

Θεσμός του Προσωπικού Ιατρού και εφαρμογή του στο Κέντρο Υγείας Νέου Κόσμου

Μπαντή Βαΐα¹, Πλατής Χαράλαμπος²

1. Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών (ΜΠΣ) «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» - Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο (ΕΑΠ)
2. Συνεργαζόμενο Εκπαιδευτικό Προσωπικό (ΣΕΠ), Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου (ΕΑΠ)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο Προσωπικός Ιατρός (ΠΙ) και η ιδιαίτερη συμβολή του στη λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) έγινε από πολύ νωρίς αντιληπτή σε όλο τον κόσμο. Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες έχουν δημιουργηθεί και έχουν λειτουργήσει αποτελεσματικά, μοντέλα υγειονομικής περίθαλψης, βασισμένα στον Προσωπικό Ιατρό, ο οποίος λειτουργεί ως σύμβουλος υγείας, κατευθύνοντας τον ασθενή σε γιατρούς άλλων ειδικοτήτων ή και στη νοσοκομειακή περίθαλψη. Στην Ελλάδα, ο εν λόγω θεσμός αποτελεί μια πρόκληση. Ήδη από το 1983, χρονολογία ίδρυσης του ΕΣΥ, έγιναν πολλές προσπάθειες θεσμοθέτησής του, με διάφορες μορφές, καμία όμως, έως τώρα, δεν εφαρμόστηκε καθολικά, οργανωμένα και συνεκτικά με το υπόλοιπο σύστημα υγείας. Όλες αυτές τις αποτυχίες ευελπιστεί να διορθώσει ο πρόσφατος Νόμος 4931/2022 που εστιάζει στην εγκαθίδρυση του ΠΙ αλλά και στην ενίσχυση της ΠΦΥ.

Στο παρόν άρθρο τεκμηριώνεται βιβλιογραφικά η αναγκαιότητα και η σημασία του θεσμού του ΠΙ στην Ελλάδα και παρουσιάζεται ένα ρεαλιστικό σχέδιο για την ανάπτυξή του στο Κέντρο Υγείας (ΚΥ) Νέου Κόσμου. Το σχέδιο αυτό εκπονήθηκε ακολουθώντας τα 7 βασικά βήματα του προγραμματισμού- σχεδιασμού, λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα μιας τυπικής ανάλυσης SWOT, η οποία αφορούσε στην αναγνώριση και αποτύπωση των δυνατών και αδύνατων σημείων της λειτουργίας του ΚΥ Νέου Κόσμου, αλλά και στον εντοπισμό των ευκαιριών και απειλών που προέκυψαν από την ανάλυση του εξωτερικού του περιβάλλοντος.

Μέσα από το εν λόγω άρθρο διαπιστώνεται η ανάγκη εφαρμογής του θεσμού στην Ελλάδα, ενός εγχειρήματος δύσκολου και απαιτητικού, η επιτυχία του οποίου θα διασφαλιστεί μόνο αν δημιουργηθούν οι κατάλληλες προϋποθέσεις, με σημαντικότερη όλων τη συνέχεια στη διαμόρφωση των πολιτικών στην υγεία και την κοινή πολιτική βούληση.

Λέξεις Κλειδιά: Προσωπικός ιατρός, ανάπτυξη πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, προγραμματισμός - σχεδιασμός, ανάλυση SWOT.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Μπαντή Βαΐα, Τερψιχόρης 90, Παλαιό Φάληρο, Τ.Κ. 17562, Τηλ: +30 6944393615, E-mail: vmpanti@gmail.com

The Personal Doctor regulation and its implementation in the Health Center of Neos Kosmos

Mpanti Vaia¹, Platis Charalampos²

1. Post Graduate Student, Post Graduate Program in Health Care Management, Hellenic Open University
2. Collaborating Educational Personnel (SEP) - Hellenic Open University (EAP)

ABSTRACT

The Personal Doctor and his special contribution to the operation of Primary Health Care (PHC) was very early noticed worldwide. In most European countries, health care models have been implemented and operated effectively, based on the Personal Doctor who has a health advisor function, directing the patient to specialists or to hospital care. In Greece, the regulation in question constitutes a challenge. Even since 1983, the date of establishment of the National Health System (ESY), many multiple legislative efforts have been made, but none so far has been implemented fully, organized, and in a consistent way. The current attempted reform under Law 4931/2022 hopes to amend all these nonfulfillments and aims at establishing the Personal Doctor and reinforcing PHC.

The aim of this article is to substantiate by means of bibliographic reviews the necessity and the significance of the Personal Doctor regulation in Greece and to present a realistic implementation plan in the Health Center of Neos Kosmos. This plan was created by following the 7 basic planning steps, considering the results of a typical SWOT Analysis. This analysis identifies the strengths and weaknesses of the Health Center of Neos Kosmos, as well as the



opportunities and threats which have emerged from the analysis of its external environment.

This article comprehensively emphasizes the need of implementation of this regulation in Greece, a difficult and demanding endeavor, the success of which will be ensured only and if only the necessary prerequisites are created- the most significant of which is the continuity in the shaping of health policies and the common political will.

Keywords: Personal doctor, primary healthcare development, planning, SWOT analysis.

Corresponding Author: Mpanti Vaia, 90, Terpsichoris str., Palaio Faliro, P.C. 17562, Tel: +30 6944393615, E-mail: vmpanti@gmail.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με το προοίμιο του Καταστατικού Χάρτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) «υγεία είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά η απουσία κάποιας ασθένειας». Από τον ορισμό αυτό γίνεται αντιληπτό ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας δεν πρέπει να αρκείται μόνο στη θεραπεία των ασθενών, αλλά να προσφέρεται και σε υγιή άτομα και να περιλαμβάνει δράσεις πρόληψης και ενημέρωσης σε θέματα υγείας και διατροφής.¹ Παράλληλα, λόγω της φύσης και της ιδιομορφίας του αγαθού της υγείας, η απόκτησή του δεν πρέπει να επηρεάζεται από την οικονομική κατάσταση ή την κοινωνική θέση του ατόμου αλλά να παρέχεται με μόνο κριτήριο τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού.¹

Στις μέρες μας η Διακήρυξη της Alma-Ata (1978), καθίσταται πιο επίκαιρη παρά ποτέ. Το κείμενό της καθιστά σαφές ότι δεν είναι αποδεκτές οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες σε επίπεδο υγείας και διατυπώνει με πλήρη σαφήνεια τον ορισμό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ),

ορίζοντάς την βασικό πυλώνα οποιουδήποτε υγειονομικού συστήματος.²

Στο πλαίσιο όλης αυτής της συζήτησης, που ξεκίνησε εδώ και δεκαετίες και αφορά στην αναγκαιότητα οργάνωσης μιας αποτελεσματικής ΠΦΥ με καθολική πρόσβαση για όλους, σημαντικό ρόλο παίζει ο Προσωπικό Ιατρός (ΠΙ), ένας θεσμός τον οποίο εδώ και δεκαετίες έχει υιοθετήσει η πλειοψηφία των χωρών της Ευρώπης και έχει εντάξει στην προσπάθεια αναμόρφωσης των εθνικών συστημάτων υγείας. Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία που δημοσίευσε το Υπουργείο Υγείας της Αγγλίας, το 88% των ασθενών είχαν θετική εμπειρία από τη χρήση των υπηρεσιών του οικογενειακού ιατρού.³

Ήδη από το 2017 με τον Νόμο 4486/2017,⁴ ο οποίος αφορούσε σε μεταρρυθμίσεις της ΠΦΥ και προέβλεπε την ίδρυση των Τοπικών Μονάδων Υγείας (ΤΟΜΥ), καθορίστηκε ο οικογενειακός ιατρός ως ο ακρογωνιαίος λίθος της ΠΦΥ. Δυστυχώς, η συγκεκριμένη μεταρρύθμιση δεν μπόρεσε να προχωρήσει. Αυτή ακριβώς την «αποτυχία» ευελπιστεί να καλύψει ο πρόσφατος Νόμος 4931/2022⁵

που εστιάζει στην εγκαθίδρυση του θεσμού του ΠΙ αλλά και στην ενίσχυση της ΠΦΥ.

Κεντρικός άξονας της λειτουργίας του συγκεκριμένου θεσμού είναι η ύπαρξη ενός επιστήμονα (Παθολόγος ή Γενικός Ιατρός), ο οποίος θα έχει μια στενή και σταθερή σχέση με τον πολίτη και μια σφαιρική άποψη για την υγεία του, μέσω της πρόσβασης στον Ατομικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας (ΑΗΦΥ) του, και επομένως θα μπορεί να αποφασίζει και να κατευθύνει τον πολίτη σωστά και αποτελεσματικά μέσα στις δαιδαλώδεις δομές υγείας της χώρας.

Σκοπός, λοιπόν, του παρόντος άρθρου είναι να αναδείξει τη σημασία και την αναγκαιότητα του θεσμού του ΠΙ αλλά και να παρουσιάσει ένα ρεαλιστικό σχέδιο για την ανάπτυξη του εν λόγω θεσμού σε μια δομή ΠΦΥ.

ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΗΜΑΣΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Βάσει έρευνας της διαΝΕΟσις,⁶ που διεξήχθη το 2015, και αφορούσε στις επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία των Ελλήνων, προέκυψε ότι τα τελευταία χρόνια η υγεία των Ελλήνων επιδεινώθηκε, ιδιαίτερα για όσους ανήκουν στα κατώτερα στρώματα και ειδικά οι άνεργοι και οι συνταξιούχοι έλαβαν μειωμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Το 2019, σε έκθεσή του, ο ΠΟΥ αναφέρει ότι όταν πλήττονται τα έσοδα των πολιτών, τότε

αυτοί αναζητούν δημόσιες υπηρεσίες υγείας, πιο οικονομικές και με ασφαλιστική κάλυψη.^{7,8} Αναδεικνύεται, επομένως, η ανάγκη για διαρθρωτικές αλλαγές στη δημόσια υγεία και στον τρόπο παροχής υπηρεσιών, προκειμένου να διασφαλιστεί καλύτερη πρόσβαση στους πολίτες με χαμηλό εισόδημα.

Σύμφωνα, με το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τις Πολιτικές και τα Συστήματα Υγείας [ΕΠΠΣΥ], το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα αλλά και το ποσοστό πληθυσμού άνω των 65 ετών ήταν υψηλότερα από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο το 2020. (Διάγραμμα 1 & Πίνακας 1).⁹ Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας, κάτι που αποτυπώθηκε και σε μελέτη του ΟΟΣΑ το 2001, η οποία αναφέρει ότι για την περίοδο 2000-2050 αναμένεται μια μέση αύξηση των δαπανών για υγειονομική περίθαλψη της τάξης του 3-3,5% για τις περισσότερες χώρες.¹⁰

Προκειμένου να αντιμετωπιστεί αυτή η νέα διαφαινόμενη πραγματικότητα στην Ελλάδα αλλά και για να επιτευχθούν οι στόχοι της Διακήρυξης της Alma-Ata, διατυπώθηκαν προτάσεις που αφορούσαν στην πλήρη ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας, μεταξύ των οποίων ήταν και η ανάπτυξη του θεσμού του οικογενειακού ιατρού.¹¹

Η αντίληψη όμως αυτή είχε αποτυπωθεί, ήδη, από το 1994, στις προτάσεις που έκανε η Ειδική Επιτροπή Εμπειρογνομόνων προς το



Υπουργείο Υγείας.¹² Σύμφωνα με το πόρισμα της Επιτροπής, η Ελλάδα πρέπει να ακολουθήσει το παράδειγμα άλλων ευρωπαϊκών χωρών και να ενισχύσει την ΠΦΥ μέσω της ανάπτυξης του ΠΙ διότι έτσι:

α) θα περιοριστεί το κόστος υγειονομικής φροντίδας

β) θα ενισχυθεί η πρόληψη και η φροντίδα των πολιτών της

Ο ΠΙ είναι ο άνθρωπος -κλειδί που συμβάλλει καθοριστικά στη στήριξη της ΠΦΥ. Είναι η πρώτη επαφή του πολίτη με το σύστημα υγείας της κοινότητας και προστατεύει τον ασθενή από μη κατάλληλους ειδικούς αλλά και τους ειδικούς από μη κατάλληλους ασθενείς.¹³ Λειτουργεί, άρα, ως ένας φύλακας (gatekeeper) του συστήματος υγείας. Ο ρόλος αυτός έχει συνδεθεί με παροχή καλύτερων υπηρεσιών, ειδικά όσων αφορά την πρόληψη και την κατάλληλη παραπομπή σε ειδικό για περεταίρω διερεύνηση, αλλά και με μειωμένες δαπάνες υγείας.¹⁴ Έρευνες έχουν δείξει ότι ο ΠΙ παραπέμπει σε λιγότερες διαγνωστικές εξετάσεις, με αποτέλεσμα να μειώνεται το κόστος φροντίδας του ασθενή.¹⁵ Φαίνεται επίσης ότι μπορεί να αποσυμφορήσει τα νοσοκομεία, μειώνοντας τις νοσηλείες.¹⁶ Στο ίδιο πνεύμα κινείται και η τοποθέτηση του Πρόεδρου της Ελληνικής Ακαδημίας Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής Μαριόλη Ανάργυρου κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου Υγεία μου στις 7/06/2022. Σε ομιλία του χαρακτήρισε «καίριας σημασίας» το συγκεκριμένο

νομοσχέδιο και τον ΠΙ «βηματοδότη του δικτύου υγείας».¹⁷ Με τη συμβολή του εξασφαλίζεται η αποσυμφόρηση των δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων μονάδων υγείας, μειώνεται το λειτουργικό κόστος των νοσοκομείων και ταυτόχρονα αποφεύγονται φαινόμενα εργασιακής κόπωσης των εργαζομένων.

Παράλληλα, η διεθνής εμπειρία έδειξε ότι συστήματα υγείας με ενισχυμένη ΠΦΥ και με πρωταγωνιστή τον ΠΙ έχουν βελτιωμένους δείκτες υγείας στο γενικό πληθυσμό και μειωμένους πρόωρους θανάτους από παθήσεις, οι οποίες μπορούν να προληφθούν ή να θεραπευτούν.¹⁸

ΑΝΑΛΥΣΗ SWOT ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΝΕΟΥ ΚΟΣΜΟΥ ΜΕ ΕΠΙΚΕΝΤΡΟ ΤΟΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΙΑΤΡΟ

Παρουσίαση δομής

Για τις ανάγκες της συγκεκριμένης εργασίας επιλέχθηκε το Κέντρο Υγείας (ΚΥ) Νέου Κόσμου. Στη δομή απασχολούνται 47 ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων 30 νοσηλευτές, 20 άτομα λοιπού και παραϊατρικού προσωπικού και 7 διοικητικοί υπάλληλοι (Πίνακας 2). Η λειτουργία του ΚΥ υποστηρίζεται από Ακτινολογικό, Μικροβιολογικό, Οδοντοπροσθετικό Τμήμα καθώς και Τμήμα Υπερήχων.

S.W.O.T Ανάλυση Κέντρου Υγείας Νέου Κόσμου (Πίνακας 3)

Δυνατά σημεία

Ένα από τα βασικά δυνατά σημεία του ΚΥ είναι η καλή γεωγραφική του τοποθεσία. Βρίσκεται στη διασταύρωση δυο κεντρικών οδικών αρτηριών της περιοχής, σε κοντινή απόσταση από σταθμό μετρό και Τραμ.

Η ύπαρξη διαγνωστικών τμημάτων καθώς και οι 14 διαφορετικές ειδικότητες ιατρών συμβάλλουν στην αποτελεσματικότερη διάγνωση και θεραπεία, καθώς υπάρχει άμεση συνεργασία και ανταλλαγή επιστημονικών απόψεων.

Επίσης, διαθέτει έμπειρο προσωπικό, με δεξιότητες και ικανότητες χειρισμού ακόμα και του πιο ιδιόρρυθμου και απαιτητικού πολίτη. Πολλοί ιατροί και νοσηλευτές εργάζονται σταθερά εδώ και πολλά χρόνια στο ΚΥ με αποτέλεσμα, πέρα των πρακτικών γνώσεων και εμπειριών που έχουν αποκτήσει, να έχουν αναπτύξει μια πιο προσωπική σχέση εμπιστοσύνης με τους ασφαλισμένους.

Παράλληλα, το γεγονός ότι το ΚΥ δεν έχει το μέγεθος ενός νοσοκομείου έχει ως αποτέλεσμα οι διαπροσωπικές σχέσεις και η συνεργασία ανάμεσα στους εργαζομένους να είναι ευκολότερη και αποδοτικότερη. Τόσο η Επιστημονικά Υπεύθυνη όσο και η Αναπληρώτριά της βρίσκονται καθημερινά σε συνεχή επικοινωνία με τους εργαζομένους, δρώντας πολλές φορές πυροσβεστικά σε πιθανές εντάσεις που προκύπτουν.

Τέλος, δεδομένου ότι υπάρχει πλέον ένα σαφές και νομοθετημένο πλαίσιο του ρόλου

και του τρόπου λειτουργίας του ΠΙ αλλά και ισχυρή πολιτική βούληση, προκειμένου ο συγκεκριμένος θεσμός να λειτουργήσει, αποτελούν σημαντικά πλεονεκτήματα.

Αδύνατα σημεία

Το ΚΥ στεγάζεται σε ένα παλιό κτήριο. Οι παλιές και κακοσυντηρημένες κτηριακές εγκαταστάσεις καθώς και οι ελλείψεις σε ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό είναι ίσως από τα σημαντικότερα αδύνατα σημεία της δομής. Το γεγονός αυτό κάποιες φορές γεννά την καχυποψία και την αμφισβήτηση στους πολίτες για το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η έλλειψη προσωπικού, κυρίως Γενικών Ιατρών και Παθολόγων, έχει ως συνέπεια τη μεγάλη αναμονή, τη μη ικανοποιητική εξυπηρέτηση των πολιτών αλλά και τη σωματική και ψυχική κόπωση των εργαζομένων. Δεν είναι τυχαίο ότι στην Ελλάδα οι Γενικοί Ιατροί, μια ειδικότητα προσανατολισμένης κυρίως προς την ΠΦΥ, αντιπροσωπεύουν μόλις το 7,4% του συνόλου των ιατρών, έναντι του 25,17% που είναι ο ευρωπαϊκός Μέσος όρος (ΜΟ), ποσοστό που κατατάσσει την Ελλάδα στη χαμηλότερη θέση. (Πίνακας 4 και Διάγραμμα 2).¹⁹

Τέλος, η καθυστέρηση στην επίλυση προβλημάτων, η κωλυσιεργία και η αντίσταση στην εφαρμογή διαφόρων μεταρρυθμίσεων οφείλονται στις γραφειοκρατικές διαδικασίες που διέπουν όχι

μόνο τη συγκεκριμένη δομή αλλά όλο τον δημόσιο τομέα.

Ευκαιρίες

Τα τελευταία χρόνια, πολλές ευρωπαϊκές χώρες προσπαθούν να εντάξουν τεχνολογίες ΤΠΕ στην υγειονομική περίθαλψη και να υιοθετήσουν τη λεγόμενη «ηλεκτρονική υγεία» (e-health), με στόχο την εξατομικευμένη, ανθρωποκεντρική περίθαλψη αλλά και την αντικατάσταση της παροχής υπηρεσιών με κέντρο τα νοσοκομεία από άλλες μικρότερες, πιο ευέλικτες δομές.²⁰ Η κορωνίδα της σύγχρονης αντίληψης παροχής υπηρεσιών υγείας είναι ο ΑΗΦΥ, στον οποίο θα καταγράφεται όλο το ιατρικό ιστορικό ενός πολίτη, με στόχο τη συνέχεια στην παρακολούθησή του. Παράλληλα, η τηλεϊατρική και η κινητή υγεία (mhealth) αναμένεται να διαδραματίσουν πρωταγωνιστικό ρόλο τα επόμενα χρόνια.²¹ Με την αξιοποίηση αυτών των δυνατοτήτων θα είναι δυνατή η έγκαιρη, αξιόπιστη διάγνωση αλλά και η συστηματική παρακολούθηση όλων των ασθενών.

Πλέον, ολοένα και περισσότεροι πολίτες επισκέπτονται το internet για να ενημερωθούν για θέματα που άπτονται της υγείας. Το 70% των Καναδών, έχουν συμβουλευτεί το Διαδίκτυο για τα εν λόγω θέματα.²² Το γεγονός αυτό αποτελεί ευκαιρία, έτσι ώστε να υπάρξει λεπτομερής ενημέρωση για τον θεσμό του ΠΙ, μειώνοντας έτσι τις

πιθανότητες απαξίωσης του από τους πολίτες.

Τέλος, το πρόγραμμα EU4Health 2021-2027 της ΕΕ, με προϋπολογισμό 5,3 δις ευρώ και με στόχους, μεταξύ άλλων, την ενίσχυση των συστημάτων υγείας, των ψηφιακών εργαλείων και της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, μπορεί να αποτελέσει πηγή χρηματοδότησης για την υλοποίηση του θεσμού.²³

Απειλές

Η μεταρρύθμιση όμως αυτή κινδυνεύει να μη γίνει δεκτή από τους εργαζομένους και τα σωματεία τους και να υποβαθμιστεί ο ρόλος του ΠΙ. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με τις ελλείψεις, κυρίως σε ιατρικό προσωπικό και των μη ικανοποιητικών αμοιβών του, μπορεί να οδηγήσει σε κύμα παραιτήσεων, κατάσταση που θα δυσχεράνει τη λειτουργία του ΚΥ.

Η γήρανση του πληθυσμού, η αύξηση των μεταναστών στην χώρα, η επιβάρυνση της υγείας των πολιτών, τόσο από την οικονομική/ ενεργειακή κρίση, όσο και από τον COVID-19, μπορεί να αυξήσουν τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας και ίσως ακόμα και να οδηγήσουν σε αλλαγή της φύσης των υπηρεσιών που ζητούνται.

Οι περιορισμένοι χρηματικοί πόροι καθώς και η πολιτική και οικονομική ρευστότητα μπορεί να οδηγήσουν σε αναθεωρήσεις της μεταρρύθμισης του ΠΙ, γεγονός που αποτελεί

κίνδυνο τόσο για τον ίδιο το θεσμό όσο και για τον τρόπο λειτουργίας του.

Παράλληλα, οι υπερβολικά υψηλές προσδοκίες και απαιτήσεις που καλλιεργήθηκαν στους πολίτες για τον ΠΙ αλλά και η ελλιπής και ασαφής πληροφόρησή τους για τον τρόπο λειτουργίας του, μπορούν να απογοητεύσουν τους πολίτες, καθώς θα βλέπουν τις προσδοκίες τους να ματαιώνονται, γεγονός που μπορεί να υπονομεύσει επιπλέον τον εν λόγω θεσμό.

Τέλος, πάντα καιροφυλακτεί ο κίνδυνος κακής χρήσης των υπηρεσιών του ΠΙ ή ακόμα και η κατάχρησή τους. Μπορεί να υπάρξουν αχρείαστες παραπομπές σε εξετάσεις ή ακόμα και κατευθυνόμενες σε ειδικούς ιατρούς.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ-ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΣΧΕΔΙΟΥ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΕΟΥ ΚΟΣΜΟΥ

Προγραμματισμός- σχεδιασμός

Πρωταρχικός σκοπός του εν λόγω σχεδίου είναι η εισαγωγή και η αποτελεσματική εφαρμογή του θεσμού στο ΚΥ έτσι ώστε :α) να παρέχονται αποτελεσματικές/ποιοτικές και ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας στους πολίτες και β) να αποσυμφορηθούν τα νοσοκομεία της περιοχής.

Ειδικότεροι στόχοι είναι:

α) Η ολιστική προσέγγιση του κάθε πολίτη. Ζητούμενο δεν είναι μόνο η σωστή διάγνωση

και η παροχή κατάλληλης θεραπείας αλλά και η πρόληψη, η ενημέρωση για θέματα υγείας, η αφύπνιση και η ενθάρρυνση υιοθέτησης συμπεριφορών προς την κατεύθυνση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής.

β) Η δυνατότητα εγγραφής και παρακολούθησης δια ζώσης από τον ΠΙ όλων των πολιτών που τον έχουν επιλέξει, χωρίς εξαιρέσεις και χωρίς να υπάρχουν περιορισμοί.

γ) Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από τον ΠΙ

δ) Η ανάκτηση της εμπιστοσύνης των πολιτών στη ΠΦΥ και ειδικότερα στο ΚΥ, στις δυνατότητες και γνώσεις τόσο του προσωπικού τους ιατρού όσο και του υπολοίπου προσωπικού έτσι ώστε όταν έχουν κάποιο πρόβλημα να καταφύγουν σε αυτόν και όχι κατευθείαν στο νοσοκομείο.

Προκειμένου να επιτευχθούν οι προαναφερθέντες στόχοι απαιτείται στενή συνεργασία του ΚΥ Νέου Κόσμου με το Υπουργείο Υγείας και την 1^η Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠΕ), με τους Δήμους των οποίων οι πολίτες θα εξυπηρετούνται, καθώς επίσης και με κοινωνικούς φορείς, εθελοντικές οργανώσεις, εκπαιδευτικά ιδρύματα και εταιρείες που δραστηριοποιούνται στην περιοχή.

Παρουσίαση σχεδίου

Για την υλοποίηση του εν λόγω σχεδίου ΠΙ θα οριστούν οι 5 Παθολόγοι και ο Γενικός Ιατρός



του ΚΥ. Το ωράριο εργασίας τους θα είναι πρωινό και απογευματινό, προκειμένου να εξυπηρετούνται και οι εργαζόμενοι πολίτες. Ενδεικτικά θα υπάρχουν 2 βάρδιες, η πρωινή 7:00-14:00 και η απογευματινή 14:00-21:00.

Θα υπάρχει ειδικός χώρος υποδοχής ασθενών, εξοπλισμένος με Η/Υ, τον οποίο θα τον χειρίζεται ειδικά εκπαιδευμένος διοικητικός υπάλληλος. Επίσης, στον ίδιο χώρο θα λειτουργεί τηλεφωνικό κέντρο διαχείρισης κλήσεων και άμεσης επικοινωνίας με τον ΠΙ. Ο υπάλληλος θα είναι υπεύθυνος για την προώθηση των πολιτών στο ιατρείο βάση του ραντεβού τους. Για την υλοποίηση της εν λόγω υπηρεσίας απαιτείται η διαμόρφωση ειδικού χώρου εντός του ΚΥ, η εκπαίδευση 2 διοικητικών (με κυλιόμενο ωράριο) στη διαχείριση της πλατφόρμας των ραντεβού και η εγκατάσταση ενός τηλεφωνικού κέντρου από την Υπηρεσία Πληροφορικής της 1^{ης} ΥΠΕ.

Το κάθε ραντεβού θα διαρκεί περίπου 15 λεπτά και στη συνέχεια ανάλογα της διάγνωσης ο ασθενής, εφόσον κριθεί απαραίτητο, θα παραπέμπεται επι τόπου για διαγνωστικές εξετάσεις π.χ ακτινογραφίες, υπερήχους, αιματολογικές. Αυτό, βέβαια, προϋποθέτει τη διασφάλιση της λειτουργίας των εν λόγω τμημάτων καθ' όλη τη διάρκεια του ωραρίου του ΠΙ (κυλιόμενο ωράριο εργαζομένων). Παράλληλα, θα δίνεται η δυνατότητα άμεσης παραπομπής σε εξειδικευμένο ιατρό εντός του ΚΥ

προκειμένου, μέσω της άμεσης διεπιστημονικής συνεργασίας, να εκπονείται σωστή και γρήγορη διάγνωση. Εξάλλου, έχει αποδειχθεί διεθνώς ότι η φροντίδα του ασθενή είναι πιο ποιοτική όταν διαφορετικές ειδικότητες και επιστήμες συνεργάζονται και επικοινωνούν μεταξύ τους.²⁴

Στα πλαίσια της υλοποίησης του στόχου της πρόληψης/ ενημέρωσης θα απασχολούνται διαιτολόγοι (μέσω Μνημονίου συνεργασίας με το Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο), στους οποίους ο πολίτης θα μπορεί να απευθυνθεί, μετά από παρότρυνση του ΠΙ, προκειμένου να ενημερωθεί για θέματα σωστής διατροφής ή για να εκπονηθεί ένα πρόγραμμα ειδικό για την πάθησή του.

Δεδομένου ότι υπάρχει έντονο πρόβλημα ναρκωτικών στην περιοχή αναγκαία θεωρείται και η συνεργασία του ΚΥ και του ΠΙ με φορείς και οργανώσεις, ομάδες αυτοβοήθειας, κοινωνικούς λειτουργούς ή ακόμα και με μεμονωμένα άτομα μέσα στην κοινότητα (δίκτυο εθελοντών), έτοιμους να παρέχουν ενημέρωση και βοήθεια για θέματα σχετικά με τα ναρκωτικά, το κάπνισμα και το αλκοόλ.

Μια φορά την εβδομάδα κάθε ΠΙ θα κάνει κατ'οίκον επισκέψεις στους ασθενείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα μετακίνησης (ηλικιωμένοι, άνθρωποι με βαριά κινητικά προβλήματα). Για το σκοπό αυτό αναγκαία θεωρείται η προμήθεια ενός οχήματος για τις μετακινήσεις αυτές, το οποίο μπορεί να

αποκτηθεί μέσω δωρεάς από εταιρείες της περιοχής, στα πλαίσια της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης.

Προκειμένου να ανακτηθεί η εμπιστοσύνη των πολιτών, κρίνεται αναγκαία η σταδιακή ανακαίνιση των ιατρείων και των κοινόχρηστων χώρων του ΚΥ και ο εκσυγχρονισμός του εξοπλισμού του (μέσω κρατικής χρηματοδότησης, ΕΣΠΑ ή δωρεών). Παράλληλα, το ΚΥ πρέπει να αναπτύξει δράσεις δημοσιοποίησης και ενημέρωσης των πολιτών για τον θεσμό, εκμεταλλευόμενο την ευκαιρία σχεδόν καθολικής πρόσβασης των πολιτών στην πληροφορία και αποσκοπώντας στην εξάλειψη της απειλής αποτυχίας του θεσμού λόγω ελλιπούς ενημέρωσης, Αυτό μπορεί να γίνει μέσω ειδικής ιστοσελίδας από την οποία ο πολίτης, με τη μορφή ερωτήσεων- απαντήσεων ή ειδικών εντύπων, θα μπορεί να πάρει πληροφορίες για το ρόλο του ΠΙ, τον τρόπο προγραμματισμού ραντεβού, τον τρόπο εισόδου στον ΑΗΦΥ κλπ.

Τέλος, το ΚΥ, με έναυσμα τον ΠΙ, μπορεί να συνάψει συνεργασίες με την τοπική Αυτοδιοίκηση για την ανάπτυξη κοινών προγραμμάτων υγείας και πρόληψης και την ενίσχυση του εθελοντισμού προκειμένου να συνεπικουρήσουν στη λειτουργία του ΠΙ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αλήθεια είναι πως είναι δύσκολο να αποφανθεί κάποιος ρητά και

κατηγορηματικά για τη σίγουρη επιτυχία ενός τέτοιου εγχειρήματος. Γεγονός, όμως, είναι ότι η ανάπτυξη του θεσμού του ΠΙ στην Ελλάδα είναι ένα στοίχημα που πρέπει να κερδηθεί, όχι μόνο γιατί σταδιακά θα αποσυμφορήσει τα νοσοκομεία και επομένως θα εξορθολογήσει το κόστος περίθαλψης στη χώρα, αλλά θα αναθεωρήσει και θα επανακαθορίσει ρόλους και διαδικασίες και θα διαμορφώσει νέες συμπεριφορές.

Όλα αυτά όμως θα μπορέσουν να συμβούν μόνο αν δημιουργηθούν οι κατάλληλες προϋποθέσεις και δοθεί λύση, πρώτιστος, στο θέμα της έλλειψης εξειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού. Ένα δεύτερο θέμα που πρέπει να επιλυθεί είναι η ικανοποίηση τόσο των ιατρών όσο και των πολιτών. Αυτό μεταφράζεται για τους ιατρούς στη δημιουργία ενός δίκαιου συστήματος αποζημιώσεων και στη θέσπιση κινήτρων, στους δε πολίτες σε άμεση και εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες με υψηλή ποιότητα παροχών. Η σημαντικότερη όμως προϋπόθεση είναι η συνέχεια στη χάραξη των πολιτικών που αφορούν στην υγεία. Μόνο εάν υπάρχει συνέπεια και συνέχεια στην εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων, ενιαία πολιτική βούληση και κοινοί στόχοι με μοναδικό γνώμονα το κοινό συμφέρον, θα μπορέσει, όχι μόνο αυτή η μεταρρύθμιση, αλλά και οποιαδήποτε άλλη να πετύχει.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ



1. Σιγάλας Ι. Οργανισμοί και υπηρεσίες υγείας στο Δίκαιος Κ, Κουτούζης Μ, Πολύζος Ν, Σιγάλας Ι, Χλέτσος Μ. Βασικές αρχές διοίκησης και διαχείρισης (Management) υπηρεσιών υγείας. Πάτρα, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, 1999. 57-67
2. Hixon AL, Maskarinec GG. The Declaration of Alma Ata on its 30th anniversary: relevance for family medicine today. *Fam Med*. 2008;40(8):585-588.
3. Swain S. A day in the life of a british general practitioner. *J Family Med Prim Care*. 2013;2(1):79-82.
4. Εφημερίδα της Κυβέρνησης. Ν.4486/2017. Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις [Online] Εφημερίδα της Κυβέρνησης (ΦΕΚ 115/Α/7-08-2017) Διαθέσιμο στο: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-yegeia/nomos-4486-2017-fek-115a-7-8-2017.html> (Πρόσβαση στις 17/10/2022)
5. Εφημερίδα της Κυβέρνησης. Ν.4931/2022. Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες επείγουσες διατάξεις [Online] Εφημερίδα της Κυβέρνησης (ΦΕΚ 94/Α/13-05-2022) Διαθέσιμο στο: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-yegeia/nomos-4931-2022-fek-94a-13-5-2022.html> (Πρόσβαση στις 17/10/2022)
6. Τούντας Ι και συν. Η υγεία των Ελλήνων στην κρίση. Μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των Ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας [Online] *διανεόσις*, 2016 Διαθέσιμο στο: https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2016/03/yegeia_singles_complete_ver02.pdf. (Πρόσβαση στις 17/10/2022)
7. World Health Organization. The financial crisis and global health: report of high-level consultation [Online] Geneva, World Health Organization, 2009 Διαθέσιμο στο: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70440> (Πρόσβαση στις 18/10/2022)
8. Kyriopoulos J, Tsiantou V. The financial crisis and its impact on health and medical care. *Arch Hellen Med* 2010; 27(5): 834-840
9. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Greece: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU. Paris, OECD Publishing; 2021
10. Dang T, Antolín PS, Oxley HW. Fiscal Implication of Ageing: Projections of Age-Related Spending, OECD Economics Department Working Papers No 305. Paris, OECD Publishing, 2001
11. Μαλλιαρού Μ, Σαράφης Π. Οικονομική κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των

- πολιτών και στα συστήματα υγείας. Βήμα του Ασκληπιού 2012; 11(1): 202-212
12. Abel-Smith B et al. Report on the Greek Health Services. Ministry of Health and Social Welfare of Greece. Athens, Pharmetrica S.A, 1994 Διαθέσιμο στο: https://eprints.lse.ac.uk/91942/1/Mossias_Report-on-the-Greek-Health-Services.pdf (Πρόσβαση στις 23/10/2022)
13. Fry J. The mouse and the elephant: can primary care save US health system? Lancet 1992;340:594-595
14. Sripa P, Hayhoe B, Garg P, Majeed A, Greenfield G. Impact of GP gatekeeping on quality of care, and health outcomes, use, and expenditure: a systematic review. Br J Gen Pract. 2019;69(682):294-303
15. Friedberg MW, Hussey PS, Schneider EC. Primary care: a critical review of the evidence on quality and costs of health care. Health Aff (Millwood). 2010;29(5):766-772.
16. Blinkenberg J, Pahlavanyali S, Hetlevik Ø, Sandvik H, Hunskaar S. General practitioners' and out-of-hours doctors' role as gatekeeper in emergency admissions to somatic hospitals in Norway: registry-based observational study. BMC Health Serv Res. 2019;19(1):568
17. Πρώτο Θέμα/ ygeiamou.gr. Ετήσιο συνέδριο με θέμα: Το Σύστημα υγείας στη νέα εποχή. [Video] 7 Ιουνίου 2022. Διαθέσιμο στο: Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=MXLem08VooE> (Πρόσβαση στις 23/10/2022)
18. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. Health Serv Res. 2003;38(3):831-865.
19. Eurostat Statistics explained. Healthcare personnel statistics-physicians [Online] 2021 Διαθέσιμο στο: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_physicians (Πρόσβαση 7/11/2022)
20. European Commission. The digital transformation of health and care in the Digital Single Market; empowering citizens and building a healthier society [Online] 2018 Διαθέσιμο στο: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=COM:2018:233:FIN> (Πρόσβαση στις 2/11/2022)
21. European Commission. E-Health Action Plan 2012-2020 - Innovative healthcare for the 21st century [Online] 2021 Διαθέσιμο στο: https://health.ec.europa.eu/publications/ehealth-action-plan-2012-2020_en (Πρόσβαση στις 2/11/2022)



22. Tonsaker T, Bartlett G, Trpkov C. Health information on the Internet: gold mine or minefield? Can Fam Physician. 2014;60(5):407-408
23. European Commission. EU4Health 2021-2027- A vision for a healthier European Union [Online] 2021. Διαθέσιμο στο: https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_el (Πρόσβαση στις 10/11/2022)
24. Λιονής Χ, Βιβιλάκη Β, Αδαμακίδου Τ, Σακελλάρη Ε. Η ομάδα υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Ορισμός και έννοιες στο Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α, Αδαμακίδου Θ και συν. Εφαρμογές καλών πρακτικών ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Αθήνα, Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις, 2015. 24-32. Διαθέσιμο στο: <https://hdl.handle.net/11419/3301>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Δημογραφικό και κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο στην Ελλάδα, 2020

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	ΕΛΛΑΔΑ	ΕΕ
Μέγεθος πληθυσμού	10.718.565	447.319.916
Ποσοστό πληθυσμού ηλικίας άνω των 65 ετών	22,3	1.5

Πηγή: European Observatory on Health Systems and Policies



ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Ιατρικές ειδικότητες και πλήθος ιατρών στο Κέντρο Υγείας Νέου Κόσμου

ΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ
ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ	3
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ	1
ΓΕΝΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ	1
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ	2
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ	1
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	3
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ	3
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	1
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ	6
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	2
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	2
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	3
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	5
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	4
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	3
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ	1
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	3
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ	1
ΩΡΛ	2

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. S.W.O.T Ανάλυση Κέντρου Υγείας Νέου Κόσμου

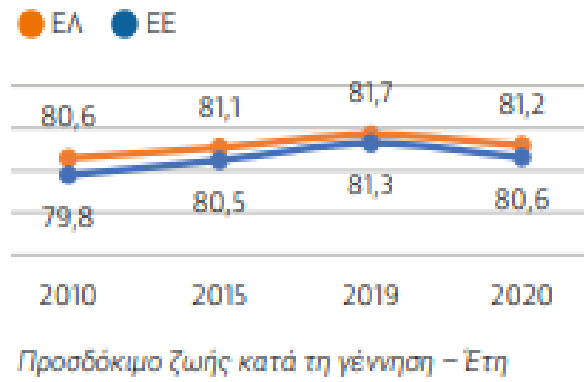
ΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ	ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ
Καλή γεωγραφική θέση	Παλιές κτηριακές εγκαταστάσεις
Εύκολη πρόσβαση	Έλλειψεις σε ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό
Πολλές και ποικίλες ειδικότητες ιατρών	Έλλειψη προσωπικού
Έμπειρο προσωπικό	Γραφειοκρατία
Λειτουργία υποστηρικτικών διαγνωστικών τμημάτων	
Υψηλή ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών	
Καλές διαπροσωπικές σχέσεις	
Σαφές νομοθετημένο πλαίσιο του ρόλου του Προσωπικού Ιατρού- Ισχυρή πολιτική βούληση	
ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ	ΑΠΕΙΛΕΣ
Αξιοποίηση σύγχρονων τεχνολογιών πληροφορικής και τεχνολογίας (ΤΠΕ). Ηλεκτρονική υγεία (e-health)	Πιθανές παραιτήσεις ιατρών. Έλλειψη Γενικών Ιατρών
Ιατρικός φάκελος	Αδυναμία προσαρμογής ανθρώπινου δυναμικού στο νέο θεσμό
Εύκολη πρόσβαση πολιτών στην ενημέρωση	Πληθυσμιακή γήρανση /Επιβάρυνση υγείας λόγω οικονομικής κατάστασης/ post covid συνδρόμου/ αύξηση μεταναστών
Πρόγραμμα « Η ΕΕ για την Υγεία» EU4Health 2021-2027	Περιορισμένοι χρηματικοί πόροι/ πολιτική και οικονομική ρευστότητα
	Απογοήτευση και απόρριψη από τους πολίτες λόγω ματαιώσης υψηλών προσδοκιών που καλλιεργήθηκαν και ελλιπούς πληροφόρησης.
	Πιθανή κατάχρηση των υπηρεσιών

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Γενικοί ιατροί και ιατροί όλων των ειδικοτήτων στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης
ανά 100.000 κατοίκους

ΧΩΡΑ	ΓΕΝΙΚΟΙ ΙΑΤΡΟΙ	ΙΑΤΡΟΙ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ
ΒΕΛΓΙΟ	120,4	324,8
ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	59,7	429,6
ΤΣΕΧΙΑ	71,8	425,6
ΔΑΝΙΑ	79,5	437,7
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	103,5	453,0
ΕΣΘΟΝΙΑ	86,9	343,2
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	233,3	402,5
ΕΛΛΑΔΑ	46,8	629,2
ΙΣΠΑΝΙΑ	94,4	448,7
ΓΑΛΛΙΑ	138,3	318,3
ΚΡΟΑΤΙΑ	82,2	371,1
ΙΤΑΛΙΑ	82,2	410,5
ΚΥΠΡΟΣ	120,5	490,8
ΛΕΤΟΝΙΑ	76,8	335,8
ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	102,5	447,5
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	66,8	329,8
ΜΑΛΤΑ	84,9	434,3
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	182,8	389,9
ΑΥΣΤΡΙΑ	148,3	540,9
ΠΟΛΩΝΙΑ	88,5	344,1
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	298,2	562,0
ΡΟΥΜΑΝΙΑ	79,2	350,9
ΣΛΟΒΕΝΙΑ	69,3	334,4
ΣΟΥΗΔΙΑ	60,9	431,9
ΙΣΛΑΝΔΙΑ	56,6	437,8
ΛΙΧΝΕΣΤΑΙΝ	107,2	342,0
ΝΟΡΒΗΓΙΑ	100,2	516,3
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	105,2	417,9

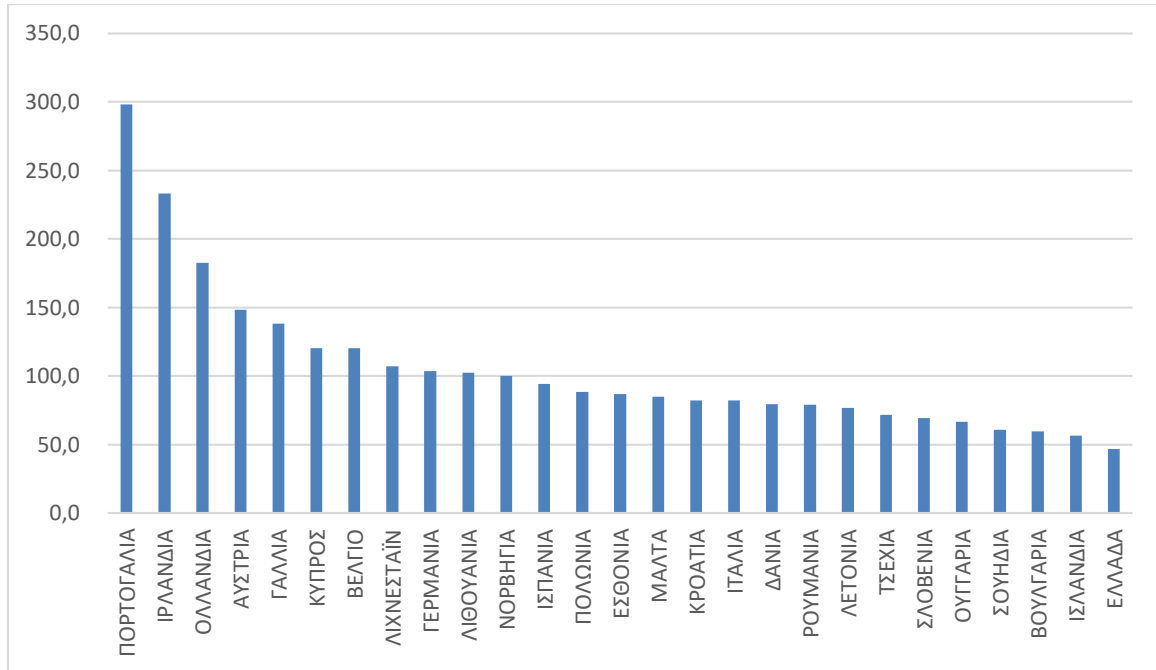
Πηγή: Eurostat 2021 (επεξεργασία γράφουσας)

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1. Προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα- Ευρωπαϊκός Μέσος όρος



Πηγή: *European Observatory on Health Systems and Policies*

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2. Γενικοί ιατροί ανά 100 000 κατοίκους



Πηγή: Eurostat 2021 (επεξεργασία γράφουσας)