατικά νοσηλευτήρια εφόσον υπάρχον σε αυτά

ελλείψεις. Το υπουργείο Υγείας έχοντας υπόψη του τις παρατηρήσεις του καθηγητή Abel-Smith κατάρτησε και κυκλοφόρησε προς ενδιαφερόμενα μέρη συγκριτικό πίνακα των βασικών αρχών του προτεινόμενου σχεδίου και των παρατηρήσεων εισηγήσεων του καθηγητή Abel-Smith.

1988 -Έκτη μελέτη από τον οίκο Llewelyn-Davies Weeks

Το 1988 κυκλοφόρησε η έκτη κατά σειρά μελέτη από τον οίκο Llewelyn-Davies Weeks με τίτλο "Feasibity Study for Hospital and other medical facilities in Nicosia".

Το Υπουργείο Υγείας ανέθεσε στον οίκο αυτό βασικά την εκπόνηση σχεδίων για νέο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας αφού ο οίκος αυτός ασχολείται με αρχιτεκτονικές μελέτες. Στην πορεία όμως των μελετών για νέο Νοσοκομείο τους ανετέθη και η μελέτη της πολιτικής της κυβέρνησης που αφορούσε την παροχή ιατρικών υπηρεσιών γενικά και ειδικότερα αυτών που αφορούσαν την επαρχία Λευκωσίας. Στην τελική τους έκθεση που υποδιαιρείται σε 5 πολυσέλιδα τμήματα πλην της τελικής έκθεσης για το Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, γίνεται επισκόπηση της υφιστάμενης φιλοσοφίας και της πολιτικής της κυβέρνησης σε ότι αφορά την παροχή ιατρικών υπηρεσιών (Section A), συλλογή των υπαρχόντων στατιστικών στοιχείων (Section B), επισκόπηση των υφιστάμενων διοικητικών και οργανωτικών δομών και εισηγήσεις για τα κατάλληλα μελλοντικά οργανωτικά σχέδια των ιατρικών υπηρεσιών (Section C), στο Section D γίνεται επισκόπηση των δημογραφικών και επιδημιολογικών δεδομένων και πρόβλεψη για τις μελλοντικές ανάγκες και στο Section E η ανάληψη μιας οικονομικής ανάλυσης για την παροχή έξω και ενδονοσοκομειακής φροντίδας.

1991-Μετάκληση ξένων εμπειρογνωμόνων για νέα προσπάθεια

Για έβδομη φορά- επί κυβερνήσεως Γ.Βασιλείου και με υπουργό Υγείας τον κ. Π. Παπαγεωργίου, το 1991, λήφθηκε απόφαση να μετακληθούν ξένοι εμπειρογνώμονες για να μελετήσουν την εισαγωγή Γενικού Σχεδίου Υγείας, αφού προέκυψαν μεγάλες αντιστάσεις κατά τις διαβουλεύσεις με τον Π.Ι.Σ για μεταβίβαση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στον ιδιωτικό τομέα. Με σύμβουλο την Κυπριακή Τράπεζα Αναπτύξεως επιλέγηκε ομάδα εμπειρογνωμόνων που αποτελείτο από

διεθνούς κύρους καθηγητές από τα Πανεπιστήμια του Leeds (U.K.), του York (U.K.) και του Harvard (U.S.A).

Αρχηγός της ομάδας μελετών ήταν ο καθηγητής A.Maynard του York και επί κεφαλής των αναλογιστικών μελετών και κόστους ο καθηγητής του Harvard W.C Hsiao.

1992 -Τέσσερις εκθέσεις στα χέρια της Κυβέρνησης

Το 1992 ετοιμάστηκαν τέσσερις εκθέσεις:

- Review of the Health Care System.
- Review of the National Health Insurance Principles.
- Final report for a National Health Insurance Scheme.
- Technical report of a Cost estimation.

Η διοίκηση του Π.Ι.Σ πραγματοποίησε εκτεταμένες συναντήσεις και διαβουλεύσεις με τους εμπειρογνώμονες, των οποίων οι μελέτες αποτέλεσαν την πιο ενδελεχή, διεξοδική και σε βάθος εισήγηση για εισαγωγή σχεδίου υγείας στην Κύπρο.

Αρχηγός της ομάδας μελετών ήταν ο καθηγητής A.Maynard του York και επί κεφαλής των αναλογιστικών μελετών και κόστους ο καθηγητής του Harvard W.C Hsiao.

1994 -Τίθενται οι βασικές κατευθυντήριες γραμμές

Σε ευρύτατη σύναξη που έγινε το 1994 στην Πάφο αφού ακουστήκαν οι απόψεις όλων των ενδιαφερομένων τέθηκαν οι βασικές κατευθυντήριες γραμμές για ένα νέο σχέδιο Υγείας.

1996 -Νέα κοστολόγηση Γε.Σ.Υ

Το 1996 έγινε νέα κοστολόγηση του Γε.Σ.Υ από την ομάδα του καθηγητή Hsiao η οποία ανέβασε το κόστος στο 9,2% του ασφαλιστέου εισοδήματος. Η μελέτη επανελήφθη το 2003 από τον καθηγητή Hsiao και την συνεργάτιδα του Melita Jakab με ευρήματα περίπου τα ίδια.

2001- Ψηφίζεται ο νόμος για το Γε.Σ.Υ

Σε συντομία οι προτάσεις των εμπειρογνωμόνων του Leeds, York, και Harvard προβλέπουν:

- Την υποχρεωτική ασφάλιση.
- Την τριμερή κατανομή των εισφορών.
- Την δημιουργία συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης.
- Τον σαφή διαχωρισμό των γιατρών της πρωτοβάθμιας από τους γιατρούς της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης.
- Το Γε.Σ.Υ δεν θα δημιουργήσει δικές του ιατρικές και νοσηλευτικές εγκαταστάσεις αλλά θα αγοράζει υπηρεσίες.
- Δημιουργία Ταμείου που θα πληρώνει τους παροχείς για τις υπηρεσίες που προσφέρουν.
- Τον ανταγωνισμό μεταξύ όλων των παροχών.
- Χοντρική αγορά φαρμάκων.
- Καθορισμός επιπέδων ποιότητας όλων των προμηθευτών υγείας.
- Έλεγχος και συγκράτηση του κόστους με την εφαρμογή σφαιρικού προϋπολογισμού.
- Γενικά ο έλεγχος θα γίνεται προς την πλευρά της προσφοράς και όχι της ζήτησης (παροχείς vs.ασθενών).

Ιδρύεται ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ) ιδρύθηκε με βάση τον περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμο (Ν.89(Ι)/2001) και αποτελεί νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου. Διοικείται από Διοικητικό Συμβούλιο με τριμερή εκπροσώπηση (Κυβέρνηση, εργοδότες και εργαζόμενοι) και έχει ως αποστολή του την εφαρμογή του Γενικού Συστήματος Υγείας (ΓεΣΥ) στην Κύπρο.

2006 -Έγκριση Σχεδίου Στρατηγικής με καθοδήγηση Συμβούλων McKinsey & Co

Με την έγκριση του Σχεδίου Στρατηγικής το Δεκέμβριο του 2006, το προσωπικό του ΟΑΥ συγκροτήθηκε σε οκτώ (8) θεματικές ομάδες εργασίας, οι οποίες εργάζονται συστηματικά και εντατικά για το σχεδιασμό και την ετοιμασία των εγγράφων πολιτικής των ακόλουθων θεσμών του νέου Συστήματος Υγείας:

- Προσωπικός Ιατρός.
- Ειδικός Ιατρός.
- Κλινικά Εργαστήρια.
- Φαρμακευτικές Υπηρεσίες.
- Τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών.
- Άλλα Επαγγέλματα Υγείας.
- Ενδονοσοκομειακή Περίθαλψη/Νοσηλεία και
- Χρηματοδότηση του Συστήματος και Σφαιρικός Προϋπολογισμός.

Με την καθοδήγηση του οίκου Συμβούλων McKinsey & Co, οι ομάδες έχουν επιτελέσει σημαντικό έργο, το οποίο αποτυπώνεται στα έγγραφα πολιτικής που περιγράφουν τις βασικές αρχές λειτουργίας του Συστήματος. Το όραμα McKinsey & Co για Γενικό Σχέδιο Υγείας στην Κύπρο περιείχε τα παρακάτω παραδοτέα:

Chapter: Financing of the N.H.S

Chapter: Femily Doctor Consept

Chapter: Reimbursement model for N.H.I.S

Chapter: Information technology strategе

Chapter: Organisational Structure of H.I.O

Chapter: System rationale and implementation requirements

Chapter: Communication Plan for the implementation of the N.H.I.S in Cyprus

Επί πλέον έγιναν εισηγήσεις για τροποποιήσεις ορισμένων άρθρων του νόμου περί Γε.Σ.Υ (2001), οι οποίες βασικά στοχεύουν στον έλεγχο του κόστους.

2008-Η εκτίμηση του οίκου Mercer και η τροποποίηση του νόμου

Στις αρχές του έτους κατακυρώθηκε η προσφορά για τον υπολογισμό εσόδων και εξόδων του Γε.Σ.Υ και τη δημιουργία πρόβλεψης και εκτίμησης δαπανών στον οίκο αναλογιστών Mercer. Παράλληλα, αρχίζει η συζήτηση του τροποιητικού νομοσχεδίου με τίτλο «Νόμος που τροποποιεί τους Περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμους του 2001 – 2005» στην Κοινοβουλευτική Επιτροπή Υγείας και κατατίθενται όλες οι απόψεις.

2012 -Πολιτική απόφαση προώθησης εφαρμογής Γε.Σ.Υ

Τον Μάρτιο του 2012 μετά από τη διεξαγωγή σχετικής μελέτης, η οποία έγινε κάτω από την καθοδήγηση του Προέδρου του ΟΑΥ, ο Οργανισμός υπέβαλε στην Κυβέρνηση πρόταση για την ολοκληρωμένη εφαρμογή του Γε.Σ.Υ. Η πρόταση αυτή έτυχε της θετικής ανταπόκρισης του Υπουργικού Συμβουλίου, το οποίο σε συνεδρία του ημερομηνίας 20 Ιουνίου 2012 έλαβε την πολιτική απόφαση για την προώθηση της εφαρμογής του Γε.Σ.Υ στη βάση συγκεκριμένου οδικού χάρτη.

3.2 Δομή Δημοσίων Υπηρεσιών Υγείας στην Κύπρο

Η ευθηνή της Κυπριακής Δημοκρατίας για τη λειτουργιά και την εφαρμογή του συστήματος υγείες και γενικότερα την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείες καθώς και για την κοινωνική προστασία του πληθυσμού εκφράζεται κυρίως μέσω των Υπουργείων Υγείες, Οικονομικών και Εργασίας και κοινωνικών Ασφαλίσεων. Το μεν Υπουργείο Υγείας έχει την κύρια ευθηνή για την οργάνωση του συστήματος υγείας της Κύπρου και την παροχή υπηρεσιών υγείας που χρηματοδοτούνται από το κράτος. Ταυτόχρονα, καθορίζει την εθνική πολιτική υγείας, συντονίζει τις σχετικές δραστηριότητες του δημόσιου και σε κάποιο βαθμό του ιδιωτικού τομέα, καθορίζει πρότυπα της φροντίδας υγείες και προάγει την εφαρμογή της σχετικής νομοθεσίας (Παυλάκης και συν., 2011)

Οι υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας παρέχονται μέσω των ακόλουθων έξι τμημάτων

- Ιατρικές υπηρεσίες και υπηρεσίες δημόσιας υγείας,
- Υπηρεσίες ψυχικής υγείας,
- Οδοντιατρικές υπηρεσίες,
- Φαρμακευτικές υπηρεσίες,
- Γενικό χημείο και
- Διεύθυνση νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Εν κατακλείδι είναι σημαντικό να αναφερθεί πως ο Υπουργός υγείας προΐσταται των πιο πάνω υπηρεσιών και ακολουθούν ο Γενικός διευθυντής και οι διευθυντές των τμημάτων. Οι εκτελεστικές εξουσίες των υπουργών καθορίζονται από το άρθρο 59 του Συντάγματος της Κυπριακής Δημοκρατίας (Παυλάκης και συν., 2011).

Κεφαλαίο 4

4.1 Η εφαρμογή της ΠΦΥ στην Κύπρο σήμερα παρούσα κατάσταση

Η Κύπρος αποτελεί το τρίτο μεγαλύτερο νησί της Ανατολικής Μεσογείου με πληθυσμό 848,100 κατοίκων κατά το έτος 2015, από τους οποίους ποσοστό 49% ήταν άνδρες και 51% γυναίκες. Όσον αφορά την ηλικιακή κατανομή του πληθυσμού, 65.5% έχουν ηλικία μεταξύ 0-44 ετών, 22.7% είναι 45-64 ετών ενώ 11.8% του πληθυσμού είναι 65 ετών και άνω. Η πρωτεύουσα της Κύπρου είναι η Λευκωσία με πληθυσμό 283,500 κατοίκων. Ο αστικός πληθυσμός της Λευκωσίας αντιπροσωπεύει το 73.7% του συνολικού πληθυσμού της, ενώ το ποσοστό πληθυσμού στις αγροτικές περιοχές της επαρχίας Λευκωσίας αποτελεί το 26.3%. Το επίπεδο υγείας στην Κύπρο είναι ικανοποιητικό αν συγκριθεί με αυτό άλλων αναπτυγμένων χωρών, όπως φαίνεται από τους διάφορους δείκτες, όπως η βρεφική θνησιμότητα, η οποία το 2014 ήταν 1.4 θάνατοι/1000 γεννήσεις, ενώ το προσδόκιμο επιβίωσης ανέρχεται στα 79,8 έτη για τους άνδρες και για τις γυναίκες στα 83.5 έτη (ΣΥΚ, 2015). οι συνολικές δαπάνες των υπηρεσιών υγείας το 2014 υπολογίστηκαν στα €1.140,2 εκ. από τα οποία €461,8 εκ. αφορούσαν δαπάνες του δημόσιου τομέα και €678,4 εκ. του ιδιωτικού τομέα. Οι δαπάνες για την υγεία σαν ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος μειώθηκαν από 6,8% το 2013 σε 6,5 % το 2014 (Α.Ε.Π). Από το σύνολο των 1,049,519 επισκέψεων ασθενών που πραγματοποιήθηκαν σε εξωτερικά ιατρεία, Κέντρα Υγείας (Κ.Υ) (αστικά και αγροτικά) και τμήματα επειγόντων περιστατικών κατά το έτος 2014, οι επισκέψεις σε γενικούς ιατρούς ανήλθαν σε 310,714 και ποσοστό 34.2%. Οι επισκέψεις εξωτερικών ασθενών που πραγματοποιήθηκαν από γυναίκες αφορούσε το 54.4% του συνόλου, ενώ ποσοστό 45,8% αφορούσε επισκέψεις που έγιναν από άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω, 30.2 ηλικίας 45-64 χρονών, 17,6 15-44 χρονών και 6,3 ηλικίας κάτω των 15 χρονών. Σύμφωνα με τη στατιστική υπηρεσία, από το σύνολο τον απολυθέντων ασθενών, ποσοστό 14% αφορούσαν επισκέψεις για νοσήματα νεοπλασματικού χαρακτήρα, 8,5% για νοσήματα του αναπνευστικού, 9,9% των επισκέψεων αφορούσαν νοσήματα του κυκλοφοριακού συστήματος και 8,9% αφορούσαν νοσήματα πεπτικού συστήματος (ΣΥΚ, 2014)

4.2 Οργάνωση πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Κύπρο

Σήμερα, η ΠΦΥ στην Κύπρο, παρέχεται τόσο από τις κρατικές υπηρεσίες υγείας όσο και από ιδιώτες γιατρούς. Οι υπηρεσίες ΠΦΥ από τις κρατικές υπηρεσίες παρέχονται στα 40 κέντρα της, επτά από τα οποία λειτουργούν στα εξωτερικά ιατρεία των γενικών νοσοκομείων Λευκωσίας, Λεμεσού, Λάρνακας, Πάφου, Αμμοχώστου και των αγροτικών νοσοκομείων Κυπερούντας και Πόλης Χρυσοχούς. Εννέα κέντρα λειτουργούν σε αστικές περιοχές και 24 λειτουργούν σε μεγάλα αγροτικά κέντρα υγείας. Σε αγροτικές απομακρυσμένες περιοχές λειτουργούν και περιφερικά ιατρεία τα οποία καλούνται υπόκεντρα (230 στον αριθμό) και υπάγονται στα μεγάλα αγροτικά κέντρα υγείας. Οι γενικοί ιατροί παρέχουν τις υπηρεσίες τους στα τμήματα εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, σε αστικά ή αγροτικά Κ.Υ ή σε τμήματα επειγόντων των νοσοκομείων. Όσον αφορά το ωράριο εργασίας των γενικών ιατρών, αυτό ποικίλλει ανάλογα με τον τόπο εργασίας τους. Στην περίπτωση που υπηρετούν σε εξωτερικά ιατρεία, αστικά ή αγροτικά Κ.Υ στα οποία δεν γίνονται εφημερίες, το ωράριο εργασίας είναι κοινό (38 ώρες/ εβδομάδα), ενώ όσοι εργάζονται σε αγροτικά Κ.Υ που εκτελούνται εφημερίες το ωράριο τους διαφοροποιείται ανάλογα με τον αριθμό εφημεριών. Τέλος, όσον αφορά τους γενικούς ιατρούς που εργάζονται σε τμήματα επειγόντων, οι ώρες εργασίας βασίζονται στο κυκλικό σύστημα εργασίας που καθορίζεται από το κάθε τμήμα και ανέρχεται συνήθως σε 38 ώρες/ εβδομάδα. Η στελέχωση των Κ.Υ γίνεται από ιατρούς, οδοντίατρους φαρμακοποιούς, νοσηλευτές, διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό και δεν είναι κοινή για όλα τα Κ.Υ καθώς αυτά εξυπηρετούν διαφορετικό ποσοτικά και ποιοτικά πληθυσμό. Διαφορές υπάρχουν και στο ωράριο λειτουργίας των κέντρων αφού σε κάποια από τα αγροτικά Κ.Υ εκτελούνται εφημερίες. Στα αστικά Κ.Υ παρέχονται υπηρεσίες από ιατρούς ειδικοτήτων (ψυχιάτρους, παιδίατρους και οφθαλμίατρους) σε καθορισμένες μέρες την εβδομάδα. Τόσο στα αστικά όσο και στα περισσότερα αγροτικά Κ.Υ εκτελούνται αιμοληψίες από τους νοσηλευτές/ τριες των κέντρων και τα αίματα αποστέλλονται στα εργαστήρια των νοσοκομείων καθώς σε κανένα Κ.Υ δεν υπάρχει αναλυτής για βιοχημικές ή αιματολογικές εξετάσεις. Επίσης τα Κ.Υ δεν διαθέτουν ακτινολογικό μηχάνημα και ο απαιτούμενος ακτινολογικός έλεγχος γίνεται στα νοσοκομεία. Στα Κ.Υ λειτουργούν κλινικές μητρότητας και παιδιού από τις επισκέπτριες υγείας οι οποίες διενεργούν εμβολιασμούς σε βρέφη και παιδιά και γίνεται τακτική παρακολούθηση της ανάπτυξης των βρεφών (Ζαχαριάδου, 2008).

Η συχνότητα των επισκέψεων ποικίλει ανάλογα με τον πληθυσμό εύθηνης που εξυπηρετούν και την απόσταση από το κέντρο υγείας αναφοράς (Ιατρικές Υπηρεσίες και Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, 2014).

Πιο κάτω παρουσιάζεται η χωροταξική κατατομή των δικτύων παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας στο δημόσιο τομέα ανά επαρχία:

Επαρχία Λευκωσίας

Εξωτερικά Ιατρεία	Κέντρο Υγείας
Καϊμακλίου	Ιδαλίου
Στροβόλου	Ακακίου
Στροβόλου ΙΙ	Παλαιχωρίου
Αγλαντζιάς	Κάμπου
Αγίου Δομετίου	Κλήρου
Παλαιό Νοσοκομείο	Πεδουλά
Έγκωμης	Ευρύχου
Λακατάμιας	Τσερίου
Ανθούπολης	Πύργου Τυλληρίας
Λατσιών	

Επαρχία Λεμεσού

Εξωτερικά Ιατρεία	Κέντρο Υγείας
Παλ. Νοσοκομείου	Αγρού
	Ομόδους
	Αυδήμου
	Κελλακίου
	Πάχνας
	Πλατρών

Επαρχία Λάρνακας

Εξωτερικά Ιατρεία	Κέντρο Υγείας
Παλ. Νοσοκομείου	Λευκάρων
	Κοφίνου
	Αθηένου

Επαρχία Πάφου

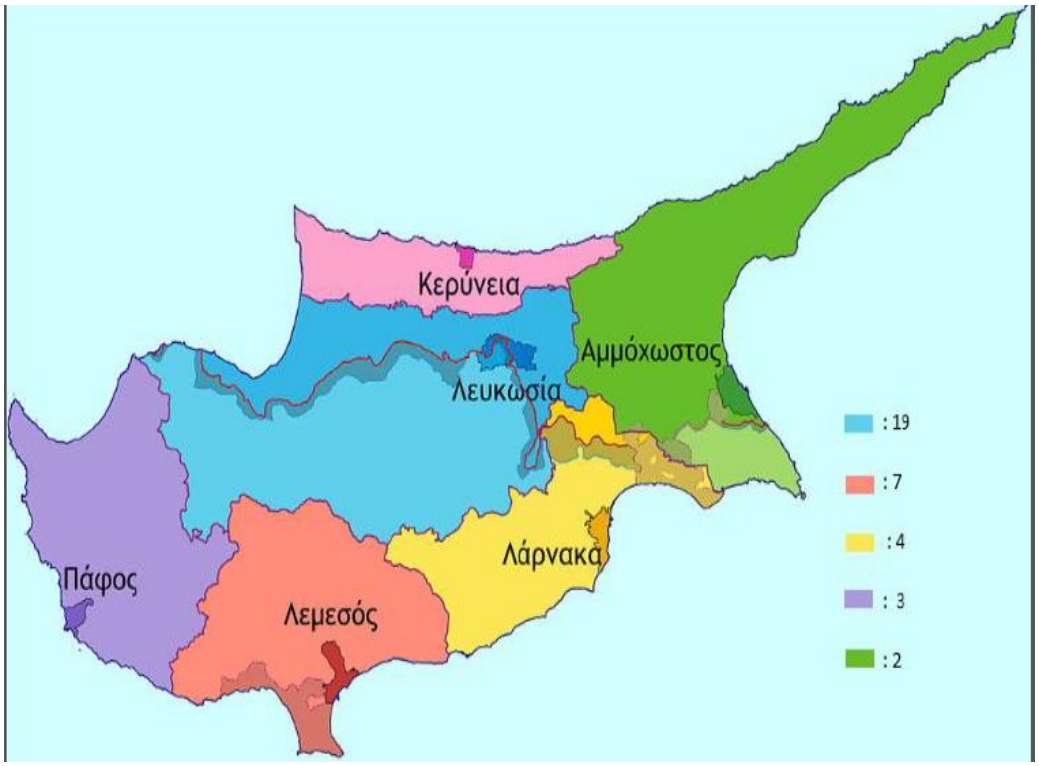
Εξωτερικά Ιατρεία	Κέντρο Υγείας
	Παναγιάς
	Σαλαμιούς
	Φύτης

Επαρχία Αμμοχώστου

Εξωτερικά Ιατρεία	Κέντρο Υγείας
	Ορμήδειας
	Αυγόρου

Πιο κάτω παρουσιάζεται με συντομία η χωροταξική κατανομή των εν λόγων κέντρων (πίνακας 1). Η στελέχωση των πιο πάνω κέντρων δεν είναι κοινή καθώς αυτά εξυπηρετούν διαφορετικό ποσοστό πολιτών. Παρόλα αυτά στον πίνακα 2 παρουσιάζονται οι κοινοτικοί νοσηλευτές που παρείχαν τις υπηρεσίες τους ανά επαρχία το έτος 2014.

Πίνακας 1



Πίνακας 2

Είναι αξιοπρόσεκτο το γεγονός ότι οι επισκέψεις εξωτερικών ασθενών στα προαναφερθέντα κέντρα υγείας ήταν 878,038 κατά το έτος 2014 (Στατιστική υπηρεσία Κύπρου, 2014), εκ των οποίων σε αυτές δεν περιλαμβάνονται τα επείγοντα και η περιποίηση πληγών και άλλων νοσηλευτικών παρεμβάσεων (βλ παράρτημα 1) (Υπουργείο Υγείας/Διεύθυνση νοσηλευτικών υπηρεσιών, 2014)

Από την άλλη πλευρά, στον ιδιωτικό τομέα οι υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονται από ιδιωτικά ιατρεία τα οποία καλύπτουν πλήθος ιατρικών ειδικοτήτων αποσκοπώντας πάντα στην πρόληψη των ασθενειών, στην διατήρηση της κατάστασης υγείας και στην αποκατάσταση της.

Σύμφωνα λοιπών με την στατιστική υπηρεσία, το έτος 2014 στον ιδιωτικό τομέα παρείχαν τις υπηρεσίες τους 1951 ιατροί από το συνολικό αριθμό 2900 που είναι εγγεγραμμένοι στα οικεία μητρώα του παγκύπριου ιατρικού συλλόγου. Αντίθετα το νοσηλευτικό προσωπικό που παρείχε τις υπηρεσίες του στο ιδιωτικό τομέα το ίδιο έτος ήταν 1060, χωρίς φυσικά να μπορούμε να διαχωρίσουμε την ειδικότητα τους λόγω του ότι δεν υπάρχει καταγραφή στα αρχεία της υπηρεσίας (Στατιστική υπηρεσία, 2014)

Κεφάλαιο 5

5.1 Πρωτοβάθμια περίθαλψη με βάση το Γε.Σ.Υ

Το σύστημα παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης σύμφωνα με το νόμο του Γε.Σ.Υ προβλέπει στην ανάπτυξη των παρεχόμενων υπηρεσιών, μέσω τις συνεργασίας των διαφόρων "προμηθευτών της υγείας". Ειδικότερα, οι προβλεπόμενες παροχές κάτω από το πρίσμα της ΠΦΥ με βάση το νόμο για το Γε.Σ.Υ, είναι:

- Ύπαρξη Οικογενειακού ή αλλιώς Γενικού Ιατρού, ο οποίος θα είναι κατάλληλα εκπαιδευμένος έτσι ώστε να παρέχει πρωτοβάθμια περίθαλψη στους "πελάτες" του συστήματος και θα λειτουργεί σαν φύλακας "gatekeeper" των ασθενών προς την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια ιατρική.
- Ύπαρξη Ιατρών ειδικοτήτων που θα παρέχουν την εξειδικευμένη δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια περίθαλψη των "πελατών" του συστήματος ανάλογα με την ειδικότητα τους. Το Γε.Σ.Υ προβλέπει ότι ο ασθενής θα έρχεται σε επαφή με τον θεράποντα ιατρό, όταν ο Γενικός Ιατρός τον παραπέμψει στην σχετική ειδικότητα που απαιτείται για την θεραπεία του.
- Ύπαρξη τμήματος Πρώτων Βοηθειών σε κάθε Νοσοκομείου που θα λειτουργεί κάτω από τις συνθήκες που διέπουν το τμήμα και σήμερα, παρέχοντας στους ασθενείς περίθαλψη σε έκτακτα περιστατικά και ατυχήματα, δωρεάν.
- Παροχή εργαστηριακών και διαγνωστικών εξετάσεων που θα παρέχονται στους ασθενείς μετά από σχετική παραπομπή τους από τον Γενικό Ιατρό. Οι ασθενείς είναι ελεύθεροι να επιλέξουν είτε το Γενικό Χημείο του Κράτους, είτε τα Ιδιωτικά εργαστήρια.
- Παροχή φαρμακευτικής αγωγής, κατά την οποία η χορήγηση των αναγκαίων φαρμάκων και φαρμακευτικών ειδών, γίνεται βάσει συνταγής που εκδίδει ιατρός συμβεβλημένος με τον Οργανισμό Ασφάλισης της Υγείας, ενώ τα φάρμακα περιλαμβάνονται σε κατάλογο εγκεκριμένο από τον Οργανισμό. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο νόμος του Γε.Σ.Υ, προβλέπει ότι η επιλογή του θεραπευτηρίου, του φαρμακείου, του Ιατρού, του εργαστηρίου κλπ, θα αποτελεί προσωπική ελεύθερη επιλογή του κάθε ασθενή.

Σε σχέση με την ΠΦΥ όπως προβλέπεται από το νόμο για το Γε.Σ.Υ, υπάρχει μία σειρά καταστάσεων που δεν ισχύουν στην παρούσα φάση όπως είναι η πρόσβαση και ο συντονισμός μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, με αποτέλεσμα να σπαταλώνται πόροι και υποδομές (παράδειγμα είναι η υπερβολή στην ύπαρξη μαγνητικών τομογράφων στη χώρα, τη στιγμή που πολλά Κ.Υ. δεν διαθέτουν ούτε ακτινολογικό εργαστήριο, μα συχνά ούτε απλούς βιοχημικούς αναλυτές) (OECD, 2012). Παράλληλα, δεν υπάρχει οργάνωση στην ΠΦΥ στην Κύπρο, παρατηρείται μεγάλη δαπάνη για την υγεία στον ιδιωτικό τομέα, ενώ μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού είναι δικαιούχοι της δημόσιας υγείας (85%), ενώ δεν υπάρχει αποτελεσματικότητα στον δημόσιο τομέα, όπου το κόστος υπηρεσιών φροντίδας είναι πολύ υψηλό σε σχέση με άλλες χώρες. Ενώ το 85 % των πολιτών δικαιούται δωρεάν ή με μειωμένα τέλη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας του δημοσίου, συνεχίζει να πληρώνει ιδιωτικά θεραπευτήρια και διαγνωστικά. Αυτό εν μέρει οφείλεται και στο γεγονός ότι ο δημόσιος τομέας έχει τη δυνατότητα εξυπηρέτησης περίπου του 50% του πληθυσμού με αποτέλεσμα τη δημιουργία λιστών αναμονής και την επακόλουθη απόφαση του πάσχοντα να στραφεί στον ιδιωτικό τομέα (Ο.Α.Υ, 2012). Η οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος πάσχει, διότι αφενός δεν υπάρχει διαφάνεια για τον όγκο και το κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, αλλά ακόμη δεν υπάρχει σωστή διαχείριση και έλεγχος (Ο.Α.Υ, 2012) .

Κεφάλαιο 6

6.1 Ανάγκες των πολιτών ως προς την ΠΦΥ

Πρωταρχικός στόχος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ο οποίος δεν θα πρέπει να λησμονείται ή να αγνοείται, είναι η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού και η βελτίωση του τρόπου ζωής τους (Πιερράκος & Υφαντόπουλος, 2007). Στο πλαίσιο αυτό, κρίνεται αναγκαία η διερεύνηση των αναγκών των πολιτών στη σύγχρονη κοινωνία και η όσο το δυνατόν καλύτερη εξυπηρέτησή τους.

Η σημασία της εκτίμησης των αναγκών των πολιτών από την Πρωτοβάθμιας Φροντίδα υγείας είναι ιδιαίτερα υψηλή, καθώς δίνει τη δυνατότητα ιεράρχησης των αναγκών αυτών, καθώς και προσδιορισμού του μεγέθους τους, μέσω των οποίων μπορεί να βελτιωθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες, να προληφθούν τα σημαντικότερα προβλήματα και να μειωθεί η νοσηρότητα. Η εκτίμηση, λοιπόν, των αναγκών των πολιτών πρέπει να είναι βασικό μέρος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και να συνεισφέρει στην καλύτερη εκπαίδευση και ενημέρωση των πολιτών (Καδδά και συν, 2010).

Πολλοί πολίτες επιθυμούν την αξιοποίηση των υπηρεσιών υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο σπίτι τους, ενώ άλλοι δεν επιλέγουν αυτού του είδους βοήθειας διότι δεν είναι ικανοποιημένοι ούτε από την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται ούτε από την οικονομική συνδρομή που δέχονται (Καδδά και συν, 2010).

Άλλη σημαντική ανάγκη που προκύπτει στους πολίτες είναι η ηθική βοήθεια, καθώς τα άτομα που καταφεύγουν στην ΠΦΥ χρειάζονται τη στήριξη, τη συνδρομή, την επιστημονική καθοδήγηση και προτροπή από τους επαγγελματίες υγείας ώστε να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τα προβλήματα υγείας τους. Στο πλαίσιο αυτό, οι πολίτες χρειάζονται περισσότερο χρόνο και προσοχή από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ανάγκη η οποία δε φαίνεται να ικανοποιείται σε σημαντικό βαθμό έως σήμερα (Siponen & Valimaki, 2003).

Επιπλέον, πολλοί πολίτες αισθάνονται την ανάγκη συζήτησης με τον ιατρό που τους παρακολουθεί και ενεργούς συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων σχετικών με την υγεία τους και την ενδεχόμενη θεραπεία τους. Ωστόσο, πολλές φορές, η απροθυμία των

ιατρών, η έλλειψη προσωπικού και συνεπώς, η απουσία χρόνου στους ιατρούς που εργάζονται στις υπηρεσίες της ΠΦΥ οδηγούν αναπόφευκτα στη μη ικανοποίηση των επιθυμιών αυτών των πολιτών (Καδδά και συν, 2010).

Μια άλλη ανάγκη που αναπόφευκτα προκύπτει για όλους τους πολίτες που αξιοποιούν τις υπηρεσίες της ΠΦΥ είναι η σωστή ενημέρωση και εκπαίδευση, καθώς αυτή είναι που θα συμβάλλει ενεργό στη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπείας τους και στην ώριμη αποδοχή και αντιμετώπιση της ασθένειάς τους. Παράλληλα, η γνώση αποτελεί ένα πολύτιμο εργαλείο για την πρόληψη διάφορων ασθενειών, και συνεπώς, την αποφυγή δυσάρεστων καταστάσεων (Καδδά και συν, 2010).

Μια ιδιαίτερη ομάδα ατόμων αποτελούν οι ηλικιωμένοι πολίτες, οι οποίοι εμφανίζουν πολύ συχνότερα και πολύ περισσότερα προβλήματα υγείας από τα νεότερα άτομα, με αποτέλεσμα να χρειάζονται εδική μεταχείριση. Είναι γεγονός πως το μεγαλύτερο μέρος των ατόμων που αξιοποιούν τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών. Προκειμένου, λοιπόν, να παρασχεθεί η κατάλληλη φροντίδα σε αυτή την κατηγορία ατόμων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, κρίνεται απαραίτητη η διερεύνηση, η βαθιά κατανόηση και η αξιολόγηση των ειδικών αναγκών τους, καθώς και ο σχεδιασμός ειδικών, εξατομικευμένων προγραμμάτων παρέμβασης (Καδδά και συν, 2010). Σύμφωνα με σχετικές μελέτες, οι περισσότερες και κυριότερες ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων αφορούν στο σωματικό και περιβαλλοντικό τομέα, και ικανοποιούνται σε μεγάλο βαθμό από τις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Μάλιστα, σημειώνεται πως γενικά, η παρουσία μη ικανοποιημένων αναγκών φροντίδας φαίνεται να σχετίζεται με τη μικρότερη ηλικία και με υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης. Στον αντίποδα, εκείνες οι ανάγκες που προκύπτουν άμεσα και έμμεσα από τα προβλήματα υγείας των ατόμων αυτών αλλά δεν ικανοποιούνται επαρκώς από την ΠΦΥ, είναι οι ψυχολογικές ανάγκες. Ως εκ τούτου, θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στις υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης των ηλικιωμένων ανθρώπων από την πλευρά του προσωπικού της Π.Φ.Υ (Hoogendijk et al, 2014). Όσον αφορά στις ειδικές παρεμβάσεις, ο Schlesinger et al (1999) πρότειναν ένα μοντέλο πρωτοβάθμιας φροντίδας για άτομα άνω των 65 ετών που ήταν προσαρμοσμένο στις ειδικές ανάγκες τους.

Στην Κύπρο, συναντώνται ακόμη πολλές δυσκολίες και ελλείψεις σχετικά με την εκτίμηση των αναγκών των πολιτών από την ΠΦΥ, οι οποίες προκύπτουν ως επί το πλείστον από το περιορισμένο υπάρχον προσωπικό, την απουσία σωστής εκπαίδευσης, την απουσία χρόνου και προθυμίας από την πλευρά του προσωπικού, καθώς και την απουσία ευαισθητοποίησης των ιατρών και των νοσηλευτών (Καδδά και συν, 2010).

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί πως πολλές φορές παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στο βαθμό ικανοποίησης των αναγκών μεταξύ των διάφορων ομάδων των ανθρώπων. Αναλυτικότερα, οι γυναίκες φαίνεται γενικά να είναι λιγότερο ικανοποιημένες από τις υπηρεσίες που παρέχει η ΠΦΥ, ενώ, παράλληλα, οι ανάγκες των συνταξιούχων ικανοποιούνταν σε μικρότερο βαθμό από εκείνες των εργαζόμενων ατόμων (Καδδά και συν, 2010).

6.2 Ικανοποίηση ασθενών από την ΠΦΥ

Η ικανοποίηση των ασθενών από την ΠΦΥ αποτελεί το βαθμό στον οποίο καλύπτονται οι επιθυμίες, οι απαιτήσεις ή / και οι προσδοκίες των ασθενών από τις υπηρεσίες που δέχονται κατά την πρωτοβάθμια φροντίδα, από τις συνθήκες που επικρατούν σε αυτήν, καθώς και από το προσωπικό που εργάζεται στην ίδια. Η ικανοποίηση των ασθενών πολλές φορές αξιοποιείται ως ένα μέτρο ή κριτήριο για τις παρεχόμενες υπηρεσίες της ΠΦΥ, για την εκτίμηση της ποιότητας της φροντίδας που παρέχεται σε αυτήν, καθώς και για την εύρεση πιθανών τρόπων βελτίωσης των τελευταίων (Paddison et al, 2015).

Η ικανοποίηση των ασθενών είναι πολύ σημαντική διότι οι εμπειρίες που έχουν οι ασθενείς από την ΠΦΥ μπορούν να επηρεάσουν άμεσα και έμμεσα την υγεία τους, αφού πέρα από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που λαμβάνουν, η ψυχολογική τους κατάσταση που διαμορφώνεται βάσει των συνθηκών της ΠΦΥ μπορεί να επιδράσει στη συμμόρφωσή τους στη θεραπεία, και συνεπώς, στη βελτίωση ή μη της υγείας τους (Bowling & Ebrahim, 2001, Scheneider *et al*, 2004). Οι παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στη διαμόρφωση της ικανοποίησης των ασθενών από τις μονάδες της ΠΦΥ ποικίλλουν σημαντικά, ενώ οι κυριότεροι από αυτούς αναφέρονται ακολούθως (Elliott et al, 2009, Bjertnaes *et al*, 2012, Mead et al, 2013, Paddison et al, 2015):

- *Ο τρόπος λειτουργίας και οργάνωσης των μονάδων και των υπηρεσιών της ΠΦΥ.*

  Η ομάδα αυτή περιλαμβάνει το χρόνο αναμονής του ασθενούς, την ευκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες της ΠΦΥ, την υποστήριξη από τους νοσηλευτές που εργάζονται στην ΠΦΥ, το σύνολο των γραφειοκρατικών διαδικασιών, την καθαριότητα, τις συνθήκες που επικρατούν στο χώρο της μονάδας (θερμοκρασία, διακόσμηση, ατμόσφαιρα κ.α.), την επικοινωνία του ασθενούς και των συγγενών του με τους επαγγελματίες υγείας που στελεχώνουν τη συγκεκριμένη μονάδα της ΠΦΥ, την προετοιμασία του ασθενούς πριν από κάποια επέμβαση ή εξέταση, καθώς και την παροχή των κατάλληλων φαρμάκων.

- *Το κόστος.*

  Το χρηματικό ποσό που υποχρεούται κάθε άτομο να καταβάλει ώστε να έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας αποτελεί έναν ιδιαίτερα σημαντικό παράγοντα διαμόρφωσης της τελικής ικανοποίησής του από την ΠΦΥ.

- *Η πρόσβαση στην ΠΦΥ.*

  Η ευκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες της ΠΦΥ είναι επίσης μια σημαντική παράμετρος που επηρεάζει την κρίση των πολιτών και το βαθμό ικανοποίησής τους.

- *Η επικοινωνία ανάμεσα στον ασθενή και στον επαγγελματία υγείας που τον παρακολουθεί.*

  Η επικοινωνία ανάμεσα στον ασθενή και στον ιατρό είναι ένα εξαιρετικά σημαντικό ζήτημα, καθώς επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ψυχολογική αλλά και τη σωματική υγεία του ασθενούς. Συγκεκριμένα, η ύπαρξη ενδιαφέροντος και εμπιστοσύνης από την πλευρά του ιατρού, σε συνδυασμό με την εχεμύθεια και τη διεξαγωγή κατάλληλων, εποικοδομητικών συζητήσεων σχετικά με την κατάσταση του ασθενούς και τον τρόπο αντιμετώπισής της, μπορούν να μειώσουν σημαντικά το άγχος και το φόβο του ασθενούς, και να επιδράσουν θετικά στην εξέλιξη της θεραπείας του (Τσελέπη, 2000, Paddison *et al*, 2015). Σύμφωνα με σχετικά ερευνητικά δεδομένα, οι διαπροσωπικές σχέσεις στην ΠΦΥ πράγματι αποτελούν τον πιο σημαντικό παράγοντα και την κυριότερη προτεραιότητα των ασθενών που δέχονται τις υπηρεσίες της ΠΦΥ. Έτσι, τόσο η επικοινωνία του ιατρού με τον ασθενή, όσο και η εξυπηρετικότατα και υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειάς του από το υπόλοιπο προσωπικό (νοσηλευτές, προσωπικό υποδοχής κ.α.) φαίνεται να επηρεάζουν καθοριστικά την υγεία και την εξέλιξη της υγείας του εκάστοτε ασθενούς. Ως εκ τούτου, κάθε μονάδα της πρωτοβάθμιας φροντίδας οφείλει να λαμβάνει πολύ σοβαρά τον τρόπο προσέγγισης των ασθενών από το προσωπικό της, ώστε να αυξάνει την αποτελεσματικότητά της στην αναβάθμιση υγείας των πολιτών (Paddison et al, 2015).

Παράλληλα, πολυάριθμα είναι εκείνα τα χαρακτηριστικά που έχουν συσχετιστεί με την ικανοποίηση των ασθενών από την ΠΦΥ. Τα βασικότερα από τα χαρακτηριστικά αυτά είναι η ηλικία, το φύλο, η οικονομική κατάσταση του ασθενούς, το επάγγελμα που ασκεί, η εκπαίδευση που έχει λάβει ή ακόμη και το ένα διαθέτει ένα άτομο ασφάλιση ή όχι (Fenny *et al*, 2014, Paddison et al, 2015). Εκτός, όμως, από τα γνωρίσματα των ασθενών, σύμφωνα με μελέτες, οι προτεραιότητες των ασθενών, και συνεπώς, η ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες ΠΦΥ, διαφέρουν και μεταξύ των διαφορετικών κρατών και εθνικών συστημάτων υγείας, μεταξύ των συνθηκών που επικρατούν στις διάφορες περιοχές, και μεταξύ των διαφορετικών ειδών νοσηλείας (Elliott et al, 2009).

6.3 ΠΦΥ και βελτίωση της υγείας του πληθυσμού

Πρωταρχικός σκοπός της εγκαθίδρυσης και διατήρησης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο αποτέλεσε η επίτευξη της παγκόσμιας υγείας των πολιτών. Για το σκοπό αυτό, η διακήρυξη της Alma Ata το 1978 προσπάθησε να κατοχυρώσει τα δικαιώματα των πολιτών στην υγεία και να διευκρινίσει τις βασικές αρχές και υποχρεώσεις των συστημάτων, των μονάδων και των επαγγελματιών της ΠΦΥ. Ωστόσο, στη σύγχρονη πραγματικότητα, παρά το πέρασμα πολλών χρόνων, δεν είναι σίγουρο κατά πόσο η ΠΦΥ πράγματι επιτυγχάνει τους στόχους αυτούς και βελτιώνει την υγεία του πληθυσμού σε παγκόσμιο επίπεδο.
Μέχρι σήμερα, το μεγαλύτερο μέρος των μελετών που αφορούν στην ΠΦΥ επικεντρώνεται στο σύνολο των διαδικασιών, στο κόστος και στην ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, αλλά δεν εξετάζει σε τόσο μεγάλο βαθμό την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών αυτών της ΠΦΥ στην προαγωγή της υγείας του γενικού πληθυσμού (Peckham et al, 2015).

Παράλληλα, στην προσπάθεια αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στην ΠΦΥ και της αποτελεσματικότητά τους στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, πολλοί ερευνητές έχουν προτείνει διάφορα εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών. Οι Crossland et al (2016) πρότειναν το εργαλείο «PC-PIT» (Primary Care Practice Improvement Tool), το οποίο, βάσει της μελέτης τους, είναι αποδεκτό, αξιόπιστο και ικανό να μετρήσει την ποιότητα των υπηρεσιών της ΠΦΥ. Ένα άλλο, εξίσου αποτελεσματικό εργαλείο μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προτάθηκε από τους Cunningham et al (2016).

Η συμβολή της ΠΦΥ στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού μπορεί να αξιολογηθεί βάσει της ετοιμότητας και της αποτελεσματικότητάς της σε πολυάριθμες, διαφορετικές καταστάσεις υγείας.

Αρχικά, ένας σημαντικός ρόλος που αναλαμβάνει η ΠΦΥ είναι η αποτελεσματική διαχείριση των περιστατικών που υπεισέρχονται σε αυτήν, δηλαδή η αξιολόγηση της σοβαρότητας της κατάστασής τους και η απόφαση σχετικά με την παραπομπή τους ή μη στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας. Η διαδικασία αυτή φαίνεται να πραγματοποιείται αρκετά αποτελεσματικά στις μονάδες της ΠΦΥ, με αποτέλεσμα η

τελευταία να συμβάλλει ενεργά στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Είναι γεγονός πως εάν κάποιο άτομο «υψηλού κινδύνου» δεν παραπεμφθεί άμεσα από την ΠΦΥ στην δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, ενδέχεται να δεχθεί σοβαρές συνέπειες για την υγεία του, ή ακόμη και για τη ζωή του (Stokes et al, 2015). Έτσι, λοιπόν, το σύνολο του πληθυσμού ευνοείται ως προς την υγεία του όταν το προσωπικό της ΠΦΥ είναι ικανό να αξιολογήσει σωστά και εγκαίρως μια κρίσιμη κατάσταση και να την παραπέμψει για περαιτέρω έλεγχο και νοσηλεία. Στο σημείο, μάλιστα, αυτό, αξίζει να σημειωθεί, ένας λόγος για τον οποίο οι υπηρεσίες ΠΦΥ ως προς τη διαχείριση των κρίσιμων περιστατικών φαίνεται να είναι πολύ αποτελεσματικές, ενδέχεται να είναι πως η διαδικασία αυτή δεν επηρεάζει το συνολικό κόστος φροντίδας, και συνεπώς, οικονομικά προβλήματα της χώρας ή της επιμέρους μονάδας δεν επηρεάζουν τις σημαντικές αυτές αποφάσεις. Ωστόσο, παράλληλα, οι τελευταίες δεν επιδρούν ούτε στο βαθμό ικανοποίησης των πολιτών, κι έτσι, δεν μπορούν να μετρηθούν και να αξιολογηθούν μέσω της διερεύνησης των απόψεων των ασθενών και των οικογενειών τους (Stokes et al, 2015).

Ένα άλλο σημείο στο οποίο καλείται η ΠΦΥ να συμβάλει στην υγεία του πληθυσμού είναι η φροντίδα των αλλεργιών που προκύπτουν συχνά στους ανθρώπους. Η διαχείριση των αλλεργιών είναι σημαντική για την πρόληψη και τον έλεγχο των ασθενειών, καθώς και για την ποιότητα ζωής των ατόμων. Έρευνες έχουν δείξει πως η συχνή παράβλεψη των συμπτωμάτων και των σημαδιών που σχετίζονται με τις αλλεργίες, η λανθασμένη προτίμηση των in vitro ελέγχων των IgE αντισωμάτων, η έλλειψη γνώσης και εκπαίδευσης των ιατρών της ΠΦΥ και η περιττή πολλές φορές παραπομπή των ατόμων στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας αποτελούν βασικά γεγονότα που οδηγούν στη μείωση της ποιότητας φροντίδας των ασθενών με αλλεργίες. Συνεπώς, είναι γεγονός πως πολλές φορές, η ΠΦΥ δεν μπορεί να ανταποκριθεί αποτελεσματικά ακόμη και σε ένα σχετικά «απλό» πρόβλημα υγείας, όπως είναι οι αλλεργίες (Aqache et al, 2013). Ως εκ τούτου, απαιτείται καλύτερη οργάνωση και καλύτερη εκπαίδευση και ενημέρωση του προσωπικού της ΠΦΥ ώστε να μπορεί να αντιμετωπίσει επαρκώς και κατάλληλα οποιοδήποτε πρόβλημα.

Μια μεγάλη πρόκληση που καλείται ολοένα και συχνότερα να αντιμετωπίσει σήμερα η κοινωνία είναι τα άτομα που πάσχουν από πολλαπλές χρόνιες ασθένειες (multimorbidity). Σύμφωνα με μελέτη που αποσκοπούσε στη σύγκριση των περιστατικών ασθενών με πολλαπλές νοσηρότητες στο γενικό πληθυσμό και στην

ΠΦΥ, το πρόβλημα της πολλαπλής νοσηρότητας είναι διαφορετικό μεταξύ των δύο συνθηκών τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά. Συγκεκριμένα, το ποσοστό ασθενών με πολλαπλές ασθένειες στην ΠΦΥ είναι υψηλότερο από εκείνο στο γενικό πληθυσμό, ενώ, παράλληλα, η σοβαρότητα της ασθένειας (disease burden) είναι επίσης υψηλότερη στους ασθενείς που απευθύνονται στην ΠΦΥ. Έτσι, γίνεται φανερό πως πολλά άτομα που πάσχουν από περισσότερες της μίας νόσων απευθύνονται στην ΠΦΥ για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους και τη βελτίωση της υγείας τους (Mokraoui et al, 2016). Ωστόσο, όπως είναι αναμενόμενο, στις δύσκολες αυτές καταστάσεις, η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της ΠΦΥ ως προς τη βελτίωση της υγείας της ομάδας αυτής του πληθυσμού και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών της είναι πολύ πιο δύσκολη, καθώς το προσωπικό της ΠΦΥ δεν μπορεί πάντοτε να προβλέψει την ύπαρξη του επιπρόσθετου προβλήματος υγείας και επομένως, προβαίνει σε παροχή διάγνωσης και θεραπείας για το ένα μόνο πρόβλημα, το οποίο ενδεχομένως να μην είναι τόσο σοβαρό (Zulman et al, 2014). Από την άλλη πλευρά, η ύπαρξη περισσότερων του ενός προβλημάτων προσφέρει στην ΠΦΥ περισσότερες ευκαιρίες για εντοπισμό της σοβαρής κατάστασης του ασθενούς και παραπομπής του στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας.

Συνολικά, όσον αφορά στους ασθενείς αυτής της κατηγορίας και τις υπηρεσίες της ΠΦΥ, παρόλο που φαινομενικά η βελτίωση της υγείας της ομάδας αυτής του πληθυσμού φαίνεται να εξαρτάται ως επί το πλείστον από τη δευτεροβάθμια, και όχι από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η πολύ καλή αντιμετώπιση των περιστατικών αυτών από την ΠΦΥ, η γρήγορη ανταπόκρισή της, και ο έγκαιρος εντοπισμός της ανάγκης παραπομπής των ασθενών αυτών σε μετέπειτα βαθμίδα της φροντίδας υγείας καθιστά την ΠΦΥ ως μια υπηρεσία που αναμφισβήτητα συμβάλλει θετικά στην αύξηση της υγείας του πληθυσμού. Στα πλαίσια, μάλιστα, της περαιτέρω βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών, επισημαίνεται πως προκειμένου να αυξηθεί η ποιότητα ζωής των ατόμων με πολλαπλές νοσηρότητες, Η ΠΦΥ πρέπει να λαμβάνει ειδικά υπόψη και να προσαρμόζει τις υπηρεσίες της ανάλογα με το φύλο του ασθενούς, την οικονομική του κατάσταση και την υποστήριξη που έχει από την οικογένειά του (Prazeres & Santiago, 2016).

Στη σημερινή εποχή, με την πρόοδο της επιστήμης και των τεχνολογιών, η ΠΦΥ μπορεί να διαθέτει σημαντικό ρόλο και στη διεξαγωγή των προγραμμάτων ελέγχου για καρκίνο, μια νόσο που πλήττει ένα τεράστιο ποσοστό του πληθυσμού και πολλές

φορές εμφανίζεται ξανά και ξανά στο ίδιο άτομο. Η σωστή διεξαγωγή των ελέγχων αυτών μπορεί αναμφισβήτητα να αναβαθμίσει την υγεία του πληθυσμού καθώς μπορεί να συμβάλει στην πρόληψη, στην έγκαιρη διάγνωση και, συνεπώς, στην έγκαιρη και πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση του καρκίνου. Το ερώτημα, λοιπόν, είναι πλέον σε ποιο βαθμό οι έλεγχοι αυτοί διεξάγονται πράγματι στις μονάδες της ΠΦΥ και εάν οι ίδιοι πραγματοποιούνται με ορθό και κατάλληλο τρόπο. Μέχρι σήμερα, λίγες είναι εκείνες οι μελέτες που διερευνούν την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών της ΠΦΥ στον καρκίνο. Σύμφωνα με τα υπάρχοντα δεδομένα, τα εργαλεία ελέγχου του κίνδυνου για εμφάνιση καρκίνου φαίνεται να ήταν πιο αποτελεσματικά στις περιπτώσεις όπου οι ίδιοι ασθενείς ανησυχούσαν σχετικά με την υγεία τους λόγω της ύπαρξης σχετικού οικογενειακού ιστορικού, στις περιπτώσεις πιο «αφοσιωμένων» στην εργασία τους ιατρών, και στις περιπτώσεις πρόσφατης ενημέρωσης του πληθυσμού για τον έλεγχο κατά του καρκίνου. Έτσι, γίνεται αντιληπτό πως, δεδομένων των πολυάριθμων πλεονεκτημάτων που παρέχουν στην υγεία του πληθυσμού οι συγκεκριμένοι έλεγχοι, οι ιατροί οφείλουν να παρακινούν σε πολύ μεγαλύτερη βαθμό τους πολίτες να ελέγχονται για προδιάθεση ή ύπαρξη καρκίνου, να φροντίζουν για την ύπαρξη όλων των απαραίτητων εργαλείων και να εφαρμόζουν τους ελέγχους γρήγορα ώστε να ελέγχονται όσο το δυνατόν περισσότεροι πολίτες. Με αυτόν τον τρόπο, είναι δυνατόν να επιτευχθεί στο άμεσο μέλλον σημαντική βελτίωση και αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από την ΠΦΥ.

Τέλος, μια ειδική περίπτωση αποτελούν οι μη αναπτυσσόμενες χώρες όπου οι περιορισμένοι οικονομικοί πόροι δεν τους επιτρέπουν να αντιμετωπίσουν τον ολοένα αυξανόμενο επιπολασμό διάφορων ασθενειών, όπως το AIDS, η φυματίωση και η μαλάρια (Okpokoro, 2013). Παρά τις διαρκείς προσπάθειες του δυτικού κόσμου να ενισχύσουν οικονομικά την υγεία των κρατών αυτών και να μειώσουν το διεθνή επιπολασμό των συγκεκριμένων ασθενειών, είναι γεγονός πως η ΠΦΥ στις χώρες αυτές παραμένει ένα τεράστιο πρόβλημα διότι δεν τηρεί τις αρχές της διακήρυξης της Alma Ata του 1978 και δεν είναι ικανή σε καμία περίπτωση να βελτιώσει την υγεία του πληθυσμού. Στο σημείο αυτό, είναι σημαντικό να επισημανθεί πως η ΠΦΥ δεν οφείλει να είναι μόνο προσβάσιμη από όλους, διαθέσιμη και οικονομικά προσβάσιμη, αλλά και επαρκής στην αντιμετώπιση των προβλημάτων και των αναγκών που χαρακτηρίζουν την εκάστοτε χώρα ή περιοχή. Ως εκ τούτου, σε ένα κράτος, όπου

υπάρχουν δεδομένες σοβαρές νόσοι που πλήττουν την πλειοψηφία των πολιτών, η ΠΦΥ υποχρεούται να οργανωθεί καταλλήλως, να αντιμετωπίσει όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματικά τους ασθενείς αυτούς και να μειώσει τον κίνδυνο απόκτησης των νόσων αυτών από τους υπόλοιπους πολίτες. Στο πλαίσιο αυτό, χρειάζεται, πέρα από την οικονομική στήριξη, σωστή οργάνωση και προσεκτική μελέτη του σχεδιασμού των υπηρεσιών της ΠΦΥ (Okpokoro, 2013).

Κεφάλαιο 7

7.1 Συμπεράσματα-Εισήγησης

Στην Κύπρο η παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας παρουσιάζει αρκετές αδυναμίες, κυρίως γιατί δεν λειτούργει ένα σύστημα υγείας που να καλύπτει ολόκληρο τον πληθυσμό στην βάση φυσικά συγκεκριμένης νομοθετικής ρύθμισης. Παρατηρούμε λοιπόν πως ενώ το "σχεδιασμένο" Γε.Σ.Υ προβλέπει και συνυπολογίζει τις πολιτικές του ΠΟΥ για την ΠΦΥ, στην πράξη, ο σχεδιασμός αυτός δεν έχει υλοποιηθεί, δημιουργώντας προβλήματα αλλά και διαιωνίζοντας μία κατάσταση που δεν εξασφαλίζει τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας. Οι πέντε κύριοι άξονες της στρατηγικής του ΠΟΥ, στοχεύουν στη μείωση του κοινωνικού αποκλεισμού και των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας γύρω από τις ανάγκες και τις προσδοκίες των ανθρώπων, στην ενσωμάτωση της υγείας στο σύνολο των τομέων της δημόσιας διοίκησης, στην σωστή ηγεσία και στην αναζήτηση συνεργατικών μοντέλων για δημόσια διοίκηση με παράλληλη αύξηση της συμμετοχής των φορέων (WHO 2017).

Σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό, κανένας από τους παραπάνω άξονες δεν καλύπτεται από την παρούσα ΠΦΥ στην Κύπρο. Αρχικά, οι χρήστες του συστήματος ΠΦΥ συχνά πρέπει να πληρώσουν οι ίδιοι στρεφόμενοι σε ιδιωτικό πάροχο, γεγονός που δεν ικανοποιεί τον στόχο για κοινωνική ισότητα απέναντι στην υγεία. Ο χρήστης που δεν μπορεί να καλύψει οικονομικά τις δαπάνες του, θα περιμένει για παροχή υπηρεσίας από το δημόσιο ίδρυμα, ακόμη κι εάν απαιτείται να παραμείνει σε λίστα αναμονής για καιρό, τη στιγμή που ένας ευκατάστατος άνθρωπος θα στραφεί άμεσα στον ιδιώτη πάροχο. Δεύτερο, η οργάνωση της ΠΦΥ σήμερα δεν περιστρέφεται γύρω από τις ανάγκες του ανθρώπου, καθώς τα Κ.Υ έχουν ανεπαρκής στελέχωση και δυσαναλογία προσωπικού προς τον πληθυσμό που καλύπτει το κάθε κέντρο. Ενώ οι ακατάλληλες και ανεπαρκείς εγκαταστάσεις σε πολλά υποκέντρα τα οποία διαθέτουν και συντηρούν οι ίδιες οι κοινότητες καθώς επίσης το ακατάλληλο και ανομοιόμορφο ωράριο λειτουργίας επηρεάζουν όλο και περισσότερο την λειτουργία τους. Σε αρκετά κέντρα υγείας ισχύει το σύνηθες δημοσιοϋπαλληλικό ωράριο ενώ άλλα λειτουργούν πάνω σε εικοσιτετράωρη βάση με το σύστημα του καθήκοντος

αναμονής. Ακόμα παρατηρείται προσέλευση μεγάλου αριθμού ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία των Γενικών Νοσοκομείων από περιοχές που καλύπτονται ανεπαρκώς από κέντρα υγείας. Τρίτον, η οργάνωση του χώρου της υγείας πάσχει, λόγω της διόγκωσης του δημοσίου, της αναχρονιστικής οργανωτικής δομής του Υπουργείου Υγείας, την απουσία διαχειριστικής κουλτούρας, την απουσία συστημάτων διασφάλισης της ποιότητας αλλά και την απουσία συστήματος παροχής πληροφοριών στην Υγεία. Ως προς την αύξηση της συμμετοχής των φορέων, απαιτείται διαρθρωτική αλλαγή στον τρόπο συμμετοχής των ωφελουμένων στην ΠΦΥ, με τρόπο παρόμοιο όπως και σε άλλες χώρες, όπου οι χρήστες μίας υπηρεσίας υγείας συμμετέχουν με ένα ποσοστό.

Η πιο πάνω διαπίστωση δεν αποτελεί λεκτική υπερβολή αφού, σε αυτό το στάδιο της παρούσας μελέτης, αντιληφθήκαμε πως η οργάνωση της ΠΦΥ παρουσιάζει σοβαρότατες αδυναμίες, με άλλα λόγια το Υπουργείο Υγείας θα πρέπει να βρει κατάλληλο βραχυπρόθεσμο σχέδιο λύσης για την αντιμετώπιση των πιο πάνω και άλλων προβλημάτων.

Η στρατηγική του ΠΟΥ γα ένα σύστημα ΠΦΥ που αγκαλιάζει τους πολίτες ενός κράτους και φροντίζει να τους εξισώνει μπροστά στην παροχή υγειονομικής φροντίδας ενώ παράλληλα να διασφαλίζεται η βιωσιμότητα του συστήματος υγείας, είναι ανθρωποκεντρική και καταλυτική στην εξασφάλιση της υγείας των πολιτών. Η στρατηγική αυτή επίσης στοχεύει και στην πρόληψη των ασθενειών μέσω ενημέρωσης, προγραμμάτων υποστήριξης και εκπαίδευσης. Όλα αυτά, εισηγείται να γίνουν λαμβάνοντας υπόψη τις κοινωνικές και οικονομικές παραμέτρους ενός κράτους, για να διασφαλίζεται η βιωσιμότητα του συστήματος υγείας. στην Κύπρο, η ψήφιση του νόμου για το Γε.Σ.Υ, από το 2001, έγινε με βάση σειρά εκθέσεων και εισηγήσεων των τελευταίων δεκαετιών, με γνώμονα την καλύτερη εξυπηρέτηση του πολίτη ως προς την παροχή φροντίδας υγείας αλλά και την βέλτιστη λειτουργία και οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος. Θεωρητικά, στο επίπεδο της ΠΦΥ, το προτεινόμενο Γε.Σ.Υ φρόντιζε να ικανοποιούνται οι στόχοι του ΠΟΥ. Στην πραγματικότητα, όμως, διάφορες παθογένειες, όπως η αδυναμία του κράτους στην τήρηση δεδομένων στις δαπάνες υγείας, κατέστησε δύσκολη την εφαρμογή του κάτω από τις παρούσες συνθήκες και οδήγησε σε μεγάλη καθυστέρηση για την όποια βελτίωση της ΠΦΥ. Η ανάγκη για συνολική μεταρρύθμιση είναι επιτακτική και άμεση. Η μεταρρύθμιση αυτή αφορά στην εισαγωγή βέλτιστων πρακτικών για την

συγκράτηση των δαπανών στην υγεία, όπως είναι ο σφαιρικός προϋπολογισμός, η εισαγωγή του προσωπικού ιατρού, η εισαγωγή συστήματος πληροφορικής και επιχειρησιακών διαδικασιών, η εκπαίδευση των διοικητικών και υγειονομικών υπαλλήλων στην διαχείριση ηλεκτρονικών προγραμμάτων (τόσο για την ορθή διοίκηση αλλά και για την ύπαρξη ηλεκτρονικού φακέλου ασθενή), μία σταθερή και ευρεία βάση εισφορών αλλά και ο διαρκής και αξιόπιστος έλεγχος. Παράλληλα, η οργανωμένη ΠΦΥ με την ύπαρξη του προσωπικού ιατρού μπορεί όχι μόνο να παρέχει οργανωμένη πρωτοβάθμια περίθαλψη με έμφαση στην πρόληψη αλλά και να πλοηγεί τον ασθενή καλύτερα μέσα στο σύστημα υγείας, αποσυμφορώντας τους ειδικευμένους ιατρούς από μη σχετικά περιστατικά.

Αξιοσημείωτο είναι πως, το κόστος της παροχής προληπτικής φροντίδας είναι πολύ χαμηλότερο από το κόστος που θα υποστεί το σύστημα υγείας για θεραπεία, αποκατάσταση και υποστήριξη του ασθενή σε περίπτωση που θα νοσήσει και θα χρειαστεί ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

Τέλος είναι σημαντικό ακόμα να αναφερθεί πως στην έρευνα βρεθήκαν αρκετά εμπόδια και δυσκολίες κυρίως στην εύρεση σημαντικών πληροφοριών και στατιστικών στοιχείων που αφορούν το θέμα όπως για παράδειγμα των ακριβές αριθμό ατόμων που στελεχώνουν ένα κέντρο υγείας ή η χρηματοδότηση της ΠΦΥ, γι αυτό το λόγο ακριβώς δεν συμπεριλήφθησαν στην εργασία.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση

Augren, B. (2010). Competition and integration in Swedish health care. Health Policy, 96, pp.91-97.

Adamakidou, T., Kalokerinou, A. (2010). New health policies on primary health care in Greece. Health Science Journal, 4(1), pp.15-23.

Anell, A., Glenngard, A.H., Merkur, S.M. (2012). Sweden: Health system review. Health systems in transition, 14, pp.1-159.

Athnasiadis, A., Kostopoulou, S., Philalithis, A. (2015). Regional Decentralisation in the Greek Health Care System: Rhetoric and Reality. Global Journal of Health Science, 7, pp.55-67.

Aqache, I., Ryan, D., Rodriguez, M.R., Yusuf, O., Angier, E., Jutel, M. (2013). Allergy management in primary care cross European countries – actual status. Allergy, 68(7), pp.836-843.

Bjertnaes, O.A., Sjetne, I.S., Iversen, H.H. (2012). Overall patient satisfaction with hospitals: effects of patient – reported experiences and fulfillment of expectations. BMJ Quality and Safety, 21, pp.39-46.

Bowling, A., Ebrahim, S., (2001). Measuring patients' preferences for treatment and perceptions of risk. Quality in Health Care.

Carol Taylor, Carol Lillis, Priscilla LeMone, επιμέλεια Χρυσούλα Λεμονίδου, Ελισάβετ Πατηράκη-Κουρμπάνη. (2010). Θεμελιώδεις αρχές της νοσηλευτικής: η επιστήμη και η τέχνη της νοσηλευτικής φροντίδας. Αθήνα : Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Crossland, L., Upham, S.J., Janamian, T., Siskind, V., Sheehan, M., Jackson, C.L. (2016). Trial of the primary care practice improvement tool: building organizational

performance in Australian general practice and primary health care. Medical Journal of Australia, 204(S7).

Cunningham, F.C., Ferguson – Hill, S., Matthews, V., Bailie, R. (2016). Leveraging quality improvement through use of the Systems Assessment Tool in Indigenous primary health care services: a mixed methods study. BMC Health Services Research, 16(1).

David Sines., Mary Saunders., Forbes B. (2011). Επιμέλεια Μαρία Νούλα και Ευτυχία Γκεσούλη-Βολτυράκη. Εφαρμοσμένη κοινοτική νοσηλευτική. Αθήνα. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Devos, P., Malaise, G., De Ceukelaire, W., Perez, D., Lefevre, P., Van der Stuyft, P., (2009). Participation and empowerment in Primary Health Care: From Alma Ata to the era of globalization. Social Medicine, 4(2).

Economou, C., Kaitelidou, D., Katsikas, D., Siskou, O., Zafiropoulou, M. (2014). Impacts of the economic cirisi on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population. Social Cohesion and Development, 9.

Elliott, M.N., Kanouse, D.H., Edwards, C.A. (2009). Components of care vary in importance for overall patient – reported experience by type of hospitalization. Medical Care, 47.

Fenny, A.P., Enemark, U., Asante, F.A., Hansen, K.S. (2014). Patient satisfaction with primary health care – a comparison between the insured and non – insured under the National Health Insurance Policy in Ghana. Global Journal of Health Science, 6(4).

Glenngard, A.H., Hjalte, F., Svensson, M., Anell, A., Bankauskaite, V. (2005). Health care systems in transition: Sweden, European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Groenewegen, P., Jurgutis, A. (2013). A future for primary care for the Greek population. Quality in primary care, 21, pp.369-378.

Hoogendijk, E.O., Muntinga, M.E., Leeuwen, K.M.V., van der Horst, H.E., Deeg, D.J.H., Frijters, D.H.M., Hermsen, L.A.H., Jansen, A.P.D., van Hout, H.P.J. (2014).

Self-perceived met and unmet care needs of frail older adults in primary care. Archives of Gerontology and Geriatrics, 58(1).

IOM. (1996). "Primary Care: America's Health in a New Era", in M. S. Donaldson, K D. Yordy, K. N. Lohr, and N. A. Vanselow, (eds.), Primary Care: America's Health in a New Era. Washington DC: 1996 by the National Academy of Sciences.

Ishikawa K. (1994). What he throught and Achieved, A basics for further research, Yoshio kondo,Quality management journal July page 86-91.

Jenkinson C., Wright L., Coulter A. (1994). Ceriterion validity and reliability of the SF-36 in a population sample. Quality of research. 3:7-12.

Kringos, D.S., Boerma, W.G., Hutchinson, A., Saltman, R.B. (2015). Building primary care in a changing Europe. European Observatory on Health Systems and Policies, pp.1-172.

Kousoulis, A., Symvoulakis, E., Lionis, C. (2012). What Greece can learn from UK primary care experience and empirical research? British Journal of General Practice, 62, pp.543. .

Mead, H., Andres, E., Regenstein, M. (2013). Underserved Patients' perspectives on patient-centered primary care. Does the patient- centered medical home model meet their needs? Medical Care Research and Review, 71(1).

Mokraoui, N.M., Haggerty, J., ALmirall, J., Fortin, M., (2016). Prevalence of self – reported multimorbidity in the general population and in primary care practices: a cross-sectional study. BMC Research Notes, 9(2).

Mozolevskiy, Y., Akhmedzhanova, L., and Suslova, E. (2015). "Recurrent neuralgic amyotrophy of shoulder girdle." The Neurological Journal, 191(1).

OECD. (2010). "Health Statistics." (http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm)

Odeny, A., Penner, J., Lewis – Kulzer, J., Leslie, H., Shade, S.B., Adero, W., Kioko, J., Cohen, C.R., Bukusi, E.A., (2013). Integration of HIV care with primary health care services: effect on patient satisfaction and stigma in Rural Kenya. AIDS Research and Treatment, ID: 485715.

Okpokoro, E., (2013). Primary Health Care: A necessity in developing countries? Journal of Public Health in Africa, 4(2), pp.e17.

Paddison, C.A.M., Abel, G.A., Roland, M.O., Elliott, M.N., Lyratzopoulos, G., Campbell, J.L., (2015). Drivers for overall satisfaction with primary care: evidence from the English General Practice Patient Survey. Health Expectations, 18(5), pp.1081-1092.

Patelarou, A.E., Kleisiaris, C.F., Androulakis, E., Tsirakos, D.K., Kritsotakis, G., Konstantinidis, T.I., Androulaki, Z., (2016). Use of primary health care services in Southern Greece during a period of economic crisis. Archives of Hellenic Medicine, 33, pp.84-89.

Peckham, S., Falconer, J., Gillam, S., Hann, A., Kendall, S., Nanchahal, K., Ritchie, B., Rogers, R., Wallace, A., (2015). The organization and delivery of health improvement in general practice and primary care: a scoping study. Soouthampton: Health Services and Delivery Research.

Prazeres, F., Santiago, L., (2016). Relationship between health – related quality of life, perceived family support and unmet health needs in adult patients with multimorbidity attending primary care in Portugal: a multicentre cross – sectional study. Health and Quality of Life Outcomes, 14(1), pp.156.

Saltman RB.(2006). Drawing the strands together, primary care in perspective. Organization reform in European primary care. on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Sean, B. (2011). United Kingdom (England): Health system review. Health Systems in Transition, 13, pp.1-486.

Schafer, W., Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Westert, G., Deville, W., van Ginneken, E. (2010). The Netherlands: Health system review. Health Systems in Transition, 12, pp.1-229..

Schlesinger, M., Druss, B., Thomas, T., (1999). No exit? The effect of health status on dissatisfaction and disenrollment from health plans. Health Services at your Service, 34, pp.547-576.

Schneider, J., Kaplan, H., Greenfield, S., Li, W., Wilson, B. (2004). Better physician – patient relationships are associated with higher reported adherence to antiretroviral therapy in patients with HIV infection. Journal of General Internal Medicine. 19(3) .

Siponen, U., Valimaki, M. (2003). Patients' satisfaction with outpatient psychiatric care. Journal of Psychiatry & Mental Health Nursing, 10(2), pp.129-135.

Stokes, J., Panagioti, M., Alam, R., Checkland, K., Cheraqui – Sohi, S., Bower, P. (2015). Effectiveness of Case Management for "At risk" patients in primary care: A systematic review and meta – analysis. PLoS One, 10(7).

WHO/Declaration of Alma – Ata. International Conference on Primary Health Care: Alma Ata, 6-12 September 1978. Online available (http://www.who.int/hpr/MPH/docs/declaration_almaata.pdf). Accessed 10/11/16

WHO. (2017). "Primary health care". (http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care).

Zulman, M., Asch, M., Martins, B., Kerr, A., Hoffman, B., Goldstein,.K. (2014). Quality of care for patients with multiple chronic conditions: the role of comorbidity interrelatedness. Journal of General Internal Medicine, 29(3).

Ελληνόγλωσση

Γιανασμίδης, Α., Τσιαούση, Μ. (2012). Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980 – 2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(1), pp.106-115.

Ζαχαριάδου, Θ. (2008). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Γενική Ιατρική στην Κύπρο: Ανάλυση της υφιστάμενης κατάστασης και σχεδιασμός μίας πιλοτικής μίας πιλοτικής κές και αστικές περιοχές στην ευρύτερη περιοχή της Λευκωσίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο, Κρήτη.

Θεοδώρου Μ. (1999). Διεθνής εμπειρία και Ελληνική πραγματικότητα. Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, Τόμος Γ, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. Πάτρα.

Ιατρικές υπηρεσίες και υπηρεσίες δημόσιας υγείας. (2011) Online available (http://www.moh.gov.cy/Moh/mphs/mphs.nsf/phs61_gr/phs61_gr?OpenDocument) Accessed 10/11/16

Ιωάννου, Ν. Γ. (2010). "Ιστορική αναδρομή των προταθέντων σχεδίων υγείας για την Κύπρο." Health Journal, 4(32-34).

115.

Καδδά, Ο., Μαρβάκη, Α., Τζαβάρας, Α., Μαζγάλα, Κ., Παληός, Θ., Κόντας, Ν., Ανδρουλάκη, Ζ. (2010). Οι ανάγκες των πολιτών στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. Το Βήμα του Ασκληπιού, 9(1), pp.61-75.

Κοντιάδης, Ξ., Σουλιώτης, Κ. (2005). Σύγχρονες προκλήσεις στην πολιτική υγείας. Αθήνα: Σακούλα.

Κοντόπουλος Α. 2009. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Κύπρο ως επιτακτική ανάγκη επιτυχίας του ΓΕΣΥ. (www.academia.edu) Accessed 10/11/16.

Κούτης Α. (1992). Αλλαγή παραδείγματος στην Ιατρική: Η εισαγωγή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Αθήνα.

Νόμος 4238/2014. Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις.

Πλουτάρχου, Γ. (2017). "ΓεΣΥ: Μια ανοικτή πληγή στο σώμα της υγείας". City

Πιερράκος, Γ., Υφαντόπουλος, Ι. (2007). Παράγοντες που διαμορφώνουν την αξιολόγηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, **24**(6), pp.578-582.

Πετρέλης, Μ., Δομάγερ, Φ.Ρ. (2016). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. Το Βήμα του Ασκληπιού, 15(4), pp.365-379.

Πιερράκος Γ. (2008). Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας & τοπική κοινωνία. Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα.

Παυλάκης Α., Θεοδώρα Ζ., Τάλιας Μ. (2011). Φροντίδα υγείας στην Κύπρο. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου. Λευκωσία.

Σουλιώτης, Κ. (2014). Η ενδυνάμωση και η διεύρυνση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ως τεκμηριωμένη επιλογή δημόσιας υγείας σε συνθήκες περιορισμένων πόρων. Η περίπτωση της εξάρτησης από οπιοειδή. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, **31**(1), pp.13-18.

Στατιστική υπηρεσία στατιστικές υγείας και νοσοκομείων. (2014). Online available (http://www.mof.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/populationcondition) Accessed 15/11/16.

Σαν σήμερα. (2014). Παγκόσμια ημέρα υγείας. Online available (https://www.sansimera.gr/worldays/14) Accessed 1/11/16.

Τσελέπη, Χ., (2000). Ικανοποίηση των χρηστών Υπηρεσιών Υγείας, Κοινωνιολογική και Ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομείων / υπηρεσιών υγείας. Πάτρα: ΕΑΠ.

Υπουργείο Υγείας Διεύθυνση νοσηλευτικών υπηρεσιών ετήσια έκθεση. (2014). Online available(www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/) Accessed 15/11/16.

Υφαντόπουλος, Γ., Πολυγένη, Δ., Τακουμάκης, Ι. (2005). Το βρετανικό σύστημα υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 22, pp.73-96.

Παράρτημα 1

Ιατρικές παρεμβάσεις στα Κέντρα Υγείας

Κέντρο Υγείας	Ιατρικές επισκέψεις Medical attendances				Πρώτες Βοήθειες Casualty				Επιδέσεις πληγών και θεραπευτικές ενέσεις Dressings and injections				Health Centre
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	
ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ													**HEALTH CENTRES**
ΕΠΑΡΧΙΑ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ	**510.348**	**523.202**	**466.460**	**421.960**	**15.958**	**21.374**	**16.334**	**9.521**	**61.395**	**59.521**	**56.827**	**56.395**	**LEFKOSIA DISTRICT**
Λευκωσία	59.984	65.249	68.490	67.183	72	94	82	121	5.836	5.904	5.629	5.810	Lefkosia
Αγιος Δομέτιος	38.406	39.883	19.432	15.629	134	89	59	61	2.580	2.316	1.793	1.702	Ayios Dometios
Αγλαντζιά	45.800	52.337	44.267	37.698	234	138	99	99	5.644	6.595	6.016	6.016	Aglantzia
Ακάκι	34.344	35.834	33.403	30.302	101	160	296	84	3.669	4.293	3.546	3.200	Akaki
Γέρι	6.303	6.450	6.904	6.865	23	39	20	35	462	416	458	649	Geri
Δάλι	31.659	30.924	29.211	25.883	282	221	169	105	3.490	3.279	3.564	3.140	Dali
Δευτερά	13.833	11.814	14.449	11.946	69	79	66	31	1.128	1.340	1.356	1.229	Deftera
Έγκωμη	28.942	27.030	24.871	24.392	211	184	176	138	2.522	3.226	2.875	3.031	Egkomi
Ευρύχου	19.277	20.599	17.482	14.996	2.584	8.505	5.642	3.853	10.248	4.543	4.609	4.160	Evrychou
Καϊμακλί	42.731	43.121	37.089	33.809	126	104	75	84	3.554	3.769	3.176	3.704	Kaimakli
Καλός Σαμαρείτης	6.921	7.191	6.310	3.386	0	0	0	0	0	0	0	0	Kalos Samareitis
Κάμπος	1.985	2.061	2.144	2.286	697	661	424	248	1.024	779	741	959	Kambos
Κλήρου	18.027	19.938	20.501	19.730	1.376	1.462	1.687	844	1.794	1.782	2.208	1.617	Klirou
Λακατάμεια	54.570	52.592	45.221	43.488	129	153	119	94	4.294	3.901	4.880	5.345	Lakatamia
Λατσιά	19.887	19.424	18.204	13.378	126	134	130	130	2.101	2.268	2.282	2.282	Latsia
Παλαιχώρι	8.139	8.326	7.870	7.335	1.122	1.111	1.083	930	1.213	1.972	2.154	2.341	Palaichori
Πεδουλάς	4.155	3.768	3.768	3.128	922	857	857	550	834	821	821	703	Pedoulas
Εξωτερικά Ιατρεία Στροβόλου	52.037	53.694	45.107	39468	140	85	52	185	4.074	4.201	3.632	4.250	Strovolos Outpatient Depts
Προσφυγικοί Συνοικισμοί Στροβόλου II & III	9.040	7.896	8.111	7.643	49	2	0	0	409	383	541	474	Strovolos Refugee Housing Estates II & III
Τσέρι	7.797	8.072	7.375	8.033	109	116	61	60	794	925	489	994	Tseri
Πύργος Τιλλιρίας	6.511	6.999	6.251	5.382	7.452	7.180	5.237	1.869	5.725	6.808	6.057	4.789	Pyrgos Tillirias
ΕΠΑΡΧΙΑ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ	**39.392**	**82.987**	**33.631**	**27.936**	**229**	**435**	**306**	**602**	**424**	**1.580**	**2.153**	**1.763**	**AMMOCHOSTOS DISTRICT**
Αμμόχωστος	39392	40.661	(1)	(1)	0	0	0	0	0	0	0	0	Ammochostos
Ορμίδεια	24.209	26.275	18.258	14.066	…	145	149	460	…	1.039	1.719	1.211	Ormideia
Αυγόρου	15.183	16.051	15.373	13.870	229	290	157	142	424	541	434	552	Avgorou

Αγροτικό Νοσοκομείο και Κέντρα Υγείας	Ιατρικές επισκέψεις Medical attendances				Πρώτες Βοήθειες Casualty				Επιδέσεις πληγών και θεραπευτικές ενέσεις Dressings and injections				Special/Rural Hospital and Health Centre
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	
ΑΓΡΟΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	**68.077**	**79.922**	**59.944**	**56.470**	**22.680**	**22.146**	**17.173**	**9.979**	**4.350**	**4.165**	**5.931**	**6.923**	**RURAL HOSPITALS**
Κυπερούντα	33.484	33.986	29.792	28.097	9.395	9.568	7.582	4.575	2.318	2.062	1.676	2.494	Kyperounda
Πόλη	34.593	45.936	30.152	28.373	13.285	12.578	9.591	5.404	2.032	2.103	4.255	4.429	Poli
ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ (1)	**935.585**	**1.045.063**	**957.505**	**878.038**	**25.563**	**28.952**	**22.470**	**14.011**	**73.942**	**72.525**	**81.894**	**84.098**	**HEALTH CENTRES** (1)
Λευκωσίας	510.348	523.202	466.460	421.960	15.958	21.374	16.334	9.521	61.395	59.521	56.827	56.395	Lefkosia
Αμμοχώστου	39.392	82.987	33.631	27.936	229	435	306	602	424	1.580	2.153	1.763	Ammochostos
Λάρνακας	152.236	192.144	190.559	179.037	2.251	2.042	1.540	916	5.233	5.300	8.989	7.975	Larnaka
Λεμεσού	216.736	229.915	252.943	238.384	6.635	4.801	3.959	2.729	5.434	5.006	12.980	17.139	Lemesos
Πάφου	16.873	16.815	13.912	10.721	490	300	331	243	1.456	1.118	945	826	Pafos
ΣΥΝΟΛΟ	**1.003.662**	**1.124.985**	**1.017.449**	**934.508**	**48.243**	**51.098**	**39.643**	**23.990**	**78.292**	**76.690**	**87.825**	**91.021**	**TOTAL**

Σημ.: (1) Περιλαμβάνονται τα εξωτερικά ιατρεία των παλιών γενικών νοσοκομείων.

Note: (1) The outpatient departments of the "old" general hospitals are included.

Παράρτημα 2

Νομοθεσία που προβλέπετε για την εφαρμογή του Γε.Σ.Υ