

ΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

**"ΤΑ ΔΙΚΤΥΑ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.
Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ"**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΤΗΣ
ΟΛΥΜΠΙΑΣ ΚΑΝΔΥΛΗ



ΕΠΟΠΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΛΕΩΝΙΔΑΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 1997

Στους γονείς μου

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΣΥΝΤΜΗΣΕΙΣ	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο "ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ"	
1.1 Ο Τομέας Υγείας στην Ελλάδα	4
1.2 Νομοθετική Εξέλιξη στην Ελλάδα	6
1.3 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.)	13
1.3.1 Φορείς Πρωτοβάθμιας Περιθαλψης	14
1.3.2 Η Εξωνοσοκομειακή Περιθαλψη στην Ελλάδα	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο "ΠΡΟΣΦΑΤΕΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ Π.Φ.Υ."	
2.1 Δίκτυα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	20
2.2 Εποπτεία και Λειτουργία Δικτύων Π.Φ.Υ.	23
2.3 Οικογενειακοί Γιατροί	25
2.4 Αναβάθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην ύπαιθρο	27
2.5 Χρηματοδότηση και Οικονομική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο "ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ Π.Φ.Υ. ΤΟΥ Ν. ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ"	
3.1 Εξωτερικά Ιατρεία του Ν.Γ.Ν. Καστοριάς	
3.1.1 Γενικά	32
3.1.2 Σκοπός των Ε.Ι. του Ν.Γ.Ν. Καστοριάς	32
3.1.3 Παρουσίαση των Ε.Ι. του Ν.Γ.Ν. Καστοριάς	33
3.1.4 Λειτουργία των Ε.Ι. του Ν.Γ.Ν. Καστοριάς	34
3.1.5 Διοικητική Δομή των Ε.Ι. του Ν.Γ.Ν. Καστοριάς	36
3.1.6 Ανάλυση Προσωπικού των Ε.Ι. του Ν.Γ.Ν. Καστοριάς	38
3.1.7 Κίνηση των Ε.Ι. του Ν.Γ.Ν. Καστοριάς	41
3.2 Σ.Α'Β. (Επείγοντα Περιστατικά) του Ν.Γ.Ν. Καστοριάς	
3.2.1 Γενικά	44
3.2.2 Διοικητική Δομή του Σ.Α'Β. του Ν.Γ.Ν. Καστοριάς	44
3.2.3 Ανάλυση Προσωπικού του Σ.Α'Β. του Ν.Γ.Ν. Καστοριάς	46
3.3 Κέντρο Υγείας Ν. Καστοριάς	
3.3.1 Γενικά	49
3.3.2 Σκοπός του Κ.Υ. του Ν. Καστοριάς	49
3.3.3 Διοικητική Δομή του Κ.Υ. του Ν. Καστοριάς	50
3.3.4 Ανάλυση Προσωπικού του Κ.Υ. του Ν. Καστοριάς	53
3.4 Περιφερειακά Ιατρεία του Ν. Καστοριάς	
3.4.1 Γενικά	57
3.4.2 Σκοπός των Π.Ι. του Ν. Καστοριάς	57
3.4.3 Περιοχή ευθύνης των Π.Ι. Ν. Καστοριάς	58
3.4.4 Ανάλυση Προσωπικού των Π.Ι. του Ν. Καστοριάς	60

3.5 Παροχή Π.Φ.Υ. από τον Ιδιωτικό Τομέα στο Ν. Καστοριάς	
3.5.1 Γενικά	64
3.5.2 Ιδιώτες γιατροί στο Ν. Καστοριάς	65
3.6 Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.) Ν. Καστοριάς	
3.6.1 Γενικά	66
3.6.2 Σκοπός του υποκαταστήματος Ι.Κ.Α. του Ν. Καστοριάς	66
3.6.3 Διοικητική Δομή του υποκαταστήματος Ι.Κ.Α. του Ν. Καστοριάς	67
3.6.4 Ανάλυση Προσωπικού του Υποκαταστήματος Ι.Κ.Α. Ν. Καστοριάς	69
3.6.5 Κίνηση του υποκαταστήματος Ι.Κ.Α. του Ν. Καστοριάς	71

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο "ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ"

4.1 Γενικά	74
4.2 Κύρια προβλήματα της Π.Φ.Υ. στο Ν. Καστοριάς	
4.2.1 Εξωτερικά Ιατρεία του Ν.Γ.Ν. Καστοριάς	75
4.2.2 Σ.Α.Β. (Επείγοντα Περιστατικά/0 του Ν.Γ.Ν. Καστοριάς	76
4.2.3 Κέντρο Υγείας Άργους Ορεστικού στο Ν. Καστοριάς	76
4.2.4 Περιφερειακά Ιατρεία του Ν. Καστοριάς	77
4.2.5 Ιδιωτικός Τομέας του Ν. Καστοριάς	78
4.2.6 Υποκατάστημα Ι.Κ.Α. του Ν. Καστοριάς	79

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΣΥΝΤΜΗΣΕΙΣ

• Α.Ι	:	Αγροτικά Ιατρεία
• Α.Ν	:	Αναγκαστικός Νόμος
• Β.Δ	:	Βουλευτικό Διάταγμα
• Γ.Σ.Ε.Ε	:	Γενική Συνομοσπονδία Εργαζομένων Ελλάδας
• Δ.Ε	:	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση
• Δ.Ο.Υ	:	Δημόσια Οικονομική Υπηρεσία
• Δ.Σ	:	Διοικητικό Συμβούλιο
• Ε.Ε.Σ	:	Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός
• Ε.Ι	:	Εξωτερικά Ιατρεία
• Ε.Ο.Φ	:	Ελληνικός Οργανισμός Φαρμάκων
• Ε.Π	:	Επείγοντα Περιστατικά
• Ε.Σ.Υ	:	Εθνικό Σύστημα Υγείας
• Ι.Κ.Α	:	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
• Κ.Α.Π.Η	:	Κέντρο Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων
• ΚΕ.Σ.Υ	:	Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας
• Κ.Υ	:	Κέντρο Υγείας
• Ν.Γ.Ν	:	Νομαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο
• Ν.Π.Δ.Δ	:	Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου
• Ο.Γ.Α	:	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
• Π.Ε	:	Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης
• Π.Ι	:	Περιφερειακά Ιατρεία
• Π.Φ.Υ	:	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
• Σ.Α'Β	:	Σταθμός Α' Βοηθειών
• ΣΥ.Σ.Ε.Δ.ΥΠ.Υ	:	Συμβούλιο Συντονισμού Ενιαίας Δράσης Υπηρεσιών Υγείας
• Τ.Ε	:	Τεχνολογική Εκπαίδευση
• Υ.Σ	:	Υγειονομικός Σταθμός

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο όρος ανοικτή ή εξωνοσοκομειακή περίθαλψη προσδιορίζει το είδος περίθαλψης που παρέχεται σε ασθενείς για τους οποίους δεν είναι απαραίτητη η νοσηλεία σε νοσοκομείο. Η ανοικτή περίθαλψη κατά την κλασσική της έννοια περιλαμβάνει την παροχή ιατρικών φροντίδων, παρακλινικών και εργαστηριακών εξετάσεων καθώς και μαιευτικών φροντίδων. Πρόκειται δηλαδή για μια ιατρική παρέμβαση που περιορίζεται στη διάγνωση και τη θεραπεία των ασθενειών, αφήνοντας ουσιαστικά έξω από το πλαίσιο της την πρόληψη και την αποκατάσταση.

Για την κάλυψη των πραγματικών αναγκών υγείας του πληθυσμού, ως λύση προτάθηκε η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η οποία ορίστηκε ως

"η ουσιαστική φροντίδα που βασίζεται σε μεθόδους πρακτικά, επιστημονικά και κοινωνικά αποδεκτές, είναι προσιτή σε όλα τα άτομα και τις οικογένειες της κοινότητας που συμμετέχουν ενεργά στο σχεδιασμό και της δραστηριότητες της" (WHO, 1978).

Επομένως, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχει υπηρεσίες σε όλο τον πληθυσμό με βάση τις πραγματικές ανάγκες του και σε συνεργασία με την τοπική κοινωνία, και συμβάλει στην ανάπτυξη της κοινωνικής αλληλεγγύης. Παρέχει υπηρεσίες προαγωγής υγείας, πρόληψης της αρρώστιας, θεραπείας, φροντίδας στο σπίτι και αποκατάστασης - επανένταξης. Αποτελεί δηλαδή το νέο παράδειγμα στην Ιατρική Επιστήμη.

Για να αντιμετωπισθούν οι ανάγκες και οι προϋποθέσεις εφαρμογής της Π.Φ.Υ. στην ύπαιθρο, η οποία αντιμετωπίζει και τα σοβαρότερα προβλήματα για το λόγο ότι έχει να κάνει με τον αγροτικό πληθυσμό ο οποίος βρίσκεται στις αγροτικές περιοχές απομακρυσμένος από την φροντίδα και τις υπηρεσίες που παρέχουν τα Νοσοκομεία στα αστικά κέντρα, ψηφίστηκε ο Ν. 1397/83 για το "Εθνικό Σύστημα Υγείας" (Ε.Σ.Υ.). Με το νόμο αυτό επιδιώκεται μια ριζική αναδιοργάνωση της δημόσιας υγείας που θα παρέχει "ίση και υψηλού επιπέδου περίθαλψη και κοινωνική φροντίδα" σε όλους ανεξαιρέτως τους Έλληνες, υπό την άμεση και αποκλειστική ευθύνη του κράτους.

Στο νέο νόμο αναφέρεται ότι στα πλαίσια του Ε.Σ.Υ. ξεχωριστή βαρύτητα θα δοθεί στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ξεπερνώντας το παραδοσιακό περιεχόμενο της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Σαν μέσο για την επίτευξη αυτού του στόχου επιλέχτηκε ένας

νέος θεσμός για την πρωτοβάθμια φροντίδα, τα "Κέντρα Υγείας" με αποκεντρωμένες μονάδες τους τα "Περιφερειακά Ιατρεία".

Με τον νέο Ν. 2519/97 επιχειρήται εκσυγχρονισμός του Ε.Σ.Υ. Όσον αφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στον νέο νόμο εισάγεται ο θεσμός των "Δικτύων Π.Φ.Υ.", με απώτερο σκοπό την βελτίωση της Π.Φ.Υ. στον αγροτικό πληθυσμό. Οι μεταρρυθμίσεις αυτές θεωρούνται απαραίτητες γιατί με τον αρχικό νόμο περί Ε.Σ.Υ. και τον τρόπο που εφαρμόσθηκε δεν επιλύθηκαν τα προβλήματα που παρουσίασε η παροχή Π.Φ.Υ. στην ύπαιθρο.

Στην εργασία αυτή επιχειρήται ανάλυση των πρωτοβάθμιων φροντίδων υγείας στο Ν. Καστοριάς, προσπαθώντας έτσι να εντοπισθούν τα μειονεκτήματα της υπάρχουσας κατάστασης όσο το δυνατόν καλύτερα, έχοντας στόχο τη σύγκριση της κατάστασης αυτής με τις νέες μεταρρυθμίσεις και κατά πόσο τελικά η εφαρμογή του νέου νόμου είναι εφικτή όσον αφορά κυρίως τον νέο θεσμό των Δικτύων στην Π.Φ.Υ. στο Ν. Καστοριάς και γενικότερα σε άλλες περιοχές ανά την Ελλάδα.

Η εργασία έχει την ακόλουθη δομή:

- Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται σύντομη επισκόπηση του συστήματος υγείας και ιδιαίτερα της Π.Φ.Υ., όπως ισχύει μέχρι σήμερα.
- Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται ανάλυση των διατάξεων του Ν. 2519/97 που αφορούν την Π.Φ.Υ. και ειδικότερα:
 - τα Δίκτυα
 - τους οικογενειακούς γιατρούς και
 - αναβάθμιση της Π.Φ.Υ. στην ύπαιθρο
- Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται μία προσπάθεια ποιοτικής και ποσοτικής ανάλυσης της Π.Φ.Υ. στο Ν. Καστοριάς συμπεριλαμβανομένων όλων των φορέων που παρέχουν Π.Φ.Υ. στο νομό.
- Τέλος η εργασία κλείνει με τις διαπιστώσεις που προκύπτουν από την ανάλυση των διατάξεων του νόμου για την Π.Φ.Υ. και από την επισκόπηση του τομέα Π.Φ.Υ. στο Ν. Καστοριάς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο: "Θεσμικό πλαίσιο της Π.Φ.Υ."

1.1 Ο Τομέας υγείας στην Ελλάδα

Κύριο χαρακτηριστικό της ανάπτυξης του τομέα υγείας στην Ελλάδα είναι ότι συμβαδίζει με την αντίστοιχη πορεία του ίδιου του Ελληνικού κράτους. Επίσης είναι φανερό ότι οργανωτικά και πολιτικά ο υγειονομικός τομέας δεν αναπτύχθηκε όσο έπρεπε. Είναι μία πορεία που οριοθετείται από πολιτικο-οικονομικο-κοινωνικές καταστάσεις που επικράτησαν τον τελευταίο ενάμισυ αιώνα στη χώρα μας, όπως για παράδειγμα πόλεμοι, δικατατορίες, εμφύλιες συρράξεις και οπωσδήποτε άλλες καταστροφές, που τελικά επέδρασαν αρνητικά και οδήγησαν τον υγειονομικό τομέα σε υπανάπτυξη, όπως ήδη προαναφέρθηκε.

Η υπανάπτυξη του τομέα εντοπίζεται τόσο από άποψη οργάνωσης και χρηματοδότησης, όσο και από άποψη μεγέθους και εύρους των παρεχόμενων υπηρεσιών. Παρά τις προσπάθειες και τα σημαντικά βήματα που έγιναν, κυρίως τα τελευταία σαράντα χρόνια, η πρωτοβάθμια περίθαλψη και κατ' επέκταση οι υγειονομικές υπηρεσίες δεν μπορούν να αποτελέσουν ένα κατά προσέγγιση έστω σωστά οργανωμένο, δομημένο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας.

Επίσης κύριο χαρακτηριστικό του τομέα υγείας είναι ότι οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρέασαν αρνητικά αυτήν την πορεία ήταν οι δύο παγκόσμιοι πόλεμοι, η μικρασιατική καταστροφή, το ασταθές πολιτικο-κοινωνικό περιβάλλον και η στενότητα οικονομικών πόρων, με αποτέλεσμα η ανάπτυξη της κοινωνικής πολιτικής να αποτελεί δευτερεύον στόχο και προτεραιότητα για τις εκάστοτε κυβερνήσεις. Από την άλλη πλευρά διάφορες καταστάσεις, συνθήκες και γεγονότα, όπως για παράδειγμα, η ταχεία οικονομική και βιομηχανική ανάπτυξη της εικοσαετίας 1960 - 1980, η ανάπτυξη του εργατικού κινήματος, η εξέλιξη και η επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης και η γενικότερη άνοδος του βιοτικού και μορφωτικού επιπέδου του πληθυσμού επέδρασαν θετικά στην πορεία ανάπτυξης του υγειονομικού τομέα.

Χρονολογικά και μέχρι το τέλος του 2ου Παγκόσμιου Πολέμου η παρουσία του κράτους στον τομέα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης περιοριζόταν σε παρεμβάσεις κατά περίπτωση με σκοπό να καταπολεμηθούν τα λοιμώδη νοσήματα και οι επιδημίες, ενώ αντίθετα, σημαντικό ρόλο κατείχε η φιλανθρωπία και η εκκλησία και οπωσδήποτε τα διάφορα ταμεία αλληλοβοήθειας που άρχισαν να δημιουργούνται. Την περίοδο αυτή, μέχρι δηλαδή το τέλος του

2ου Παγκόσμιου Πολέμου, οι κυριότερες παρεμβάσεις του κράτους στον τομέα της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης έγιναν:

α) το 1923 με την ψήφιση του Ν.Δ. "περί οργάνωσης της περιφερειακής υγειονομικής υπηρεσίας",

β) το 1934 με την ψήφιση του Ν. 6298 για την ίδρυση του Ι.Κ.Α. και **γ)** με την ψήφιση του Α.Ν. 965/37 που προέβλεπε τη σύσταση και λειτουργία πολυιατρείων στις πόλεις και υγειονομικών σταθμών στην ύπαιθρο.

Όσον αφορά τη μεταπολεμική περίοδο, η παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης γινόταν από διάφορους φορείς, χωρίς να υπάρχει οργάνωση στην λειτουργία τους και την παροχή Π.Φ.Υ.. Επίσης την περίοδο αυτή έχουμε μία ταχεία ανάπτυξη της κοινωνικής ασφάλισης με τη δημιουργία πολλών ασφαλιστικών ταμείων.

Τέλος η κρατική παρέμβαση για την οργάνωση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης γίνεται πιο εμφανής, τόσο σε επίπεδο έρευνας και προτάσεων, όσο και σε νομοθετικό έργο, αλλά και σε ουσιαστικές προσπάθειες για την ανάπτυξη, συντονισμό και οργάνωση του τομέα υγείας στην Ελλάδα.

1.2 Νομοθετική εξέλιξη στην Ελλάδα

Η ιστορία της υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα μπορεί να διακριθεί σε τρεις χρονικές περιόδους ανάλογα και με τις νομοθετικές ρυθμίσεις που αποτέλεσαν σταθμούς στο σύστημα υγείας της χώρας.

Α' περίοδος: Προ - Ε.Σ.Υ. (1945 - 1955)

Η πρωτοβάθμια φροντίδα στην Ελλάδα ήταν στην ουσία ανύπαρκτη μέχρι τον 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο. Μετά τον πόλεμο έγιναν οι πρώτες προσπάθειες συγκρότησης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ήδη από το 1947 παρουσιάζονται οι πρώτες ενδείξεις. Στο "πρόγραμμα κατανομής 150 εκατομμυρίων δολλαρίων Αμερικανικής Βοήθειας" στον τομέα την εξωνοσοκομειακής περίθαλψης περιλαμβάνονται:

- α) Η κατασκευή ενός αγροτικού ιατρείου και η επισκευή ενός άλλου και
- β) Η κατασκευή δύο πολυιατρείων και η επισκευή τριών άλλων.

Επίσης το 1948 η Αμερικανική αποστολή στο "Τετραετές Πρόγραμμα Ανασυγκροτήσεως" για την Ελλάδα, συμπεριέλαβε και την πρωτοβάθμια περίθαλψη στην επαρχία συνδέοντας την άμεσα με την λειτουργία των υγειονομικών κέντρων. Το πρόγραμμα αυτό προέβλεπε την εγκατάσταση 15 υγειονομικών κέντρων στις πρωτεύουσες των νομών και 20 άλλων σε μικρότερες κωμοπόλεις. Τα κέντρα αυτά εκτός από τη στέγαση διαφόρων υγειονομικών υπηρεσιών θα χρησίμευαν και σαν ιατρεία προληπτικής ιατρικής, μικροβιολογικά και χημικά εργαστήρια. Επίσης το 1948 η Ελληνική Κυβέρνηση συνέταξε το "Προσωρινό μακροπρόθεσμο πρόγραμμα οικονομικής ανορθώσεως της Ελλάδας", σύμφωνα με πληροφορίες και δεδομένα της Αμερικανικής Αποστολής.

Γενικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι η οργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην ύπαιθρο αφέθηκε από το Ελληνικό κράτος στην καλή αλλά αβέβαιη θέληση της αμερικανικής φιλανθρωπίας και βοήθειας, κάτι που είχε αρνητικές συνέπειες στο άμεσο μέλλον.

Επίσης ένας άλλος παράγοντας που εμπόδισε την άσκηση μιας ευρύτερης υγειονομικής πολιτικής ήταν και οι περιορισμοί που επέβαλε το Υπουργείο Οικονομικών τόσο στο συνολικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγιεινής, όσο και στο ύψος του μισθού των γιατρών του

δημοσίου. Οι χαμηλοί μισθοί αποθάρρυναν τους γιατρούς να εργασθούν στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας και τους εξωθούσαν να προτιμήσουν διάφορους φιλανθρωπικούς οργανισμούς οι οποίοι πρόσφεραν υπερδιπλάσιους μισθούς. Το Υπουργείο Υγιεινής για να αποδεσμευθεί από το Υπουργείο Οικονομικών ενίσχυσε τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό (Ε.Ε.Σ.), παρέχοντας μισθούς 2,5 φορές μεγαλύτερους από το δημόσιο. Με τον τρόπο αυτό εύρισκε εύκολα ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για να οργανώσει τις ιατρικές του υπηρεσίες. Τελικά όμως αυτός ο τρόπος αποδείχθηκε αδιέξοδο για τον Ε.Ε.Σ. στον τομέα της ανοικτής περίθαλψης που σχεδόν εξαντλιόταν στην οργάνωση προσωρινών ή κινητών ιατρικών συνεργειών, χωρίς να προωθεί πρόγραμμα **μόνιμων** υγειονομικών σχηματισμών και να δημιουργεί την ανάλογη υποδομή.

Το 1950 εφαρμόστηκε ένα πρόγραμμα "υγειονομικής αναβάθμισης της χώρας" το οποίο εκτός των άλλων προέβλεπε και την οργάνωση πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας στην ύπαιθρο. Πιο συγκεκριμένα στο πρόγραμμα προτεινόταν για την περίοδο 1948 - 1953 η δημιουργία 120 συνολικά Κέντρων Υγείας (50 "τύπου Α" και 70 "τύπου Β") που θα κάλυπταν όλο τον πληθυσμό της χώρας με αναλογία ενός κέντρου ανά 100.000 αστικού ή 30.000 - 50.000 αγροτικού πληθυσμού και ακόμη η κατασκευή 100 κοινοτικών ιατρείων. Το σχέδιο αυτό όμως δεν υλοποιήθηκε καθόλου.

Το 1950 με τον Α.Ν. 1429 "περί υποχρεωτικής θητείας των ιατρών εις την ύπαιθρον" υποχρέωνε όλους τους νέους γιατρούς να εργασθούν για τρία χρόνια σε οικισμούς με πληθυσμό μικρότερο των 10.000 κατοίκων. Και αυτό το μέτρο υπήρξε αποτυχημένο. Ο νόμος αυτός κρίθηκε αντισυνταγματικός.

Έτσι, άμεση κρατική δραστηριότητα στον τομέα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην ύπαιθρο ουσιαστικά μέχρι το 1953 δεν υπήρξε.

Το 1953 με το Ν.Δ. 2592/53 εκδηλώθηκαν και τα πρώτα θεσμοθετημένα μέτρα για την οργάνωση πρωτοβάθμιων υπηρεσιών στην ύπαιθρο με την ευθύνη του κράτους. Το διάταγμα αυτό προέβλεπε την ίδρυση μόνιμων υγειονομικών σχηματισμών με την επωνυμία "Κοινοτικοί Υγειονομικοί Σταθμοί" που θα ήταν επανδρωμένοι με έναν γιατρό και μία μαία ή νοσοκόμα και μικρό αριθμό κρεβατιών. Αυτοί οι σταθμοί μπορούσαν να ιδρυθούν μέχρι 15 σε κάθε μία από τις 13 υγειονομικές περιφέρειες στις οποίες θα χωριζόταν η χώρα με βάση το Ν.Δ. 2592/53. Το 1954 λειτούργησαν 32 υγειονομικοί σταθμοί και το 1955 40.

Σίγουρο είναι πάντως ότι η πολιτική βούληση για την ευρεία ανάπτυξη των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών στην ύπαιθρο εκδηλώνεται μετά το 1955 οπότε πλέον αφενός παρατηρείται μια σημαντική αύξηση του αριθμού των υγειονομικών σταθμών και αφετέρου θεσπίζεται η ίδρυση των αγροτικών ιατρείων.

Πρέπει πάντως να υπογραμμισθεί ότι η θεσμοθέτηση των υγειονομικών σταθμών αποτελεί την πρώτη σοβαρή και ουσιαστική παρέμβαση του κράτους στην ιατρική κάλυψη της υπαίθρου την δεκαετία 1945 - 1955.

B' περίοδος: Προ - Ε.Σ.Υ. (1955 -1982)

Αν και η εκτεταμένη εφαρμογή της αγροτικής περίθαλψης αρχίζει το 1955, η δημιουργία ενός μέρους του συστήματος ανοικτής περίθαλψης της υπαίθρου αρχίζει το 1953 με το Ν.Δ. 2592 "περί οργανώσεως της ιατρικής αντίληψεως". Με βάση τα άρθρα 6 και 16 του Ν.Δ. 2592/53 προβλέφθηκε η ίδρυση στην ελληνική υπαίθρο υγειονομικών σχηματισμών με την επωνυμία κοινοτικοί σταθμοί, που καλύπτουν πληθυσμό 5.000 - 8.000 κατοίκων και στελεχώνονται μ' ένα γιατό, μια αδελφή ή μία μαία και μέχρι δύο βοηθητικούς υπαλλήλους. Οι πόροι τους προέρχονται από τα νοσήλεια των εύπορων ή σχετικώς απόρων ασθενών και τα νοσήλεια που καταβάλλονται από το κράτος, τους δήμους ή τις κοινότητες για λογαριασμό των απόρων.

Μετά το Ν.Δ. 2592/53 ακολούθησε το Β.Δ. από 27-3-54, καθόρισε σε 15 τον ανώτατο αριθμό κοινοτικών υγειονομικών σταθμών που μπορούν να ιδρυθούν σε κάθε μία από τις προβλεπόμενες υγειονομικές περιφέρειες της χώρας. Προσδιόριζε ακόμη τους σκοπούς των κοινοτικών υγειονομικών σταθμών, καθώς και τις λεπτομέρειες της ίδρυσης και λειτουργίας τους.

Το Ν.Δ. 2592/53 και το Β.Δ. 27-3-54 πρέπει να θεωρηθούν σας άμεση προέκταση της προπολεμικής πολιτικής (Ν. 965/37) που επαγγελόταν την δημιουργία ανάλογων υγειονομικών σχηματισμών.

Στα τέλη του 1955 ψηφίζεται ο Ν. 3487 "Περί Κοινωνικής Ασφαλίσεως των Αγροτών". Ο νόμος αυτός αποτελεί τη βάση της ανάπτυξης και λειτουργίας ολόκληρου του συστήματος περίθαλψης του αγροτικού πληθυσμού συνεχώς μέχρι το 1983, και για το λόγο αυτό εκλαμβάνεται χρονικά και νομοθετικά ως η πραγματική αφετηρία της περιόδου.

Με τον νόμο αυτό προβλέπεται η ίδρυση ενός δικτύου ιατρείων σε χωριά και κωμοπόλεις ολόκληρης της χώρας σε αρκετά εκτεταμένη κλίμακα. Τα ιατρεία του Ν.3487/55 είναι δύο τύπων:

α) κοινοτικά ιατρεία και

β) αγροτικά ιατρεία.

Επίσης προβλέπεται η δυνατότητα ίδρυσης σε ειδικές περιπτώσεις, υγειονομικών σταθμών με περισσότερες από 6 κλίνες και μέχρι 10.

Πέντε χρόνια αργότερα με το Ν.Δ. 4111/60, δίνεται η δυνατότητα ίδρυσης υγειονομικών σταθμών δύναμης 15 κλινών σε κωμοπόλεις με πληθυσμό μεγαλύτερο των 5.000 κατοίκων ενώ αυξάνεται το προσωπικό των υγειονομικών σταθμών.

Την ίδια χρονιά στο Ν. 4053/60 "Περί οργανώσεως του αντιφυματικού αγώνος", περιλήφθηκαν διατάξεις που καθιέρωναν για πρώτη φορά την υποχρεωτική άσκηση της ιατρικής από τους νέους γιατρούς. Οι διατάξεις αυτές τελικά δεν οδήγησαν στην επιθυμητή ανακατανομή του ιατρικού δυναμικού.

Το 1961 ιδρύεται ο Ο.Γ.Α. (Ν. 4169/61) που έχει να κάνει με την διαχείριση όλων των ασφαλιστικών ζητημάτων που αφορούν τους αγρότες. Το δίκτυο αγροτικών ιατρείων αναφέρεται τώρα σαν "κλάδος ασθενείας" του Ο.Γ.Α., αλλά στην πράξη τα ιατρεία παραμένουν πάντα υπό την εποπτεία του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών.

Με το Ν.Δ. 4440/64, τα κοινοτικά και αγροτικά ιατρεία μετονομάζονται σε αγροτικά ιατρεία Α' και Β' τάξης αντίστοιχα. Θεσπίζεται ακόμη και η διάκριση σε πεδινά - ημιορεινά - ορεινά με σκοπό τη δημιουργία κινήτρων για την επάνδρωσή τους. Με το ίδιο Ν.Δ. γίνονται επιπλέον ορισμένες τροποποιήσεις στο προσωπικό των υγειονομικών μονάδων.

Το 1966 με το Β Δ 984, καθιερώνεται η δωρεάν νοσοκομειακή περίθαλψη των αγροτών και το πιστοποιητικό απορίας καταργείται.

Με το Ν.Δ. 67/68, επιχειρείται και πάλι να δοθεί λύση στο πρόβλημα της στελέχωσης των αγροτικών ιατρείων. Έτσι θεσπίζεται για όλους τους Έλληνες υπηκόους απόφοιτους ιατρικών σχολών η "υποχρέωση υπηρεσίας υπαίθρου", για ορισμένο χρονικό διάστημα.

Με το ίδιο Ν.Δ. δόθηκε η δυνατότητα ίδρυσης Κινητών Υγειονομικών Μονάδων για την κάλυψη των ιατρικών αναγκών ορισμένων προβληματικών περιοχών.

Τα Β Δ 150/68 και 592/68 καθορίζουν για πρώτη φορά τις έδρες και τις περιοχές ευθύνης όλων των προβλεπόμενων αγροτικών ιατρείων και υγειονομικών σταθμών της χώρας.

Με το Ν. 882/78 θεσπίζονται για πρώτη φορά θέσεις μονίμων αγροτικών μαιών και επισκεπτριών νοσοκόμων.

Με το Ν. 1287/82 καθιερώνεται η φαρμακευτική περίθαλψη των αγροτών.

Γ' περίοδος: Μετά - Ε.Σ.Υ. (1983 μέχρι σήμερα)

Το 1983 αποτελεί σταθμό στην πορεία για την οργάνωση του ελληνικού υγειονομικού χώρου, αφού με το νόμο 1397 θεσμοθετείται για πρώτη φορά ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), όπου την ευθύνη για την κάλυψη των αναγκών υγείας αναλαμβάνει αποκλειστικά το κράτος, το οποίο μέσα από ένα δίκτυο υπηρεσιών που θα δημιουργήσει θα παρέχει υπηρεσίες ισότιμα σε κάθε πολίτη και ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση. Στην πρωτοβάθμια περίθαλψη ο νόμος εισάγει τον θεσμό των Κέντρων Υγείας, που θα αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των Νομαρχιακών Νοσοκομείων με άμεση νοσηλευτική, επιστημονική, οργανωτική και χρηματοδοτική σύνδεση. Τα Κ.Υ. για τις αγροτικές περιοχές με τα Περιφερειακά τους Ιατρεία ως αποκεντρωμένες μονάδες αυτών, συστήνονται σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα, αναγείρονται, εξοπλίζονται και τα περισσότερα από αυτά αρχίζουν να λειτουργούν. Βάσει των προβλέψεων του νόμου συστήνονται 176 Κ.Υ. εκ των οποίων τα 174 με προδιαγραφές για να καλύψουν αγροτικές περιοχές και 2 (Ελευσίνας και Σαλαμίνας) για αστικές περιοχές. Από αυτά σήμερα λειτουργούν τα 170 και τα υπόλοιπα 6 βρίσκονται στα τελευταία στάδια αποπεράτωσης της κτιριακής υποδομής τους. Επίσης έχουμε και 19 Κ.Υ. τα οποία στεγάζονται με μικρά επαρχιακά Νοσοκομεία και σήμερα λειτουργούν ως Νοσοκομεία.

Σύμφωνα με το νόμο 1397/83 τα ήδη συστημένα αγροτικά ιατρεία και οι Υγειονομικοί Σταθμοί συγχωνεύονται σε Κέντρα Υγείας ή σε Περιφερειακά Ιατρεία.

Από το 1987, με την έκδοση των κοινών αποφάσεων, περίπου τα 2/3 του συνόλου των Υγειονομικών Σταθμών και των Αγροτικών Ιατρείων έχουν συγχωνευθεί σε έδρες των Κ.Υ. ή των Π.Ι. ή σε Π.Ι. των 19 Νοσοκομείων - Κέντρα Υγείας. Το υπόλοιπο 1/3 των Υ.Σ. και Α.Ι. παρέμεινε στις Διευθύνσεις Υγιεινής των Νομαρχιών με προοπτική να ενταχθούν στα υπό σύσταση Κ.Υ. και Π.Ι. των αστικών περιοχών. Επιπλέον στις αγροτικές περιοχές και όπου δεν προϋπήρχαν Υ.Σ. ή Α.Ι., δημιουργούνται 55 νέα Π.Ι. Με βάσει τα πιο πάνω και μέχρι την ψήφιση του νόμου 2071/92 φαίνεται να λειτουργούν:

1. Π.Ι. ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κ.Υ.
2. Π.Ι. ως αποκεντρωμένες μονάδες των Νοσοκομείων - Κέντρα Υγείας
3. Π.Ι. ως αποκεντρωμένες μονάδες Νομαρχιακών ή Περιφερειακών Νοσοκομείων

4. Υ.Σ. και Α.Ι. που υπάγονται στις Διευθύνσεις των Νομαρχιών

Επίσης το 1992 με την ψήφιση του νόμου 2071 επέρχονται οι εξής αλλαγές:

- α) Τα Κ.Υ. αποκόπτονται από τα Νοσοκομεία και θεωρούνται πλέον αποκεντρωμένες μονάδες παροχής Π.Φ.Υ. των Διευθύνσεων Υγιεινής των κατά τόπους Νομαρχιών.
- β) Τα Π.Ι. των Κ.Υ. μετονομάζονται σε Υ.Σ.
- γ) Τα Α.Ι. και οι Υ.Σ. μετονομάζονται όλα σε Υ.Σ.

Επιπλέον το 1993 συστήνονται 20 νέα Κ.Υ. των οποίων ακόμη δεν έχει καθοριστεί ο τομέας ευθύνης τους.

Ο νόμος 2194/94 "Περί αποκατάστασης του Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις", επανασυνδέει τα Κ.Υ. με τα Περιφερειακά Νοσοκομεία, αναφέροντας συγκεκριμένα ότι τα Κ.Υ. μετατρέπονται και λειτουργούν ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των Νοσοκομείων του νόμου στον οποίο ανήκουν. Οι Υ.Σ. μετονομάζονται σε Π.Ι. και λειτουργούν ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κ.Υ.

• Νόμος 2519/21-8-1997

Σύμφωνα με τον νέο νόμο 2519/97, επιχειρήται ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.), οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για τα φάρμακα και άλλες διατάξεις.

Συγκεκριμένα:

- Δικαιώματα πολιτών στις υπηρεσίες υγείας.
- Οργάνωση και λειτουργία υπηρεσιών δημόσιας υγείας.
- Οργάνωση και συντονισμός παροχής υπηρεσιών υγείας.
- Εποπτεία - Διοίκηση - Οργάνωση - Λειτουργία Νοσοκομείων.
- Αναβάθμιση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Υπαιθρο.
- Χρηματοδότηση και Οικονομική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας.
- Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Δίκτυα, Οικογενειακοί Γιατροί).

- Γιατροί Ε.Σ.Υ. και άλλοι κλάδοι επιστημόνων Ε.Σ.Υ..
- Ρύθμιση θεμάτων Φαρμάκων και Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.).
- Λοιπές Διατάξεις.

Όπως είδαμε και παραπάνω, ο τομέας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα αν και έχει κάνει θετικά βήματα με το νόμο 1397/83 "Περί Ε.Σ.Υ.), έχει φθάσει σ' ένα σημείο οριακό και αντιμετωπίζει πολλά αδιέξοδα.

Τα αδιέξοδα αυτά ήλθε να άρει ο Ν. 2519/97 και ιδίως με τις διατάξεις που προβλέπονται για τα Συντονισμένα Δίκτυα Π.Φ.Υ. Τα βασικά σημεία του νόμου που αφορούν την παροχή πρωτοβάθμιων φροντίδων υγείας θα αναλύσουμε παρακάτω στο επόμενο κεφάλαιο.

1.3 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.)

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται στις αγροτικές και τις αστικές περιοχές σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου 1397/83, από τα Κέντρα Υγείας με τα Περιφερειακά τους Ιατρεία. Ο νόμος που στην μεγαλύτερη του έκταση ισχύει και σήμερα, έθεσε για πρώτη φορά τα θεμέλια για ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Συγκεκριμένα η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας προέβλεπε, όπως αναφέρθηκε και στην Νομοθετική - Ιστορική εξέλιξη, τη δημιουργία ικανού αριθμού Κ.Υ. και Π.Ι. που θα κάλυπταν τις ανάγκες πρωτοβάθμιας φροντίδας όλων των πολιτών, τόσο στις αγροτικές όσο και στις αστικές περιοχές.

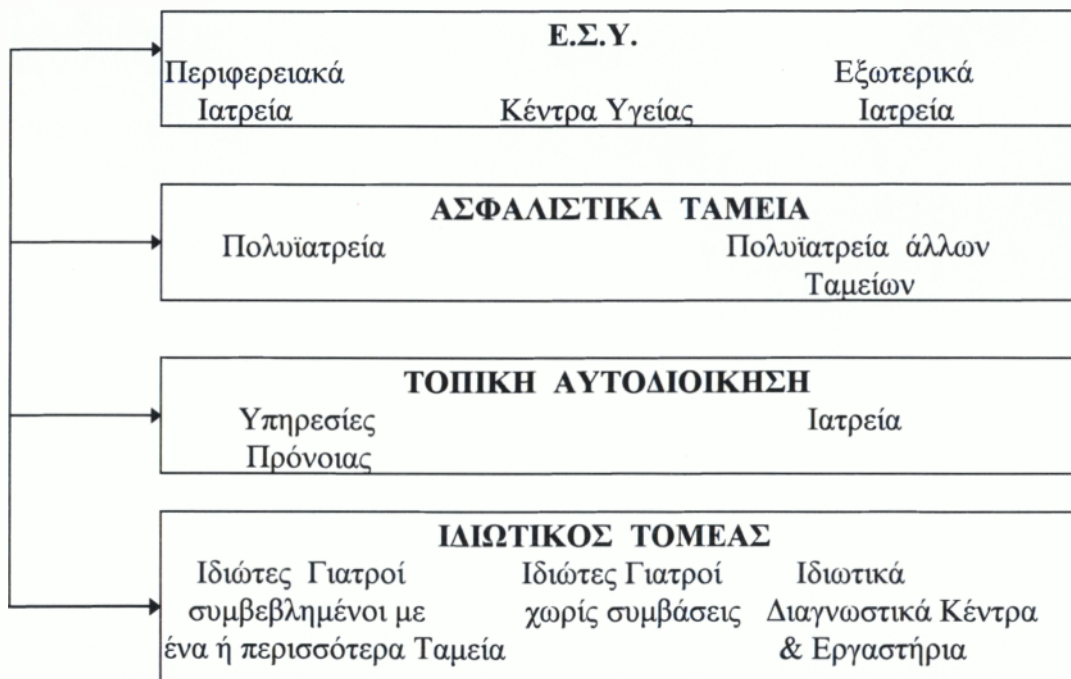
Στις αγροτικές περιοχές η δημιουργία των Κ.Υ. και των Π.Ι. βελτίωσαν σε μεγάλο βαθμό την κατάσταση. Στις αστικές περιοχές όμως οι προβλέψεις του νόμου δεν υλοποιήθηκαν, τουλάχιστον όσον αφορά την πρωτοβάθμια περίθαλψη και τη δημιουργία Κ.Υ., με αποτέλεσμα η κατάσταση να παραμένει στάσιμη, δηλαδή κατακερματισμός των υπηρεσιών σε επίπεδο οργάνωσης και λειτουργίας με πληθώρα φορέων. Επίσης παρατηρήθηκαν διαφοροποιήσεις στον τρόπο και τις διαδικασίες παροχής των φροντίδων και σημαντικές ανισότητες στο εύρος και την ποιότητα αυτών.

1.3.1 Φορείς Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα στην Ελλάδα παρέχεται από τους παρακάτω φορείς Πρωτοβάθμιας περίθαλψης:

- Ε.Σ.Υ.
- Ασφαλιστικά Ταμεία
- Τοπική Αυτοδιοίκηση
- Ιδιωτικός Τομέας

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1: Φορείς παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα.



1.3.2 Η Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη στην Ελλάδα.

Η Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη στην Ελλάδα παρέχεται:

- από τα εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων
- από τα Κέντρα Υγείας
- από τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς (Ι.Κ.Α. - άλλα ασφαλιστικά ταμεία)
- από την Τοπική Αυτοδιοίκηση
- από τον Ιδιωτικό Τομέα
- από την πρωτοβάθμια περίθαλψη

Ειδικότερα:

Τα **Εξωτερικά Ιατρεία** των Νοσοκομείων επιφορτίζονται σε μεγάλο βαθμό την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Στοιχεία για τον αριθμό επισκέψεων στα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων δεν είναι δυνατόν να υπολογισθεί διότι δεν υπάρχει μηχανογραφημένο αρχείο ασθενών.

Επίσης υπάρχουν προβλήματα σχετικά με την παροχή υπηρεσιών από τα Εξωτερικά Ιατρεία, τα οποία δημιουργούνται από το μικρό ωράριο λειτουργίας αυτών. Στα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων έχουμε μία συνεχή αλλαγή των γιατρών, έτσι ώστε κάποιος ασθενής δεν έχει κάποιον σταθερό γιατρό που θα εξυπηρετηθεί κάθε φορά και επόμενο είναι να δημιουργηθεί μία σύγχυση από μέρους του ασθενή. Επίσης θα πρέπει να αναφερθεί ότι στην επαρχία έχουμε σοβαρές ελλείψεις και άνιση κατανομή ειδικών υπηρεσιών, εξοπλισμού, ειδικών γιατρών καθώς και εκπαιδευμένου νοσηλευτικού προσωπικού.

Τέλος, εκτός από τα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων που είναι ενταγμένα στο Ε.Σ.Υ., υπάρχουν ακόμη 13 Στρατιωτικά Νοσοκομεία και εκτός Ε.Σ.Υ. υπάρχουν ακόμα άλλα 13 Νοσοκομεία του Ι.Κ.Α., Πανεπιστημίου, κ.λ.π., τα οποία προσφέρουν στα Εξωτερικά τους Ιατρεία υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης.

Όλα τα παραπάνω, μαζί με τις ελλείψεις που έχουν ήδη αναφερθεί και τις οργανωτικές αδυναμίες σχετικά με τη σωστή ροή των ασθενών αποτελούν τα κύρια προβλήματα που είναι προς επίλυση.

Σύμφωνα με το νόμο 1397/83 έχουμε μία καινούργια οργανωτική διάρθρωση στην Πρωτοβάθμια Περιθαλψη η οποία βασίζεται στα **Κέντρα Υγείας**. Όπως προκύπτει από τον 1397/83, διοικητικά τα Κ.Υ. αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των κατά τόπους Νομαρχιακών Νοσοκομείων με νοσηλευτική, επιστημονική, χρηματοδοτική και λειτουργική σύνδεση με αυτά. Ο νόμος 2071/92 περιόρισε την στενή εξάρτηση των Κ.Υ. από τα Νοσοκομεία με την έναρξή τους στις διοικητικές υπηρεσίες των Νομαρχιών, για να επανασυνδεθούν και πάλι με τα Νοσοκομεία με τον νόμο 2194/94.

Επίσης θα πρέπει να αναφερθεί ότι σήμερα στην Ελλάδα λειτουργούν 170 Κ.Υ. με τα οποία είναι συνδεδεμένα 1.311 Περιφερειακά Ιατρεία και επίσης λειτουργούν 19 μικρά Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας με 96 Περιφερειακά Ιατρεία.

Ο πληθυσμός που προβλέπεται να καλύπτουν ανέρχεται περίπου στα 2,5 εκατομμύρια, όλους δηλαδή εκείνους που διαμένουν στους καθορισμένους τομείς ευθύνης αυτών. Εάν όμως υπολογίσουμε και τα 19 Νοσοκομεία - Κέντρα Υγείας, θα δούμε ότι όλος ο πληθυσμός των αγροτικών ιατρείων μπορεί να καλύπτεται από τα Κ.Υ. και Π.Ι.

Σημαντικά προβλήματα των Κ.Υ. δημιουργούνται από την έλλειψη προσωπικού, κυρίως ιατρικού, παρά τον εφοδιασμό τους με σύγχρονο εξοπλισμό και κατάλληλα μηχανήματα.

Γενικά, κάθε Κ.Υ. σχεδιάστηκε έτσι ώστε να διαθέτει όλους εκείνους τους χώρους και τον εξοπλισμό για να καλύπτει όλο το φάσμα της πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας, δηλαδή διάγνωση και θεραπεία κοινών νοσημάτων και τραυματισμών, βραχεία νοσηλεία και οδοντιατρική φροντίδα.

Παρά όμως τις πολλές ελλείψεις και τα μεγάλα προβλήματα, τα στοιχεία δείχνουν ότι η προσφορά υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης από τα Κ.Υ. είναι πολύ σημαντική σε σχέση πάντα με την προηγούμενη κατάσταση, αφού πέτυχαν να αυξήσουν τη διαθεσιμότητα και προσπελασιμότητα των υπηρεσιών, μειώνοντας τις έντονες περιφερειακές υγειονομικές ανισότητες.

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη από τους **ασφαλιστικούς οργανισμούς** παρέχεται από τους φορείς ασθένειας ή τους κλάδους ασθένειας των ασφαλιστικών οργανισμών και χρηματοδοτείται κυρίως από τις εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών. Σήμερα υπάρχουν 39 ταμεία με κλάδο ασθένειας, τα περισσότερα των οποίων καλύπτουν πολύ μικρό αριθμό ασφαλισμένων.

Όλα, πλην του Ι.Κ.Α., παρέχουν το μεγαλύτερο μέρος των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης μέσα από συμβάσεις με ιδιώτες γιατρούς και εργαστήρια. Μικρής έκτασης υγειονομική υποδομή διαθέτουν, πλην του Ι.Κ.Α., και κάποια άλλα μικρότερα ταμεία, αλλά και εδώ ο κύριος όγκος των υπηρεσιών παρέχεται μέσα από συμβάσεις με ιδιώτες γιατρούς.

Το Ι.Κ.Α. αντίθετα, όπου θεωρείται και ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός οργανισμός διότι καλύπτει το μισό του πληθυσμού, προσφέρει το μεγαλύτερο μέρος των υπηρεσιών υγείας μέσα από ένα δικό του ευρύ και αποκεντρωμένο δίκτυο πολυιατρείων και ιατρείων. Σ' εκείνες τις ελάχιστες περιπτώσεις που η υποδομή σε ακτινοδιαγνωστικό εξοπλισμό δεν μπορεί να καλύψει πλήρως τις ανάγκες των δικαιούχων, το Ι.Κ.Α. συμβάλλεται με ιδιωτικά Εργαστήρια και Διαγνωστικά Κέντρα που αμείβονται κατά πράξη και με συμφωνημένο τιμολόγιο.

Οι δικαιούχοι περίθαλψης του Ι.Κ.Α. είναι στην πλειονότητά τους εργάτες και μισθωτοί (εξαρτημένη εργασία), τα μέλη των οικογενειών τους, καθώς και οι συνταξιούχοι του ταμείου με τα εξαρτημένα μέλη τους. Σ' όλους αυτούς χορηγείται βιβλιάριο ασθενείας, με την απλή επίδειξη του οποίου δικαιούνται ιατρικής περίθαλψης. Οι δικαιούχοι περίθαλψης του Ο.Γ.Α., οι οποίοι δεν πληρώνουν εισφορές για υγεία, εξυπηρετούνται κυρίως από τα Κ.Υ. που καλύπτουν τις αγροτικές περιοχές της χώρας.

Πολλοί Δήμοι και Κοινότητες (Ο.Τ.Α.), προσφέρουν υπηρεσίες προνοιακού χαρακτήρα μέσω των Κ.Α.Π.Η και των Κέντρων Ιατρικής Πρόληψης και Πρόνοιας. Τα Κ.Α.Π.Η αποτελούν Κέντρα κοινωνικής συναναστροφής και προστασίας των ηλικιωμένων, που προσφέρουν όμως συχνά και υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής και συνταγογραφία.

Τα Κέντρα Ιατρικής Πρόληψης και Πρόνοιας παρέχουν προνοιακού χαρακτήρα υπηρεσίες σε άτομα με ειδικές ανάγκες, σε χρονίως πάσχοντες κ.λ.π. Η στελέχωση τόσο των Κ.Α.Π.Η., όσο και των Κέντρων Ιατρικής Πρόληψης και Πρόνοιας είναι κυρίως σε νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά σε άλλες περιπτώσεις υπάρχει κάποιος γιατρός που κυρίως συνταγογραφεί για τους χρονίως πάσχοντες, έτσι ώστε οι ηλικιωμένοι να αποφεύγουν την ταλαιπωρία μιας επίσκεψης σε πολυιατρεία ή σε εξωτερικά ιατρεία Νοσοκομείων.

Εκτός από τα Κ.Α.Π.Η και τα Κέντρα Ιατρικής Πρόληψης και Πρόνοιας, μερικοί μεγάλοι Δήμοι άρχισαν τα τελευταία χρόνια να δημιουργούν μικρά ιατρεία, τα οποία είναι στελεχωμένα υποτυπωδώς και προσφέρουν ελάχιστες υπηρεσίες.

Γενικά η πρωτοβάθμια περίθαλψη από την Τοπική Αυτοδιοίκηση δεν παίζει καθοριστικό ρόλο στην φροντίδα του πληθυσμού.

Επειδή δόθηκε μεγάλη έμφαση στο Ε.Σ.Υ. στη χώρα μας στο Νοσοκομειακό Τομέα, αλλά και επειδή η χώρα μας διαθέτει πολύ μεγάλο αριθμό γιατρών σε σχέση με τον πληθυσμό της, η πλειονότητα αυτών αναγκάζεται να βρει επαγγελματική διέξοδο στην άσκηση ιδιωτικής ιατρικής, ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Αυτό επιβεβαιώνεται από το υψηλό ποσοστό της ιδιωτικής δαπάνης υγείας και την παραοικονομία. Σήμερα ένα μεγάλο ποσοστό των γιατρών, ακόμη και εκείνοι που εργάζονται στα Νοσοκομεία ή σε Πολυιατρεία ασφαλιστικών οργανισμών, διατηρούν ιδιωτικό ιατρείο και προσφέρουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Ακριβή στοιχεία για τον αριθμό των γιατρών που ασκούν εν μέρει ή αποκλειστικά ιδιωτική ιατρική δεν υπάρχουν και μόνο προσεγγίσεις μπορούν να γίνουν. Υπολογίζεται ότι ίσως το 50% του ιατρικού δυναμικού της χώρας διαθέτει και ιδιωτικό ιατρείο ή ασκεί με τον ένα ή τον άλλο τρόπο και ιδιωτική ιατρική.

Ο Ιδιωτικός Τομέας δεν αρκέστηκε μόνο στην παροχή υπηρεσιών μέσα από τα ιατρεία, αλλά τα τελευταία χρόνια επένδυσε σημαντικά κεφάλαια και στην υψηλή τεχνολογία.

Για παράδειγμα σχεδόν όλα τα διαγνωστικά κέντρα είναι σήμερα συμβεβλημένα με ασφαλιστικά ταμεία και αμοίβονται κατά πράξη.

Τέλος η πρωτοβάθμια περίθαλψη από τον Ιδιωτικό Τομέα στην Ελλάδα σήμερα, βελτιώνεται από άποψη παροχής υπηρεσιών στους ασθενείς, διότι τα Διαγνωστικά Κέντρα είναι εξοπλισμένα με τα πλέον σύγχρονα ιατρικά μηχανήματα και ο ανταγωνισμός βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα.

Η Οδοντιατρική περίθαλψη που αποτελεί μέρος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, παρέχεται από τους οδοντιάτρους του Ε.Σ.Υ. στα Νοσοκομεία και στα Κέντρα Υγείας, από τους οδοντιάτρους των Πολυιατρείων των ταμείων, κυρίως του Ι.Κ.Α., από συμβεβλημένους με τα ταμεία οδοντιάτρους και βέβαια από ιδιώτες. Η χρηματοδότηση προέρχεται στην πρώτη περίπτωση από τον κρατικό προϋπολογισμό, στη δεύτερη από εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών, στην τρίτη από εισφορές και από το προσωπικό εισόδημα των ασθενών και στην τελευταία αποκλειστικά από το προσωπικό εισόδημα των χρηστών.

Επίσης από έρευνα προκύπτει ότι η συντριπτική πλειοψηφία των οδοντιών της χώρας έχουν ιδιωτικό οδοντιατρείο, έστω και αν ένα μέρος του εισοδήματός τους προέρχεται άμεσα ή έμμεσα από το Ι.Κ.Α., τον Ο.Γ.Α. και τα άλλα μικρότερα ταμεία.

Η οδοντιατρική περίθαλψη που προέρχεται από τα Κέντρα Υγείας απευθύνεται μόνο στις ηλικίες μέχρι 18 ετών και περιλαμβάνει πρόληψη και θεραπεία. Από τα

Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. παρέχονται οδοντιατρικές υπηρεσίες που αφορούν στην αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών και στην κάλυψη ατόμων που έχουν ανάγκη από το νοσοκομειακό περιβάλλον στην αντιμετώπιση των οδοντιατρικών τους προβλημάτων (π.χ. καρδιοπαθείς, διαβητικοί, νεφροπαθείς κ.λ.π.).

Το Ι.Κ.Α. καλύπτει ορισμένες οδοντιατρικές εργασίες για τους ασφαλισμένους του. Σε μερικά ταμεία υπάρχουν οδοντίατροι συμβεβλημένοι, στους οποίους μπορούν να προσφύγουν οι ασφαλισμένοι. Σε άλλα ταμεία τέλος, υπάρχει η δυνατότητα του ασφαλισμένου να προσφύγει βάσει συγκεκριμένης διαδικασίας σε όποιον ιδιώτη οδοντίατρο επιθυμεί, να τον πληρώσει και να πάρει εκ των υστέρων από το ταμείο του ένα συγκεκριμένο ποσό.

Τόσο στα Πολυιατρεία του Ι.Κ.Α. όσο και στα Κέντρα Υγείας, η προσφερόμενη οδοντιατρική περίθαλψη χαρακτηρίζεται ως χαμηλής ποιότητας και το όλο σύστημα έχει για τους ασθενείς περιορισμένη αξιοπιστία, με αποτέλεσμα οι περισσότεροι δικαιούχοι, κυρίως του Ι.Κ.Α. και του Ο.Γ.Α., να προσφεύγουν σε ιδιώτες.

Τέλος, κατά την πρώτη περίοδο λειτουργίας των Κέντρων Υγείας η οδοντιατρική αποτέλεσε ένα σημαντικό ξεκίνημα φροντίδας για την στοματική υγεία και οι όποιες επιμέρους προσπάθειες έχουν γίνει αποτελούν φωτεινές εξαιρέσεις.

Στο επόμενο κεφάλαιο θα εξετάσουμε αναλυτικά τις τελευταίες εξελίξεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και συγκεκριμένα το θεσμό των Δικτύων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο: "Πρόσφατες μεταρρυθμίσεις στην Π.Φ.Υ. "

2.1 Δίκτυα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Τα Δίκτυα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι ένας νέος θεσμός στα πλαίσια της ανάπτυξης ενός ενιαίου πλαισίου παροχής υγείας και της λειτουργίας του Ενιαίου Φορέα Υγείας.

Στα Δίκτυα συμμετέχουν όλες οι μονάδες παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που λειτουργούν και παρέχουν υπηρεσίες στις κατά τόπους Νομαρχίες. Επομένως σ' ένα Δίκτυο λειτουργούν μονάδες Π.Φ.Υ. του Ε.Σ.Υ., των Ασφαλιστικών Οργανισμών και Ταμείων (π.χ.Ι.Κ.Α.), των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης ή άλλων Ν.Π.Δ.Δ.. Κύριο χαρακτηριστικό των Δικτύων είναι ότι διασυνδέονται λειτουργικά και επιστημονικά με Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ..

Σχετικά με τους όρους και τις προϋποθέσεις οργάνωσης και λειτουργίας των Δικτύων καθώς και της παροχής υπηρεσιών στο πληθυσμό της περιοχής τους, ορίζονται με κοινή απόφαση των αρμόδιων Υπουργών.

Ειδικότερα, ως Δίκτυα θα λειτουργούν ένα ή περισσότερα Κέντρα Υγείας, Πολυιατρεία και οπωσδήποτε τα κατά περίπτωση Πριφερειακά Ιατρεία τους.

Στο θεσμό αυτό θα προσέφεραν υπηρεσία και οι οικογενειακοί γιατροί.

Επίσης καθορίζεται ο πληθυσμός και τα όρια ευθύνης του Δικτύου. Αναγκαία προσδιορίζεται η στελέχωση και τεχνολογική υποδομή του, ανάλογα με τον πληθυσμό ευθύνης και τις ιδιαιτερότητες κάθε περιοχής. Για παράδειγμα, Ακριτικές περιοχές, Τουριστικές κ.λ.π..

Κύριες ειδικότητες γιατρών που παρέχουν υπηρεσίες στα Δίκτυα είναι: Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας, άλλων βασικών ιατρικών ειδικοτήτων, όπως βέβαια προβλέπεται και από τον οργανισμό (π.χ.Κέντρο Υγείας), οδοντιάτρους, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς και λοιπό προσωπικό. Σε περίπτωση που το προσωπικό που υπηρετεί στις μονάδες του Δικτύου υπολείπεται του αναγκαίου κατά τα οριζόμενα με την ανωτέρω απόφαση, συμπληρώνεται σύμφωνα με τις προγραμματικές συμβάσεις.

Θα πρέπει σίγουρα να αναφερθεί ο τρόπος με τον οποίο θα οργανωθεί και θα λειτουργήσει ένα Δίκτυο. Αυτό πραγματοποιείται καθώς συνάπτεται προγραμματική σύμβαση μεταξύ του Δημοσίου και Ασφαλιστικών Οργανισμών ή Ταμείων, Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.,

των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης ή και άλλων Ν.Π.Δ.Δ. που έχουν μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Στην προγραμματική σύμβαση το Δημόσιο εκπροσωπείται από το Γενικό Γραμματέα της οικείας Περιφέρειας και των παραπάνω φορέων, εφ' όσον έχουν μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Με την προγραμματική σύμβαση καθορίζονται οι υποχρεώσεις που αναλαμβάνει κάθε συμβαλλόμενος για τη λειτουργία του Δικτύου και την παροχή των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Συγκεκριμένα καθορίζονται:

1. η υλικοτεχνική υποδομή
2. το προσωπικό που διαθέτει κάθε φορέας (κατά τα οριζόμενα στις κοινές υπουργικές αποφάσεις των παραγράφων 1 & 2 του παρόντος νομοσχεδίου).
3. το ποσοστό συμμετοχής του στις δαπάνες λειτουργίας του Δικτύου και τα έσοδα.

Όσον αφορά την τρίτη προϋπόθεση για τις δαπάνες, θα γίνεται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να διασφαλίζεται σε κάθε μονάδα του Δικτύου η λειτουργία της ιατρικής, νοσηλευτικής, κοινωνικής και διοικητικής υπηρεσίας.

Επίσης, με την προγραμματική σύμβαση ορίζονται ο εξουσιοδοτημένος εκπρόσωπος του φορέα που συμμετέχει στην συντονιστική επιτροπή ελέγχου και παρακολούθησης του Δικτύου και ο Προϊστάμενος κάθε Δικτύου. Άλλα κύρια συσταικά που καθορίζονται σε μία προγραμματική σύμβαση είναι ο τρόπος ετήσιου προγραμματισμού λειτουργίας και ανάπτυξης του Δικτύου και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Η έγκριση της σύμβασης γίνεται με κοινή απόφαση των αρμόδιων Υπουργών και με την οποία ορίζεται και το Νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ. με το οποίο διασυνδέεται το Δίκτυο, εφ' όσον με την προγραμματική σύμβαση δεν συμβάλλεται Νοσοκομείο, όπως φαίνεται ήδη από τα προαναφερόμενα. Για τον Προϊστάμενο του Δικτύου προβλέπονται τα εξής:

1. Προϊστάμενος του Δικτύου ορίζεται υπάλληλος κλάδου Π.Ε., μ βαθμό Διευθυντή ή αντίστοιχα προς αυτόν (π.χ. υπάλληλος Τ.Ε. ή Δ.Ε. κατέχοντας όμως το Α' βαθμό).
2. Ο Προϊστάμενος έχει την Διοικητική ευθύνη για την εύρυθμη λειτουργία του Δικτύου, δηλαδή, ασκεί τον επιβαλλόμενο ιεραρχικό έλεγχο επί όλου του προσωπικού που θηηρετεί στις μονάδες του Δικτύου, ανεξάρτητα από την οργανική υπαγωγή του κάθε υπαλλήλου και αναφέρεται αρμοδίως στα υπερκείμενα ιεραρχικά όργανα, καθώς και στη συντονιστική επιτροπή του Δικτύου και στα όργανα άσκησης εποπτείας του.

Το προσωπικό που τοποθετείται στα Δίκτυα εξακολουθεί να διέπεται ως προς την υπηρεσιακή του κατάσταση από τις κατ' ιδίαν διατάξεις της οργανικής τους θέσης.

Όσον αφορά τον συντονισμό του επιστημονικού έργου του Δικτύου, τον έχει ο γιατρός Διευθυντής της Μονάδας. Σε περίπτωση όμως που το Δίκτυο απαρτίζεται από περισσότερες Μονάδες, Επιστημονική Επιτροπή που συγκροτείται από τους γιατρούς Διευθυντές των Μονάδων αυτών.

Οι Ασφαλιστικοί Οργανισμοί και τα Ταμεία μπορούν να συνάπτουν με τους φορείς που συμμετέχουν στην οργάνωση του κάθε Δικτύου, για την παροχή υπηρεσιών στους ασφαλισμένους τους.

Οι όροι και οι προϋποθέσεις σύναψης των συμβάσεων αυτών, καθώς και οι προϋποθέσεις για την παροχή από τα Δίκτυα υπηρεσιών στους πολίτες που οι δαπάνες για την περίθαλψή τους βαρύνουν το Δημόσιο. Και σε κάθε άλλη κατηγορία πολιτών που δεν καλύπτονται οι συμβάσεις.

Για την κάλυψη των δαπανών λειτουργίας του Δικτύου κατά το ποσοστό που αναλογεί σε κάθε φορέα, ο φορέας που συμβάλλεται για τη λειτουργία του Δικτύου εγγράφει στον ετήσιο προϋπολογισμό του με ίδιο κωδικό αριθμό τις πιστώσεις.

Τα έσοδα τα οποία εισπράττονται, κατανέμονται μεταξύ των φορέων που απαρτίζουν το Δίκτυο κατά ποσοστό που καθορίζεται με την προγραμματική σύμβαση. Τα αντίστοιχα ποσά εγγράφονται ως έσοδο στον προϋπολογισμό κάθε φορέα αντίστοιχα.

Επίσης, το Σ.Υ.Σ.Ε.Δ.ΥΠ.Υ. καταρτίζει το πρόγραμμα ανάπτυξης των Δικτύων που εγκρίνεται με κοινή απόφαση των αρμόδιων Υπουργών.

2.2 Εποπτεία και λειτουργία Δικτύων πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Η εποπτεία των Δικτύων ασκείται από το Υποθηργείο Υγείας και Πρόνοιας, ανεξάρτητα από τον φορέα στον οποίο ανήκουν οι Μονάδες που τα αποτελούν. Οι τρόποι με τους οποίους ασκείται η εποπτεία στα Δίκτυα έχουν ως εξής:

- α) ως προς τον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας, άσκησης του ιατρικού, νοσηλευτικού, επιστημονικού και εκπαιδευτικού έργου.
- β) ως προς τον τρόπο λειτουργίας των Δικτύων στα πλαίσια των προγραμματικών συμβάσεων.

Το ωράριο και γενικά η λειτουργία των Δικτύων Π.Φ.Υ. θα γίνεται σε τακτικό πρωινό και απογευματινό ωράριο και εφημερεύουν εκ περιτροπής κατά ομάδες, τις υπόλοιπες ώρες της ημέρας, τα Σαββατοκύριακα και τις αργίες για κάλυψη επειγόντων περιστατικών. Στις εφημερίες προβλέπεται να εφημερεύουν και οι οικογενειακοί γιατροί. Επίσης με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας θα καθορισθεί το ωράριο ωράριο τακτικής λειτουργίας, ο τρόπος εφημερίας και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Σε κάθε Δίκτυο, με απόφαση του Γενικού Γραμματέα της οικείας περιφέρειας, συγκροτείται Συντονιστική Επιτροπή, η οποία θα αποτελείται από οριζόμενους εκπροσώπους των φορέων που συμμετέχουν στο Δίκτυο:

- Έναν (1) εκπρόσωπο του Δήμου που έχει την έδρα του το Δίκτυο και που ορίζεται από το Δήμαρχο.
- Έναν (1) εκπρόσωπο της Γενικής Συνομοσπονδίας Εργαζομένων Ελλάδα (Γ.Σ.Ε.Ε.).

Η Συντονιστική Επιτροπή:

- έχει το γενικό συντονισμό της λειτουργίας του Δικτύου.
- καταρτίζει το ετήσιο πρόγραμμα δράσης του.
- παρακολουθεί και ελέγχει την εφαρμογή του .
- υποβάλλει ετήσια απολογιστική έκθεση για το έργο του στο Γενικό Γραμματέα της Περιφέρειας και τον οικείο Νομάρχη

Σε Δήμους ή διαμερίσματα Δήμων που λειτουργούν περισσότερα από ένα Δίκτυα μπορεί να συγκροτείται κοινή Συντονιστική Επιτροπή.

Όσον αφορά την εκτίμηση και αξιολόγηση του ποσοτικού και ποιοτικού έργου κάθε Δικτύου, γίνεται από το Σ.Υ.Σ.Ε.Δ.ΥΠ.Υ. το οποίο υποβάλει ετήσια τεκμηριωμένη και αναλυτική έκθεση στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας. Ιδιαίτερα για τα Δίκτυα που οργανώνονται για παράδειγμα σ' ένα Νομό, το Σ.Υ.Σ.Ε.Δ.ΥΠ.Υ. υποβάλει έκθεση αξιολόγησης με την συμπλήρωση έξι (6) μηνών λειτουργίας τους, ύστερα από λεπτομερή και αναλυτική επεξεργασία των στοιχείων του ποσοτικού και ποιοτικού έργου τους και γενικά της αποτελεσματικότητάς τους.

Τέλος για την κάλυψη επιτακτικών αναγκών σε προβληματικές περιοχές ή επαρχιακών αναγκών σε τουριστικές περιοχές, δύναται να προσλαμβάνονται στις Μονάδες Π.Φ.Υ., γιατροί και εκτός των οργανικών θέσεων με εξάμηνη σύμβαση που δεν μπορεί να ανανεώνεται. Η πρόσληψη των γιατρών γίνεται από τον φορέα στον οποίο υπάγεται η Μονάδα Π.Φ.Υ. και ύστερα από έγκριση με κοινή απόφαση των αρμόδιων Υπουργών. Στους γιατρούς αυτούς καταβάλλονται μηνιαίες αποδοχές αντίστοιχες προς τις αποδοχές υπόχρεου εκπλήρωσης υπηρεσίας υπαίθρου ως και αποζημίωση για υπερωριακή απασχόληση για προσφορά υπηρεσιών εκτός του ωραρίου εργασίας σύμφωνα με τις ανάγκες της Μονάδας.

2.3 Οικογενειακοί Γιατροί.

Σύμφωνα με τα προαναφερόμενα, στα Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που καλύπτουν αστικές και ημιαστικές περιοχές, παρέχουν υπηρεσίες και οικογενειακοί γιατροί με ειδικότητα Γενικής Ιατρικής, ή Παθολογίας και Παιδιατρικής. Για τις λοιπές περιοχές ισχύουν οι διατάξεις του άρθρου 18 του Ν. 1397/83.

Οι δικαιούχοι έχουν δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του οικογενειακού γιατρού από κατάλογο των γιατρών του Δικτύου της περιοχής τους ή όμορης περιοχής. Η επιλογή αυτή γίνεται κάθε χρόνο, ενώ μια φορά το χρόνο μπορούν να ζητήσουν την αλλαγή του οικογενειακού τους γιατρού μετά από αιτιολογημένη αίτησή τους στον Προϊστάμενο του Δικτύου. Όσον αφορά όμως τους οικογενειακούς γιατρούς, δεν μπορούν να αρνηθούν την εγγραφή στον κατάλογο του οποιουδήποτε δικαιούχου που διαμένει εντός της περιοχής ευθύνης του Δικτύου που υπηρετεί, εκτός και αν συντρέχουν ειδικοί λόγοι αδυναμίας συνεργασίας. Στην περίπτωση αυτή και ο γιατρός, όπως παραπάνω είδαμε για τον δικαιούχο, κάνει αίτηση στον Προϊστάμενο του Δικτύου, εξαιρέσης του συγκεκριμένου δικαιούχου. Ο Προϊστάμενος είναι υποχρεωμένος να ενημερώσει τον δικαιούχο για να επιλέξει άλλον οικογενειακό γιατρό του Δικτύου.

Επίσης ο αριθμός των ατόμων που εγγράφονται σ' έναν οικογενειακό γιατρό δεν θα πρέπει να ξεπερνά τους 1.800, ενώ όσον αφορά οικογενειακό Παιδίατρο τους 1.600. Σε περίπτωση που συντρέχουν ειδικοί λόγοι, στον κατάλογο θα μπορούν να εγγράφονται μέχρι και 2.000 δικαιούχοι.

Οι επιλεγμένοι οικογενειακοί γιατροί των Δικτύων συνάπτουν ετήσιες συμβάσεις παροχής υπηρεσιών με τον Γενικό Γραμματέα της οικείας περιφέρειας ή τον φορέα που έχει την ευθύνη του Δικτύου, σύμφωνα με την προγραμματική σύμβαση δημιουργίας του, και αμείβονται ανάλογα με τον αριθμό των πολιτών τους οποίους καλύπτουν. Οι ενδιαφερόμενοι γιατροί που έχουν τα προσόντα, υποβάλλουν μετά από σχετική ανακοίνωση - πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος του αρμόδιου, για τη σύναψη της σύμβασης και αίτηση στην υπηρεσία που ορίζεται εξ αρχής.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από γνώμη του Σ.Υ.Σ.Ε.Δ.Υ.Π.Υ. καθορίζονται τα κριτήρια, η διαδικασία και κάθε άλλη λεπτομέρεια οργάνωσης και λειτουργίας των ιατρείων τους και οπωσδήποτε το πλαίσιο άσκησης των καθηκόντων τους.

Οι οικογενειακοί γιατροί παρέχουν τις υπηρεσίες τους:

- στο ιατρείο καθημερινά σε συγκεκριμένες πρωινές και απογευματινές ώρες, κατά τη διάρκεια των οποίων εξυπηρετούν αποκλειστικά και μόνο τους δικαιούχους του Δικτύου που είναι εγγεγραμμένα στον κατάλόγό τους.
- κατ' οίκον επισκέψεις οποιαδήποτε ώρα του εικοσιτετραώρου, όταν αυτό απαιτείται.

Τα ιατρεία των οικογενειακών γιατρών λειτουργούν σε χώρους μέσα στην περιοχή ευθύνης του Δικτύου. Ενώ οι οικογενειακοί γιατροί τους ασθενείς που έχουν ανάγκη για πλέον εξειδικευμένη ιατρική φροντίδα ή εργαστηριακές εξετάσεις, τους παραπέμπουν στους γιατρούς ειδικοτήτων και στα εργαστήρια του Δικτύου. Εάν οι μονάδες του Δικτύου δεν διαθέτουν τις αντίστοιχες ειδικότητες και εργαστήρια, ο ασθενής παραπέμπεται στα Εξωτερικά Ιατρεία και Εργαστήρια του Νοσοκομείου με το οποίο είναι διασυνδεδεμένο το Δίκτυο και αν και το Νοσοκομείο δεν καλύπτει την περίπτωση, σε όποιο άλλο Νοσοκομείο της περιοχής ανάλογα με την ανάγκη του ασθενή.

Γιατροί Ασφαλιστικών Οργανισμών και Ταμείων, μπορεί να ασκούν καθήκοντα οικογενειακού γιατρού ύστερα από ανάθεση της Διοίκησης του φορέα στον οποίο ανήκουν, με όρους και προϋποθέσεις που καθορίζονται με κοινή απόφαση των αρμόδιων Υπουργών.

2.4 "Αναβάθμιση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην ύπαιθρο".

Γιατροί Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας υπαίθρου.

Όσον αφορά τις θέσεις γιατρών υπηρεσίας υπαίθρου (αγροτικών), διορίζονται κατά προτεραιότητα γιατροί με ειδικότητα Γενικής Ιατρικής, σε κενές και καινούμενες θέσεις. Οι καταλαμβανόμενες αυτές νέσεις μετατρέπονται με την απόφαση διορισμού σε κενές θέσεις του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ., με βαθμό Επιμελητή Β'. Η αίτηση διορισμού από τους ενδιαφερομένους υποβάλλεται μετά την ανακοίνωση της θέσης. Όταν υπάρχουν περισσότεροι από έναν υποψήφιους για την ίδια θέση, διορίζεται ο αρχαιότερος στην ειδικότητα. Αν όμως υπάρχουν γιατροί υποψήφιοι, τοποθετούνται γιατροί υπόχρεοι υπηρεσίας υπαίθρου. Οι διοριζόμενοι γιατροί υπαίθρου, δεν μετακινούνται κατά οποιονδήποτε τρόπο από τη θέση τους κατά τη διάρκεια της πρώτης θητείας τους.

Επίσης, ως μόνιμοι στον κλάδο γιατρών Ε.Σ.Υ. με μετατροπή της θέσης που κατέχουν σε θέση κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. με βαθμό Επιμελητή Β', εντάσσονται αγροτικοί γιατροί που έχουν την ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής, ύστερα όμως από αίτησή τους. Και οπωσδήποτε, ανάλογα με τα χρόνια που κατέχουν την ειδικότητα και στον αντίστοιχο βαθμό.

Κύριο χαρακτηριστικό των γιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας υπαίθρου και βάσει του παρόντος νόμου, καταργείται σταδιακά, ανάλογα με το χρόνο κτήσης του πτυχίου, η υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου των γιατρών. Η κατάργηση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. και την εκτίμηση των αναγκών στον τομέα Πρωτοβάθμιας Υγείας στην ύπαιθρο.

Για τους γιατρούς χωρίς ειδικότητα υπόχρεοι για την εκπλήρωση της υποχρέωσης υπηρεσίας υπαίθρου μετά την επιλογή τους για τοποθέτηση και πριν από την έκδοση απόφασης του διορισμού τους, τοποθετούνται υποχρεωτικά σε τακτικά Παθολογικά, Χειρουργικά και Καρδιολογικά Εξωτερικά Ιατρεία, και αντίστοιχα ιατρεία Επειγόντων Περιστατικών Νοσοκομείων του νομού που υπαγεται το Περιφερειακό Ιατρείο για τρίμηνη εκπαίδευση. Ο χρόνος της τρίμηνης εκπαίδευσης υπολογίζεται ως χρόνος ειδικότητας για όλες τις ειδικότητες. Η αμοιβή των γιατρών κατά το διάστημα αυτό είναι αυτή των ειδικευόμενων.

Επίσης οι θέσεις γιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου ορίζονται από τον παρόντα νόμο.

Σημαντική είναι και η αναφορά στην παράγραφο 4 του άρθρου 21 του Ν. 2071/92 η οποία αντικαταστάθηκε από τον παρόντα νόμο.

"Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία - Ομάδες και Κέντρα Εφημερίας Περιφερειακών Ιατρείων".

Τα Περιφερειακά Ιατρεία των Νησιών στα οποία δεν λειτουργεί Κέντρο Υγείας, μπορεί με απόφαση των αρμόδιων Υπουργών, να χαρακτηρίζονται ως Πολυδύναμα Ιατρεία. Επίσης με την ίδια ή άλλη απόφαση συνιστώνται οι αναγκαίες θέσεις γιατρών Ε.Σ.Υ., νοσηλευτών, τεχνολόγων ή και άλλου λοιπού προσωπικού. Τα Πολυδύναμα Ιατρεία λειτουργούν καθημερινά τις εργάσιμες ημέρες επί οκτάωρο. Τις εργάσιμες ημέρες εφημερεύουν συγκεκριμένες ώρες. Εφαρμόζεται και πρόγραμμα εφημερίας ετοιμότητας στο οποίο υποχρεούνται να συμμετέχουν εκ περιτροπής οι γιατροί και όταν χρειάζεται και άλλο προσωπικό. Στα Πολυδύναμα Ιατρεία εκτός από το προσωπικό που υπηρετεί σ' αυτά, προσφέρουν υπηρεσίες και γιατροί και άλλο προσωπικό των Κέντρων Υγείας. Για τις εφημερίες ετοιμότητας με απόφαση αρμόδιων Υπουργών ορίζεται πάγια αποζημίωση ετοιμότητας για το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των Πολυδύναμων Ιατρείων.

Περιφερειακά Ιατρεία των Κέντρων Υγείας, δύναται να εφημερεύουν κατά ομάδες με σταθερό ή μεταβλητό κέντρο εφημερίας, κατά τα Σάββατα, τις Κυριακές και τις αργίες, εφ' όσον δεν είναι δυνατή ή εξυπηρετήση των περιοχών τους τις ημερες αυτές, από το Κέντρο Υγείας στο οποίο υπάγονται.

Οι ομάδες και τα κέντρα εφημερίας ορίζονται με απόφαση του οικείου Διευθυντή του Κέντρου Υγείας.

2.5 Χρηματοδότηση και Οικονομική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας.

Πόροι των Νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας.

Οι πόροι των Νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας κυρίως είναι:

- Η ετήσια επιχορήγηση από τον κρατικό προϋπολογισμό και τον προϋπολογισμό Δημοσίων Επενδύσεων.
- Τα νοσήλια από τα ταμεία της κοινωνικής ασφάλισης, καθώς και τα νοσήλια που βαρύνουν το Δημόσιο ή τους ίδιους τους νοσηλευόμενους.
- Τα έσοδα από την παροχή υπηρεσιών.
- Τα έσοδα από νοσήλια για υπηρεσίες που παρέχονται σε ασφαλισμένους ασφαλιστικών εταιρειών οι οποίες συνάπτουν συμβάσεις με τα Νοσοκομεία. Δεν αναγνωρίζονται δαπάνες ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών σε ασφαλισμένους τους που συνδέονται οπωσδήποτε με νοσηλεία σε Νοσοκομεία ή με τη διάρκεια της νοσηλείας αυτής, εφ' όσον η ασφαλιστική εταιρεία δεν έχει γνωστοποιήσει στο Νοσοκομείο ότι καλύπτει συνολικά ή κατά μέρος το νοσηλευόμενο ασφαλισμένο της και αυτό βεβαιώνεται με αντίστοιχο πιστοποιητικό.
- Τα έσοδα που προέρχονται από τα ασφαλιστικά ταμεία για εξετάσεις ασφαλισμένων τους σε τακτικά εξωτερικά ιατρεία και εργαστήρια Νοσοκομείων, Κέντρα Υγείας, Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Μονάδες Ψυχικής Υγείας.
- Τα έσοδα από εξετάσεις σε εξωτερικά ιατρεία και εργαστήρια Νοσοκομείων και σε Κέντρα Υγείας που δεν καλύπτονται από ασφαλιστικό ταμείο ή παρέχονται σε αλλοδαπούς σύμφωνα με τις διεθνείς συμβατικές υποχρεώσεις της χώρας.
- Τα έσοδα από εκπαιδευτική και ερευνητική δραστηριότητα.
- Οι τόκοι από καταθέσεις σε τράπεζες ή άλλους πιστωτικούς οργανισμούς.
- Τα έσοδα από εκμετάλλευση χώρων και εγκαταστάσεων για μη ιατρικές υπηρεσίες σε νοσηλευόμενους, επισκέπτες, καθώς και στο προσωπικό.
- Τα έσοδα από την εκποίηση παλαιών και άχρηστων για το Νοσοκομείο κινητών πραγμάτων.
- Έσοδα από κληρονομίες, κληροδοσίες, δωρεές και επιχορηγήσεις από τρίτους, όπως και οι πρόσοδοι από αυτές.
- Έσοδα από αξιοποίηση της ακίνητης περιουσίας τους και
- Έσοδα που προέρχονται από άλλη νόμιμη αιτία.

Κατάρτιση και εκτέλεση Προϋπολογισμών Υπηρεσιών Υγείας.

Για την αποδοτικότερη χρήση των πόρων ως και τον έλεγχο και την παρακολούθηση της ορθής εκτέλεσης των Προϋπολογισμών των Νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας, συνίσταται ειδική υπηρεσία σε επίπεδο Τμήματος στη Διεύθυνση Οικονομικών του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Η υπηρεσία αυτή:

- επεξεργάζεται τους υποβαλλόμενους προϋπολογισμούς των Νοσοκομείων
- εισηγείται την τελική διαμόρφωσή τους στο πλαίσιο των διατιθέμενων συνολικών πόρων.

Οι προϋπολογισμοί των Νοσοκομείων καταρτίζονται για το επόμενο έτος και υποβάλλονται κατά μήνα Σεπτέμβριο με ευθύνη του Γενικού Διευθυντή του Νοσοκομείου στην αρμόσια Διεύθυνση Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας με αιτιολογημένη έκθεση του Δ.Σ. του Νοσοκομείου. Ο Γενικός Γραμματέας της Περιφέρειας υποβάλλει με εισήγηση τους προϋπολογισμούς των Νοσοκομείων της Περιφέρειάς του στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας με κοινοποίηση στο Υπουργείο Οικονομικών. Επίσης οι Προϋπολογισμοί των Νοσοκομείων διαμορφώνονται και ως κλειστοί κατά τομέα, τμήμα, εργαστήριο και διοικητική, τεχνική ή άλλη μονάδα του Νοσοκομείου και εγκρίνονται ως συνολικοί κλειστοί προϋπολογισμοί.

Επίσης θεσπίζεται στα Νοσοκομεία και τους λοιπούς φορείς υγείας το διπλογραφικό λογιστικό σύστημα αναλυτικής λογιστικής και κοστολόγησης. Με κοινή απόφαση των αρμόδιων Υπουργών μπορεί να καταρτίζεται ενιαίος κανονισμός οικονομικής διαχείρισης των Νοσοκομείων και των λοιπών φορέων υγείας.

Οι απολογισμοί και οι ισολογισμοί των Νοσοκομείων καταρτίζονται το αργότερο μέχρι τέλος Μαρτίου κάθε έτους και υποβάλλονται στην Διεύθυνση Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας και το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, καθώς και στο Υπουργείο Οικονομικών, με αιτιολογική έκθεση του Δ.Σ. των Νοσοκομείων.

Σύμπραξη Ασφαλιστικών Οργανισμών και Ταμείων Ασφάλισης Υγείας.

Οι Ασφαλιστικοί Φορείς μπορεί να συμπράτουν μεταξύ τους με μορφή κοινοπραξίας ή με τη μορφή ένωσης Ασφαλιστικών Οργανισμών και Ταμείων με σκοπό:

α) Να συνάπτουν μετά από διαπραγμάτευση προγραμματικές συμβάσεις με το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Με τις συμβάσεις αυτές μπορεί να ορίζεται νοσήλιο κατά τις διαζευκτικές περιπτώσεις της διάταξης του παρόντος νόμου.

β) Να διαπραγματεύονται για τη σύναψη συμβάσεων με ιδιωτικές κλινικές και Νοσοκομεία του Εξωτερικού.

Στο επόμενο κεφάλαιο θα γίνει ποιοτική και ποσοτική ανάλυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του Ν. Καστοριάς, έτσι ώστε να επιχειρηθεί ένας συσχετισμός της υπάρχουσας κατάστασης σε σχέση με τα προτεινόμενα του νέου θεσμού (Ν. 2519/97).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: "Ποιοτική και ποσοτική ανάλυση Π.Φ.Υ. του Ν. Καστοριάς

Στο κεφάλαιο αυτό επιχειρήται ανάλυση των πρωτοβάθμιων φροντίδων υγείας στο Ν. Καστοριάς, προσπαθώντας έτσι να εντοπισθούν τα μειονεκτήματα της υπάρχουσας κατάστασης όσο το δυνατόν καλύτερα, έχοντας στόχο τη σύγκριση της κατάστασης αυτής με τις νέες μεταρρυθμίσεις και κατά πόσο τελικά η εφαρμογή του νέου νόμου είναι εφικτή.

3.1 Εξωτερικά Ιατρεία του Ν.Γ.Ν. Καστοριάς

3.1.1 Γενικά

Τα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων είναι Ν.Π.Δ.Δ και αποτελούν μία από τις τέσσερις μορφές παροχής Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα. Ανήκουν στην Ιατρική Υπηρεσία των Νοσοκομείων καθώς και στην νοσηλευτική και διοικητική υπηρεσία.

Έρχονται σε άμεση επαφή με τους ασθενείς, οι οποίοι έχουν ανάγκη για παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

3.1.2 Σκοπός των Εξωτερικών Ιατρείων του Ν.Γ.Ν. Καστοριάς

Ο σκοπός των Εξωτερικών Ιατρείων των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων είναι η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στους εξωτερικούς ασθενείς του Νοσοκομείου της περιοχής ευθύνης τους και σε όσους δεν ανήκουν στην γεωγραφική εμβέλεια των υπηρεσιών των κατά τόπους Νοσοκομείων, αλλά τυχάνουν να διαμένουν προσωρινά σ'αυτή.

Επίσης σκοπός των Ε.Ι. είναι η παροχή γενικών και ειδικών υπηρεσιών και εργαστηριακών εξετάσεων στους εξωτερικούς ασθενείς.

Η εκπαίδευση των γιατρών και του λοιπού προσωπικού υγείας είναι και αυτό σκοπός των Ε.Ι.

3.1.3 Τα Εξωτερικά Ιατρεία του Ν.Γ.Ν. Καστοριάς

Στο Ν.Γ.Ν. Καστοριάς έχουν οργανωθεί και λειτουργούν τακτικά εξωτερικά ιατρεία και εργαστήρια για την εξυπηρέτηση των εξωτερικών ασθενών του Νοσοκομείου, που έχουν ανάγκη από την παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Για κάθε τμήμα της ιατρικής υπηρεσίας του Νοσοκομείου υπάρχει και λειτουργεί αντίστοιχο Ε.Ι.

Επομένως στο Ν.Γ.Ν. Καστοριάς λειτουργούν τα παρακάτω Ε.Ι.:

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1: Εξωτερικά Ιατρεία του Ν.Γ.Ν. Καστοριάς

ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΤΟΥ Ν.Γ.Ν. ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ	
ΙΑΤΡΕΙΑ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ
1. Παθολογικό	1. Ακτινολογικό
2. Χειρουργικό	2. Μικροβιολογικό
3. Οδοντιατρικό	3. Αιματολογικό
4. Μαιεντικό - Γυναικολογικό	4. Σταθμός Αιμοδοσίας
5. Πνευμονολογικό	
6. Δερματολογικό	
7. Καρδιολογικό	
8. Παιδιατρικό	
9. Ορθοπαιδικό	
10. Νευρολογικό	
11. Οφθαλμολογικό	
12. Ψυχιατρικό	

ΠΗΓΗ: Ν.Γ.Ν. Καστοριάς (Γραμματεία Εξωτερικών Ιατρείων), Ίδια έρευνα.

3.1.4 Λειτουργία των Εξωτερικών Ιατρείων του Ν.Γ.Ν. Καστοριάς.

Επίσης θα πρέπει να αναφερθεί και η μέχρι τώρα λειτουργία των Ε.Ι. (ημέρες και ώρες). Η λειτουργία των Ε.Ι. δείχνει κατά πόσο, η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας στους ασθενείς, μπορούσε να καλύψει όλες τις ανάγκες που προέκυπταν.

Όσον αφορά το νέο θεσμό των Δικτύων, σίγουρα έχει να κάνει και με τη λειτουργία των Ε.Ι., αφού στόχος του είναι να αποσυμφορήσει τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα από την άσκοπη επίσκεψη των ασθενών, εφ' όσον η κατάστασή τους δεν θεωρείται κρίσιμη και επομένως μπορούν ή να εξυπηρετηθούν από τον οικογενειακό τους γιατρό (νέος θεσμός), ή εν τέλει να απευθυνθούν στη μονάδα η οποία τους καλύπτει, βάσει των περιοχών ευθύνης που θα έχουν προγραμματισθεί (νέο νομοσχέδιο).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.2: Λειτουργία των Εξωτερικών Ιατρείων του Ν.Γ.Ν. Καστοριάς.

A/A	ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ	ΗΜΕΡΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	ΩΡΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ
1	Οδοντιατρικό	Κάθε ημέρα	9:00 - 1:00
2	Μαιευτικό - Γυναικολογικό	Δευτέρα - Τετάρτη - Παρασκευή	9:00 - 1:00
3	Πνευμονολογικό	Κάθε ημέρα*	9:00 - 1:00
4	Δερματολογικό	Κάθε ημέρα	9:00 - 1:00
5	Οφθαλμολογικό	Δευτέρα - Παρασκευή	9:00 - 1:00
6	Νευρολογικό	Δευτέρα - Τετάρτη - Παρασκευή	9:00 - 1:00
7	Καρδιολογικό	Δευτέρα - Τετάρτη - Παρασκευή	9:00 - 1:00
8	Παθολογικό	Δευτέρα - Τετάρτη - Παρασκευή	9:00 - 1:00
9	Παιδιατρικό	Κάθε ημέρα	9:00 - 1:00
10	Χειρουργικό	Δευτέρα - Τετάρτη - Παρασκευή	9:00 - 1:00
11	Ορθοπαιδικό	Τρίτη - Πέμπτη	9:00 - 1:00
12	Μικροβιολογικό	Δευτέρα - Τετάρτη - Παρασκευή	8:30 - 10:30
13	Ακτινολογικό	Κάθε ημέρα	9:00 - 2:30**

ΠΗΓΗ: Ν.Γ.Ν. Καστοριά (Γραμματεία Εξωτερικών Ιατρείων), Ίδια έρευνα.

* Το Πνευμονολογικό Ε.Ι. λειτουργεί καθημερινά γιατί δεν υπάρχει στο Ν.Γ.Ν. Καστοριάς αντίστοιχη κλινική.

** Το Ακτινολογικό εργαστήριο των Ε.Ι. του Ν.Γ.Ν. Καστοριάς εντός τις πρωινές ώρες εξυπρέτησης των ασθενών, λειτουργεί και απογευματινές ώρες.

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα τα εξωτερικά ιατρεία: Οδοντιατρικό, Πνευμονολογικό, Παιδιατρικό και Ακτινολογικό λειτουργούν σε καθημερινή βάση. Όσον αφορά το Πνευμονολογικό Ε.Ι. λειτουργεί καθημερινά γιατί δεν υπάρχει στο Ν.Γ.Ν. καστοριάς αντίστοιχη κλινική, επομένως κρίνεται αναγκαία η καθημερινή του λειτουργία, για την καλύτερη και ταχύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών. Το ίδιο ισχύει και για το Ακτινολογικό εργαστήριο, λόγω της ανάγκης και έκτακτων περιστατικών. Επίσης το Ακτινολογικό Ε.Ι. λειτουργεί και απογευματινές ώρες και προαναφέρθηκε.

Στα υπόλοιπα Ε.Ι οι ημέρες λειτουργίας είναι ανάλογες με την κίνηση των ιατρείων, όπως υποστηρίζει το Δ.Σ. του Νοσοκομείου.

Αναλυτικότερα για την σωστή λειτουργία των ημερών και ωρών των Ε.Ι. έπεται η ανάλυση της στατιστικής κίνησης των Ε.Ι.

3.1.5 Διοικητική Δομή των Εξωτερικών Ιατρείων

Σύμφωνα με τον Οργανισμό του Ν.Γ.Ν. Καστοριάς, όπως και σε όλα τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα, κύρια διάκριση είναι αυτή των υπηρεσιών, που έχουν ως εξής:

- Ιατρική
- Νοσηλευτική
- Διοικητική

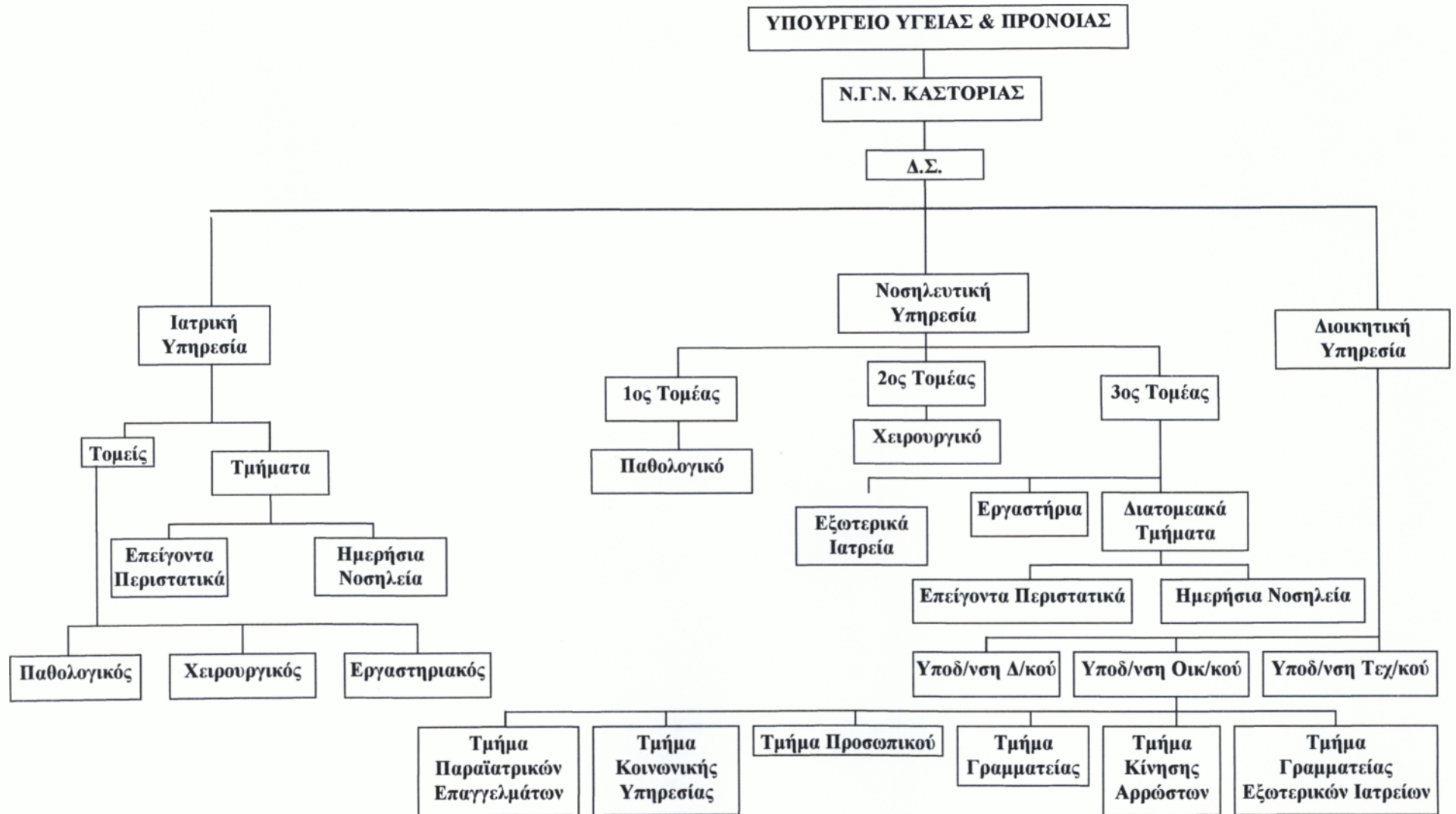
Κάθε υπηρεσία έχει τη δική της ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση. Οι τρεις υπηρεσίες είναι μεταξύ τους ισότιμες και υπάγονται ιεραρχικά στον Πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου.

Το προσωπικό που τοποθετείται και υπηρετεί σε άλλη υπηρεσία από αυτή που υπάγεται κατά κλάδο και κατηγορία σύμφωνα με τις διατάξεις της απόφασης αυτής, υπάγεται ιεραρχικά στην υπηρεσία που υπηρετεί.

Σύμφωνα με το νέο θεσμό των Δικτύων, στη διοικητική διάρθρωση τοποθετείται ένας εκπρόσωπος του κάθε φορέα, που ανήκει στο Δίκτυο, και επίσης ο Προϊστάμενος του Δικτύου.

Στο Οργανόγραμμα που ακολουθεί, απεικονίζεται η θέση των Ε.Ι.

ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ : Διάρθρωση του Ν.Γ.Ν.Καστορίας (Εξωτερικά Ιατρεία)



3.1.6 Ανάλυση Προσωπικού των Εξωτερικών Ιατρείων του Ν.Γ.Ν. Καστοριάς

Η ανάλυση του προσωπικού των Ε.Ι. του Νοσοκομείου είναι απαραίτητη, διότι έτσι μπορούν να επισημανθούν οι ανάγκες που προκύπτουν, από την λειτουργία και παροχή πρωτοβάθμιων φροντίδων υγείας στους ασθενείς.

Επίσης θα πρέπει να επισημανθεί ότι για το προσωπικό των Ε.Ι. δεν υπάρχουν καθορισμένες οργανικές θέσεις.

Με το νέο θεσμό του Δικτύου θα προσδιορίζεται η αναγκαία στελέχωση, όπως ήδη προαναφέρθηκε.

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται το προσωπικό των Ε.Ι., σύμφωνα με τον προγραμματισμό και των τριών (3) υπηρεσιών με τη σύμφωνη γνώμη του Δ.Σ. του Νοσοκομείου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.3 : Ανάλυση του Προσωπικού των Ε.Ι. του Ν.Γ.Ν. Καστοριάς, κατά ειδικότητα και κατηγορία για την περίοδο 1990 - 1996.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
ΙΑΤΡΙΚΟ	Ακτινολόγοι	1	1	1	1	1	1	2
	Αιματολόγοι	1	1	1	1	1	1	1
	Αιμ. Σταθ. Αιμοδοσίας	1	1	1	1	1	1	1
	Μικροβιολόγοι	1	1	1	1	1	1	1
	Υπολοιπ. Ειδικότητες	18	18	18	18	18	18	18
	Ειδικευόμενοι	7	8	3	7	10	11	14
ΣΥΝΟΛΟ		29	30	25	29	32	33	37
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ	Νοσηλεύτριες-τες	4	3	3	4	3	2	5
	Αδελφές Νοσοκόμες	5	6	6	6	6	6	3
	Επισκέπτριες-τες Υγ.	-	-	-	1	1	1	2
ΣΥΝΟΛΟ		9	9	10	11	10	9	10
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ	Διοικητικοί - Λογιστικοί	2	2	2	2	2	2	2
ΣΥΝΟΛΟ		2	2	2	2	2	2	2
ΠΡΑΪΑΤΡΙΚΟ	Ραδιολόγοι	1	1	1	1	1	1	1
	Ακτινολόγοι	4	4	4	4	4	4	4
	Χειριστές - Εμφανιστές	1	1	1	1	1	1	1
	Παρασκευαστές - Μικρ.	8	8	5	5	5	7	6
	Παρασκευαστές - Στ. Αιμ.							
ΣΥΝΟΛΟ		14	14	11	11	11	13	12
ΒΟΗΘΗΤΙΚΟ	Οδηγοί Ασθενοφόρων	4	5	4	6	6	6	5
	Μεταφορείς Ασθενών	2	2	4	4	4	4	4
ΣΥΝΟΛΟ		6	7	8	10	10	10	9
ΓΕΝ. ΣΥΝΟΛΟ		60	62	56	60	65	67	70
ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΑΝΑ ΈΤΟΣ %		-	3,333	-9,677	7,142	8,333	3,076	4,477

ΠΗΓΗ: Ν.Γ.Ν. Καστοριάς (Τμήμα Προσωπικού), Ίδια έρευνα.

Σύμφωνα με τον πίνακα 3.3., που αφορά την ανάλυση προσωπικού των Εξωτερικών Ιατρείων του Ν.Γ.Ν. Καστοριάς, συμπερασματικά φαίνεται ότι το 1990 μέχρι το 1996 το προσωπικό των Ε.Ι. σημείωνε αυξομειώσεις από έτος σε έτος. Για παράδειγμα το 1996 σημειώθηκε η μεγαλύτερη αύξηση στο προσωπικό (70 υπάλληλοι), ενώ ακολουθούν το 1995 με 67 υπαλλήλους, το 1994 με 65, το 1991 με 62, το 1993 και το 1990 με 60 υπαλλήλους και τέλος το 1992 έχουμε μόνο 56 υπαλλήλους.

Γενικά οι διαφορές από έτος σε έτος δεν παρουσιάζουν καμία ομοιομορφία. Χαρακτηριστικό είναι ότι το 1990 το προσωπικό των Ε.Ι. ανερχόταν στους 60 υπαλλήλους και το 1996 σε 70 υπαλλήλους. Δηλαδή, έχουμε μία αύξηση 10 υπαλλήλων στα επτά (7) χρόνια.

3.1.7 Κίνηση των Εξωτερικών Ιατρείων του Ν.Γ.Ν. Καστοριάς.

Η κίνηση των Ε.Ι. του Νοσοκομείου και των εργαστηρίων είναι απαραίτητη για τον καθορισμό, όπως προαναφέρθηκε, των ημερών και ωρών λειτουργίας τους.

Επίσης η κίνηση (αριθμός επισκέψεων), παίζει σημαντικό ρόλο στο σχεδιασμό για την καλύτερη παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με βάση το νέο θεσμό των Δικτύων.

Στον παρακάτω πίνακα 3.4.α φαίνεται η κίνηση (αριθμός επισκέψεων) των Ε.Ι. και εργαστηρίων του Ν.Γ.Ν. Καστοριάς.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.4.α.: Κίνηση (αριθμός επισκέψεων) των Εξωτερικών Ιατρείων του Ν.Γ.Ν. Καστοριάς την περίοδο 1990 - 1996.

A/A	ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
1	Οδοντιατρικό	2.014	2.420	1.382	1.425	1.371	1.072	1.116
2	Μαιευτικό - Γυναικολογικό	2.522	2.626	2.990	3.011	3.611	2.625	1.846
3	Πνευμονολογικό	3.478	2.899	2.992	2.969	3.153	3.111	3.162
4	Δερματολογικό	3.139	3.020	3.150	3.027	3.150	3.249	3.596
5	Οφθαλμολογικό	-	-	-	-	-	665	4.886
6	Νευρολογικό	1.170	1.191	988	877	1.256	1.554	1.429
7	Καρδιολογικό	1.870	1.633	1.741	1.879	1.498	1.551	1.197
8	Παθολογικό	6.447	5.101	3.406	4.331	6.733	4.168	2.552
9	Χειρουργικό	8.170	7.486	8.439	8.669	8.966	5.093	3.076
10	Παιδιατρικό	4.239	6.093	5.352	5.356	6.137	7.069	7.049
11	Ορθοπαιδικό	2.724	.231	2.601	2.110	1.260	1.646	1.258
12	Ψυχιατρικό	1.926	2.544	3.084	2.448	2.099	14	-
	ΣΥΝΟΛΟ	37.699	38.244	36.125	36.102	39.234	31.817	26.769
	ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΑΝΑ ΈΤΟΣ %	-	1,445	-5,540	-0,063	8,675	-18,904	-15,865

ΠΗΓΗ: Οικονομική Υπηρεσία του Ν.Γ.Ν. Καστοριάς (Εκθέσεις Απολογισμού). Ίδια έρευνα.

Στον πίνακα 3.4.α φαίνεται η κίνηση των Ε.Ι. βάσει του αριθμού των επισκέψεων την περίοδο 1990 - 1996. Την περίοδο αυτή υπάρχουν διακυμάνσεις στον αριθμό των εξετάσεων. Για παράδειγμα, μεταξύ 1991 και 1992 υπάρχει μία μείωση κατά -5,540%. Μείωση σημειώνεται και το 1993 έναντι του 1992 κατά -0,063%, η οποία δεν είναι όμως σημαντική. Το 1994 υπάρχει μία αύξηση κατά 8,675% και το 1995 σημειώνεται πάλι μία μείωση κατά -18,904%, η οποία συνεχίζεται και το 1996 κατά -15,865%.

Συγκεκριμένα, η αύξηση που σημειώνεται το 1994 κατά 8,675%, οφείλεται σχεδόν σε όλα τα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου και όχι σε κάποια συγκεκριμένα. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι η αύξηση αυτή φυσιολογική.

Η μείωση όμως του αριθμού επισκέψεων το 1995 κατά -18,904%, οφείλεται στην μη λειτουργία του Ψυχιατρικού Ιατρείου, το οποίο έπαψε να λειτουργεί στις αρχές του 1995. Επίσης, η μείωση αυτή προέρχεται και από το Χειρουργικό Ιατρείο, για το λόγο ότι τα περισσότερα περιστατικά διακομίζονταν σε μεγάλα Νοσοκομεία, κυρίως της Θεσσαλονίκης. Μείωση σημειώνεται και στο Μαιευτικό - Γυναικολογικό Ιατρείο, χωρίς να αιτιολογείται από το Νοσοκομείο.

Αν και το 1995 δημιουργείται το Οφθαλμολογικό Ιατρείο, το γεγονός αυτό δεν επέφερε καμία αλλαγή στο σύνολο του αριθμού των επισκέψεων των Ε.Ι..

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.4.β.: Κίνηση Εργαστηρίων των Εξωτερικών Ιατρείων του Ν.Γ.Ν. Καστοριάς την περίοδο 1990 - 1996.

A/A	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
1	Μικροβιολογικό	44.905	32.127	38.037	49.809	96.775	91.643	86.359
2	Ακτινολογικό	19.190	22.466	20.061	20.261	29.768	27.345	18.911
3	Σταθμός Αιμοδοσίας	13.688	17.361	25.838	23.964	23.271	21.246	25.411
	ΣΥΝΟΛΟ	77.783	71.954	83.936	94.034	149.814	140.234	130.717
	ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΑΝΑ ΈΤΟΣ %	-	-7,493	16,689	12,030	59,318	-6,394	-6,786

ΠΗΓΗ: Οικονομική Υπηρεσία του Ν.Γ.Ν. Καστοριάς (Εκθέσεις Απολογισμού). Ίδια έρευνα.

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 3.4.β., ο οποίος δείχνει την κίνηση των Εξωτερικών Εργαστηρίων του Ν.Γ.Ν. Καστοριάς την περίοδο 1990 - 1996, σημειώνονται οι εξής μεταβολές:

Όσον αφορά την περίοδο 1990 - 1991 σημειώνεται μία μείωση των επισκέψεων κατά - 7,5%. Στη συνέχεια, το έτος 1992 πραγματοποιείται σημαντική αύξηση κατά 16,7%. Το 1993 παρατηρείται μία μικρή μείωση κατά 12%. Και το 1994 σημειώνεται μία τεράστια αύξηση κατά 59,3% έναντι του 1993. Η αύξηση αυτή οφείλεται στην αυξημένη κίνηση του Μικροβιολογικού και Ακτινολογικού εργαστηρίου. Το 1995 και το 1996 πραγματοποιείται μία μικρή μείωση του 6,394 και 6,786 αντίστοιχα.

Γενικά οι σημαντικότερες αυξομειώσεις σημειώνονται στο Μικροβιολογικό και το Ακτινολογικό Εργαστήριο, ενώ στο Σταθμό Αιμοδοσίας δεν παρατηρείται μεταβολή.

3.2 Επείγοντα Περιστατικά του Ν.Γ.Ν. Καστοριάς (Σ.Α΄Β.).

3.2.1 Γενικά

Το Ν.Γ.Ν. Καστοριάς όπως και όλα τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα προσφέρουν τρωτοβάθμιες φροντίδες υγείας στα Εξωτερικά Ιατρεία αλλά και από τον Σταθμό Α΄ Βοηθειών (Σ.Α΄Β), ή Επείγοντα Περιστατικά. Κύριως σκοπός του Σ.Α΄ Β. είναι η παροχή άμεσης φροντίδας σε ασθενείς που είτε λόγω ατυχήματος, είτε μίας απρόοπτης και σοβαρής αδιαθεσίας, χρίζουν άμεσης επέμβασης από ιατρική φροντίδα.

Για την ταχύτερη και οπωσδήποτε καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών, ο Σ.Α΄ Β. (Επείγοντα Περιστατικά), χωρίζεται σε δύο (2) τμήματα:

- α) Επείγοντα Περιστατικά Παθολογικής
- β) Επείγοντα Περιστατικά Χειρουργικής

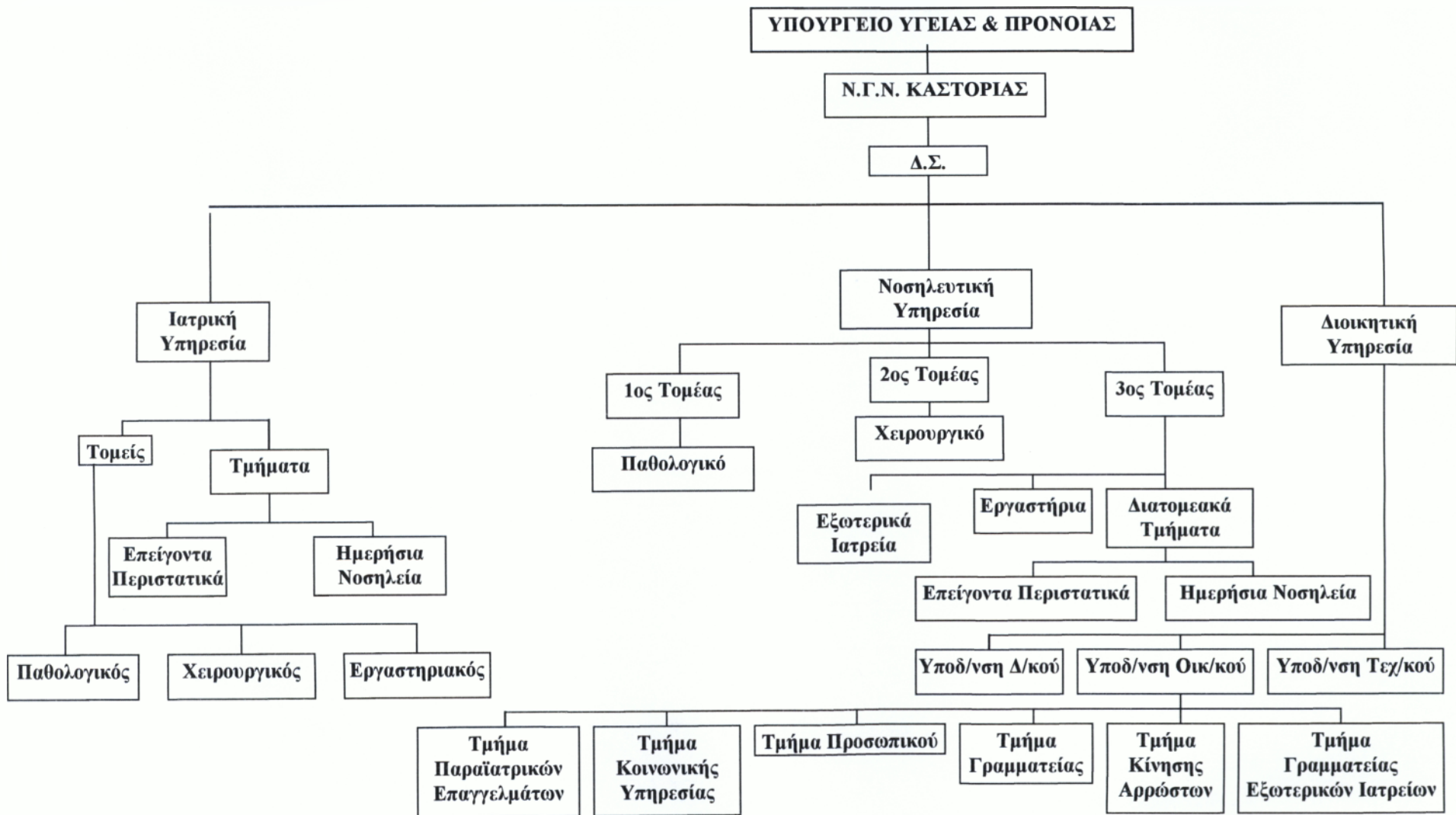
Σαφώς είναι εύκολο να κατανοηθεί ο διαχωρισμός αυτός, διότι για κάθε περιστατικό επεμβένουν και αναλαμβάνουν γιατροί ανάλογων ειδικοτήτων.

Για παράδειγμα, τα Επείγοντα Περιστατικά Παθολογικής καλύπτονται από γιατρούς του Παθολογικού τομέα του Νοσοκομείου, ενώ τα Επείγοντα Περιστατικά της Χειρουργικής καλύπτονται από τους γιατρούς του Χειρουργικού τομέα του Νοσοκομείου.

3.2.2 Διοικητική Δομή του Σ.Α΄Β. του Ν.Γ.Ν. Καστοριάς.

Ο Σ.Α΄Β. του Ν.Γ.Ν. Καστοριάς διοικητικά ανήκει και στις τρεις (3) υπηρεσίες του Νοσοκομείου (Ιατρική - Νοσηλευτική - Διοικητική). Στο οργανόγραμμα που ακολουθεί απεικονίζεται παραστατικά η ακριβής θέση του Σ. Α΄Β

ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ : Διάρθρωση του Ν.Γ.Ν.Καστοριάς (Επείγοντα Περιστατικά)



3.2.3 Ανάλυση Προσωπικού του Σ.Α΄Β.

Στο σημείο αυτό επιχρηείται να γίνει παρουσίαση και ανάλυση του προσωπικού του Σ.Α΄Β. του Ν.Γ.Ν. Καστοριάς. Κύριο χαρακτηριστικό του Σ.Α΄Β. είναι η μη αναλυτική παρουσίαση του Ιατρικού - Νοσηλευτικού - Διοικητικού προσωπικού, διότι με βάση τον Οργανισμό του Νοσοκομείου δεν υπάρχουν οργανικές θέσεις που να καλύπτουν αποκλειστικά τον Σ.Α΄Β. Επομένως υπάρχει ένας προγραμματισμός από μέρους και των τριών (3) υπηρεσιών του Νοσοκομείου με σκοπό την εξυπηρέτηση των ασθενών και με βάση την απαραίτητη έγκριση του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου.

Το προσωπικό του Σ.Α΄Β. φαίνεται στον παρακάτω πίνακα.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3.5 : Ανάλυση του προσωπικού του Σ.Α.Β. του Ν.Γ.Ν. Καστοριάς
κατά την περίοδο 1990 - 1996.**

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
ΙΑΤΡΙΚΟ	Ακτινολόγοι	1	1	1	1	1	1	2
	Αιματολόγοι	1	1	1	1	1	1	1
	Αιμ. Σταθ. Αιμοδ.	1	1	1	1	1	1	1
	Μικροβιολόγοι	1	1	1	1	1	1	1
	Υπολ. Ειδικότητες	18	18	18	18	18	18	18
	Ειδικευόμενοι	7	8	3	7	10	11	14
ΣΥΝΟΛΟ		29	30	25	29	32	33	37
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ	Νοσηλεύτες - τριες	4	3	3	4	3	2	5
	Αδελφές Νοσοκόμες	5	6	6	6	6	6	3
ΣΥΝΟΛΟ		9	9	9	10	9	8	8
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ	Διοικητικοί-Λογιστικοί	2	2	2	2	2	2	2
ΣΥΝΟΛΟ		2	2	2	2	2	2	2
ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟ	Ραδιολόγοι- Ακτινολόγοι	1	1	1	1	1	1	1
	Χειριστές - Εμφανιστές	4	4	4	4	4	4	4
	Παρασκ/τές Μικροβιολ.	1	1	1	1	1	1	1
	Παρασκ/τές Σταθ. Αιμ.	8	8	5	5	5	7	6
ΣΥΝΟΛΟ		14	14	11	11	11	13	12
ΒΟΗΘΗΤΙΚΟ	Οδηγοί	4	5	4	6	6	6	5
	Μεταφορείς Ασθενών	2	2	4	4	4	4	4
ΣΥΝΟΛΟ		6	7	8	10	10	10	9
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ		60	62	55	62	64	66	68
ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΑΝΑ ΕΤΟΣ %		-	3,333	-11,290	12,727	3,225	3,125	

ΠΗΓΗ: Ν.Γ.Ν. Καστοριάς (Τμήμα Προσωπικού), Ίδια έρευνα.

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα, το προσωπικό του Σ.Α.Β., είναι εκείνο που καλύπτει και τα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου, εκτός από την ειδικότητα των Επισκεπτών - τριών Υγείας.

Όσον αφορά το Ιατρικό προσωπικό του Σ.Α.Β., όπως προαναφέρθηκε, κυρίως καλύπτεται από τους γιατρούς του Παθολογικού και Χειρουργικού τομέα αντίστοιχα και από τους ειδικευόμενους γιατρούς.

Ο καθορισμός των ιατρικών υπηρεσιών γίνεται με βάση το πρόγραμμα εφημεριών των γιατρών, ενώ της νοσηλευτικής υπηρεσίας, με το πρόγραμμα των νοσηλευτών - τριών του Νοσοκομείου. Η διοικητική υπηρεσία καλύπτεται από το προσωπικό των Εξωτερικών Ιατρείων, το οποίο καθορίζεται από το Διοικητικό Διευθυντή και το Δ.Σ. του Νοσοκομείου.

Κύριο χαρακτηριστικό των Επειγόντων Περιστατικών της Παθολογικής στο Ν.Γ.Ν. Καστοριάς είναι ότι προϊστάται ένας (1) γιατρός, Επιμελητής Α' τα πρωινά και τις υπόλοιπες ώρες, όπως ήδη προαναφέρθηκε.

Οι διακυμάνσεις που προκύπτουν την περίοδο 1990 - 1996 στο σύνολο του προσωπικού, παρατηρείται ότι για το 1992 καλύπτεται από τον ελάχιστο αριθμό προσωπικού, ενώ το 1996 καλύπτεται από τον μέγιστο αριθμό προσωπικού. Τα υπόλοιπα έτη παρατηρούνται ελάχιστες αυξομειώσεις στο προσωπικό.

Συγκεκριμένα, το Ιατρικό προσωπικό αυξομειώνεται κυρίως από του ειδικευόμενους γιατρούς που καλύπτουν τον Σ.Α.Β. και όχι από τις υπόλοιπες ειδικότητες των γιατρών.

Για το νοσηλευτικό προσωπικό δεν παρατηρούνται σημαντικές αλλαγές, όπως και για το διοικητικό προσωπικό. Το παραϊατρικό προσωπικό, τα έτη 1992, 1993 και 1994 υπέστη μία μικρή μείωση, ενώ το 1995 αυξάνεται και πάλι, αλλά όχι σε σημαντικό βαθμό.

Σημαντική άνοδο παρατηρείται στο βοηθητικό προσωπικό, κυρίως στους οδηγούς ασθενοφόρων. Η αύξηση αυτή οφείλεται σε μετακινήσεις της ειδικότητας αυτής από το Κέντρο Υγείας στο Νοσοκομείο Καστοριάς, όπως θα αναφερθεί παρακάτω στην ανάλυση του Κέντρου Υγείας Άργους Ορεστικού.

3.3 Κέντρο Υγείας Ν. Καστοριάς.

3.3.1 Γενικά

Κύρια παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας εκτός από τα Εξωτερικά Ιατρεία και τον Σ.Α.Β. ενός Νοσηλευτικού Ιδρύματος, είναι και τα Κέντρα Υγείας. Με τη δημιουργία των Κέντρων Υγείας μειώθηκαν οι έντονες περιφερειακές ανισότητες, όπως έχει ήδη προαναφερθεί.

Γενικά υποστηρίζεται σε μεγάλο βαθμό η δημιουργία των Κ.Υ., πιστεύοντας πως οι αποκεντρωμένες αυτές μονάδες θα βελτιώσουν κατά πολύ την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

3.3.2 Σκοπός του Κ.Υ. Άργους Ορεστικού

Κύριος σκοπός των Κέντρων Υγείας είναι η παροχή ισότιμης Π.Φ.Υ. κυρίως στον αγροτικό πληθυσμό. Επίσης σκοπός και στόχος αυτών είναι η αποσυμφόρηση των Νοσοκομείων από πρωτοβάθμιες φροντίδες υγείας. Η παροχή πρώτων βοηθειών, άσκηση προληπτικής ιατρικής, οδοντιατρική περίθαλψη και η εκπαίδευση των γιατρών και του λοιπού προσωπικού.

3.3.3 Διοικητική Δομή του Κέντρου Υγείας Άργους Ορεστικού.

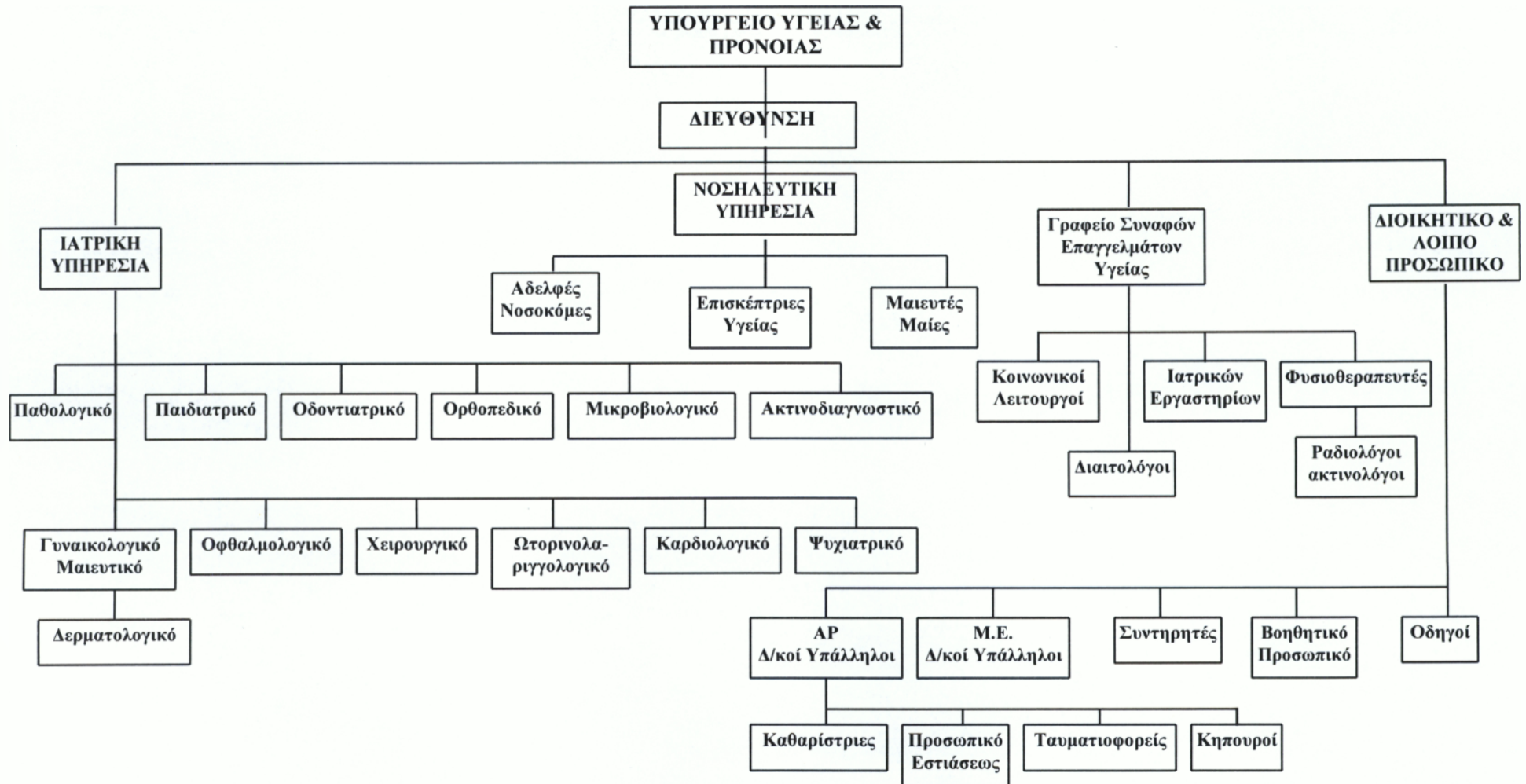
Σύμφωνα με τον οργανισμό του Κέντρου Υγείας Άργους Ορεστικού, όπως και σε όλα τα Κέντρα Υγείας της χώρας και όσον αφορά το οργανωτικό επίπεδο, οι υπηρεσίες των Κ.Υ. είναι αντίστοιχες με εκείνες των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων. Έτσι κάθε Κέντρο Υγείας περιλαμβάνει:

1. Ιατρική υπηρεσία, στην οποία ανήκουν όλοι οι γιατροί, οδοντίατροι και φαρμακοποιοί που υπηρετούν σ' αυτό.
2. Νοσηλευτική υπηρεσία, όπου ανήκουν οι αδελφές νοσοκόμες, οι μαίες και το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό.
3. Διοικητική υπηρεσία, με διοικητικό τμήμα, τεχνικό και τμήμα επιστασίας.

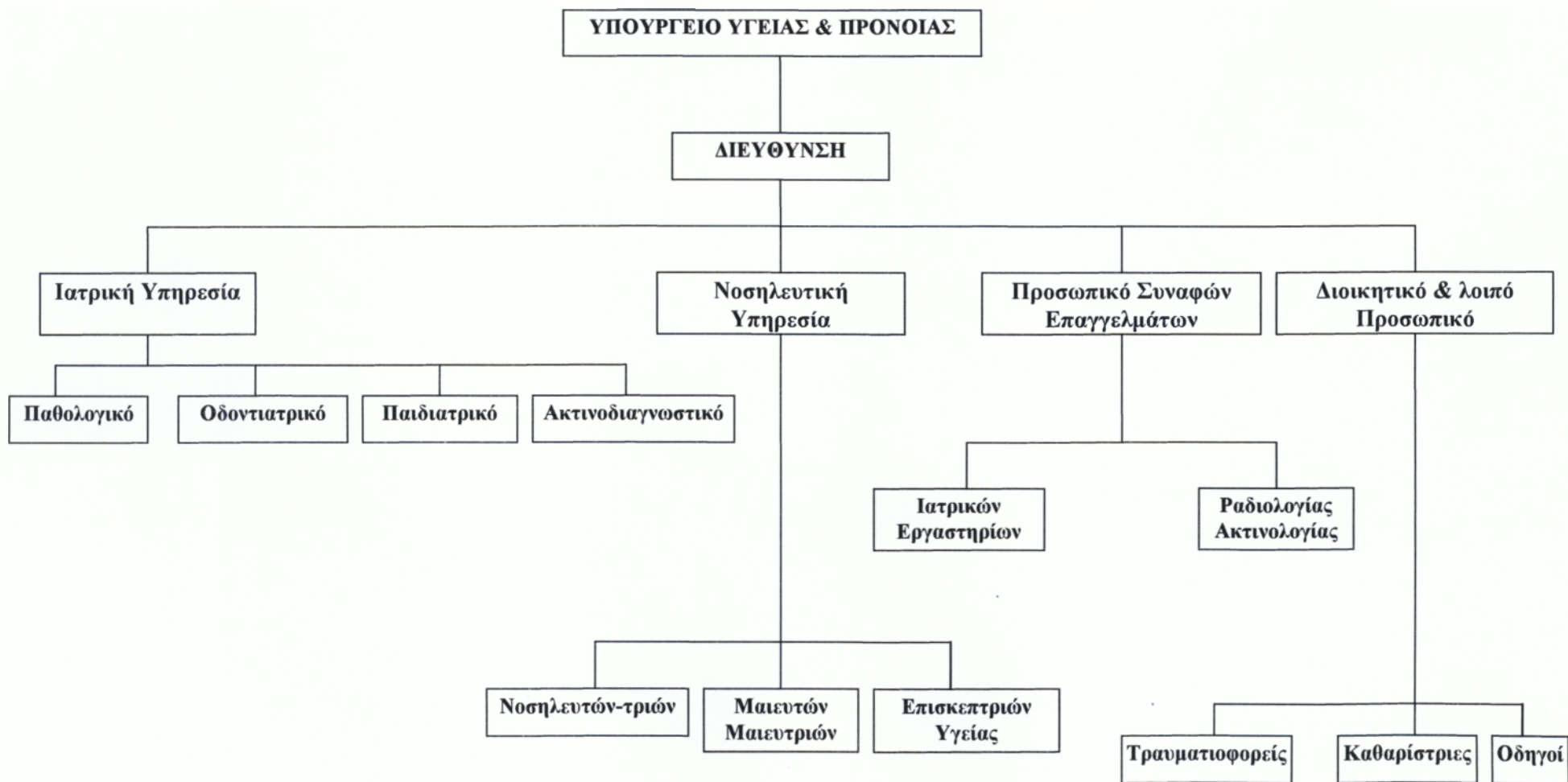
Στις δύο τελευταίες υπηρεσίες περιλαμβάνονται και δύο ακόμη τμήματα, της κοινωνικής προστασίας και των λοιπών επαγγελματιών υγείας (τεχνολόγων, κ.λ.π.).

Στα οργανογράμματα που ακολουθούν, καθορίζονται οι ακριβείς θέσεις και των τριών (3) υπηρεσιών του Κέντρου Υγείας Άργους Ορεστικού, αναλυτικά και σύμφωνα με τη σύστασή του, αλλά και σύμφωνα με τις υπηρετούντες θέσεις.

ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ : Διάρθρωση του Κέντρου Υγείας Άργους Ορεστικού σύμφωνα με τις Οργανικές θέσεις.



ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ : Διάρθρωση του Κέντρου Υγείας Άργους Ορεστικού σύμφωνα με τις υπηρετούντες θέσεις.



3.3.4 Ανάλυση Προσωπικού του Κέντρου Υγείας Άργους Ορεστικού.

Όπως και για τα υπόλοιπα Κ.Υ. έτσι και για το Κ.Υ. Άργους Ορεστικού συστήθηκε με σκοπό την παροχή πρωτοβάθμιων φροντίδων υγείας στον αγροτικό κυρίως πληθυσμό. Η σύστασή του καθορίζεται από διατάξεις του Ν. 1397/83.

Στους παρακάτω πίνακες φαίνεται το προσωπικό του Κ.Υ. Άργους Ορεστικού σύμφωνα με τις οργανικές θέσεις και το προσωπικό κατά την περίοδο 1990 - 1996, αντίστοιχα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.6 : Ανάλυση προσωπικού του Κ.Υ. Άργους Ορεστικού.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΘΕΣΕΙΣ	ΠΑΗΡΟΥΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ
ΙΑΤΡΙΚΟ	Γενικοί Γιατροί ή Παθολόγοι	10	5
	Οδοντίατροι	4	4
	Παιδίατροι	3	1
	Μικροβιολόγοι	1	-
	Ακτινοδιαγνώστες	1	1
ΣΥΝΟΛΟ		19	11
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ	Νοσηλεύτριες-τριες	8	7
	Επισκέπτες Υγείας	8	2
	Μαιευτών-Μαιών	2	2
ΣΥΝΟΛΟ		18	11
ΠΑΡΑΙΑΤΡΙΚΟ	Ιατρικών Εργαστηρίων	2	1
	Ραδιολογίας - Ακτινολογίας	2	2
	Φυσιοθεραπευτών	3*	-
ΣΥΝΟΛΟ		7	4
ΛΟΙΠΟ	Κοινωνικών Λειτουργών	3*	-
	Διαιτολόγων	1	-
ΣΥΝΟΛΟ		4	-
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ	Διοικητικοί - Λογιστηκοί	4*	-
ΣΥΝΟΛΟ		4	-
ΒΟΗΘΗΤΙΚΟ	Τεχνικοί	2	-
	Οδηγοί	3	4*
	Τραυματοφορείς	4	1
	Καθαρίστριες	2	2
	Κηπουροί	1	-
	Μαγειροί - Τραπεζοκόμοι	1	-
ΣΥΝΟΛΟ		13	7
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ		65	33

ΠΗΓΗ: Ν.Γ.Ν. Καστοριάς (Τμήμα Προσωπικού), Ίδια έρευνα.

* Οι Οργανικές θέσεις των ειδικοτήτων (Φυσιοθεραπευτών, Κοινωνικών Λειτουργών, Οδηγών), ενώ προκυρήχθηκαν και πληρώθηκαν για το Κέντρο Υγείας Άργους Ορεστικού, δεν προσφέρονται σ' αυτό, διότι οι υπάλληλοι που τις κατέλαβαν μετακινήθηκαν σε αντίστοιχες οργανικές θέσεις του Ν.Γ.Ν. Νοσοκομείου Καστοριάς.

Αναλύοντας τον παραπάνω πίνακα, παρατηρείται ότι οι πληρούμενες θέσεις του Κ.Υ. Άργους Ορεστικού δεν καλύπτουν σε ικανοποιητικό βαθμό τις οργανικές θέσεις. Υπάρχουν έντονες ελλείψεις σε κύριες ειδικότητες, οι οποίες και καθιστούν καλύτερη τη λειτουργία του Κέντρου Υγείας.

Η ισχύουσα κατάσταση στο Κ.Υ. Άργους Ορεστικού, έρχεται σε αντιπαράθεση με το σκοπό και το στόχο του νέου θεσμού. Για την παροχή πρωτοβάθμιων φροντίδων υγείας απαιτείται και η ανάλογη στελέχωση σε προσωπικό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.7 : Ανάλυση Προσωπικού του Κ.Υ. Άργους Ορεστικού κατά την περίοδο 1990 - 1996.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
ΙΑΤΡΙΚΟ	Γεν. Ιατροί ή Παθολόγοι	5	5	5	5	5	5	5
	Οδοντίατροι	4	4	4	4	4	4	4
	Παιδίατροι	1	1	1	1	1	1	1
	Μικροβιολόγοι	-	-	-	-	-	-	-
	Ακτινοδιαγνώστες	1	1	1	1	1	1	1
ΣΥΝΟΛΟ		11	11	11	11	11	11	11
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ	Νοσηλεύτές- τριες	7	7	7	7	7	7	7
	Επισκέπτες-τριες Υγείας	2	2	2	2	2	2	2
	Μαιευτών - Μαιευτριών	2	2	2	2	2	2	2
ΣΥΝΟΛΟ		11	11	11	11	11	11	11
ΠΑΡΑΙΑΤΡΙΚΟ	Ιατρικών Εργαστηρίων	1	1	1	1	1	1	1
	Ραδιολόγοι - Ακτινολόγ.	2	2	2	2	2	2	2
	Φυσιοθεραπευτές	1	1	1	1	1	-	-
ΣΥΝΟΛΟ		4	4	4	4	4	3	3
ΛΟΙΠΟ	Κοινωνικοί Λειτουργοί	1	1	1	-	-	-	-
	Διαιτολόγοι	1	1	1	1	-	-	-
ΣΥΝΟΛΟ		2	2	2	1	-	-	-
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ	Διοικητικοί - Λογιστηκοί	4	4	4	-	-	-	-
ΣΥΝΟΛΟ		4	4	4	-	-	-	-
ΒΟΗΘΗΤΙΚΟ	Τεχνικοί	2	-	-	-	-	-	-
	Οδηγοί	4	4	4	4	4	4	4
	Τραυματιοφορείς	1	1	1	1	1	1	1
	Καθαρίστριες	2	2	2	2	2	2	2
	Κηπουροί	-	-	-	-	-	-	-
	Μάγειροι - Τραπεζοκόμ.	-	-	-	-	-	-	-
ΣΥΝΟΛΟ		9	7	7	7	7	7	7
ΓΕΝΙΚ ΣΥΝΟΛΟ		39	39	39	34	33	32	32

ΠΗΓΗ: Ν.Γ.Ν. Καστοριάς (Τμήμα Προσωπικού), Ίδια έρευνα.

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα, στο Κ.Υ. Άργους Οεστικού παρατηρείται ότι το προσωπικό δεν μεταβλήθηκε ιδιαίτερα αυτήν την περίοδο.

Η μετακίνηση του προσωπικού στο Νοσοκομείο Καστοριάς, όπως ήδη προαναφέρθηκε και εντοπίστηκε από τον προηγούμενο πίνακα, και σύμφωνα με στοιχεία του Τμήματος Προσωπικού του Νοσοκομείου Καστοριάς, πραγματοποιήθηκαν κυρίως το 1993. Οι λόγοι των μετακινήσεων δεν μπορούν να προσδιορισθούν, διότι συμπεριλαμβάνονται μόνο στους Ατομικούς - Υπηρεσιακούς φακέλλους του προσωπικού που μετακινήθηκε.

3.4 Περιφερειακά Ιατρεία του Ν. Καστοριάς

3.4.1 Γενικά

Όπως ήδη προαναφέρθηκε οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα προσφέρονται σήμερα κυρίως από κρατικούς φορείς μέσω των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων που δημιουργήθηκαν και λειτούργησαν σύμφωνα με το νόμο 1397/83, καθώς επίσης και εκείνων που προήλθαν από την μετονομασία των Αγροτικών Ιατρείων και Υγειονομικών Σταθμών, για τις αγροτικές περιοχές και των Εξωτερικών Ιατρείων των Νοσοκομείων για τα αστικά κέντρα.

Σ' αυτό το σημείο θα γίνει μία παρουσίαση κα κατά ένα μέρος ανάλυση των Π.Ι. του Κέντρου Υγείας Άργους Ορεστικού του Ν. Καστοριάς.

3.4.2 Σκοπός των Περιφερειακών Ιατρείων του Ν. Καστοριάς

Ο σκοπός των Περιφερειακών Ιατρείων είναι η παροχή πρωτοβάθμιων φροντίδων υγείας στις αγροτικές περιοχές, δηλαδή, παροχή Π.Φ.Υ. στον αγροτικό πληθυσμό, του οποίου τα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου δεν του παρέχουν τις φροντίδες αυτές, λόγω χιλιομετρικών αποστάσεων.

Τα Περιφερειακά Ιατρεία προβλέπεται να παρέχουν τις εξής υπηρεσίες:

α) Ιατρικές

- Πρώτες Βοήθειες
- Συνταγογράφηση

β) Νοσηλευτικές

3.4.3 Περιοχή ευθύνης των Περιφερειακών Ιατρείων.

Στον πίνακα που ακολουθεί, παρουσιάζονται τα Περιφερειακά Ιατρεία και ο αριθμός των χωριών που εξυπηρετούνται από κάθε Π.Ι., καθώς και ο πληθυσμός των χωριών, σύμφωνα με στοιχεία από την τελευταία απογραφή του 1991.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3.8 : Περιοχή ευθύνης των Περιφερειακών Ιατρείων του Κέντρου Υγείας
Άργους Ορεστικού στο Ν. Καστοριάς.**

Α/Α	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΧΩΡΙΩΝ ΠΟΥ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΚΑΘΕ Π.Ι.	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ (αριθμ. κατοίκων) ΧΩΡΙΩΝ
1	Διποταμίας	5	943
2	Οινόης	5	1.644
3	Μεσοποταμίας	5	3.945
4	Νέου Οικισμού	6	1.100
5	Τοχιού	8	2.017
6	Νεστορίου	8	1.844
7	Επταχωρίου	4	922
8	Βογατσικού	3	2.740
9	Κλεισούρας	3	1.188
10	Κορησού	9	5.246
11	Πενταβρύσου	10	2.387
12	Μακροχωρίου	6	2.540
13	Μελανθίου	5	1.138
	ΣΥΝΟΛΟ	77	27.654

ΠΗΓΗ: Ν.Γ.Ν.Καστοριάς (Τμήμα Προσωπικού), Ίδια έρευνα.

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι στο Ν. Καστοριάς λειτουργούν δεκατρία (13) Περιφερειακά Ιατρεία, τα οποία καλύπτουν συνολικό πληθυσμό 27.654 κατοίκους. Το υπόλοιπο μέρος του πληθυσμού καλύπτεται από Ν.Γ.Ν. Καστοριάς και το Κέντρο Υγείας Άργους Ορεστικού.

Πρέπει να αναφερθεί ότι τα Π.Ι., αν και υπάγονται όλα στο Κ.Υ. Άργους Ορεστικού, είναι αναγκαίος και απαραίτητος ο διαχωρισμός τους, κυρίως σε τρεις (3) κατηγορίες, βάσει της χλιομετρικής απόστασης. Έτσι οι τρεις κατηγορίες είναι οι εξής:

- 1. Περιφερειακά Ιατρεία:** Διτοταμίας, Οινόης, Μεσοποταμίας, Νέου Οικισμού, Τοιχιού, Νεστορίου, Μακροχωρίου, **υπάγονται** στο Ν.Γ.Ν. Καστοριάς.
- 2. Περιφερειακά Ιατρεία:** Επαχωρίου, **υπάγεται** στο Κέντρο Υγείας Τσοτυλίου του Ν. Κοζάνης.
- 3. Περιφερειακά Ιατρεία:** Βογατσικού, Κλεισούρας, Κορησού, Πενταβρύσου, Μελανθίου, **υπάγονται** στο Κέντρο Υγείας Άργους Ορεστικού Ν. Καστοριάς.

Ο διαχωρισμός αυτός προβλέπεται απλά και μόνο για να εξυπηρετείται ταχύτερα ο πληθυσμός των Περιφερειακών Ιατρείων που έχουν ανάγκη από Π.Φ.Υ., των Κέντρων Υγείας και των Εξωτερικών Ιατρείων του Νοσοκομείου.

3.4.4 Ανάλυση προσωπικού των Περιφερειακών Ιατρείων.

Η στελέχωση των Περιφερειακών Ιατρείων γίνεται από τους Αγροτικούς Γιατρούς που είναι υπόχρεοι θητείας υπαίθρου, όπου υπάρχουν και λειτουργούν Περιφερειακά Ιατρεία.

Στον πίνακα που ακολουθεί φαίνεται η στελέχωση του προσωπικού των Π.Ι. σύμφωνα με τις οργανικές θέσεις που προβλέπονται από τον οργανισμό του Κέντρου Υγείας Άργους Ορεστικού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.9 : Στελέχωση των Π.Ι., σύμφωνα με τις οργανικές θέσεις.

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ	1990			1991			1992			1993			1994			1995			1996		
	Οργ.	Πληρ	Κεν	Οργ.	Πληρ	Κεν	Οργ.	Πληρ	Κεν	Οργ.	Πληρ	Κεν	Οργ.	Πληρ	Κεν	Οργ.	Πληρ	Κεν	Οργ.	Πληρ.	Κεν.
Νεστορίου	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-
Βογατσικού	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-
Μαυροχωρίου	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-
Μεσοποταμίας	2	2	-	2	2	-	2	2	-	2	2	-	2	2	-	2	2	-	2	2	-
Οινόης	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-
Κορησού	2	2	-	2	2	-	2	2	-	2	2	-	2	2	-	2	2	-	2	2	-
Διποταμίας	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-
Τοιχιού	2	2	-	2	2	-	2	2	-	2	2	-	2	2	-	2	2	-	2	2	-
Πανταβρύσου	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-
Ν. Οικισμού	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-
Κλεισούρας	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-
Σκαλοχωρίου	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-
Μελανθίου	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-
ΣΥΝΟΛΟ	16	16	-	16	16	-	16	16	-	16	16	-	16	16	-	16	16	-	16	16	-

ΠΗΓΗ: Ν.Γ.Ν. Καστοριάς (Τμήμα Προσωπικού), Ίδια έρευνα.

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα, στα Περιφερειακά Ιατρεία του Ν. Καστοριάς οι οργανικές θέσεις που προβλέπονται, είναι και πληρούμενες για την περίοδο 1990 - 1996.

Σημαντικό είναι να αναφερθεί και σύμφωνα με πληροφορίες από το Τμήμα Προσωπικού του Νοσοκομείου Καστοριάς, υπάρχουν Αγροτικοί Γιατροί οι οποίοι είναι υπεράρρυθμοι. Δηλαδή, μετά το τέλος της θητείας του στα Περιφερειακά Ιατρεία του Νομού, με αίτησή τους στο Δ.Σ. του Νοσοκομείου, παρέμεναν σ' αυτό για τις ανάγκες του ιδίου. Υπάρχουν όμως και Αγροτικοί Γιατροί οι οποίοι καταλάμβαναν οργανικές θέσεις των Π.Ι. "τυπικά", ενώ παρείχαν υπηρεσίες στο Νοσοκομείο Καστοριάς, με αποτέλεσμα να μην παρέχονται υπηρεσίες πρωτοβάθμιων φροντίδων υγείας στον πληθυσμό.

Ένα σημαντικό πρόβλημα που προκύπτει είναι και από τις παρατάσεις των Αγροτικών Γιατρών. Αυτό σημαίνει καθυστέρηση για κάποιους άλλους γιατρούς υπόχρεους υπηρεσίας υπαίθρου, οι οποίοι αναγκάζονται να περιμένουν την κένωση των θέσεων.

Η παράταση της θητείας υπαίθρου, βέβαια δίνεται για διάφορους λόγους που επικαλούνται οι γιατροί. Για παράδειγμα, μετά τη λήξη της υπηρεσίας υπαίθρου, οι γιατροί θα πρέπει να πάρουν ειδικότητα. Στην Ελλάδα οι διαθέσιμες θέσεις για ειδικότητα των γιατρών είναι κατά πολύ λιγότερες από τον αριθμό των γιατρών που ζητούν ειδικότητα. Σαν αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης είναι οι γιατροί μετά την υπηρεσία τους στην ύπαιθρο, περιμένουν πέντε (5) και έξι (6) χρόνια για να πάρουν θέση για ειδικότητα. Έτσι όλοι αυτοί οι ανιδείκτετοι γιατροί αναγκάζονται να ζητήσουν παράταση της θητείας τους, για λόγους οικονομικούς (διότι διαφορετικά θα έπαιναν να εργάζονται), αλλά και για να διατηρήσουν την επιστημονική επαφή και εμπειρία με το "επάγγελμά" τους.

Με το νέο νόμο 2519/97, με την αναβάθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην ύπαιθρο και σύμφωνα με το άρθρο 26, προβλέπονται γιατροί πρωτοβαθμιας φροντίδας υπαίθρου. Δηλαδή, σε κενές και κενούμενες θέσεις γιατρών υπηρεσίας υπαίθρου (αγροτικοί γιατροί), διορίζονται κατά προτεραιότητα γιατροί με ειδικότητα Γενικής Ιατρικής. Επίσης καταργείται σταδιακά, ανάλογα με το χρόνο κτήσης του πτυχίου, η υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου των γιατρών.

Αποτέλεσμα όλων των παραπάνω, είναι να λυθούν όλα τα προβλήματα που προκύπτουν στις αγροτικές περιοχές. Δηλαδή, με την κατωχύρωση και κατάλυση των θέσεων από μόνιμους γιατρούς γενικής ιατρικής τα Π.Ι. θα λειτουργούν πιο οργανωμένα σε σχέση με πρώτα.

Όπως προαναφέρθηκε, γιατροί χωρίς ειδικότητα υπόχρεοι για την εκπλήρωση της υποχρεωτικής υπηρεσίας υπαίθρου, μετά την επιλογή τους για τοποθέτηση και πριν από την έκδοση απόφασης του διορισμού τους, τοποθετούνται υποχρεωτικά σε τακτικά Παθολογικά, Χειρουργικά και Καρδιολογικά Εξωτερικά Ιατρεία και αντίστοιχα ιατρεία επειγόντων περιστατικών Νοσοκομείων του Νομού, που θπάγεται το Π Ι για τρίμηνη εκπαίδευση.

3.5 Παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας από τον Ιδιωτικό Τομέα στο Ν. Καστοριάς.

3.5.1 Γενικά

Ένα πολύ μεγάλο μέρος της ανοικτής περίθαλψης καλύπτεται στη χώρα μας και επομένως και σε κάθε νομό, από τα Ιδιωτικά Ιατρεία και Εργαστήρια που λειτουργούν ανεξάρτητα από τους υπόλοιπους φορείς.

Στην Ελλάδα σήμερα ο αριθμός των Ιδιωτικών Ιατρείων κυμαίνεται μεταξύ 65% - 75% του συνόλου των γιατρών. Το μεγάλο αυτό ποσοστό εξηγείται από το γεγονός ότι πολλοί γιατροί που εργάζονται σε διάφορους φορείς (Ι.Κ.Α., Νοσοκομεία, κ.λ.π.) ασκούν ταυτόχρονα και την ιδιωτική ιατρική.

Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη μέσω των Ιδιωτικών Ιατρείων αφενός σημαίνει ένα μεγάλο οικονομικό κόστος και αφετέρου παρουσιάζει προβλήματα αποτελεσματικότητας, διότι το έργο του μεμονωμένου δεν υποστηρίζεται άμεσα από Εργαστηριακές υπηρεσίες ή από τις γνώσεις και την πείρα άλλων συναδέλφων τους.

3.5.2 Ιδιώτες Γιατροί στο Ν. Καστοριάς

Με βάσει τα στοιχεία του Ιατρικού και Οδοντιατρικού Συλλόγου και σύμφωνα με στοιχεία της Δ.Ο.Υ. Καστοριάς, οι Ιδιώτες Γιατροί και Οδοντίατροι στο νομό που παρέχουν ιδιωτικές πρωτοβάθμιες φροντίδες υγείας παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.9 : Ιδιώτες Γιατροί Ν. Καστοριάς για την περίοδο 1990 - 1996.

A/A	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑΤΡΩΝ	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
1	Καρδιολόγοι	4	4	5	5	5	5	5
2	Παθολόγοι	6	6	6	6	6	6	6
3	Γαστρεντερολόγοι	-	-	-	1	1	1	1
4	Πνευμονιολόγοι	2	2	2	2	2	2	2
5	Γυναικολόγοι	3	4	4	5	5	4	4
6	Παιδίατροι	6	6	5	6	6	6	5
7	Ω.Ρ.Λ.	2	2	2	2	1	1	2
8	Οφθαλμίατροι	4	3	3	3	3	3	3
9	Μικροβιολόγοι	4	4	4	5	5	5	5
10	Ακτινολόγοι	2	2	3	3	3	3	3
11	Ορθοπαιδικοί	1	1	1	1	1	2	1
12	Δερματολόγοι	1	2	2	2	1	1	2
13	Γενικής Ιατρικής	4	4	4	5	5	5	4
14	Νευρολόγοι	1	1	1	1	1	1	1
15	Ουρολόγοι	1	1	1	1	1	1	1
16	Οδοντίατροι	18	19	18	20	21	23	23
	ΣΥΝΟΛΟ	59	61	61	68	67	69	68

ΠΗΓΗ: Ιδία Έρευνα

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα, οι Ιδιώτες Γιατροί στο Νομό Καστοριάς για την περίοδο 1990 - 1996, δεν παρουσιάζουν σημαντική αριθμητική μεταβολή και επομένως δεν κρίνεται αναγκαία μία πιο λεπτομερή ανάλυση.

Αυτό το οποίο θα πρέπει να σημειωθεί είναι ο μεγάλος αριθμός των Οδοντιάτρων. Λαμβάνοντας υπ' όψη και τον αριθμό των Οδοντιάτρων του Νοσοκομείου του Κέντρου Υγείας και του Ι.Κ.Α.

Μεγάλος είναι και ο αριθμός των Παιδιάτρων, όπως επίσης των Καρδιολόγων και των Οφθαλμιάτρων, πάντα σε σχέση και με τους γιατρούς του Νοσοκομείου, του Κέντρου Υγείας και του Ι.Κ.Α.

3.6 Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων Ν. Καστοριάς (Ι.Κ.Α.).

3.6.1 Γενικά

Το Ι.Κ.Α. είναι ο κυριότερος ασφαλιστικός οργανισμός της χώρας και ασφαλίζει τα πρόσωπα που παρέχουν εξαρτημένη εργασία. Με την προστασία του σήμερα καλύπτει το μισό του πληθυσμού της χώρας, εξαιρούνται όμως οι μισθωτοί που ασφαλίζονται σε άλλα ασφαλιστικά ταμεία.

Γενικά οι ασφαλιστικοί οργανισμοί της χώρας μας παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Παρακάτω θα παρουσιαστεί και αναλυθεί το Ι.Κ.Α. Καστοριάς.

3.6.2 Σκοπός του υποκαταστήματος Ι.Κ.Α. του Ν. Καστοριάς

Ο σκοπός του Ι.Κ.Α. προβλέπεται από τον οργανισμό του. Οι Νομαρχιακές Μονάδες υγείας του Ι.Κ.Α. λειτουργούν κυρίως ως μονάδες υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για την περιοχή τους και συνάμα και ως Μονάδες λειτουργικής υποστήριξης των Τοπικών Μονάδων Υγείας του νομού τους. Ειδικότερα ως έργο τους έχουν:

- α)** Την παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης και της εργαστηριακής εξυπηρέτησης ως και υπηρεσιών υγιεινής και πρόνοιας.
- β)** Τη λειτουργική υποστήριξη των Τοπικών Μονάδων Υγείας του Νομού. Η λειτουργική υποστήριξη αφορά μόνο στη συμπλήρωση των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Τοπικών Μονάδων, όπου αυτό απαιτείται.

Για την συμπλήρωση των υπηρεσιών εργαστηριακής εξυπηρέτησης υγιεινής και πρόνοιας υποστηρίζονται από τη Νομαρχιακή Μονάδα Υγείας της περιοχής τους.

Επίσης σκοπός των Τοπικών Ιατρείων του Υποκαταστήματος του Ι.Κ.Α. είναι η παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ., με έμφαση στα Παθολογικά και Παιδιατρικά περιστατικά, στην περιοχή τους.

3.6.3 Διοικητική Δομή του Υποκαταστήματος του Ι.Κ.Α. Καστοριάς.

Η Διοικητική Δομή της Νομαρχιακής μονάδας υγείας στην Καστοριά, διαρθρώνεται στα εξής τμήματα:

- α)** Τμήμα Ιατρικής περίθαλψης και Προληπτικής Ιατρικής
- β)** Τμήμα Νοσηλευτικού
- γ)** Τμήμα Φαρμακευτικού
- δ)** Τμήμα Διοικητικού

Η Τοπική Μονάδα του υποκαταστήματος Ι.Κ.Α. Καστοριάς διαρθρώνεται ως εξής:

- α)** Τμήμα Ιατρικής περίθαλψης και Προληπτικής Ιατρικής
- β)** Τμήμα Νοσηλευτικού
- γ)** Τμήμα Διοικητικού

Η οργανωτική διάρθρωση των παραπάνω υπηρεσιών του υποκαταστήματος Ι.Κ.Α. Καστοριάς παροχής Π.Φ.Υ. φαίνεται στο οργανόγραμμα που ακολουθεί.

ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ : Οργανωτική διάρθρωση του υποκαταστήματος Ι.Κ.Α. Καστοριάς.



ΠΗΓΗ: Ίδια έρευνα

ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ : Οργανωτική διάρθρωση της Τοπικής Μονάδας του υποκαταστήματος Ι.Κ.Α. Καστοριάς.



ΠΗΓΗ: Ίδια έρευνα

3.6.4 Ανάλυση Προσωπικού του Υποκαταστήματος Ι.Κ.Α. του Ν.

Καστοριάς.

Το προσωπικό του υποκαταστήματος Ι.Κ.Α. Καστοριάς προβλέπεται με το Προεδρικό Διάταγμα Αρ. 266, όπου και προβλέπονται θέσεις μόνιμου προσωπικού για το σύνολο του ιδρύματος και όχι για το κάθε υποκατάστημα χωριστά.

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται το προσωπικό του υποκαταστήματος Ι.Κ.Α. Καστοριάς.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.10 : Ποσοτική ανάλυση του προσωπικού Ι.Κ.Α. Καστοριάς.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΠΛΗΡΟΥΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ
ΙΑΤΡΙΚΟ	ΜΟΝΙΜΟΙ	
	Παθολόγοι	3
	Παιδίατροι	1
	Καρδιολόγοι	1
	Οφθαλμίατροι	1
	Ο.Ρ.Λ.	1
	ΑΟΡΙΣΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ	
	Παθολόγοι	2
	Γυναικολόγοι	1
	Δερματολόγοι	1
	Οδοντίατροι	2
	Ορθοπαιδικοί	1
	ΜΕ ΣΥΜΒΑΣΗ ΕΡΓΟΥ	
	Γυναικολόγοι	1
	Νευρολόγοι	1
	Οδοντίατροι	1
	Ουρολόγοι	1
	Πνευμονιολόγοι	1
	Ακτινολόγοι	1
	Μικροβιολόγοι	1
Χειρουργοί	2	
Καρδιολόγοι	1	
	ΣΥΝΟΛΟ	24
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ	Νοσηλεύτριες - τριές	3
	Βοηθοί Νοσοκόμοι	2
	ΣΥΝΟΛΟ	5
ΠΑΡΑΙΑΤΡΙΚΟ	Παρασκευαστές - τριές	1
	Εμφανιστές - τριές	1
	ΣΥΝΟΛΟ	2
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ	Διοικητικοί - Λογιστικοί (Π.Ε.)	6
	Διοικητικοί - Λογιστικοί (Δ.Ε.)	21
	ΣΥΝΟΛΟ	27
	ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	58

ΠΗΓΗ: Ιδία Έρευνα

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι το ιατρικό προσωπικό βρίσκεται σε ικανοποιητικά επίπεδα, αν και υπάρχουν ελλείψεις σε ορισμένες ειδικότητες. Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι ελάχιστο σε σχέση με τον αριθμό των δικαιούχων που εξυπηρετείται από το υποκατάστημα έτσι ώστε να μπορούν να εξηγηρετούν τον αριθμό αυτό. Το παραϊατρικό προσωπικό είναι επίσης ελάχιστο. Αντίθετα το διοικητικό προσωπικό καλύπτεται σε ικανοποιητικό βαθμό. Επίσης σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι το υποκατάστημα του Ι.Κ.Α. Καστοριάς λειτουργεί σαν πολυατρείο από το 1994. Έως τότε οι δικαιούχοι του Ι.Κ.Α. εξυπηρετούνταν από συμβεβλημένους γιατρούς του ιδιωτικού τομέα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.11 : Ποσοτική ανάλυση του προσωπικού του υποκαταστήματος Ι.Κ.Α.**Καστοριάς (Παράρτημα Άργους Ορεστικού).**

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΠΛΗΡΟΥΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ
	Παθολόγοι	3
	Γυναικολόγοι	2
ΙΑΤΡΙΚΟ	Μικροβιολόγοι	1
	Δερματολόγοι	1
	Καρδιολόγοι	1
ΣΥΝΟΛΟ		8
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ	Διοικητικοί - Λογιστικοί	2
ΣΥΝΟΛΟ		2
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ	Νοσηλεύτες - τριες	4
ΣΥΝΟΛΟ		4
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ		14

ΠΗΓΗ: Υποκατάστημα Ι.Κ.Α. Καστοριάς, Ίδια έρευνα.

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα το παράρτημα του Ι.Κ.Α. στο Άργους Ορεστικό δεν προσφέρει ικανοποιητική παροχή πρωτοβάθμιων φροντίδων υγείας στο πληθυσμό που είναι ασφαλισμένοι στο Ι.Κ.Α. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι υπάρχει έλλειψη πολλών ιατρικών ειδικοτήτων, επίσης νοσηλευτικού και βοηθητικού προσωπικού.

3.6.5 Κίνηση του Υποκαταστήματος Ι.Κ.Α. Καστοριάς.

Σ' αυτό το σημείο θα αναφερθεί η κίνηση του υποκαταστήματος Ι.Κ.Α. Καστοριάς, σύμφωνα με τον αριθμό επισκέψεων την περίοδο 1990 - 1996, όλων των υπηρεσιών που παρέχουν Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3.12 : Κίνηση (αριθμός επισκέψεων) στο υποκατάστημα του Ι.Κ.Α. Καστοριάς
κατά την περίοδο 1990 - 1996.**

ΕΤΗ ΙΑΤΡΕΙΑ	1990			1991			1992			1993			1994			1995			1996		
	Α' ΕΞ/ΝΟ	Β' ΕΞ/ΝΟ	ΕΥΝ. Έτος	Α' ΕΞ/ΝΟ	Β' ΕΞ/ΝΟ	ΕΥΝ. Έτος	Α' ΕΞ/ΝΟ	Β' ΕΞ/ΝΟ	ΕΥΝ. Έτος	Α' ΕΞ/ΝΟ	Β' ΕΞ/ΝΟ	ΕΥΝ. Έτος	Α' ΕΞ/ΝΟ	Β' ΕΞ/ΝΟ	ΕΥΝ. Έτος	Α' ΕΞ/ΝΟ	Β' ΕΞ/ΝΟ	ΕΥΝ. Έτος	Α' ΕΞ/ΝΟ	Β' ΕΞ/ΝΟ	ΕΥΝ. Έτος
Παθολογικό	12494	12234	24728	12990	11105	24025	13360	11776	25136	11896	11465	23361	10813	10246	21059	11148	10300	21448	8910	1132	10042
Χειρουργικό	551	530	1081	552	-	552	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1262	1145	2407
Οδοντιατρικό	4427	5098	9525	4838	5702	10540	4571	4452	9023	4383	3615	7998	4109	3139	7248	2521	2251	4772	3469	3564	7033
Ω.Ρ.Α.	1432	1296	2728	1606	1476	3082	1702	1362	3064	1755	1596	3351	1843	1362	3205	1772	1141	2913	2767	2001	4768
Γυναικολογικό	852	746	1598	857	800	1657	1204	979	2183	956	797	1753	809	1000	1809	992	922	1914	677	845	1522
Παιδιατρικό	2308	2212	4520	2504	1821	4325	1961	2340	4301	2800	2780	5580	2742	2370	5112	2481	2405	4886	2230	2112	4342
Φυματιολογικό	-	-	-	-	-	-	-	-	-	504	-	504	-	1099	1099	-	1796	1796	1439	1310	2749
Αφροδ. Δερματ.	1229	1049	2278	1260	1025	2285	1145	1110	2255	1080	1040	2120	1153	982	2135	945	1020	1965	1150	1098	2248
Νευρολογικό	-	-	-	-	-	-	1442	2044	3486	1935	2540	4475	2259	2021	4280	2103	1917	4020	2600	2487	5087
Οφθαλμολογικό	2349	1906	4255	2011	2464	4478	1055	1792	2847	2448	2632	5080	2667	2541	5208	3068	2315	5383	2727	2399	5056
Ουρολογικό	-	-	-	-	-	-	-	-	-	236	385	648	-	399	399	493	503	996	517	665	1182
Καρδιολογικό	1850	1600	3450	1940	1808	3748	1800	1650	3450	1800	1570	3370	-	1700	1700	2308	2350	4658	3123	2978	6101
Ορθοπαιδικό	2053	1687	3740	2185	1935	4120	2046	1725	3771	2060	1910	3970	2348	2312	4660	2740	2850	5590	3507	4007	7514
ΣΥΝΟΛΟ	29545	28358	57903	30673	28136	58809	29256	29230	36871	31880	30330	62210	28743	29171	57514	30571	29770	60341	33114	25743	58857
ΠΟΣ. ΜΕΤ. ΑΝΑ ΕΓΟΣ%			-			1,6			-37,3			68,7			-7,5			4,9			-2,5

ΠΗΓΗ: Ι.Κ.Α. Καστοριάς (Στατιστικά Δελτία).

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα, ο αριθμός επισκέψεων στο υποκατάστημα του Ι.Κ.Α. στο Ν. Καστοριάς έχει διακυμάνσεις από έτος σε έτος (αυξομειώσεις). Οι διακυμάνσεις αυτές θεωρούνται φυσιολογικές διότι σε κάθε έτος (ή εξάμηνο) η λειτουργία μερικών ιατρείων δεν είναι εφικτή, για το λόγο ότι μπορεί να μην υπάρχει γιατρός για το συγκεκριμένο ιατρείο. Επίσης η κίνηση να είναι μειωμένη λόγω της μειωμένης ζήτησης για παροχή πρωτοβάθμιων φροντίδων υγείας από τους δικαιούχους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο: Διαπιστώσεις - Συμπεράσματα

4.1 Γενικά

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτέλεσε και αποτελεί σημείο αιχμής για την πολιτική υγείας στην χώρα μας έχοντας ως αφετηρία το Ν. 1397/83 για Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.).

Ένας από τους σημαντικότερους στόχους της πολιτικής υγείας ήταν η ανάπτυξη των Κέντρων Υγείας και η βελτίωση της νοσοκομειακής υποδομής.

Οι τροποποιήσεις και αναθεωρήσεις είναι αποδεκτές στα πλαίσια ενός δυναμικού σχεδιασμού και προγραμματισμού.

Όμως η εξέλιξη του Ε.Σ.Υ. σφραγίσθηκε δυστυχώς από:

- την ασυνέχεια της πολιτικής (κυρίως μεταξύ 1986 - 1989).
- την απορρύθμιση ουσιαστικών λειτουργιών του (1990 - 1993).

Οι αρχικές προβλέψεις του συστήματος απέτυχαν κυρίως:

- στην διοικητική αποκέντρωση
- στον θεσμό του οικογενειακού γιατρού
- στον εκσυγχρονισμό των δημόσιων νοσοκομείων με τη λειτουργία του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης
- στην συνεχή εκπαίδευση

Επίσης, δεν προωθήθηκαν όσο θα έπρεπε τα παρακάτω:

- η έρευνα
- η παραγωγή διοικητικών στελεχών
- η δημιουργία βάσεων δεδομένων με τα στοιχεία του συστήματος

Σημαντικό είναι να αναφερθεί και η μη υλοποίηση του Ενιαίου Φορέα χρηματοδότησης που ήταν υπαίτια για την έλλειψη περιφερειακών πολιτικών βασισμένων στις ανάγκες του

πληθυσμού και οργανωτικών δομών που θα στήριζαν το σύστημα και θα ικανοποιούσαν τους χρήστες

4.2 Κύρια Προβλήματα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο Ν. Καστοριάς.

4.2.1 Εξωτερικά Ιατρεία Ν.Γ.Ν. Καστοριάς.

Στα Εξωτερικά Ιατρεία του Ν.Γ.Ν. Καστοριάς εντοπίζονται τα εξής προβλήματα:

- Η λειτουργία των Εξωτερικών Ιατρείων του Νοσοκομείου δεν είναι επαρκής όσον αφορά τις ημέρες και ώρες λειτουργίας. Αν και οι ώρες λειτουργίας των Ε.Ι. είναι σχετικά πρωινές (9:00 π.μ.), ουσιαστικά οι γιατροί δέχονται τους ασθενείς μετά την καθημερινή επίσκεψη τους στις κλινικές του Νοσοκομείου. Έτσι δημιουργείται μία συμφόρηση στα Ε.Ι., με αποτέλεσμα οι ασθενείς να περιμένουν αρκετές ώρες στην αναμονή. Επομένως και οι μέρες λειτουργίας θα πρέπει να αυξηθούν για την ταχύτερη και καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών των Ε.Ι.
- Η στελέχωση του Ιατρικού, Νοσηλευτικού και Βοηθητικού προσωπικού θεωρείται ελλιπής σε σχέση με τις ανάγκες που προκύπτουν. Επειδή δεν προβλέπεται μόνιμο Ιατρικό, Νοσηλευτικό και Βοηθητικό προσωπικό από τον οργανισμό του Νοσοκομείου, δεν είναι εύκολη και κυρίως δυνατή η εξυπηρέτηση των ασθενών από τα Ε.Ι. Ήδη υπάρχει έλλειψη σε προσωπικό (κυρίως Ιατρικό και Νοσηλευτικό) σε σχέση με τις οργανικές θέσεις στο Νοσοκομείο, με αποτέλεσμα να καθίσταται δύσκολη και προβληματική η λειτουργία των Ε.Ι.
- Μεγάλο πρόβλημα αντιμετωπίζουν οι ασθενείς, διότι τα Ε.Ι. του Νοσοκομείου δεν καλύπτουν ορισμένες ειδικότητες και επομένως αναγκάζονται να απευθύνονται ή στον Ιδιωτικό τομέα, ή να διακομίζονται σε μεγαλύτερα Νοσοκομεία, εάν η κατάστασή τους κρίνεται επείγουσα. Επομένως η παροχή πρωτοβάθμιων φροντίδων υγείας για ορισμένους ασθενείς δεν είναι εφικτή.

4.2.2 Σ.Α΄Β. (Επείγοντα Περιστατικά) του Ν.Γ.Ν. Καστοριάς.

Στα Επείγοντα Περιστατικά του Νοσοκομείου Καστοριάς εντοπίζονται τα εξής προβλήματα:

- Βασικό πρόβλημα των Επείγοντων Περιστατικών είναι και σ' αυτή την περίπτωση η στελέχωσή του σε προσωπικό. Όπως και στα Ε.Ι. του Νοσοκομείου, έτσι και στα Ε.Π., το Ιατρικό, Νοσηλευτικό και Βοηθητικό προσωπικό δεν προβλέπεται από τον Οργανισμό του Ιδρύματος. Κυρίως τα Ε.Π. καλύπτονται από τους ειδικευμένους γιατρούς, με εξαίρεση κάποια περιστατικά που χρειάζονται την παρέμβαση ειδικευμένου γιατρού (π.χ. χειρουργού). Τα Ε.Π. του Νοσοκομείου καλύπτονται και από έναν μόνιμο γιατρό Α΄ Επιμελητή, ο οποίος και προϊστάται. Συνήθως τα περισσότερα περιστατικά διακομίζονται σε μεγάλα Νοσοκομεία (Θεσσαλονίκη), λόγω της έλλειψης εξειδικευμένου ιατρικού προσωπικού. Επομένως είναι απαραίτητο σ' αυτή την περίπτωση το Βοηθητικό προσωπικό (οδηγοί ασθενοφόρων, τραυματιοφορείς).

4.2.3 Κέντρο Υγείας Άργους Ορεστικού Ν. Καστοριάς.

Στο Κέντρο Υγείας Άργους Ορεστικού εντοπίζονται τα εξής προβλήματα:

- Το κυριότερο πρόβλημα του Κέντρου Υγείας είναι η ελλιπής στελέχωσή του. Δηλαδή, παρατηρείται μετακίνηση ορισμένων ειδικοτήτων από το Κ.Υ. στο Νοσοκομείο Καστοριάς. Το προσωπικό που μετακινείται, για παράδειγμα, είναι Κοινωνικοί Λειτουργοί, Φυσιοθεραπευτές, Οδηγοί ασθενοφόρων, Διοικητικοί Υπάλληλοι. Όλες αυτές οι ειδικότητες κρίνονται αναγκαίες για τη σωστή λειτουργία των Κ.Υ. Χαρακτηριστικό είναι ότι δεν έχουν καταληφθεί όλες οι οργανικές θέσεις του Κ.Υ. Άργους Ορεστικού αλλά μόνο ένα μικρό ποσοστό των θέσεων.

- Το Κ.Υ. Άργους Ορεστικού αντιμετωπίζει πρόβλημα και στην υλικοτεχνική υποδομή του.
- Όσον αφορά το Ιατρικό προσωπικό του Κ.Υ. υπάρχει μεγάλη έλλειψη και σε κύριες ειδικότητες (π.χ. Παιδίατροι, Γενικής Ιατρικής κ.λ.π.). Το Βοηθητικό προσωπικό καλύπτει ελάχιστο αριθμό θέσεων, με αποτέλεσμα να υπάρχουν έντονα προβλήματα ουσιαστικής λειτουργίας του Κ.Υ. Το πρόβλημα αυτό "λύνεται" με μετακίνηση των ασθενών στο Νοσοκομείο Καστοριάς, είτε με πρωτοβουλία του Κ.Υ., είτε με πρωτοβουλία των ίδιων των ασθενών.
- Επίσης υπάρχουν αρκετές αγροτικές περιοχές (χωριά) που είναι αρκετά απομακρυσμένα από το Κ.Υ. και αναγκάζονται να απευθύνονται στα πιο κοντινά Κ.Υ., για παράδειγμα, στο Κ.Υ. Τσοτυλίου Ν. Κοζάνης.

4.2.4 Περιφερειακά Ιατρεία Ν. Καστοριάς.

Τα Περιφερειακά Ιατρεία του Ν. Καστοριάς αντιμετωπίζουν τα εξής προβλήματα:

- Το σημαντικότερο πρόβλημα των Π.Ι. του Κ.Υ. Άργους Ορεστικού είναι η μη συνεχή λειτουργία των Περιφερειακών Ιατρείων σε καθημερινή βάση. Έτσι ο αγροτικός πληθυσμός αναγκάζεται να απευθύνεται προς τα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου με αποτέλεσμα να δημιουργείται συνωστισμός στα Ε.Ι. από τους ασθενείς. Το πρόβλημα αυτό δημιουργείται για το λόγο ότι οι αγροτικοί γιατροί παρέχουν υπηρεσίες και στο Κέντρο Υγείας.
- Επίσης τα Περιφερειακά Ιατρεία του Κ.Υ. Άργους Ορεστικού καλύπτουν το μισό πληθυσμό του Νομού Καστοριάς, ήτοι 27.654 άτομα (ο συνολικός πληθυσμός του Ν. Καστοριάς ανέρχεται στις 52.685). Επομένως δημιουργείται το πρόβλημα της "καλής εξυπηρέτησης" του αγροτικού πληθυσμού, δεδομένου ότι υπάρχουν μόνο 13 Αγροτικά Ιατρεία που παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στον πληθυσμό και στο καθένα

αναλογεί τουλάχιστον 3 με 4 χωριά. Δηλαδή, η περιοχή ευθύνης που έχει καθοριστεί δεν είναι εξίσου ανάλογη σε όλα τα Περιφερειακά Ιατρεία.

4.2.5 Ιδιωτικός Τομέας Ν. Καστοριάς.

Ο Ιδιωτικός τομέας στο Ν. Καστοριάς αντιμετωπίζει τα εξής προβλήματα:

- Το βασικό πρόβλημα του Ιδιωτικού τομέα στο Ν. Καστοριάς είναι ο μεγάλος αριθμός γιατρών συγκεκριμένων ειδικοτήτων, για παράδειγμα των Οδοντιάτρων και των Παιδιάτρων. Ειδικά οι Οδοντίατροι αντιμετωπίζουν σοβαρό πρόβλημα ανταγωνισμού, λόγω του αριθμού των Οδοντιάτρων που παρέχουν υπηρεσίες στο Νοσοκομείο, στο Κέντρο Υγείας και στο υποκατάστημα του Ι.Κ.Α. Για τους ασθενείς το πρόβλημα είναι το μεγάλο κόστος για την παροχή Π.Φ.Υ.
- Τέλος ο Ιδιωτικός Τομέας στο Ν. Καστοριάς δεν προσφέρει ποικιλία ειδικοτήτων και εργαστηριακών εξετάσεων, εκτός από ορισμένες εξαιρέσεις.

4.2.6 Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.) Ν. Καστοριάς.

Το Ι.Κ.Α. Καστοριάς αντιμετωπίζει τα εξής προβλήματα:

- Το σημαντικότερο πρόβλημα του υποκαταστήματος Ι.Κ.Α. στην Καστοριά είναι η έλλειψη προσωπικού (νοσηλευτικού, παραϊατρικού και βοηθητικού).
- Επίσης πρόβλημα κυρίως για τους δικαιούχους του Ι.Κ.Α. ήταν η μέχρι πρόσφατη απώλεια ενός πολυατρείου (1994 ίδρυση πολυατρείου), όπου θα εξυπηρετούνταν οι δικαιούχοι χωρίς να αναγκάζονται να πηγαίνουν σε συμβεβλημένους γιατρούς του ασφαλιστικού τους φορέα.

Συνοπτικά τα κύρια προβλήματα στο Ν. Καστοριάς είναι τα ακόλουθα:

1. Έλλειψη προσωπικού όλων των ειδικοτήτων στους φορείς Π.Φ.Υ.
2. Προβληματικός τρόπος λειτουργίας των φορέων Π.Φ.Υ.
3. Προβληματικός προσδιορισμός των περιοχών ευθύνης των φορέων Π.Φ.Υ.
4. Έλλειψη των γιατρών με ειδικότητα Γενικής Ιατρικής.
5. Μη επαρκής υλικοτεχνική υποδομή.

Επομένως για να μπορέσει να γίνει εφικτή η εφαρμογή του νέου θεσμού των Δικτύων Π.Φ.Υ. θα πρέπει να επιλυθούν υπ' όψη όλα τα προβλήματα που προκύπτουν στο Ν. Καστοριάς και κατ' επέκταση σε ολόκληρη τη χώρα. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί με ορθολογικό τρόπο και με κριτήριο την ελαχιστοποίηση του κόστους Π.Φ.Υ. και με ταυτόχρονη βελτίωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Τέλος, εντοπίζοντας ως ένα βαθμό τα προβλήματα που υπάρχουν στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στον Ν. Καστοριάς, γίνεται μία προσπάθεια παρουσίασης και συγχρόνως αντιστοίχισης της ήδη υπάρχουσας κατάστασης με αυτήν που προβλέπεται να επικρατήσει μετά την εφαρμογή του Ν. 2519/97 όσον αφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. **Ειδικότερα:**

Όσον αφορά σε γενικό επίπεδο τους σημαντικότερους στόχους του Ε.Σ.Υ. σύμφωνα με το Ν. 1397/83, όπως προαναφέρθηκε, αυτοί δεν επιτεύχθηκαν. Τα κύρια προβλήματα της Π.Φ.Υ. τα οποία δημιουργήθηκαν μέσα σ' αυτό το διάστημα στη χώρα και συγκεκριμένα στο Ν. Καστοριάς είναι τα εξής:

- Σε μεγάλο βαθμό πολυκερματισμός στο σύστημα. Πληθώρα φορέων με διαφορετικά οργανωτικά και διοικητικά σχήματα που προσφέρουν υπηρεσίες, χωρίς βέβαια να υπάρχει καμία σύνδεση μεταξύ τους.
- Σοβαρές ελλείψεις στην υλικοτεχνική υποδομή με αποτέλεσμα να μην ανταποκρίνεται στις σύγχρονες απαιτήσεις της ιατρικής επιστήμης και οι προσφερόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας να περιορίζονται και να είναι στοιχειώδεις.
- Υπάρχει μεγάλη έλλειψη εκπαιδευμένου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

Έτσι ο νέος νόμος 2519/97 δημιουργείται για να παραγματοποιήσει τους αρχικούς στόχους του Ν. 1397/83 και να εισαγάγει νέους θεσμούς. Για παράδειγμα με το νέο νόμο προβλέπεται να ισχύσει ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού όπως και με το νόμο 1397/83.

Με το νέο νόμο εισάγεται ο θεσμός των Δικτύων με τον οποίο επιχειρήται ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε Σ Υ.) και οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών. Συμπερασματικά, λαμβάνοντας υπ' όψη τα ήδη υπάρχοντα προβλήματα της Π.Φ.Υ. στο Ν. Καστοριάς, καταλήγουμε στο ότι υπήρχε η ανάγκη της εφαρμογής του νέου νόμου για την επίλυση των προβλημάτων αυτών. Επομένως όσον αφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στον Ν. 2519/97, επιχειρήται:

- α) καθιέρωση του νέου θεσμού - "Δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας" και
- β) αναβάθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην ύπαιθρο

Επομένως με την εισαγωγή των θεσμών αυτών και κυρίως το θεσμό των Δικτύων στην Π.Φ.Υ., αποσκοπείται η διαμόρφωση της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας (Π.Φ.Υ.) με τρόπο που να εξασφαλίζει:

- ίδιο βαθμό κάλυψης και ίσο επίπεδο υπηρεσιών στον πληθυσμό (μεταξύ αγροτικού και αστικού πληθυσμού)
- αποκέντρωση και περιφερειακή οργάνωση
- ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- κατάλληλη στελέχωση των υπηρεσιών υγείας

Λαμβάνοντας υπ' όψη όλα τα παραπάνω συμπερασματικά αναφέρεται ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί μια πρόταση η οποία μπορεί να δώσει διέξοδο τόσο στην κρίση λειτουργικότητας και στόχων των υπηρεσιών υγείας(Κυριόπουλος Γ., 1995).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ - ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Ζηλίδης Χρ., Αξιολόγηση των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας του Αγροτικού Πληθυσμού 2., Αθήνα 1988.
- Θεοδώρου Μάμας, Σαρρής Μάρκος, Σούλης Σωτήρης, Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα, Αθήνα 1996.
- Θεοδώρου Μάμας, Καρόκης Αντώνης, Πολύζος Νικόλαος, Ρούπας Θεόδωρος, Σισσούρας Άρης, Υφαντόπουλος Γιάννης, Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα 1994
- Κυριόπουλος Γιάννης, Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών (Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία), Αθήνα 1995.
- Νόμος 2519/21-8-1997/ Φ.Ε.Κ. 165 τ. Α΄
- Νόμος 1397/7-10-1983/ Φ.Ε.Κ. 143 τ. Α΄
- Υ.Α. / Τροποποίηση της αρ. Α3β/οικ. 14156/8-8-1986 (Φ.Ε.Κ. 649/Β/86) / Φ.Ε.Κ. 275 τ. Β΄
- Υ.Α. αρ. Α3β/οικ. 14156 / Φ.Ε.Κ. 649 τ. Β΄
- Υ.Α./ Φ.Ε.Κ. 226 τ. Β΄
- Υ.Α./ Υ4α/οικ. 5961 / Φ.Ε.Κ. 470 τ. Β΄