

# Σύγκριση υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας των συστημάτων υγείας Κύπρου και Ελλάδας και προτεινόμενα μέτρα βελτίωσής τους.

A comparison of the health care systems of Cyprus and Greece and improvement proposals

Authors: Καραθανάση Κωνσταντινιά<sup>1</sup>, Μαλλιαρού Μαρία<sup>2</sup>, Σαράφης Πάυλος<sup>3</sup>, Ζυγά Σοφία<sup>4</sup>

1. Λοχαγός Νοσηλεύτρια Ειδικευθείσα στη νοσηλευτική χειρουργείου Υποψήφια MSc
2. Λοχαγός Νοσηλεύτρια ειδικευθείσα στην Ψυχική Υγεία
3. M.Sc Πληροφορική Υγείας, Υποψήφια M.Sc Υποψήφια Διδάκτωρ Νοσηλευτικής
4. Επίκουρη Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Πελοποννήσου Τμήματος Νοσηλευτικής

## Περίληψη

Η ανάγκη μεταρρύθμισης διεθνώς των εθνικών συστημάτων υγείας με στόχο την ισότητα, την αποκέντρωση και την κοινωνική αλληλεγγύη, οδήγησε στον σχεδιασμό μιας ισχυρής πρωτοβάθμιας φροντίδας εξασφαλίζοντας ταυτόχρονα με την προαγωγή και αγωγή της υγείας, την πρόληψη ασθενειών. Η καθυστέρηση του ελληνικού και κυπριακού κράτους να σχεδιάσουν, νομοθετήσουν και κυρίως εφαρμόσουν ένα ενιαίο σύστημα, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι εμφανίζονται (ιδιαίτερα η Ελλάδα) στις τελευταίες θέσεις μεταξύ των χωρών της ευρωζώνης, όσον αφορά τους δείκτες υγείας όπως οι κατά κεφαλήν δαπάνες ή τα ποσοστά παχυσαρκίας και καπνίσματος, επιτείνει την ανάγκη ουσιαστικής μεταρρύθμισης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Επιπλέον, η έντονα ριζωμένη νοοτροπία του σύγχρονου Έλληνα και Κύπριου υπέρ της νοσοκομειακής φροντίδας, οφείλει να αλλάξει, δίνοντας την πρέπουσα υποστήριξη στην ισχυροποίηση της ΠΦΥ και των θεσμών της, όπως ο οικογενειακός γιατρός, αφού η συμμετοχή της κοινότητας στην πρόληψη των κυριότερων ασθενειών αλλά και στην προαγωγή της υγείας του συνόλου κρίνεται απαραίτητη. Η συγκριτική μελέτη των δεικτών υγείας των δύο χωρών, οδηγεί την ΠΦΥ για μεν την Ελλάδα στην ανάπτυξη της φροντίδας μεγαλύτερης ηλικίας ασθενών μέσω της κατ' οίκον νοσηλείας και της μετανοσοκομειακής φροντίδας, για δε την Κύπρο λόγω των πολύ καλών δεικτών ηλικιακής κατανομής που παρουσιάζει, στον οικογενειακό προγραμματισμό και τη φροντίδα μητέρας και παιδιού. Και οι δύο χώρες όμως οφείλουν να εφαρμόσουν προγράμματα αγωγής των πολιτών για την πρόληψη του καρκίνου και των καρδιοπαθειών τόσο μέσω προληπτικών εξετάσεων όσο και με την αύξηση της άσκησης και την επαναφορά της υγιεινής μεσογειακής διατροφής. Γι' α να επιτευχθεί όμως αυτό, απαιτείται καλά οργανωμένη ΠΦΥ με διαμόρφωση ηλεκτρονικού υγειονομικού χάρτη και εφαρμογή της ηλεκτρονικής κάρτας ασθενούς.

**Λέξεις κλειδιά:** Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Ελληνικό και Κυπριακό σύστημα υγείας, δείκτες υγείας

## Abstract:

The need to reform the international health systems in order to achieve equality, decentralization and social solidarity, resulted in a design of a strong primary care ensuring the health promotion and disease prevention. The delay of the Greek and Cypriot State to plan, legislate and most of all implement one particular health system, coupled with the fact that according to health indicators such as per capital expenditure or rates of obesity and smoking, they appeared (particularly Greece) to be in the last positions among the Eurozone countries, increases the need for substantial reform of primary care. Moreover, the strongly-rooted culture of the modern Greeks and Cypriots for hospital care must be changed, giving the proper support in strengthening the Primary care such as family doctor, since the community involvement in prevention of major diseases and promotion of health is necessary. A comparative study of health indicators in both countries, impose Greece to develop the care of older patients through home nursing and for Cyprus the family planning and maternal and child care (because of the very good indicators of age distribution).

Both countries, however, must implement civic education programs to prevent cancer and heart diseases through preventive examinations, increasing body exercise and restore healthy Mediterranean diet. To achieve this, a well-organized Primary care with a modulated electronic health map and implementation of electronic patient card is necessary needed.

**Key words:** primary care, Greece health system, Cyprus health system, health indicators

## Εισαγωγή

Η ανάδειξη της υγείας ως σημαντική προτεραιότητα μιας οικονομικά εύρωστης και βιώσιμης κοινωνίας φαίνεται από τον ορισμό που δόθηκε από τον Π.Ο.Υ. ως μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ανθρώπου. Αυτό σημαίνει ότι η υγεία δεν είναι χαρακτηριστικό μόνο του ατόμου αλλά και της κοινωνίας. Σε κοινωνικό επίπεδο, η υγεία είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την οικονομική άνθηση, γι' αυτό άλλωστε οι δείκτες της οικονομικής ανάπτυξης συμπεριλαμβάνουν την κατάσταση υγείας του πληθυσμού. Από την άλλη, ο στόχος «Υγεία για όλους ως το 2000» του Π.Ο.Υ., είχε σα στόχο την ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και τον επαναπροσανατολισμό και εκσυγχρονισμό των συστημάτων υγείας.

Οι συνεχείς μεταβολές στις πολιτιστικές, πολιτικές, κοινωνικές, και οικονομικές συνθήκες των χωρών τον 20ο αιώνα, προκάλεσαν σημαντικές επιπτώσεις και στα συστήματα υγείας και ιδιαίτερα στη ασκούμενη πολιτική υγείας. Η αμφισβήτηση παλαιότερων μοντέλων οργάνωσης σε συνδυασμό με την κοινωνική απαίτηση για ποιότητα και ισότητα στη πρόσβαση των υγειονομικών υπηρεσιών, ανέδειξε την ανάγκη της οργάνωσης της Πρωτοβάθμιας

Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) όπως καθορίστηκε και από τη Διεθνή Συνδιάσκεψη της Alma-Ata το 1978, όπου καθορίστηκε η άμεση δραστηριοποίηση των κυβερνήσεων για την προστασία, πρόληψη, προαγωγή και επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου της υγείας όλου του πληθυσμού. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η ΠΦΥ αποτελεί βασικό συστατικό στοιχείο όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας του οποίου είναι το κεντρικό σημείο αναφοράς, αλλά και του γενικότερου κοινωνικοοικονομικού οικοδομήματος. Είναι η αρχαιότερη μορφή εδώ και 3000 χρόνια και φέρνει την φροντίδα υγείας πληρέστερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται, διαμορφώνοντας σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα, αποτελεσματικότητα και το κόστος της παρεχόμενης φροντίδας, ενώ σημαντική είναι η σχέση γιατρού-ασθενούς που αναπτύσσεται, αφού καθορίζει την εμπιστοσύνη και ικανοποίηση του πολίτη στο σύστημα υγείας.

Στην παρούσα εργασία, θα διερευνηθούν οι ποικίλες υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε δύο ευρωπαϊκές χώρες, την Κύπρο και την Ελλάδα και θα επιχειρηθεί μία σύγκριση με τελικό σκοπό την πρόταση συγκεκριμένων μέτρων βελτίωσης των «κακών» κειμένων.

## 1. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας - Γενικές Αρχές

Σύμφωνα με τη Διακήρυξη της Alma-Ata, η ΠΦΥ οφείλει να απαντά στα κύρια προβλήματα υγείας στην κοινότητα παρέχοντας :Πρόληψη, Θεραπεία, Αποκατάσταση. Πολυδιάστατος λοιπόν ο χαρακτήρας της ΠΦΥ, αφού αναφέρεται στην ιατρονοσηλευτική φροντίδα, στην ψυχολογική υποστήριξη, στη κοινωνική μέριμνα και πρόληψη της αρρώστιας και επομένως αφορά την εκπαίδευση των λειτουργών υγείας, την εξασφάλιση τροφής και προαγωγή καλής διατροφής, την παροχή επαρκούς και πόσιμου νερού, την βασική υγιεινή των αποβλήτων, την υγεία της μητέρας, παιδιού και του οικογενειακού προγραμματισμού, τον εμβολιασμό, την πρόληψη και τον έλεγχο ασθενειών τοπικά, τη θεραπεία κοινών νοσημάτων και τραυματιών και την παροχή φαρμάκων.

## 2. Η Ελληνική και Κυπριακή περίπτωση

Σε αντίθεση με όλες τις ευρωπαϊκές χώρες που ανέπτυξαν τα υγειονομικά τους συστήματα αμέσως μετά τον 2ο παγκόσμιο πόλεμο, η Ελλάδα, [εξαίρεση αποτέλεσε ο 2592/53 που εφάρμοσε κοινοτικούς υγειονομικούς σταθμούς σε απομακρυσμένες αγροτικές περιφέρειες και το 1980 το Νομοσχέδιο Δοξιάδη που όμως δεν ψηφίζεται ποτέ (προέβλεπε την ανάπτυξη πρωτοβάθμιας περίθαλψης, την αποκέντρωση αλλά και τον κοινωνικό έλεγχο του συστήματος)] καθυστέρησε αρκετά και μόλις τη δεκαετία του '80 παρουσιάζει μια ολοκληρωμένη πρόταση με το νόμο 1397/83 που αφορά την εφαρμογή ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Πρόκειται για ένα κυρίως ενιαίο και αποκεντρωμένο σύστημα και γι' αυτό διαιρεί τη χώρα σε 9 υγειονομικές περιφέρειες, δημιουργεί γνωμοδοτικά όργανα τα ΚΕ.ΣΥ και περιφερικά

κέντρα τα ΠΕ.ΣΥ, και αναπτύσσει το θεσμό της ΠΦΥ μέσω δημιουργίας των κέντρων υγείας των περιφερειακών ιατρείων, του γενικού-οικογενειακού γιατρού και του ΕΚΑΒ. Αναπτύσσει όμως σε μεγάλο βαθμό τον αριθμό των νοσοκομείων, το οποίο σε συνδυασμό με τον πολλαπλασιασμό των ιατρικών σχολών και των αποφοίτων τους συν την «εισαγωγή» των εκ Βαλκανίων ιατρών, οδήγησε γοργά σε ένα σύστημα ιδιαίτερα ιατροκεντρικό. Η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική ασφάλιση ενώ το ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών υγείας είναι υψηλό χωρίς το συνυπολογισμό της παραοικονομίας, το γνωστό «φακελάκι».

Η Κύπρος από την άλλη, παρά τα έντονα πολιτικά και στρατιωτικά γεγονότα του περασμένου αιώνα, ανέπτυξε πολύ καλή οικονομία (σύμφωνα με τους δείκτες ανάπτυξης το 1999 το κατά κεφαλήν εισόδημα ήταν στην 16η θέση παγκοσμίως) και η υγεία βρίσκεται σε πολύ καλό επίπεδο, (πίνακας 1)

Εντούτοις, το υφιστάμενο σύστημα παρουσιάζει ανεπάρκειες αφού είναι έντονα επηρεασμένο από την εποχή της αγγλικής αποικιοκρατίας (Beveridge), ενώ μόλις τελευταία έχει προταθεί Γενικό Σχέδιο Υγείας 89(1)2001. Οι υπηρεσίες υγείας χρηματοδοτούνται μέσω του προϋπολογισμού με αυξητικές τάσεις και τα έσοδα προέρχονται από τους ασθενείς με βάση το εισόδημά τους. Η χρέωση στα κρατικά νοσηλευτήρια γίνεται με πάγιο τέλος μίας λίρας για τις υπηρεσίες που παρέχονται στους εξωτερικούς ασθενείς και δωρεάν για τα τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων περιστατικών. Ο ιδιωτικός τομέας επίσης έχει αναπτυχθεί ιδιαίτερα την τελευταία δεκαετία και καλύπτει το 50% της ΠΦΥ

Πίνακας 1:

Έρευνα του υπουργείου υγείας Κύπρου σε 8375 Κύπριους για το επίπεδο υγείας

Επίπεδο υγείας	Άριστο	Πολύ καλό	«Έτσι και έτσι»	Μη καλή	Δεν απαντώ
Ποσοστό	36,3%	36,9%	18,3%	2%	0,2%

Πίνακας 2:  
Στελέχωση ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στην Κύπρο

	Δημόσιο	Ιδιωτικό
Γιατροί	29,2%	70,8%
Οδοντίατροι	5,2%	94%
Νοσηλεύτες	75%	25%

και ΔΦΥ ενώ η στελέχωση σε σύγκριση με το δημόσιο και ιδιωτικό τομέα είναι (πίνακας 2):

#### 2α. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Για την Ελλάδα, σύμφωνα με το τελευταίο σχέδιο νόμου για την ΠΦΥ, το δεύτερο κατά σειρά τα τελευταία 2 χρόνια, προβλέπεται ο διαχωρισμός του ασφαλιστικού και υγειονομικού κλάδου του ΙΚΑ και τα βασικά εργαλεία που θεσμοθετούνται αφορούν:

1) το Εθνικό Δίκτυο της ΠΦΥ, που παρέχεται τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα,

2) την εφαρμογή πρωτοκόλλων τόσο για τις ιατρικές πράξεις όσο και για τη χορήγηση φαρμάκων,

3) την ισότιμη προσχώρηση στο σύστημα του ιδιωτικού φορέα με τη μόνη υποχρέωση να πιστοποιεί τις κτιριακές υποδομές χωρίς ταυτόχρονο έλεγχο στη ποιότητα με κίνδυνο τη παροχή μη ποιοτικής φροντίδας,

4) την ελεύθερη επιλογή οικογενειακού γιατρού από τους ασφαλισμένους και

5) την εφαρμογή της ηλεκτρονικής κάρτας πληρωμών η οποία όμως θα έχει ετήσιο όριο ανάλογα με τον ασφαλιστικό φορέα θίγοντας έτσι την αρχή της ισοπimίας των πολιτών.

Στην Κύπρο η ΠΦΥ παρέχεται από:

1) τα Τμήματα Ατυχημάτων και Επείγοντων Περιστατικών (ΤΑΕΠ), ενώ από το 1999 λειτουργεί πιλοτικά και η Μονάδα Επείγουσας Διάσωσης.

2) από τα Κέντρα Υγείας αστικά και αγροτικά

3) από τα εξωτερικά ιατρεία των Γενικών και Αγροτικών νοσοκομείων και τα εξωτερικά του Στρατιωτικού Νοσοκομείου Εθνικής Φρουράς

4) από 56 οδοντιατρικές κλινικές και 4 κινητές οδοντιατρικές μονάδες.

Στα πλαίσια πρόληψης ασθενειών όπως ο καρκίνος, οι καρδιοπάθειες, η μεσογειακή αναιμία εφαρμόζονται διάφορα προγράμματα με σημαντικότερα το ανιχνευτικό πρόγραμμα καρκίνου του τραχήλου της μήτρας που προσφέρει δωρεάν τεστ Παπανικολάου και δικαίωμα επιλογής γιατρού στις γυναίκες 25-35 ετών και το πρόγραμμα αντιμετώπισης της Μεσογειακής Αναιμίας το οποίο ανακηρύχθηκε από τον ΠΟΥ σε συνεργαζόμενο κέντρο, ενώ η ανάλυση αίματος για το Στίγμα της Μεσογειακής Αναιμίας είναι απαραίτητο έγγραφο για την τέλεση του γάμου.

#### 2.α.1. Κέντρα Υγείας

Σημαντικό τμήμα του δικτύου της ΠΦΥ αποτελούν τα κέντρα υγείας, που στην Ελλάδα ιδρύθηκαν με το νόμο του ΕΣΥ 1397/83 και αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων, με τα οποία όμως βρίσκονται σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, οργανωτική & χρηματοδοτική σύνδεση.

Η χωροθέτησή τους έγινε με βάση γεωγραφικά, πληθυσμιακά & κοινωνικοοικονομικά κριτήρια και έτσι σήμερα λειτουργούν 170 ΚΥ με τα οποία είναι συνδεδεμένα 1.311 περιφερειακά ιατρεία και 19 μικρά νοσοκομεία - ΚΥ με 96 ΠΙ και σύνολο 1.121 κλίνες (περίπου 7 κλίνες το καθένα) για βραχεία νοσηλεία.

Λειτουργούν σε οκτάωρη βάση πέντε ημέρες την εβδομάδα, ενώ εφημερεύουν

τις υπόλοιπες ώρες και τις αργίες. Εδώ υπηρετούν οι αγροτικοί ιατροί με 24ωρη διαθεσιμότητα και παρέχεται δωρεάν ιατρική εξυπηρέτηση. Δεν υπάρχει σύστημα ραντεβού ούτε παραπομπών προς άλλες ειδικότητες παρά μόνο η μεταφορά των εκτάκτων με ασθενοφόρο στα επείγοντα των νοσοκομείων. Οι αποδοχές των γιατρών καθορίζονται με μισθό συνυπολογίζοντας τις εφημερίες. Οι ειδικότητες που λειτουργούν στα ΚΥ είναι η ακτινοδιαγνωστική, η γενική ιατρική και παθολογία, η μαιευτική, η μικροβιολογία, η οδοντιατρική, η καρδιολογία και η παιδιατρική.

Η στελέχωση των ΚΥ παρουσιάζει μεγάλα προβλήματα, ιδιαίτερα στη νησιωτική και ορεινή Ελλάδα όπου η προσβασιμότητα είναι δυσκολότερη ειδικά τους χειμερινούς μήνες. (πίνακας 3)

Τα 31 Κέντρα υγείας στη μεγαλόνησο, είναι κατανεμημένα σε 8 αστικά και 23 αγροτικά, ενώ σε κάθε ΚΥ αντιστοιχεί μεγάλος αριθμός υποκέντρων (194 κατανεμημένα κατά επαρχία). Λειτουργούν μόνο κατά το δημοσιοϋπαλληλικό ωράριο ενώ το συνολικό προσωπικό ανέρχεται σε 55 ιατρούς και 65 νοσηλευτές.

### 2.α.2.Οικογενειακός ιατρός

Το πρώτο επίπεδο της ΠΦΥ αποτελεί ο οικογενειακός γιατρός. Αρχικά ο θεσμός εμφανίστηκε στην Αγγλία ενώ στην Ελλάδα καθορίζεται από το πρόσφατο σχέδιο νόμου και επιλέγεται χωρίς κανένα περιορισμό από τους ασφαλισμένους, από το σύνολο των ιατρών όλων των ειδικοτήτων που υπηρετούν στο δημόσιο ή ιδιωτικό φορέα και έχουν ενταχθεί στο εθνικό δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας. Ο ιατρός γνωμα

τεύει και παραπέμπει τον ασθενή για την διεξαγωγή ιατρικών εξετάσεων πρωτοβάθμιας φροντίδας σύμφωνα με πρωτόκολλα διάγνωσης, πρόληψης και θεραπείας και έχει το δικαίωμα συνταγογράφησης φαρμάκων. Το «κατέβασμα» της ειδικότητας στην ΠΦΥ, θεωρείται ότι αλλοιώνει τον ίδιο το θεσμό, αφού ο ειδικός πλέον θα εμφανίζει αδυναμία αντιμετώπισης του ασθενούς ως πρώτη επαφή. Κατά άλλους όμως, αυτό αποτελεί ισχυρό αντίβαρο στον ιατρικό πληθωρισμό, αφού η Ελλάδα δεν πάσχει από πληθώρα γενικών ιατρών αλλά ειδικευμένων.

Στην Κύπρο με το ΓΕΣΥ, καθορίζεται ο προσωπικός ιατρός που επιλέγεται από τον δικαιούχο ο οποίος έχει δικαίωμα αλλαγής κάθε 6 μήνες. Μέριμνα υπάρχει για την περίοδο των διακοπών όπου ο προσωπικός γιατρός μπορεί να αντικατασταθεί από άλλον ενώ όσον αφορά τα παιδιά έως 15 ετών μπορούν να έχουν ως προσωπικό ιατρό παιδίατρο.

### 2.α.3. Ψυχική Υγεία - Ναρκωτικά

Η έννοια της ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ έχει ως στόχο τη μείωση της ψυχιατρικής νοσηρότητας στην κοινότητα, ενώ βελτιώνει την ποιότητα ζωής του ασθενούς, μειώνοντας την κοινωνική ανισότητα και αποτρέποντας την κοινωνική αναπηρία. Έτσι οι υπηρεσίες παρέχονται στους ασθενείς μέσα στην κοινότητα σε δομές-οικο-τροφεία-ξενώνες-διαμερίσματα-κέντρα ημέρας (από ψυχιάτρους, νοσηλευτές, ψυχολόγους και εργοθεραπευτές), χωρίς την απομάκρυνση από το φυσικό περιβάλλον και με την ενεργή συμμετοχή της κοινότητας, ώστε να επιτυγχάνεται η κοινωνική

Πίνακας 3:

Στελέχωση ΚΥ	
Ιατρικό προσωπικό	<50%
Νοσηλευτικό προσωπικό	=62%
Παραϊατρικό προσωπικό	=55%
Λοιπό και διοικητικό προσωπικό	=62%

επανεξέταση των ψυχικά ασθενών και η μείωση του σιγματος και της περιθωριοποίησης. Η ανάγκη σύνδεσης της ΠΦΥ με τη ψυχική υγεία φαίνεται από τη μελέτη 'Global Burden of Disease' που έδειξε ότι οι κοινές ψυχικές διαταραχές είναι σημαντικές για τη Δημόσια Υγεία, σχεδόν όσο οι καρδιοπάθειες και ο διαβήτης. Η συχνότητα των ψυχικών διαταραχών στη ΠΦΥ είναι μεγάλη, ενώ το 80% περίπου θεραπεύονται σε συστήματα υγείας με καλά ανεπτυγμένη την ΠΦΥ. Στην Ελλάδα, το πρόγραμμα ΨΥΧΑΡΓΩΣ αποτελεί τη ψυχιατρική μεταρρύθμιση, η οποία όμως δεν ολοκληρώνεται μόνο με το κλείσιμο των ψυχιατρικών και την ανάπτυξη εναλλακτικών δομών φροντίδας. Απαιτείται εκπαίδευση του οικογενειακού γιατρού, ο οποίος θα προσφέρει και αγωγή στην κοινότητα ώστε να αλλάξει η στάση και η επικρατούσα νοοτροπία της κοινωνίας απέναντι στη ψυχική νόσο.

Όσον αφορά τη πρόληψη χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, αυτή επιτυγχάνεται μέσω προγραμμάτων από τον Ο ΚΑΝΑ με την ανάπτυξη 70 Κέντρων Πρόληψης σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση, ενώ η κινητή μονάδα «ΠΗΓΑΣΟΣ» (ΚΕΘΕΑ), η οποία δραστηριοποιείται από το 1989, έχει ως αποστολή την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση. Το νέο προσχέδιο του Εθνικού Σχεδίου Δράσης, εξαγγέλθηκε τον Ιούνιο του 2007(Εθνική Στρατηγική για τα Ναρκωτικά 2006-2012) και αναφέρεται στην σταδιακή ενσωμάτωση του προγράμματος υποκατάστασης στο ΕΣΥ και τη μετονομασία του ΟΚΑΝΑ σε Εθνικό Κέντρο Απεξάρτησης.

Στην Κύπρο κατόπιν και της υπογραφής του Σχεδίου Δράσης από την Ε.Ε. το 2005, η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας κατευθύνεται σε 3 άξονες την Κοινωνική Ψυχιατρική (συμπεριλαμβανομένων των τμημάτων εσωτερικής νοσηλείας, με αντικείμενο λειτουργίας τα ψυχιατρικά προβλήματα ενηλίκων), την Παιδική και Εφηβική Ψυχιατρική( για προβλήματα παιδιών μέχρι ηλικίας 17 χρόνων) και τις Τοξικο- εξαρτήσεις. Ήδη από τις αρχές του 2004 λειτουργούν τα τμήματα σωματικής και

ψυχικής απεξάρτησης ΑΝΩΣΗ και ΠΥΞΙΔΑ ως αποκέντρωση από το ψυχιατρικό νοσοκομείο Αθαλάσσας.

#### 2.α.4. Δείκτες υγείας

Οι δείκτες υγείας καθορίζουν σε μέγιστο βαθμό την ένταση και τα σημεία δράσης της ΠΦΥ εκάστοτε συστήματος. Έτσι σύμφωνα με στοιχεία του ΠΟΥ και των στατιστικών υπηρεσιών Ελλάδας και Κύπρου, διαπιστώνουμε ότι οι συνολικές δαπάνες υγείας στη Ελλάδα είναι μεγαλύτερες από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ που είναι 9%, ενώ αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι στην Ελλάδα οι αριθμοί αυτοί παραδόξως αυξάνονται σε περιόδους οικονομικής ύφεσης. Σημαντική είναι επίσης και η αύξηση των κατά κεφαλήν υγειονομικών δαπανών κατ' έτος σε σχέση με την αντίστοιχη των χωρών ΟΟΣΑ που ήταν μόλις 4,3%, γεγονός που αποδεικνύει περίτρανα το «δημόσιο» χαρακτήρα του ΕΣΥ. Σε αυτό συνηγορεί και το μικρό ποσοστό χρηματοδότησης από το δημόσιο σε αντίθεση με το 72,5% των χωρών του ΟΟΣΑ. Στην Κύπρο από την άλλη, αν και υπάρχει αύξηση των συνολικών δαπανών τα τελευταία χρόνια, το ποσοστό παραμένει ακόμα σχετικά χαμηλό με μεγάλη τη συμμετοχή του δημοσίου.

Η Ελλάδα διαθέτει τον μεγαλύτερο αριθμό ιατρών/πληθυσμό και είναι διπλάσιος από εκείνο της Κύπρου, εξηγώντας έτσι τον ιατροκεντρικό χαρακτήρα του ΕΣΥ και το φαινόμενο του ιατρικού πληθωρισμού, ενώ ο νοσοκομειακός χαρακτήρας διαπιστώνεται από τη πληθώρα των νοσοκομειακών κλινών φαινόμενο υπαρκτό και στην Κύπρο. Η γεωγραφική κατανομή των γιατρών είναι σημαντική αναδεικνύοντας την ανάγκη άμεσης λήψης μέτρων-κινήτρων για την στελέχωση των απομακρυσμένων περιοχών όπως γενναιόδωρο επίδομα, βελτίωση δυνατοτήτων μετακίνησης π.χ. πλοία άγονης γραμμής, κα. (πίνακας 4)

Χαρακτηριστικές οι αιτίες θανάτου και στις δύο χώρες, αφού ως αναπτυγμένες εγκατέλειψαν συνήθειες παλαιότερων γενεών (μεσογειακή διατροφή και άσκηση), υιοθετώντας ταυτόχρονα τον αμερικάνικο

Πίνακας 4:  
Γεωγραφική κατανομή γιατρών στην Ελλάδα

Αττική	Θεσσαλία	Στερεά Ελλάδα
34% του πληθυσμού	7% του πληθυσμού	8% του πληθυσμού
54% των γιατρών	4% του πληθυσμού	3% του πληθυσμού

τρόπο ζωής και διατροφής με μηδαμινή άσκηση και την «επανάσταση» του extra- large hamburger, που οδήγησε στην αύξηση της χοληστερόλης και την εμφάνιση των αθηρωματικών πλακών υπεύθυνων για τα χιλιάδες εγκεφαλικά και εμφράγματα. Έτσι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο καρκίνος και οι παθήσεις του αναπνευστικού καταλαμβάνουν τις πρώτες θέσεις, στο- χοποιώντας αντίστοιχα το πεδίο δράσης της ΠΦΥ. Το σημαντικό όμως είναι ότι ο λανθασμένος αυτός τρόπος διατροφής έχει «περάσει» στη νοοτροπία των νέων ανθρώπων όπως φαίνεται από το ποσοστά παχυσαρκίας στην Ελλάδα και στην Κύπρο ενώ σύμφωνα με το ευρωβαρόμετρο όσον αφορά το κάπνισμα καταλαμβάνουν τη 1η και 2η θέση αντίστοιχα στην ευρωζώνη. Απαιτείται λοιπόν η αλλαγή της στάσης ζωής και η επαναφορά συνηθειών παλαιότερων γενεών. Σε αυτό θα συμβάλλει η ΠΦΥ με την αγωγή και προαγωγή της υγείας στα σχολεία και την κοινότητα με αποτέλεσμα την επιτυχή πρόληψη. Το προσδόκιμο επιβίωσης επίσης καθορίζει σε μεγάλο βαθμό το είδος της ΠΦΥ. Από τα παρακάτω σχήματα φαίνεται καθαρά ότι ο ελληνικός πληθυσμός γερνάει ολοένα και πιο πολύ (80,7 χρόνια) όπως και στην Κύπρο (81 χρόνια) αλλά εκείνη

κατέχει το μεγαλύτερο ποσοστό νέων (ΟΙ 4 ετών) σε σχέση με τις χώρες της ΕΕ ενώ ο πληθυσμός άνω των 65 ετών είναι σημαντικά χαμηλότερος και κατά 8% μικρότερος από το αντίστοιχο των νέων.

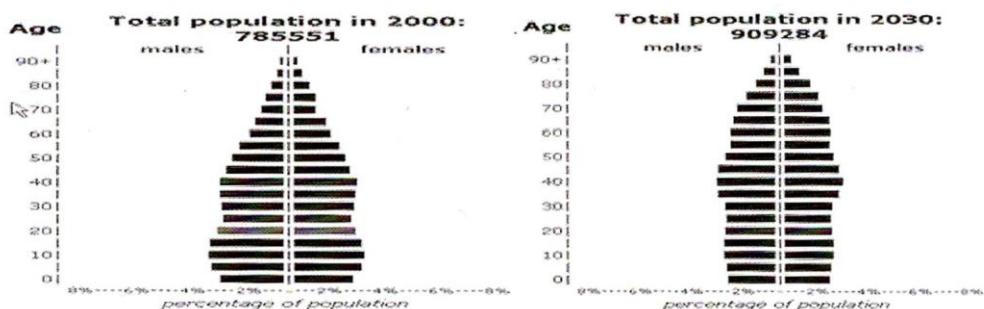
Η νεογνική θνησιμότητα στην Ελλάδα είναι **3,8** θάνατοι σε 1000 γεννήσεις ενώ στην Κύπρο οι αντίστοιχοι θάνατοι είναι 4,9.

Αυτά τα στοιχεία κατευθύνουν την ΠΦΥ της Κύπρου κυρίως προς τον οικογενειακό προγραμματισμό, τη φροντίδα της μητέρας και του παιδιού με προγράμματα εμβολιασμών ενημέρωσης και σχολικής αγωγής. Αντίθετα η ελληνική ΠΦΥ οφείλει να κατευθυνθεί προς την αποκατάσταση, τη μετανοσοκομειακή φροντίδα, τη γηριατρική και τη φροντίδα κατ' οίκον, την αγωγή υπέρ της υγιεινής μεσογειακής διατροφής και την αγωγή κατά του καπνίσματος γιατί οι σύγχρονοι Έλληνες είναι χοντροί και καπνίζουν σα φουγάρα και οι Κύπριοι ακολουθούν!

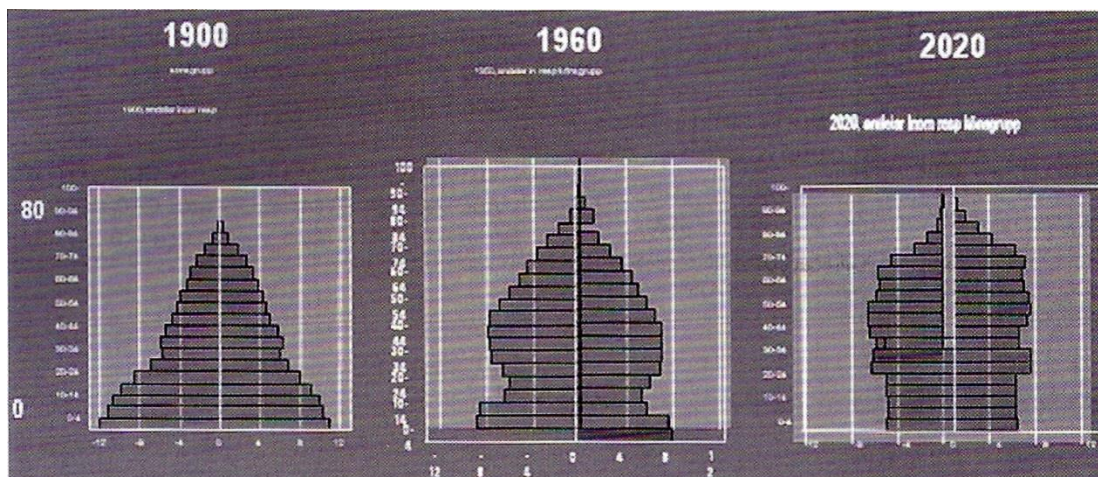
### 3. Μέτρα βελτίωσης υπηρεσιών ΠΦΥ

Πολλοί είναι οι παράγοντες που προσδιορίζουν αρνητικά την ΠΦΥ όπως η μη χρησιμοποίηση κατευθυντήριων οδηγιών από τους οικογενειακούς γιατρούς, η απορ-

Διάγραμμα 1: Πυραμίδα πληθυσμού Κύπρου



Διάγραμμα 2: Πυραμίδα πληθυσμού Ελλάδας



ρόφησή τους στη συνταγογράφηση, η μικρή συμμετοχή τους στη κατ' οίκον παροχή φροντίδας, η μη εμπλοκή τους σε παρεμβάσεις στην κοινότητα για την προαγωγή της υγείας και η αδυναμία διάγνωσης ψυχικών διαταραχών.

Προτείνεται η συνεχής και ολοκληρωμένη φροντίδα στον ασθενή και την οικογένεια μέσω :

- 1) ενίσχυσης του ειδικού οικογενειακού γιατρού με βραχεία εκπαίδευση στη χρήση κλινικών πρωτοκόλλων και απόκτηση βασικών δεξιοτήτων απαραίτητων για την πρώτη αντιμετώπιση των ασθενών και ανάπτυξη της σχέσης γιατρού- ασθενούς,
- 2) δημιουργία μηχανισμών για την ανάπτυξη οδηγιών που θα κατευθύνουν τη διάγνωση, θεραπεία και συνταγογράφηση,
- 3) αναβάθμιση του ρόλου του νοσηλευτή στην κοινότητα σύμφωνα με Ευρωπαϊκά πρότυπα με ανάθεση ρόλων στη διαχείριση ασθενειών ή στη συνταγογράφηση,
- 4) δέσμευση όλων των ασφαλιστικών ταμείων για τη ΠΦΥ για διασφάλιση ενιαίας φροντίδας,
- 5) εισαγωγή μέτρων ελέγχου της κλινικής αποδοτικότητας (medical audit για υπηρεσίες, χρόνο αναμονής κτλ),
- 6) διεύρυνση του ωραρίου λειτουργίας (12-24h), οργάνωση των ειδικοτήτων για μείωση του χρόνου αναμονής και εφαρμογή μικτού συστήματος αμοιβής για την αύξηση της παραγωγικότητας,
- 7) δημιουργία ενιαίου ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου και κάρτας υγείας,
- 8) ενιαία στρατηγική πρόληψης με παρεμβάσεις μέσω της τοπικής αυτοδιοίκησης για το κάπνισμα, τη διατροφή, την άσκηση, τα τροχαία, το περιβάλλον και την υγιεινή,
- 9) εξασφάλιση συντονισμού στη διασύνδεση με τη νοσοκομειακή περίθαλψη,
- 10) ολοκλήρωση του Υγειονομικού Χάρτη για την ενημέρωση του συστήματος με τις ανάγκες και τα προβλήματα του πληθυσμού.

### Συμπεράσματα

Με το τέλος του 2ου παγκοσμίου πολέμου αναγνωρίστηκε η υγεία ως κύριος πυλώνας άσκησης κοινωνικής πολιτικής. Η υγεία, η περίθαλψη και η φροντίδα είναι κοινωνικά αγαθά που δικαιούνται όλοι οι πολίτες γεγονός που τα υφιστάμενα απαρχαιωμένα υγειονομικά συστήματα δεν υποστηρίζουν. Η οργάνωση της ΠΦΥ εξασφαλίζει την αποσυμφόρηση και ορθολογική χρήση της Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας ΦΥ, όσο και την ποιοτική



παροχή υγειονομικής περίθαλψης μέσω της εύκολης πρόσβασης και αποκέντρωσης.

Η Ελλάδα και η Κύπρος ως χώρες της ΕΕ, οφείλουν να νομοθετήσουν ένα υγιές εθνικό σύστημα με ισχυρή ΠΦΥ με αποστολή να προάγει τη συνοχή και την αλληλεγγύη, να ενθαρρύνει και να εμπνέει την ενεργοποίηση του εθελοντισμού, να φέρει τον Έλληνα και Κύπριο κοντά σε έννοιες όπως η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, η

επανάταξη, η αποασυλοποίηση και η συμβίωση με χρήστες ουσιών. Γι' αυτό όμως απαιτείται καθολικός βηματισμός και κυρίως πολιτική βούληση και όχι συνεχιζόμενες προσπάθειες σχεδίων νόμων που όμως δεν εφαρμόζονται ποτέ με αποτέλεσμα οι πολίτες να βιώνουν το στίχο του γνωστού άσματος «φοβάμαι όλα αυτά που θα γίνουν για μένα χωρίς εμένα».

## Βιβλιογραφία

- Αβαγιανού Π (2007) Η πρωτοβάθμια φροντίδα στην κοινωνική ψυχιατρική-Αγωγή Κοινότητας Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική Π.Γ.Ν.Λ
- Αναγνώστου, Γ. Οικονομοπούλου, Χ. (2003) Η οργάνωση και λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στα πλαίσια του γενικότερου κοινωνικού, οικονομικού και πολιτιστικού μοντέλου ανάπτυξης της χώρας μας. Το βήμα του Ασκληπιού,2(2),pp.94-98.
- Ανδρούτσου. Λ, (2007) ΠΦΥ Στρατηγικός σχεδιασμός Π.Π.Ν.Λ.
- Γκούζου Μ. (2003) και συν. Η εξέλιξη, το παρόν και το μέλλον του τομέα της υγείας στην Κύπρο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών θεωρία οργάνωσης και διοίκησης-έλεγχος ποιότητας.
- Διαμαντοπούλου, Α.(2007) Η μεταρρύθμιση ως επιβίωση ενός νέου ΕΣΥ.
- Διεθνής Συνδιάσκεψη Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Alma-Ata, USSR, 6-12 Σεπτεμβρίου 1978.
- Θεοδώρου, Μ. Μητροσύνη, Μ. (1999) Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο Ιδιουπιές και Προκλήσεις. ΕΑΠ, Πάτρα, Ελλάδα.
- Κουρής, Γ. «Άσκηση επί χάρτου» Το νέο σχέδιο για την αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, στο <http://gkouris.blogspot.com/2008/02/h.html> Accessed on 5/2/2008.
- Μάλας. Σκέψεις για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την ασφάλιση, στο <http://www.diablog.gr> Accessed on 6/2/2008
- Μπαλούδος Δ. (2006) Η δημογραφική κατάσταση στην Ελλάδα. Επίκαιρα θέματα, σελ. 1-35.
- Μπένος, Α. (2000) Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας Ένα όνειρο για την αναζωογόνηση μιας ταλαιπωρημένης και παρεξηγημένης έννοιας. Ιατρικά Θέματα τεύχος 16.
- Μπουλουτζά, Π. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στο νέο «ΕΣΥ». Καθημερινή,25/9/2007,<http://www.kathimerini.gr>. Accessed on 5/2/2008
- Νιάκας, Δ. Οι πρόσφατες μεταρρυθμίσεις του Ελληνικού υγειονομικού συστήματος σε σχέση με τις διεθνείς εξελίξεις σελ. 189-211.
- Πέτρουλας, Π. Χλέτσος, Μ. και συν.(1993) Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα Η περίπτωση του ΙΚΑ.σελ.17-44.
- Πολυνείκης, Α. Η διασφάλιση της ποιότητας ως εργαλείο επιτυχίας των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων-εμπειρίες από την Κύπρο. Αθήνα, 14/12/2007.από τη βιβλιοθήκη του e-class.
- Σουλιάτης, Κ. Λιονής, Χ. (2003) Λειτουργική ανασυγκρότηση της ΠΦΥ μια πρόταση για την άρση του αδιέξοδου. Αρχεία ελληνικής ιατρικής 20(5):466-476.
- Τούντας, Γ. Τα συστήματα Υγείας τον 21ο αιώνα . Το Βήμα Ιδεών, Το Βήμα, 4/1/2008 στο <http://www.diamet.gr/sxj3rintText.asp?textID=5002> Accessed on 5/2/2008.

Υπουργείο Υγείας. Σχέδιο νόμου για την οργάνωση και λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Φιλαλήθης, Σ. Η ρητορεία των διακηρύξεων, η θεσμική στασιμότητα και η πεζή πραγματικότητα: Σκέψεις για την υγειονομική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Εισήγηση στη συζήτηση: Η αναζήτηση της μεταρρύθμισης στην ιατρική περίθαλψη , 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο για τη Διοίκηση, τα Οικονομικά και τις Πολιτικές Υγείας Αθήνα, 12-15 Δεκεμβρίου 2007.

[http://www.e-logos.gr/par-ygeia/t001\\_05\\_270303.html](http://www.e-logos.gr/par-ygeia/t001_05_270303.html)

Ψυχική υγεία-Πρόνοια & ΠΦΥ ιατρική εκπαίδευση και Γεε κοινοτικό πλαίσιο στήριξης. Accessed on 5/2/2008

<http://www.alithia.com.cy/alithia/front>

Doorslaer, E. et al, Inequalities in access to medical care by income in developed countries. CMAJ 171/1/2006, pp. 177-183.

Davaki, K. Mossialos, E. (2005) Plus ca Chance: Health Sector Reforms in Greece. Journal of Health Politics, Policy and Law, vol.30,

Mossialos, E et al, (2005) Analysing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia. Health economics vol.14, pp, S151-S168.

Saltman, R. (2005) Primary Care in the Driver's Seat? The Nuffield Trust, pp1-23.

Rose, A. et al, (2004) Development and Testing of the Health Care system Distrust scale, J Gen INTERN MED 19:57-63.

Golna, C. et al (2004) Health care systems in transition Cyprus. ISSN 1020-9077 Vol. 6 No. 5.

Mossialos, E Davaki, K. (2002) Health care developments in Greece: looking back to see forward? LSE Health and Social Care Draft.