



## Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και η δυναμική της στη Δημόσια Υγεία

Πέγιου Φανή

Νοσηλεύτρια, MSc Διαχείριση Γήρανσης και Χρόνιων Νοσημάτων ΕΑΠ, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας ΔΙΠΑΕ, Οικογενειακή και Κοινωνική Νοσηλευτική ENhANCE, Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», Πτολεμαΐδα

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, εμπεριέχει μια δυναμική και αλληλεξαρτώμενη σχέση με τους χρήστες υγείας, καθώς αποτελεί την πρώτη τους επαφή με το σύστημα υγείας. Σύμφωνα με τους στόχους του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και των αρχών των διακηρύξεων της Alma-Ata (1978), η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί την απαρχή στην επίτευξη της παγκόσμιας υγείας και της κοινωνικής ευημερίας. Ωστόσο, παρατηρείται σημαντική ανομοιομορφία στη δομή, το ρόλο καθώς και τη λειτουργία της διεθνώς, επιβεβαιώνοντας και προβάλλοντας την ύπαρξη διαφορετικών συστημάτων υγείας. Παρόλο που στην Ελλάδα, δεν έχει λάβει ακόμη τη θέση που πραγματικά της αξίζει, ωστόσο, τόσο οι κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης του 2009, όσο και η εμμένουσα λαίλαπα της πανδημίας COVID-19, επισφραγίζουν την κομβική σημασία και τον ρόλο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας προς την επίτευξη της ποιότητας και ισότητας στη Δημόσια Υγεία. Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας καθώς και αναζήτηση άρθρων της τελευταίας δεκαετίας στο συγκεκριμένο θέμα στις διεθνείς βάσεις δεδομένων, PubMed, Google Scholar και Elsevier στην ελληνική και αγγλική γλώσσα. Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση, υπογραμμίστηκε η αναγκαιότητα της μεταστροφής, του μετασχηματισμού και της επένδυσης στην ΠΦΥ, καθώς διαπιστώνεται από τους μελετητές στην πράξη πως αποτελεί, όχι μόνο την αποτελεσματικότερη, αλλά και την πιο οικονομικά βιώσιμη προσέγγιση στη χάραξη κοινωνικής πολιτικής σε εθνικό και παγκόσμιο επίπεδο.

**Λέξεις Κλειδιά:** Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα, μακροχρόνια φροντίδα, κοινωνική πολιτική, δημόσια υγεία.

**Υπεύθυνος αλληλογραφίας:** Πέγιου Φανή, E-mail: fanypegiou@hotmail.com

## The Primary Health Care and its potential in Public Health

Pegiou Fany

RN, MSc Management of Aging and Chronic Diseases, Hellenic Open University, MSc Health and Welfare Management, International University of Greece, Family and Community Nursing ENhANCE, "Help at Home" Programme, Ptolemaida

### ABSTRACT

Primary Health Care, involves a dynamic and interdependent relationship with health care users, as it is their first contact with the health care system. According to the objectives of the World Health Organization and the principles of the Alma-Ata Declaration (1978), Primary Health Care is the starting point in achieving global health and social well-being. However, there is considerable unevenness in its structure, role as well as function internationally, confirming and highlighting the existence of different health systems. Although in Greece, it has not yet taken the place it truly deserves, however, both the socio-economic impact of the global financial crisis of 2009 and the persistent COVID-19 pandemic, highlight the central importance and role of Primary Health Care towards achieving quality and equity in public health. A review of the literature and a search of articles of the last decade on this topic in international databases, PubMed, Google Scholar and Elsevier in Greek and English was conducted. From the literature review, the necessity of shifting, transforming and investing in Primary Health Care was highlighted, as research has proven in practice to be not only the most effective, but also the most economically viable approach to social policy making at national and global level.

**Keywords:** Primary Health Care, National Health System in Greece, long-term care, social policy, public health.

**Corresponding Author:** Pegiou Fany, E-mail: fanypegiou@hotmail.com

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

**Κ**αθώς και το προσδόκιμο ζωής των ανθρώπων βαίνει ολοένα αυξανόμενο εξαιτίας της εξέλιξης της ιατρικής επιστήμης και βιοτεχνολογίας και της βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης, η παρουσία και η αλληλεπίδραση πολλαπλών χρόνιων ασθενειών και αναπηριών προβάλλει ολοένα και εντονότερη στον πληθυσμό των αναπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών.<sup>1</sup> Η δημογραφική αυτή εξέλιξη και η αλλαγή του προφίλ νοσηρότητας του πληθυσμού, οι επιπτώσεις της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης στα Συστήματα Υγείας και κατ'επέκταση στην υγεία των πολιτών, όπως επίσης η πρόσφατη πανδημία του COVID-19, έχουν αναδείξει τον καθοριστικό ρόλο της ενίσχυσης και προώθησης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ως «πυλώνα» των Συστημάτων Υγείας και «ρυθμιστή» προς την επίτευξη της κοινωνικής δικαιοσύνης.<sup>2,3</sup> Η επένδυση σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας διαπιστώνεται από τους ερευνητές, πως μειώνει το κόστος περίθαλψης και βελτιώνει το επίπεδο υγείας των ανθρώπων. Κατ'επέκταση, επιτυγχάνεται η αποτελεσματικότητα και η βιωσιμότητα στη χάραξη κοινωνικής πολιτικής σε παγκόσμιο επίπεδο.<sup>4</sup> Στην Ελλάδα, έχουν γίνει ορισμένα θετικά βήματα για την αναβάθμιση και τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας

Υγείας. Ωστόσο, μελέτες χαρακτηρίζουν την υφιστάμενη κατάστασή της ως υπολειπόμενη και αναποτελεσματική, καθώς φαίνεται πως η προσπάθεια ανάπτυξης στρατηγικών για παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών ΠΦΥ με καθολική κάλυψη του πληθυσμού δεν καρποφόρισαν.<sup>5</sup>

Στην παρούσα εργασία, γίνεται μια συνοπτική αναφορά στο Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα, την πορεία, τις προκλήσεις, τα εμπόδια της ανάπτυξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, αλλά και τις μεταρρυθμιστικές εξελίξεις μέσα σε αυτό. Ομοίως, μέσα από την αναφορά της μεταβολής των υγειονομικών αναγκών των χρηστών υγείας για μακροχρόνια φροντίδα, αναδεικνύεται ο κομβικός ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην επίτευξη της παγκόσμιας υγείας και της κοινωνικής ευημερίας, σύμφωνα με τους στόχους του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και των αρχών των διακηρύξεων της Alma-Ata (1978) και της Astana (2018).

## ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ

### Υγεία

Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν αποδοθεί διάφορες εννοιολογικές ερμηνείες αναφορικά με τον όρο υγεία. Όμως αυτή που αποδίδεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) και την χαρακτηρίζει «ως μια κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής και

κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας», φαίνεται να επικρατεί, καθώς απορρέει τη θετική διάσταση της έννοιας του μέγιστου βαθμού υγείας.<sup>6</sup>

## Σύστημα Υγείας

Ως **Σύστημα Υγείας (ΣΥ)**, μπορεί να ορισθεί ο συγκεκριμένος τρόπος οργάνωσης του συνόλου των υποσυστημάτων των υπηρεσιών υγείας (ΥΥ), τα οποία αλληλοεπιδρούν και έχουν άμεση σχέση τόσο μεταξύ τους, όσο και με το ευρύτερο κοινωνικοοικονομικό, πολιτιστικό, πολιτικό και οικονομικό περιβάλλον. Βασικός τους σκοπός είναι η παροχή ΥΥ και η εφαρμογή παρεμβάσεων για την επίτευξη του βέλτιστου βαθμού υγείας στο σύνολο του πληθυσμού της κοινωνίας.<sup>7</sup>

## Κοινωνική Πολιτική - Πολιτική Υγείας

Οι παρεμβάσεις των δράσεων της Κοινωνικής πολιτικής των χωρών επικεντρώνουν το ενδιαφέρον τους σε κοινωνικοοικονομικούς τομείς όπως:

- ✓ Την παραγωγή αγαθών και υπηρεσιών
- ✓ Την προστασία από τον φόβο και την ανάγκη
- ✓ Την φροντίδα ευάλωτων και εξαρτώμενων πληθυσμών
- ✓ Την αναδιανομή του πλούτου και του εισοδήματος των χωρών
- ✓ Την κοινωνική συνοχή<sup>8</sup>

Οι παραπάνω στόχοι, επιτυγχάνονται μέσα από την Πολιτική της Υγείας, η οποία

αναφέρεται στο σύνολο των μέτρων και ενεργειών που θέτουν οι κυβερνήσεις των χωρών, θεσπίζοντας τόσο βραχυπρόθεσμους όσο και μακροπρόθεσμους στόχους, βάσει των κοινωνικών αναγκών, των διαθέσιμων οικονομικών πόρων και των πολιτικών συγκυριών, με στόχο το βέλτιστο επίπεδο υγείας των ατόμων.

Το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο του ΠΟΥ για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, (με γνώμονα τόσο τα τεκμηριωμένα στοιχεία, όσο και την αυστηρή και εμπειριστατωμένη ανάλυση την οποία ασκεί στα ΣΥ στο χώρο της Ευρώπης), επικεντρώνεται στην υποστήριξη και την προώθηση της κατάρτισης πολιτικών για την υγεία των χωρών-μελών με σκοπό την προαγωγή και προάσπιση της Δημόσιας Υγείας. Όπως χαρακτηριστικά επισημαίνεται, «Τα ΣΥ αποτελούν μέρος της κόλλας που ενώνει μαζί την κοινωνία».<sup>9</sup>

## ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

### Το μοντέλο του ΣΥ στην Ελλάδα

Το ΣΥ στην Ελλάδα κατατάσσεται στο Νότιο-ευρωπαϊκό ή αλλιώς Μεσογειακό μοντέλο.<sup>10</sup> Ο νόμος Ν. 1397/1983 αποτέλεσε τη βάση και την πρώτη οργανωμένη προσπάθεια της δημιουργίας του δημόσιου ΕΣΥ (Εθνικό Σύστημα Υγείας), που θεωρείτε πως αποτέλεσε την σημαντικότερη μεταρρυθμιστική αλλαγή για το ελληνικό ΣΥ, ενσωματώνοντας πέραν άλλων και την

οργάνωση της ΠΦΥ. Είναι δομημένο σύμφωνα με το μοντέλο Beveridge της Μ. Βρετανίας και χαρακτηρίζεται από το δημόσιο χαρακτήρα, παρέχοντας νοσοκομειακή και ιατροφαρμακευτική κάλυψη στο σύνολο του ελληνικού πληθυσμού.

Πιο συγκεκριμένα, ορίζεται ως *μικτό*, διότι εμπεριέχει στοιχεία τόσο από το μοντέλο Bismarck (κάλυψη κοινωνικών αναγκών κυρίως από τους εργαζόμενους), όσο και από το Αγγλοσαξονικό μοντέλο Beveridge (δημόσιος κοινωνικός χαρακτήρας ΣΥ, ισότιμη χρηματοδότηση και ΥΥ προς όλους). Χρηματοδοτείται εξίσου κατά το 1/3 από τον κρατικό προϋπολογισμό και τη φορολογία, τις ασφαλιστικές εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών, καθώς και τις ιδιωτικές πληρωμές. Ως προς τη δομή του, συνυπάρχει ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας.

Οι ΥΥ κατατάσσονται στην Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια περίθαλψη, με μεγαλύτερη έμφαση στη Δευτεροβάθμια νοσοκομειακή φροντίδα. Η ΠΦΥ και οι υπηρεσίες της (κυρίως ο τομέας της πρόληψη) φαίνεται πως αρχικά συρρικνώθηκαν και εν συνεχεία «πάγωσαν» μέσα στο πλαίσιο λειτουργίας του ΕΣΥ και επιφόρτισε τη λειτουργία του νοσοκομείου και με τις υπηρεσίες της ΠΦΥ.

Πέραν του δημοσίου και κοινωνικού χαρακτήρα του, το ελληνικό ΣΥ εμπεριέχει ορισμένα αρνητικά χαρακτηριστικά όπως η

μεγάλη γραφειοκρατία, η αναποτελεσματικότητα ως προς την οργάνωση και την λειτουργία των υπηρεσιών του και η εξάρτησή του από την άτυπη μορφή φροντίδας που παρέχεται από την οικογένεια.<sup>10,11</sup>

## **ΑΝΑΓΚΕΣ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ**

### **Συννοσηρότητα-Χρόνια νοσήματα- Μακροχρόνια φροντίδα και ΠΦΥ**

Με τον όρο «συννοσηρότητα» ορίζεται η συνύπαρξη και αλληλεπίδραση άνω των δύο παθήσεων (συνήθως χρόνια νοσήματα) σε ένα άτομο, για τα οποία χορηγούνται παράλληλα θεραπείες.<sup>12</sup> Μελέτες έχουν προβάλλει τη γήρανση στις αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες ως κύριο αίτιο επιπολασμού της συννοσηρότητας εξαιτίας της αύξηση του προσδόκιμου ζωής, ως απόρροια της εξέλιξης της Βιοϊατρικής επιστήμης και τεχνολογίας και των συνθηκών διαβίωσης. Ωστόσο, στην εμφάνιση της συννοσηρότητας αποδίδεται μια πιο ευρεία κοινωνική διάσταση καθώς νεότερες έρευνες ανέδειξαν πως εμφανίζεται ολοένα και συχνότερα σε άτομα και νεότερης ηλικίας που διαβιούν σε χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον. Στην Ευρώπη, πάνω από 50 εκατομμύρια άνθρωποι εμφανίζουν περισσότερα από ένα χρόνια νοσήματα. Ο ΟΟΣΑ καταγράφει ποσοστό συννοσηρότητας για τον μέσο όρο 27 χωρών κατά επίπεδο ηλικίας και επίπεδο

εισοδήματος των ατόμων για το έτος 2014 που αγγίζει το υψηλό ποσοστό του 31,3%<sup>13</sup> αντίστοιχα. Στις πιο κοινές παθήσεις συγκαταλέγονται η οστεοαρθρίτιδα, η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι αναπνευστικές νόσοι, μυοσκελετικές διαταραχές, η παχυσαρκία, οι ισχαιμικές καρδιοπάθειες, διαταραχές του ουροποιητικού συστήματος, η κατάθλιψη, ο καρκίνος.

Κατά συνέπεια, υπάρχει η πιθανότητα εμφάνισης ενός φάσματος περίπλοκων καταστάσεων, που εξαιτίας τόσο των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των νόσων, καθώς και μεταξύ των θεραπειών τους, να αυξάνεται η πιθανότητα λειτουργικών περιορισμών καθώς και αναπηριών, νοητικών βλαβών, ψυχικών νοσημάτων και διαταραχών.<sup>12-14</sup>

## **Οι διαστάσεις της επιβάρυνσης των χρόνιων νόσων-συννοσηρότητας για τα άτομα και τα ΣΥ**

Οι ασθενείς με συννοσηρότητα και χρόνια νοσήματα έρχονται συχνά αντιμέτωποι με προκλήσεις που σχετίζονται με την αποδοχή, κατανόηση και διαχείριση της νόσου, την πολυφαρμακία, την τήρηση των κατευθυντήριων θεραπευτικών οδηγιών, την επαγόμενη λειτουργική παρακμή και των θεμάτων ψυχικής υγείας, την κακή ποιότητα ζωής και την θνησιμότητα. Η ευθύνη και το βάρος της φροντίδας των χρόνιων πασχόντων κυρίως στις χώρες τις Ευρώπης, φαίνεται πως έχει ανατεθεί στην άτυπη

οικογενειακή φροντίδα, με σημαντικό τόσο οικονομικό, όσο και κοινωνικό κόστος για τους ίδιους τους πάσχοντες και τις οικογένειές τους, αφού εξ'ορισμού αποσύρονται από την παραγωγική διαδικασία.

Από την άλλη, οι επιπτώσεις αυτών των καταστάσεων μεταφράζεται σε αυξημένη ανάγκη χρήσης των ΥΥ λόγω των τακτικών επισκέψεων ελέγχου των παθήσεων και των συχνών νοσοκομειακών επανεισαγωγών (ελλείψει οργανωμένου δικτύου ΠΦΥ όπου θα μπορούσαν να απευθυνθούν) και κατ'επέκταση, επιβάρυνση και κόστος για το ΣΥ.<sup>14-18</sup>

Από τα παραπάνω, καθίστανται σαφείς οι μακροπρόθεσμες προκλήσεις των χρόνιων νόσων τόσο για τις οικογένειες, όσο και την οικονομική ανάπτυξη και κατ'επέκταση για τη βιωσιμότητα των ΣΥ των χωρών. Οι προκλήσεις αυτές στις μέρες έχουν διογκωθεί ήδη από την έναρξη της χρηματοπιστωτικής κρίσης του 2009 και τα επιβαλλόμενα μέτρα λιτότητας σε παγκόσμιο επίπεδο, ιδιαίτερα σε χώρες με χαμηλή οικονομική ανάπτυξη, όπως η Ελλάδα.<sup>2</sup>

Συνοψίζοντας, η πολυμορφία του επιπολασμού της συννοσηρότητας φαίνεται πως αποτελεί πρόκληση για τα ΣΥ παγκοσμίως ιδιαίτερα εν καιρώ οικονομικής κρίσης και της πανδημίας COVID-19, επιφορτίζοντας ιδιαίτερα τις υπηρεσίες της ΠΦΥ, οι οποίες καλούνται να αντιμετωπίσουν



τις ιδιαίτερες ανάγκες φροντίδας, κυρίως των εν λόγω χρηστών υγείας.<sup>17-20</sup>

## **ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

### **Η διακήρυξη της Alma-Ata (1978)**

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) και η UNICEF με τη διακήρυξη της Alma-Ata (1978) αποτέλεσε την πρώτη θεμελιώδη οριοθέτηση τόσο της έννοιας όσο και της σημασίας της ΠΦΥ, καθώς και του αδιαπραγμάτετου δικαιώματος της υγείας για τους ανθρώπους και τα συστήματα υγείας παγκοσμίως. Όπως χαρακτηριστικά υπογραμμίζει, η ΠΦΥ «Είναι το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας με το εθνικό σύστημα υγείας φέρνοντας την υγειονομική περίθαλψη όσο το δυνατόν πλησιέστερα στον τόπο όπου ζουν και εργάζονται οι άνθρωποι, και αποτελώντας το πρώτο στοιχείο μιας συνεχούς διαδικασίας υγειονομικής περίθαλψης».<sup>21</sup>

Μέσω της διακήρυξης, σηματοδοτήθηκε η δέσμευση των 134 συμμετεχόντων εθνών, θέτοντας τα πλαίσια της παγκόσμιας στρατηγικής «Υγεία για όλους μέχρι το έτος 2000». Τα ΣΥ των κρατών επιστρατεύτηκαν (θεωρητικά) στην εφαρμογή των θεμελιωδών αρχών της ΠΦΥ (πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση, χάραξη οργανωμένης πολιτικής των ΥΥ, ενεργό συμμετοχή της κοινότητας στις λήψεις αποφάσεων για την υγεία), προβάλλοντάς την ως τον ακρογωνιαίο λίθο στην επίτευξη της βελτίωσης της υγείας των λαών και του

δικαιώματος αυτής, μέσα από την συντονισμένη διατομεακή δράση και την πολιτική τους δέσμευση.<sup>22</sup>

### **Από την Alma-Ata (1978) στην Astana (2018)**

Μετά την πάροδο σαράντα ετών, κράτη και κυβερνήσεις ανά τον κόσμο συγκεντρώθηκαν εκ νέου στην Astana του Καζακστάν στην Παγκόσμια Διάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, σε μια προσπάθεια επισφράγισης της σημαντικότητας και αναγκαιότητας των συστημάτων ΠΦΥ ως την πιο αποτελεσματική και αποδοτική προσέγγιση για την επίτευξη καθολικής υγειονομικής κάλυψης και των στόχων βιώσιμης ανάπτυξης παγκοσμίως, μέσω της δέσμευσης των χωρών σε τέσσερις βασικές διαστάσεις για:

1. Στιβαρή πολιτική σε όλους τους τομείς υγείας
2. Ισχυρές βάσεις ΠΦΥ προσαρμοσμένη στο εκάστοτε πλαίσιο των χωρών
3. Ενδυνάμωση ατόμων και κοινωνιών
4. Δέσμευση των υπεύθυνων χάραξης πολιτικής προς τις εκάστοτε εθνικές πολιτικές<sup>23</sup>

Συνοψίζοντας, σε μια υφήλιο όπου πέραν των ξεχωριστών ιδιαιτεροτήτων και κοινωνικών συνθηκών της κάθε χώρας, αναγκάστηκε να επωμιστεί και τις επιπτώσεις σε αυτήν της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής ύφεσης καθώς και της εμμένουσας πανδημίας, φαίνεται πως η

διεκδίκηση του δικαιώματος στην υγεία μέσω της ΠΦΥ οφείλει να ενεργοποιηθεί ξεκινώντας από το άτομο, την κοινωνία και καταλήγοντας στους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής των κρατών.

## **Η σημασία και ο καθοριστικός ρόλος της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη Δημόσια υγεία**

Η έννοια της ΠΦΥ σύμφωνα με τις διακηρύξεις της Alma-Ata και της Astana εμπεριέχει πέραν άλλων, μια σαφή και εν τω βάθει ανθρωποκεντρική και κοινωνική προσέγγιση, αφού στοχεύει στο μέγιστο βαθμό επίτευξης της υγείας, της κοινωνικής και οικονομικής ευημερίας και της δικαιοσύνης.<sup>24</sup> Στα κύρια χαρακτηριστικά της ΠΦΥ συμπεριλαμβάνονται:

- η ανθρωποκεντρική και κοινοτική διάσταση της φροντίδας
- η συνέχεια της φροντίδας
- η ολιστική διάσταση της φροντίδας.<sup>25</sup>

Στην πράξη, γίνεται αντιληπτό, πως τόσο ο ρόλος όσο και η ποιότητα των υπηρεσιών των συστημάτων της ΠΦΥ διαφέρει μεταξύ των χωρών της Ευρώπης καθώς και παγκοσμίως. Αυτό αποδεικνύεται από το γεγονός, πως οι χώρες με ισχυρό κοινωνικοοικονομικό δόμημα και επένδυση πόρων στην υγεία, κατέχουν σαφέστατα προηγμένα, ολοκληρωμένα και αποδοτικότερα πρότυπα ΠΦΥ. Πιο συγκεκριμένα, χώρες όπως η Ολλανδία, η Μ. Βρετανία, η Γερμανία, η Ισπανία και οι

σκανδιναβικές χώρες, καταγράφουν υψηλότερη ικανοποίηση των χρηστών υγείας, μειωμένες κοινωνικές ανισότητες στην υγεία και καλύπτουν σε μεγάλο βαθμό τις ανάγκες μακροχρόνιας φροντίδας των πολιτών τους μέσω των υπηρεσιών της ΠΦΥ.<sup>23,26</sup>

Οι μεταβολές της κοινωνικοοικονομικής συγκυρίας λόγω των επιπτώσεων της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης και της πρόσφατης πανδημίας COVID-19, επιβάλλουν συνεχιζόμενες προσαρμοστικές διαρθρωτικές αλλαγές στα ΣΥ των χωρών και προβάλλουν τον κυρίαρχο ρόλο των δράσεων της ΠΦΥ στη διαχείριση κρίσεων στην Δημόσια υγεία.

Συνέπεια των προαναφερθέντων, ο ΠΟΥ εξέδωσε εγχειρίδιο προς τις κυβερνήσεις των κρατών, περιλαμβάνοντας σαφείς κατευθυντήριες οδηγίες αναφορικά με την προσέγγιση της διαχείρισης της εξάπλωσης της πανδημίας COVID-19 μέσω των υπηρεσιών της ΠΦΥ, υπογραμμίζοντας για μια ακόμη φορά την καίρια θέση της στην επίτευξη της παγκόσμιας υγείας: *«Η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη αποτελεί βασικό θεμέλιο για την παγκόσμια ανταπόκριση στη νόσο του COVID-19. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαφύλαξη του ελέγχου και των κλινικών ανταποκρίσεων: διαχωρίζοντας τους ασθενείς με αναπνευστικά συμπτώματα από τα άτομα με COVID-19, ασκώντας έγκαιρη διάγνωση, βοηθά τα*

*ευάλωτα άτομα στην αντιμετώπιση κατά του φόβου τους προς τον ιό και μειώνοντας τις απαιτήσεις για νοσοκομειακές υπηρεσίες».<sup>3</sup>*

### **Τα συστήματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην επίτευξη του σκοπού της Παγκόσμιας Υγείας**

Η πάροδος του χρόνου φαίνεται πως δεν επέφερε τις αρχικά αναμενόμενες μεταρρυθμίσεις της ΠΦΥ στα ΣΥ των χωρών σύμφωνα με το όραμα της διακήρυξης της Alma-Ata. Το μεσοδιάστημα των 40 ετών μέχρι την πραγματοποίηση της δεύτερης μεγάλης παγκόσμιας διαβούλευσης για την πορεία και τον «απολογισμό» της πορείας της ΠΦΥ στην Astana (2018), παρήγαγε δυσανάλογα αποτελέσματα μεταξύ των χωρών εξαιτίας:

- a) Του γεγονότος ότι οι επενδύσεις και οι πόροι των περισσότερων χωρών για την υγεία, είχαν κατά μεγάλο μέρος επικεντρωθεί στην πρόληψη μεμονωμένων ασθενειών (όπως η φυματίωση και η ελονοσία) και όχι σε ολοκληρωμένα συστήματα ΠΦΥ.
- b) Της ένδειας ορισμένων χωρών των διαθέσιμων πόρων, καθώς και της απουσίας ολοκληρωμένου στρατηγικού σχεδιασμού πολιτικών για την υγεία.<sup>27-29</sup>

Εντούτοις, η δυναμική της επένδυσης στην ΠΦΥ στην επίτευξη της Παγκόσμιας Υγείας και της ανάπτυξης, συνεχίζει να διαμηνύεται από τον ΠΟΥ και να αποτελεί τη βάση για την

μεταρρύθμιση κάθε εξυγιασμένου και δίκαιου ΣΥ σε παγκόσμια εμβέλεια.

Όπως χαρακτηριστικά διακηρύττει ο ΠΟΥ: «*Η ενδυνάμωση της ΠΦΥ αποτελεί καθοριστική στην επίτευξη των σχετιζόμενων με την υγεία στόχων της Βιώσιμης Ανάπτυξης Sustainable Development Goals (SDGs) και της καθολικής κάλυψης στην υγεία. Θα συνεισφέρει επίτευξη άλλων στόχων πέραν του στόχου για την υγεία (SDG3), συμπεριλαμβανομένων εκείνων για τη φτώχεια, την πείνα, την εκπαίδευση, την ισότητα των φύλων, το καθαρό νερό και την αποχέτευση, την εργασία και την οικονομική ανάπτυξη, τη μείωση της ανισότητας και την κλιματική δράση*».<sup>23</sup>

### **Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα**

Ένα καλά δομημένο σύστημα ΠΦΥ, έχει τις βάσεις του στην αρχή της πρόληψης, της αγωγής και της προαγωγής της υγείας πρωτίστως στο επίπεδο της κοινότητας. Αυτό παραπέμπει στην εφαρμογή των παραπάνω αρχών καθώς και σε υπηρεσίες υγείας που αφορούν στη διάγνωση, τη θεραπεία, την αποκατάσταση, την παρηγορητική φροντίδα και την ψυχοκοινωνική στήριξη των χρηστών υγείας κοντά στον τόπο που διαβιούν ή εργάζονται, με σκοπό τη διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου της υγείας τους, ελαχιστοποιώντας τις μεταβάσεις τους στο χώρο του νοσοκομείου, όπως επίσης και τις άσκοπες επανεισαγωγές. Εξάλλου, ο σκοπός του νοσοκομείου είναι η εξειδικευμένη



Δευτεροβάθμια (νοσηλεία σε Γενικά Νοσοκομεία) και Τριτοβάθμια φροντίδας υγείας (Πανεπιστημιακά νοσοκομεία με εξειδικευμένη υλικοτεχνική δομή, ιατρική εκπαίδευση, έρευνα).<sup>7,30</sup>

Όπως χαρακτηριστικά επισημαίνεται σε πρόσφατη μελέτη από τον καθηγητή κ. Τούντα ότι «η ΠΦΥ η οποία αποτελεί τον αδύναμο κρίκο του συστήματος υγείας στη χώρα μας, αντί να είναι η ραχοκοκαλιά του, όπως συμβαίνει σε όλα τα προηγμένα συστήματα υγείας διεθνώς». <sup>31</sup> Η επισήμανση αυτή, μαρτυρεί και την πραγματική κατάσταση για την ΠΦΥ στην Ελλάδα, που δεν μπόρεσε να αναπτυχθεί, να συμπορευθεί και να ευδοκιμήσει όπως στις υπόλοιπες αναπτυγμένες ευρωπαϊκές χώρες, παρόλο το πρόσφορο υπάρχον υπόβαθρο, επιφορτίζοντας, όπως ήδη αναφέρθηκε, τις Δευτεροβάθμιες νοσοκομειακές ΥΥ με τον ρόλο της. Επισημαίνεται, πως κατά την πρώτη λειτουργία του ΕΣΥ, παράχθηκαν αξιόσημαντες υπηρεσίες ΠΦΥ μέσω των πολυιατρείων του ΙΚΑ και των Κέντρων υγείας προς τους πολίτες της χώρας. Εξάλλου, η καταγραφή 200 κέντρων υγείας, 350 σημείων των ασφαλιστικών οργανισμών και 100 περίπου της τοπικής αυτοδιοίκησης, υποδηλώνει την ύπαρξη ισχυρής βάσης για την πρώτη επαφή των χρηστών υγείας με το ΣΥ. Δυστυχώς όμως, η ελλιπής χάραξη πολιτικής και η ένδεια πόρων για την επένδυση στην υγεία και ειδικότερα στην

ΠΦΥ, συνέβαλαν στον περιορισμό της εξέλιξής της.<sup>24</sup>

Έρευνες επισημαίνουν σαφείς διακυμάνσεις των επιπέδων των συστημάτων ΠΦΥ ανάμεσα στις χώρες της Ευρώπης, προσδίδοντας στη χώρα μας μια από τις κατώτερες θέσεις και ελλείματα σε διαστάσεις όπως, οικονομικής κατάστασης, εργατικού δυναμικού και διακυβέρνησης, ποιότητας, προσβασιμότητας, συνέχειας της φροντίδας, συντονισμού και λειτουργικής ολοκλήρωσης.<sup>31,32</sup>

## **Εμπόδια ανάπτυξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα**

Η ευρύτερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση στη Ελλάδα δεν παρείχε πρόσφορο έδαφος για την ανάπτυξη και ευθυγράμμιση της ΠΦΥ σύμφωνα με τις συστάσεις του ΠΟΥ και των διακηρύξεων της Alma-Ata και της Astana:

- Τα σοβαρά υφιστάμενα δημοσιονομικά και δομικά προβλήματα, η διαφθορά, η παθογένεια του ΣΥ, η πολυδιάσπαση και ο κατακερματισμός των ασφαλιστικών ταμείων και η έλλειψη της κοινωνικής πολιτικής.
- Ο περιορισμένος ρόλος, η έλλειψη δομών και η υποβάθμιση της ΠΦΥ.
- Η μεταφορά των υπηρεσιών ΠΦΥ στη Δευτεροβάθμια νοσοκομειακή φροντίδα.
- Η έλλειψη οργάνωσης και διοίκησης των υπηρεσιών Υγείας καθώς και η μεγάλη γραφειοκρατία αυτών.

- Η υπολειτουργία των γιατρών του ΕΟΠΠΥ και το μη ακόμη σαφές πλαίσιο λειτουργίας του οικογενειακού γιατρού γενικής ιατρικής.
- Η χρηματοπιστωτική κρίση της τελευταίας δεκαετίας με συνέπειες τόσο τις αυξήσεις του κόστους των υπηρεσιών Υγείας, όσο και της οικονομικής συμμετοχής των ασφαλιζόμενων σε αυτές.
- Η απουσία προληπτικής συνείδησης και τακτικής από τον ελληνικό πληθυσμό.

Αποτέλεσαν βασικές αιτίες ώστε:

- a) Αφενός, η ΠΦΥ να μην μπορέσει να ευδοκιμήσει αυτόνομα.
- b) Αφετέρου, ώθησαν τους πολίτες να καταφεύγουν με την παραμικρή αιτία στα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων για να εξυπηρετηθούν (αφού στα κατά τόπους ιατρεία των ΕΦΚΑ υπάρχει λόγω του πλαφόν των αριθμών επισκέψεων- μεγάλος χρόνος αναμονής), με αποτέλεσμα την υπερφόρτωσή τους.<sup>11,33</sup>

Τα παραπάνω πρόβαλλαν το ΣΥ αναποτελεσματικό, μη αποδοτικό και μη δίκαιο, οξύνοντας τόσο τις υπάρχουσες κοινωνικές όσο και οικονομικές ανισότητες στην υγεία.

**Οι μεγάλες μεταρρυθμίσεις του Συστήματος Υγείας στην ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα**

Στις βασικές μεταρρυθμίσεις που ενίσχυσαν την ανάπτυξη του ΣΥ και της ΠΦΥ στην Ελλάδα αναφέρονται εν συντομία στη συνέχεια:

- Ίδρυση του ΕΟΠΥΥ Ν. 3918/2011. Έπειτα από την συνένωση επτά μεγάλων ασφαλιστικών ταμείων και με τον Ν.2456/2011 τίθεται ο Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας του ΕΟΠΥΥ σε εφαρμογή: Εκτός από ασφαλιστικός φορέας, ο ΕΟΠΥΥ είναι ταυτόχρονα και πάροχος υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Θεσμοθετούνται τα ΚΕΝ (Κλειστά ενοποιημένα νοσήλια), ΦΕΚ 1702/β/2011 (τρόπος αποζημίωσης των νοσηλίων των δημόσιων νοσοκομείων ), αναπτύσσεται σύστημα προμηθειών υγείας (Ν. 3918/2011).
- Με τον Ν.4238/2014, αλλάζει ο σκοπός του ΕΟΠΥΥ που παραμένει μόνο αγοραστής ΥΥ, δημιουργείται το Π.Ε.Δ.Υ (που προσφέρει ΠΦΥ) και υπό την πίεση της ΤΡΟΙΚΑ προωθείται η ιδιωτικοποίηση του ΣΥ της χώρας.
- Με τον Ν.4486/2017 (Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας) καταργείται το Π.Ε.Δ.Υ και τα αντικαθίσταται από τα Το.Μ.Υ (Τοπικές Μονάδες Υγείας), ως μονάδες οικογενειακής ιατρικής (και παραγωγός υπηρεσιών υγείας).<sup>7,34</sup>

Συνοψίζοντας, η πρόσφατη μεταρρύθμιση της ΠΦΥ με τον Ν.4486/2017, αποτελεί την σημαντικότερη μεταρρυθμιστική αλλαγή στην επίτευξη της επένδυσης στην ΠΦΥ για τη χώρα μας καθώς διευρύνει τον ρόλο και την λειτουργία της ΠΦΥ μέσω των *Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών ΠΦΥ, τουτέστιν τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.), τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Περιφερειακά Πολυδύναμα Ιατρεία, τα Περιφερειακά Ειδικά Ιατρεία και τα Τοπικά Ιατρεία και τα Κέντρα Υγείας.*<sup>35</sup>

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στην παρούσα εργασία επιχειρήθηκε η προσπάθεια αποτύπωσης της καθοριστικής σημασίας της ενδυνάμωσης των υπηρεσιών της ΠΦΥ των ΣΥ προς την επίτευξη των στόχων της Βιώσιμης Ανάπτυξης και της παγκόσμιας υγείας, τόσο σε παγκόσμιο όσο και εθνικό επίπεδο.

Οι παγκόσμιες κοινωνικοοικονομικές εξελίξεις, οι δημογραφικές μεταβολές και η αλλαγή του προφίλ νοσηρότητας των ατόμων, προβάλλουν επιτακτική την ανάγκη για άμεσο αναστοχασμό, επαναπροσδιορισμό και μεταρρυθμίσεων των πολιτικών των ΣΥ των χωρών. Ο ΠΟΥ κρούει τον κώδωνα του κινδύνου, στη μεταστροφή των προτεραιοτήτων των ιθυνόντων χάραξης κοινωνικής πολιτικής, στην ενίσχυση και παραγωγή ποιοτικότερων υπηρεσιών της ΠΦΥ, ως βασικό θεμέλιο και ρυθμιστή της

επίτευξης της κοινωνικής ευημερίας και δικαιοσύνης των ανθρώπων. Η επίτευξη αυτή απαιτεί πολιτική δέσμευση, εξυγιασμένη δημοσιονομική πολιτική και επενδύσεις πόρων (π.χ. χρηματικών και ανθρωπίνων, εκπαίδευσης, έρευνας) στην υγεία.

Τα συστήματα ΠΦΥ φαίνεται πως χαρακτηρίζονται από ποικιλομορφία όπου μέσω αυτής, αντικατοπτρίζεται το κοινωνικοοικονομικό δόμημα, οι πολιτικές των εκάστοτε χωρών και κατά συνέπεια, το επίπεδο και η βιωσιμότητα των ΣΥ τους.

Η Ελλάδα κατέχει από τα χαμηλότερα επίπεδα ΠΦΥ μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Τα υπάρχοντα διαρθρωτικά προβλήματα του ΣΥ της χώρας, διογκώθηκαν τόσο από την παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση και τις επιπτώσεις της στην υγεία και την ποιότητα ζωής των πολιτών, όσο και από την πρόσφατη πανδημία του COVID-19, καθιστώντας το ΣΥ αναποτελεσματικό μη αποδοτικό και άνισο. Η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας επισημαίνει πως η μεταρρύθμιση και οι διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα ΠΦΥ στην Ελλάδα θα πρέπει να αποτελέσουν πολιτική προτεραιότητα, ώστε να αποτελέσει την νέα «Πύλη Εισόδου» των χρηστών υγείας με το σύστημα υγείας. Με τον τρόπο αυτό, η αναδιαρθρωμένη ΠΦΥ, θα είναι σε θέση να επιφέρει θετικές επιπτώσεις και βελτιστοποίηση της ποιότητας των ΥΥ και συγκράτησης της κατασπατάλησης των πόρων (από την επιφορτισμένη

νοσοκομειακή υγειονομική περίθαλψη), επιτυγχάνοντας την οικονομική αποδοτικότητα, την καθολική προσβασιμότητα και την κοινωνική ισότητα στη δημόσια υγεία της χώρας μας.<sup>24</sup>

Σύμφωνα με τους ερευνητές, η ανάπτυξη της ΠΦΥ στην Ελλάδα θα μπορέσει να αποτελέσει το εφαλτήριο προς την επίτευξη του συντονισμού των αναγκών της μακροχρόνιας φροντίδας, την ενσωμάτωση της πρόληψης και αγωγής της υγείας και των νέων τεχνολογιών στην διαδικασία αυτή, επιτυγχάνοντας τον έλεγχο και την αποφόρτιση της άσκοπης νοσοκομειακής δαπάνης. Κυρίως όμως θα συμβάλλει στην κοινωνική δικαιοσύνη για τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες που χρίζουν ανάγκης φροντίδας και πλήττονται στο μέγιστο από τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης<sup>2</sup> και της πανδημίας του COVID-19 που μαστίζει τη χώρα μας.

Η τελευταία ανασύσταση της ΠΦΥ με τον Ν.4486/2017 (Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας) δίνει το «πράσινο φως» και μια ανάσα αισιοδοξίας για την εξέλιξη της ΠΦΥ στη χώρα μας, πρωτίστως για την μεταλαμπάδευση της ατομικής ευθύνης και της συλλογικής προληπτικής συνείδησης στην υγεία των ατόμων ξεκινώντας σε επίπεδο κοινότητας.

Εν κατακλείδι, η υγεία αποτελεί υπέρτατο αγαθό, ατομικό και κοινωνικό δικαίωμα, που τα κράτη οφείλουν να διαφυλάττουν και να

προάγουν μέσα από δυναμικά ΣΥ και μια ΠΦΥ με ολιστική, ανθρωποκεντρική και συνεχή φροντίδα, προς όφελος της Δημόσιας Υγείας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Hamine S, Gerth-Guyette E, Faulx D, et al. Impact of mHealth chronic disease management on treatment adherence and patient outcomes: a systematic review. *J Med Internet Res* 2015; 17: e52.
2. Tsiachristas A, Lionis C and Yfantopoulos J. Bridging knowledge to develop an action plan for integrated care for chronic diseases in Greece. *International Journal of Integrated Care* 2015; 15: e040, [https://www.researchgate.net/publication/283076673\\_Bridging\\_knowledge\\_to\\_develop\\_an\\_action\\_plan\\_for\\_integrated\\_care\\_for\\_chronic\\_diseases\\_in\\_Greece](https://www.researchgate.net/publication/283076673_Bridging_knowledge_to_develop_an_action_plan_for_integrated_care_for_chronic_diseases_in_Greece) (2015).
3. World Health Organization. Role of primary care in the COVID-19 response WPR/DSE/2020/004, WHO, 2020.
4. Ballard T. What sustainability means for primary care: primary care leads to better overall resource use and higher quality outcomes. *Br J Gen Pract* 2013; 63: 457–458.
5. Myloneros T and Sakellariou D. The effectiveness of primary health care reforms in Greece towards achieving universal health coverage: a scoping review. *BMC Health Serv Res* 2021; 21: 628.



6. WHO. Health Definition, <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution> (accessed 5/20/2019).
7. Chletsos M. The role and structure of primary care: Notes in the context of the Thematic Module "Health Economics". Master Program "Management of Aging and Chronic Diseases". Patras, 2017.
8. Yi I. Social Policy is a Must for Integrated Sustainable Development, <https://www.unrisd.org/flagshipblog-yi> (2016, accessed 11 January 2022).
9. EUROHEALTH (ed). Observatory 20th Anniversary: Quarterly of the European Observatory on Health Systems and Policies: European Observatory on Health Systems and Policies, 2018.
10. Κουραχάνης Ν. Το Μίγμα Ευημερίας στις Πολιτικές Αντιμετώπισης της Έλλειψης Στέγης στην Ελλάδα και οι Ευρύτερες Συνδηλώσεις του. Κοινωνική Πολιτική 2017; 5: 64.
11. Χλέτσος Μ. Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας και οι Έλληνες πολίτες την εποχή της κρίσης, <https://www.qualityinhealth.gr/arthra/katigories-arthrwn/item/151-to-elliniko-systima-ygeias-kai-oi-ellines-polites-tin-epoxi-tis-krisis-tou-mixali-xletsou.html> (2015, accessed 15 January 2021).
12. Banerjee S. Multimorbidity—older adults need health care that can count past one. The Lancet 2015; 385: 587–589.
13. OECD. Chronic disease morbidity: Health at a Glance 2019 OECD Indicators. OECD iLibrary, <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/5101558b-en/index.html?itemId=/content/component/5101558b-en> (2019, accessed 30 December 2020).
14. Brennan P, Perola M, van Ommen G-J, et al. Chronic disease research in Europe and the need for integrated population cohorts. European journal of epidemiology 2017; 32: 741–749, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28986739/> (2017).
15. Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, et al. Managing patients with multimorbidity in primary care. BMJ 2015; 350: h176.
16. Mercer SW, Zhou Y, Humphris GM, et al. Multimorbidity and Socioeconomic Deprivation in Primary Care Consultations. Annals of family medicine 2018; 16: 127–131, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29531103/> (2018).
17. Cassell A, Edwards D, Harshfield A, et al. The epidemiology of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. Br J Gen Pract 2018; 68: e245–e251, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29530918/> (2018).
18. European General Practice Research. Research on multimorbidity in primary care. Selected abstracts from the EGPRN



- meeting in Tampere, Finland, 9–12 May 2019. *European Journal of General Practice* 2019; 25: 164–175.
19. Smith SM. Managing multimorbidity in primary care. *CMAJ* 2019; 191: E489–E490, <https://www.cmaj.ca/content/191/18/E489> (2019).
20. Αδαμακίδου Θ and Καλοκαιρινού Α. Το παρόν και μέλλον της Κατ'οίκον Νοσηλευτικής Φροντίδας στην Ελλάδα. *Ελληνικό Περιοδικό Ελληνικής Επιστήμης* 2020; 13, [http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2020/12/editorial13\\_3.pdf](http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2020/12/editorial13_3.pdf) (2020, accessed 7 January 2021).
21. WHO. Declaration of Alma-Ata, [https://www.who.int/publications/alma-ata\\_declaration\\_en.pdf](https://www.who.int/publications/alma-ata_declaration_en.pdf) (1978).
22. Τατσιώνη Α, Καραθάνος Β and Μίσσιου Α (eds). Εισαγωγή στη γενική ιατρική. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών, 2015.
23. WHO. Primary health care, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care> (2019, accessed 30 December 2020).
24. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα ως "Πύλη Εισόδου" των διαρθρωτικών αλλαγών στην υγεία, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, 2013.
25. OECD. Realising the Potential of Primary Health Care: OECD iLibrary, [https://www.oecd-ilibrary.org//sites/a92adee4-en/1/3/1/index.html?itemId=/content/publication/a92adee4-en&csp\\_11e8b4af7aae0212bc3f99670160b6f2&itemIGO=oecd&itemContentType=book#boxsection-d1e715](https://www.oecd-ilibrary.org//sites/a92adee4-en/1/3/1/index.html?itemId=/content/publication/a92adee4-en&csp_11e8b4af7aae0212bc3f99670160b6f2&itemIGO=oecd&itemContentType=book#boxsection-d1e715) (n.d., accessed 2 January 2021).
26. van Lieshout J, Goldfracht M, Campbell S, et al. Primary care characteristics and population-orientated health care across Europe: an observational study. *Br J Gen Pract* 2011; 61: e22-30.
27. Assefa Y, Hill PS, Gilks CF, et al. Primary health care contributions to universal health coverage, Ethiopia. *Bull World Health Organ* 2020; 98: 894-905A, <https://www.who.int/bulletin/volumes/98/12/19-248328.pdf> (2020).
28. Unicef. New global commitment to primary health care for all at Astana conference, <https://www.unicef.org/press-releases/new-global-commitment-primary-health-care-all-astana-conference> (2018, accessed 3 January 2021).
29. White F. Primary health care and public health: foundations of universal health systems. *Med Princ Pract* 2015; 24: 103–116.
30. Adamakidou T and Kalokerinou-Anagnostopoulou A. The organizational



- frame of the Greek primary health care system. *Hellen J Nurs* 2008; 47: 320–333.
31. Τούντας Γ, Κυριόπουλος Γ, Νεκτάριος Μ, et al. Το Νέο ΕΣΥ: Το νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, 2020.
32. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract* 2013; 63: e742-50, <https://bjgp.org/content/63/616/e742> (2013).
33. Σουλιώτης Κ. Αναζητώντας τον ρεαλισμό στη μεταρρύθμιση της ΠΦΥ στην Ελλάδα. Αθήνα, 2017.
34. Niakas D. Greek financial crisis and the effects on health care system. *Hellenic Journal of Nutrition and Dietetics* 2014; 5: 3–7.
35. Υπουργείο Υγείας. Το νομοσχέδιο για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), <https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-tyroy/press-releases/4587-to-nomosxedio-gia-thn-prwtobathmia-frontida-ygeias> (2017, accessed 9 January 2021).