



Η εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα από την ίδρυση του ΕΣΥ έως σήμερα-Η διακήρυξη της Αστάνα και οι σύγχρονες προκλήσεις για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Τσίγκου Βασιλική¹, Αποστολάκης Ιωάννης², Σαράφης Παύλος³

1. Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα
2. Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα / Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα
3. Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα / Αναπληρωτής Καθηγητής, Γενικό Τμήμα Λαμίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λαμία

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διακήρυξη της Άλμα Άτα το 1978 έθεσε ως στόχο το «υγεία για όλους έως το 2000» μέσω της οργάνωσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) για την πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση από τη νόσο καθώς και την άρση των κοινωνικών ανισοτήτων. Παρόλα αυτά, η ΠΦΥ στην Ελλάδα δεν έλαβε ποτέ την επιθυμητή δομή ώστε να υποστηρίξει τον παραπάνω στόχο.

Η ΠΦΥ στην Ελλάδα υπήρξε διαχρονικά κατακερματισμένη, χωρίς οργάνωση και αξιολόγηση, με πτωχή αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού, ελλιπή εξοπλισμό, κακή ποιότητα υπηρεσιών, αυξημένο κόστος και επικέντρωση στη θεραπεία αντί της πρόληψης. Διάφορες προσπάθειες πραγματοποιήθηκαν για την αναδιάρθρωση της ΠΦΥ από τη δημιουργία του ΕΣΥ έως το 2009 χωρίς ουσιαστικά αποτελέσματα. Ωστόσο, από το 2017 ξεκίνησε η πιλοτική εφαρμογή του οικογενειακού ιατρού και του συστήματος παραπομπής στα νοσοκομεία, που είναι σε εξέλιξη.

Η διακήρυξη της Αστάνα το 2018 τόνισε εκ νέου την ανάγκη για την αναδιάρθρωση της ΠΦΥ διεθνώς για την επίτευξη της βιώσιμης ανάπτυξης. Η Ελλάδα, μετά από αρκετές δεκαετίες ανεπιτυχών προσπαθειών για την αναδιοργάνωση της ΠΦΥ έχει σημειώσει πρόοδο, ωστόσο, το εγχείρημα είναι ακόμη υπό αξιολόγηση.

Λέξεις Κλειδιά: Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, διακήρυξη της Άλμα Άτα, διακήρυξη της Αστάνα, υπηρεσίες υγείας.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Βασιλική Τσίγκου, Σαλαμίνας 48 Ασπρόπυργος, 19300 Αττική, Τηλ επικοινωνίας: 6946975745, e-mail: bikytsigkoy@yahoo.gr

The evolution of Greek primary healthcare from the implementation of the national healthcare system until today-The declaration of Astana and current challenges in primary healthcare

Tsigkou Vasiliki¹, Apostolakis Ioannis², Sarafis Pavlos³

1. School of Social Sciences, Hellenic Open University, Patras, Greece
2. School of Social Sciences, Hellenic Open University, Patras/Laboratory of Medical Physics, School of Medicine, National and Kapodistrian University, Athens, Greece
3. School of Social Sciences, Hellenic Open University, Patras / Associate Professor, General Department, University of Thessaly, Lamia, Greece

ABSTRACT

The declaration of Alma Ata in 1978 aimed at "Health for All by 2000" through the development of primary healthcare for the prevention, treatment and rehabilitation from the disease and the abolition of social inequities. Nevertheless, primary healthcare in Greece has never been able to reach this goal.

Greek primary healthcare has continuously been fragmented, without proper management and control, with poor management of human resources, lack of infrastructure, poor quality, high cost of services and focus on treatment than prevention. Several strategies have aimed at the reform of primary healthcare from the establishment of national healthcare system until 2009. However, a pilot test of the family doctor and referral system is under evaluation since 2017.

The declaration of Astana in 2018 pointed again the need for primary healthcare reform globally towards sustainable development. Greece has made some progress after several decades of unsuccessful reforms of primary healthcare; nevertheless, the whole strategy is yet under evaluation.

Key Words: Primary healthcare, declaration of Alma Ata, declaration of Astana, healthcare services.

Corresponding Author: *Vasiliki Tsigkou, Salaminos 48 Aspropyrgos, 19300 Attiki, Phone number: 6946975745, e-mail: bikytsigkoy@yahoo.gr*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Διακήρυξη της Άλμα Άτα πραγματοποιήθηκε το 1978 στο Καζακστάν από 134 χώρες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και της UNICEF (United Nations Children's Fund) έχοντας ως κύριο σύνθημα το «Υγεία για Όλους ως το 2000».¹ Σύμφωνα με τον ΠΟΥ «η υγεία είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά η απουσία νόσου ή αναπηρίας».¹ Σκοπός της διακήρυξης της Άλμα Άτα ήταν η άρση των ανισοτήτων στην υγεία μεταξύ των χωρών με έμφαση στη δημιουργία μιας ισχυρής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) για την κάλυψη των βασικών αναγκών υγείας, με την παροχή φροντίδας εξατομικευμένα στον άνθρωπο για την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση από τη νόσο καθώς οι ανισότητες αυτές είναι ανεπίτρεπτες από οικονομική, κοινωνική και πολιτική άποψη.² Η ΠΦΥ συνιστά το σύνολο των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται χωρίς εμπόδια στους ασθενείς και το γενικό πληθυσμό κοντά στον τόπο κατοικίας και είναι συνδεδεμένη με το θεσμό του οικογενειακού ιατρού.³

Παρά τις αρχικές προσδοκίες ο προαναφερόμενος στόχος δεν έχει επιτευχθεί στις περισσότερες χώρες αφενός λόγω πολιτικών αντιπαραθέσεων, αφετέρου διότι υπήρξε έντονη αμφισβήτηση για τις δυνατότητες υλοποίησής του.⁴ Επίσης, σημειώθηκαν αντιδράσεις από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι υποστήριξαν ότι είναι απειλή για το μέχρι τότε οικοδόμημα της ιατρικής, ενώ άλλοι υποστήριξαν ότι αποτελεί μια «φτωχή φροντίδα υγείας για τους φτωχούς».⁵ Για το λόγο αυτό ακολουθήθηκε ένα συντομότερο πλάνο ως η πλέον ρεαλιστική λύση, που αφορούσε δράσεις σχετικά με τον εμβολιασμό, την υγεία της μητέρας και του παιδιού, τον οικογενειακό προγραμματισμό και τον έλεγχο της διατροφής.⁴

Μετά από 40 έτη η διακήρυξη της Αστάνα που πραγματοποιήθηκε το 2018 επανέφερε στο προσκήνιο τις αρχικές προτάσεις της διακήρυξης της Άλμα Άτα για την ΠΦΥ με σκοπό την αναδιάρθρωση της ΠΦΥ και την προσφορά υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες του ατόμου, κοντά στην περιοχή διαβίωσης, με συνέχεια στην φροντίδα και



ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας, με έμφαση στην ποιότητα.^{1,6} Οι χώρες που θα πετύχουν την αναδιάρθρωση της ΠΦΥ θα αντιμετωπίσουν αποτελεσματικότερα τις σύγχρονες απειλές και θα πετύχουν το στόχο της «βιώσιμης ανάπτυξης».⁶

Συγκεκριμένα, στις απειλές αυτές ανήκουν οι αναδυόμενες λοιμώδεις ασθένειες, οι παράγοντες κινδύνου για την υγεία (κάπνισμα, αλκοόλ, κακή διατροφή, έλλειψη φυσικής δραστηριότητας κ.α.), οι περιβαλλοντικοί κίνδυνοι, οι χρόνιες ασθένειες, οι διαταραχές ψυχικής υγείας, η χρήση ναρκωτικών ουσιών και τα ατυχήματα.⁷ Η πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα αλλά και διεθνώς παρουσιάζει εμπόδια οικονομικής και μη-οικονομικής φύσης που σχετίζονται με τη φυλή, την εθνικότητα, το φύλο ή την ταυτότητα του φύλου, το σεξουαλικό προσανατολισμό, τις διαταραχές ψυχικής υγείας, τον αναλφαβητισμό, τη γλώσσα, τη θρησκεία, τις πολιτιστικές πεποιθήσεις, και πρακτικές δυσκολίες πρόσβασης στους χώρους παροχής φροντίδας.⁸ Επίσης, κοινωνικά και οικονομικά φαινόμενα όπως τα κύματα μεταναστών και προσφύγων, οι φυλακισμένοι και ευαίσθητες κοινωνικά ομάδες δυσχεραίνουν ακόμη περισσότερο την επίτευξη της κοινωνικής δικαιοσύνης στην παροχή υγειονομικής φροντίδας και απαιτούν συντονισμένες δράσεις σε επίπεδο πολιτείας για την αντιμετώπισή τους.⁸ Για

τους λόγους αυτούς η ανάπτυξη της ΠΦΥ κρίνεται επιβεβλημένη στον ελληνικό χώρο καθώς, ήδη από την θεσμοθέτηση του ΕΣΥ, οι υπηρεσίες υγείας της ΠΦΥ ήταν κατακερματισμένες και παρουσίασαν σπασμωδική ανάπτυξη.⁸

Στο παρόν άρθρο θα γίνει μια ανασκόπηση της εξέλιξης της ΠΦΥ από την ίδρυση του ΕΣΥ ως σήμερα, τονίζοντας τις σύγχρονες ανάγκες για την παροχή μιας άρτια λειτουργικής ΠΦΥ, όπως ορίζει η σύγχρονη διακήρυξη της Αστάνα.

Η ΘΕΣΜΟΘΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΕΣΥ ΚΑΙ Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΦΥ ΜΕΧΡΙ ΤΟ 1990

Η χρονιά-σταθμός για το ελληνικό κράτος πρόνοιας ήταν η δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) με το νόμο Ν. 1397/83.⁹ Το ελληνικό κράτος πρόνοιας εντάσσεται στο νότιο μοντέλο διότι συνδυάζει το πρότυπο Beveridge για τις υπηρεσίες υγείας και το πρότυπο Bismarck για την κοινωνική ασφάλιση.⁸ Οι νέες προτάσεις για το ΕΣΥ έγιναν αποδεκτές από τον ελληνικό πληθυσμό καθώς υπήρχε έντονη δυσαρέσκεια από τις υπάρχουσες υπηρεσίες υγείας.¹⁰ Η ίδρυση του ΕΣΥ βασίστηκε στις αρχές ότι η υγεία είναι ένα δημόσιο, κοινωνικό αγαθό που θα πρέπει να προστατεύεται από τους νόμους της αγοράς και θα πρέπει να προσφέρεται από την πολιτεία με αποκεντρωμένες υπηρεσίες

υγείας σε όλους τους πολίτες χωρίς κοινωνικές και οικονομικές διακρίσεις.¹⁰

Οι αρχικοί στόχοι του ΕΣΥ ήταν η οργάνωση της ΠΦΥ, η αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας (υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας) με τη δημιουργία των περιφερειακών συμβουλίων υγείας (ΠΕΣΥ) και ενός κεντρικού συμβουλίου υγείας (ΚΕΣΥ), η ανάπτυξη των δημόσιων νοσοκομειακών υπηρεσιών, η ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων, η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού και ο περιορισμός του ιδιωτικού τομέα.¹⁰ Αρχικά, έγινε προσπάθεια για την επέκταση των δημόσιων νοσηλευτικών μονάδων, την απόκτηση νέας τεχνολογίας, την παροχή κατάλληλης προπτυχιακής και μεταπτυχιακής εκπαίδευσης σε φοιτητές και αποφοίτους των σχολών επιστημών υγείας αντίστοιχα, υπό τον έλεγχο του Υπουργείου Υγείας για το ΕΣΥ και των Υπουργείων Παιδείας και Εθνικής Άμυνας για τα πανεπιστημιακά και τα στρατιωτικά νοσοκομεία αντίστοιχα.^{11, 12} Οι ιατροί του ΕΣΥ έγιναν πλήρους απασχόλησης με απαγόρευση άσκησης ιδιωτικής ιατρικής πλην των πανεπιστημιακών και απαγορεύθηκε η ανέγερση ή επέκταση των ιδιωτικών κλινικών ή θεραπευτηρίων.¹¹ Ωστόσο αναπτύχθηκαν ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια που συμβάλλονταν με τα ασφαλιστικά ταμεία και παρείχαν εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις

(αξονικοί τομογράφοι, οι μαγνητικοί τομογράφοι και τα μηχανήματα πυρηνικής ιατρικής κ.α.).¹⁰ Ταυτόχρονα, οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν σταδιακά για την υποστήριξη του δημόσιου υγειονομικού τομέα και επιχειρήθηκε ο περιορισμός των ασφαλιστικών ταμείων σε 39 (από 80 που ήταν προ του ΕΣΥ) που, παρόλα αυτά, είχαν σταδιακά αθροιζόμενα ελλείμματα χρηματοδότησης και δεν παρείχαν ισόρροπα παροχές υγείας στους ασφαλισμένους και τα προστατευόμενα μέλη τους.^{13, 14}

Όσον αφορά την ΠΦΥ, οι προσπάθειες ανάπτυξής της επηρεάστηκαν σημαντικά από τη διακήρυξη της Άλμα Άτα.¹⁰ Θεσμοθετήθηκε η ίδρυση κέντρων υγείας σε αγροτικές και αστικές περιοχές σύμφωνα με τις προδιαγραφές του ΠΟΥ, που θα κάλυπταν πληθυσμό 50.000 κατοίκων.¹² Τα κέντρα υγείας θα παρείχαν υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής, θεραπείας, δυνατότητα βραχείας νοσηλείας αλλά και δυνατότητες ενημέρωσης, εκπαίδευσης ιατρών και φοιτητών ιατρικής, υπηρεσίες επαγγελματικής και σχολικής υγείας, οικογενειακού προγραμματισμού.¹² Ακόμη, θα παρείχαν δεδομένα για την εκπόνηση έρευνας και επιδημιολογικής επιτήρησης.¹² Ο νέος νόμος υποστήριζε το σχεδιασμό 190 κέντρων υγείας αγροτικού τύπου και 210 αστικού τύπου σε βάθος 5-ετίας, με απασχόληση γενικών ιατρών,

παιδιάτρων, παθολόγων, γυναικολόγων, μικροβιολόγων, ακτινολόγων, κοινωνικών λειτουργών, νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας.¹⁵ Τα κέντρα υγείας θα υπάγονταν διοικητικά στο κοντινότερο νοσοκομείο και θα ίσχυε το σύστημα των παραπομπών προς τις ανώτερες βαθμίδες υγείας, δηλαδή τα κέντρα υγείας θα λειτουργούσαν ως «φρουροί» της μετάβασης των ασθενών προς τον νοσοκομειακό τομέα.¹⁵

Μέχρι το 1987 είχαν δημιουργηθεί 176 κέντρα υγείας αγροτικού τύπου τα οποία λειτούργησαν άμεσα και 19 μικρά νοσοκομεία-κέντρα υγείας σε επαρχιακές περιοχές που κάλυπταν 2,5 εκατομμύρια πληθυσμό.¹⁰ Στις αγροτικές περιοχές η ΠΦΥ παρέχόταν από ιδιώτες ιατρούς, τα κέντρα υγείας και υπαγόμενα σε αυτά αγροτικά ιατρεία που είχαν θεσμοθετηθεί από το 1965.¹⁶ Παρόλα αυτά, τα κέντρα υγείας αστικού τύπου δεν δημιουργήθηκαν ποτέ, ενώ η ΠΦΥ στις αστικές περιοχές προσφέρονταν από ιδιώτες ιατρούς, τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων και τις πολυκλινικές των ασφαλιστικών ταμείων, κυρίως του ΙΚΑ (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων), που κάλυπτε ποσοστό 50% του πληθυσμού.^{10,17} Μάλιστα, ως το 1982 τα εξωτερικά ιατρεία στα νοσοκομεία ήταν 941 και λειτουργούσαν χωρίς προγραμματισμό των ραντεβού, με μακρά αναμονή των ασθενών, χωρίς τήρηση

ηλεκτρονικού φακέλου, με ανεπαρκή τεχνολογικό εξοπλισμό, ανθρώπινο δυναμικό και ποιότητα φροντίδας και χωρίς την εξασφάλιση στην ιατρική επανεκτίμηση, όπου ήταν απαραίτητο.¹⁶ Από την άλλη, το 1988 το προσωπικό υγείας που απασχολούνταν στα κέντρα υγείας δεν υπερέβαινε το 33,8% για τους ιατρούς, οι οποίοι ήταν 17% γενικοί ιατροί, 42% παθολόγοι, 25% παιδίατροι, 53% οδοντίατροι, 29% μικροβιολόγοι, 9% ακτινολόγοι και 2% άλλες ειδικότητες σε αντίθεση με τις θέσεις για διοικητικούς υπαλλήλους που καλύφθηκαν κατά 88%.¹⁸ Επίσης, το 41% των ιατρών και οδοντιάτρων ήταν μόνιμο προσωπικό, ενώ το 59% εργαζόταν με προσωρινή θέση.¹⁹ Αντίστοιχα, σημαντικές ελλείψεις και ανεπάρκειες σημειώνονταν και για το νοσηλευτικό προσωπικό στις αγροτικές περιοχές καθώς 56% των εργαζομένων κατείχε μόνο διετή επαγγελματική εμπειρία ή βρισκόταν σε περίοδο πρακτικής άσκησης.¹⁹ Παρόλα αυτά, μέχρι το 1992 το ποσοστό εργασίας των ιατρών αυξήθηκε στο 66,8% ενώ προβλέφθηκε ο τριπλασιασμός των νοσηλευτών με εκπαίδευση 2-3 ετών σε βάθος 5-ετίας.^{12,17}

Πέρα από τις ελλείψεις σε προσωπικό, τα κέντρα υγείας παρουσίαζαν έλλειμμα σε τεχνολογικό εξοπλισμό και δε διέθεταν μηχανισμούς ελέγχου της λειτουργίας τους.¹⁷ Επίσης, παρείχαν κυρίως βραχυχρόνια

θεραπεία αντί προληπτικών υπηρεσιών αλλά και δεν εφαρμόζαν σύστημα παραπομπής στα νοσοκομεία.¹⁷ Ακόμη, σημαντικά αναπτυγμένη ήταν η παραοικονομία καθώς ιατροί, νοσηλευτές και λοιποί επαγγελματίες υγείας λάμβαναν παράνομα χρήματα από τους ασθενείς (το γνωστό «φακελάκι») για την ταχύτερη εξυπηρέτησή τους.¹⁷ Τέλος, η χωρίς έλεγχο συνταγογράφηση υπηρεσιών υγείας που παρείχαν τα διαγνωστικά κέντρα του ιδιωτικού τομέα αύξησε σημαντικά την επιβάρυνση των ελληνικών νοικοκυριών και τις ιδιωτικές δαπάνες, που ανέκαθεν ήταν υψηλές στην Ελλάδα.¹³

Η ΠΦΥ ΑΠΟ ΤΟ 1990 ΜΕΧΡΙ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΤΟΥ 2009

Το ΕΣΥ υλοποίησε αρκετούς από τους στόχους του ωστόσο, πολλές διατάξεις του δεν εφαρμόστηκαν λόγω έντονης κριτικής.¹⁰ Το 1992 έγιναν μια σειρά αλλαγών στο χώρο της υγείας με σκοπό την ενίσχυση της αγοράς, την καταπολέμηση της χαμηλής παραγωγικότητας και της γραφειοκρατίας του δημοσίου.^{17,20} Τα νέα μέτρα είχαν εκ νέου σκοπό την αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας με τη σύσταση των ΠΕΣΥ το 2001 και τη διαίρεση της χώρας σε 17 υγειονομικές περιφέρειες, την οργάνωση της ΠΦΥ, τον έλεγχο της νοσοκομειακής δραστηριότητας και την ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων.²¹ Παράλληλα, προτάθηκε η παροχή

ενός βασικού πακέτου υγείας από τα διαφορετικά ταμεία και επιχειρήθηκε η οργάνωση των υπηρεσιών υπό το πρότυπο της διευθυνόμενης φροντίδας (managed care) ή των οιονεί αγορών.^{22,23}

Για την ΠΦΥ επιχειρήθηκε ξανά η δημιουργία κέντρων υγείας αστικού τύπου με τη χρησιμοποίηση των υπαρχουσών δομών των πολυιατρείων των ασφαλιστικών ταμείων ή νέων χώρων, όπου χρειαζόταν, καθώς και η εφαρμογή του οικογενειακού ιατρού.²⁴ Οι οικογενειακοί ιατροί, αν και σαν θεσμός δεν εφαρμόστηκε, θα ήταν ιδιώτες, που θα εργάζονταν με πλήρη απασχόληση και θα αμείβονταν από το συνδυασμό ενός μηνιαίου μισθού, ετήσιας κατά κεφαλήν αμοιβής και αμοιβής κατά πράξη ανάλογα με τους δικαιούχους.²⁴ Επίσης, θα παρείχαν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών όπως η αντιμετώπιση των χρόνιων ασθενειών, των παραγόντων κινδύνου καθώς και των συναισθηματικών ή γνωστικών διαταραχών των ηλικιωμένων.²⁵ Ακόμη, θα ήταν υπεύθυνοι για τον προσυμπτωματικό έλεγχο των κακόηθων νεοπλασμάτων, το εμβολιασμό ενηλίκων και παιδιών, τη θεραπεία ελασσόνων τραυματισμών και την παροχή πρώτων βοηθειών.²⁵ Οι δικαιούχοι θα μπορούσαν να επιλέξουν ελεύθερα τον οικογενειακό τους ιατρό και το κοντινότερο κέντρο υγείας αστικού ή αγροτικού τύπου.²⁴ Ακόμη, οι υπηρεσίες των οικογενειακών ιατρών θα



παρέχονταν εντός του κέντρου υγείας αλλά και στην περιοχή εμβέλειάς του.²⁵

Από την άλλη πλευρά, τα κέντρα υγείας σύμφωνα με τις νέες διατάξεις θα ήταν υποχρεωμένα να τηρούν το σύστημα παραπομπής των ασθενών προς τις ανώτερες βαθμίδες υγείας και να ενημερώνουν τον ιατρικό φάκελο του ασθενούς.²⁴ Ταυτόχρονα, οι υπάρχουσες δομές ΠΦΥ θα αναδιαρθρώνονταν με σκοπό την οικονομική και διαχειριστική αυτονομισή τους, πάντοτε υπό τον έλεγχο του Υπουργείου Υγείας, θα στελεχώνονταν από εκπαιδευμένο προσωπικό και θα παρείχαν και νέες υπηρεσίες όπως η βοήθεια στο σπίτι και υπηρεσίες αποκατάστασης.²⁴ Ωστόσο, οι προηγούμενες διατάξεις δεν μπόρεσαν να εφαρμοστούν στον επιθυμητό βαθμό και σε αυτή την περίοδο.²⁴

Συγκεκριμένα, συνάντησαν την έντονη αντίδραση των εκπροσώπων των ασφαλιστικών ταμείων και των ιατρών.²⁴ Υποστηρίχθηκε ότι η υπαγωγή των πολυιατρείων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ θα δημιουργούσε προβλήματα στο καθεστώς ιδιοκτησίας και τη χρήση των μέσων παραγωγής, το καθεστώς εργασίας των ιατρών, και θα εισήγαγε υψηλό κόστος για το μετασχηματισμό των δομών, χωρίς να μπορεί να προβλεφθεί η επιτυχία του ως εγχείρημα.²⁵ Εκείνη την περίοδο το δίκτυο των πολυιατρείων του ΙΚΑ ήταν στελεχωμένο από 7.500 ιατρούς σχεδόν όλων των

ειδικοτήτων με μερική απασχόληση που είχε τη δυνατότητα να έχει ιδιωτικό ιατρείο και από 4.000 νοσηλευτές.²⁶ Παράλληλα, η συνταγογράφηση από τους ιατρούς της ΠΦΥ ήταν υπέρμετρη, χωρίς κλινικά πρωτόκολλα, με μικρή δυνατότητα κατ' οίκον θεραπείας.²⁷ Τα ταμεία υγείας προοδευτικά ήταν ανεπαρκή για τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας ενώ τα νοικοκυριά ξόδευαν 28% των συνολικών εξόδων τους για υπηρεσίες ΠΦΥ ετησίως.²⁸ Τα έντονα φαινόμενα παραοικονομίας και χαμηλής παραγωγικότητας ειδικά από τους ιατρούς του δημοσίου δεν αντιμετωπίστηκαν ικανοποιητικά.²⁴ Από την άλλη, πολλά νοσοκομεία-κέντρα υγείας ειδικά των απομακρυσμένων περιοχών όπως στα νησιά, που παρείχαν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας υγείας, αντιμετώπιζαν προβλήματα εξοπλισμού και ανθρώπινου δυναμικού.²⁹ Τέλος, οι υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής και αποκατάστασης παρέμειναν στο περιθώριο σε σχέση με την παροχή θεραπείας.²⁶

Η ΠΦΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΤΟΥ 2009 ΕΩΣ ΣΗΜΕΡΑ

Η οικονομική κρίση του 2009 και η επακόλουθη σύναψη των μνημονίων επέβαλε μια σειρά αλλαγών για την εξοικονόμηση δημόσιων πόρων.⁸ Μέσα στα γενικότερα μέτρα λιτότητας, έγιναν σημαντικές παρεμβάσεις στο χώρο της υγείας με σκοπό

τη μείωση των δημόσιων δαπανών και την αναδιάρθρωση του νοσοκομειακού τομέα του ΕΣΥ και της ΠΦΥ.⁸ Συγκεκριμένα, το 2011 δημιουργήθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) από τη συγχώνευση των κυριότερων ασφαλιστικών ταμείων για τη μείωση των ανισοτήτων στις παροχές υγείας και την εξοικονόμηση απαραίτητων πόρων.⁸ Ο ΕΟΠΥΥ αποτελεί τον κύριο αγοραστή των υπηρεσιών υγείας και, εκτός από τις υπηρεσίες του ΕΣΥ, συμβάλλονται μαζί του ιδιώτες ιατροί με αμοιβή κατά πράξη.⁸ Παράλληλα, από το 2012 καθιερώθηκε το Κλειστό Ενοποιημένο Νοσήλιο (ΚΕΝ) σύμφωνα με τις διαγνωστικά ομοειδείς κατηγορίες για τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων, μειώθηκαν οι μισθοί των ιατρών του ΕΣΥ και θεσπίστηκε νομοθεσία για τις τιμές και το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας εντός του ΕΣΥ.⁸

Οι ελλείψεις ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και η συγκέντρωση των υπηρεσιών υγείας στα μεγάλα αστικά κέντρα συνεχίσθηκαν και σε αυτήν την περίοδο.⁸ Ωστόσο, το 2014 με τη θέσπιση του νόμου Ν. 4238/2014 δημιουργήθηκε το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) για την ανασυγκρότηση της ΠΦΥ, που αποτελούνταν από τα κέντρα υγείας, τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων, τα πολυιατρεία του ΕΟΠΥΥ και τους συμβεβλημένους ιατρούς, το οποίο θα βρισκονταν υπό τον

έλεγχο των αντίστοιχων υγειονομικών περιφερειών και του Υπουργείου Υγείας.⁸ Σύμφωνα με τη νομοθεσία, το δίκτυο ΠΕΔΥ θα λειτουργούσε 24 ώρες την ημέρα και όλη την εβδομάδα, παρέχοντας υπηρεσίες ΠΦΥ.⁸ Ακόμη, θεσμοθετήθηκε ο οικογενειακός ιατρός και το σύστημα των παραπομπών των ασθενών, που και πάλι δεν εφαρμόστηκαν.⁸ Η νέα νομοθεσία θέλησε να καταστεί ο ΕΟΠΥΥ ο εθνικός ασφαλιστικός φορέας της χώρας ο οποίος θα αγοράζει τις υπηρεσίες υγείας του ΕΣΥ, καταργώντας τον προηγούμενο ρόλο του ως αγοραστή και πάροχο των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα.³⁰ Από την άλλη, οι υπηρεσίες της ΠΦΥ θα περιλάμβαναν όλο το φάσμα από την πρόληψη, τη συνταγογράφηση, τη θεραπεία οξέων και χρόνιων νοσημάτων, τη συμβουλευτική και, όπου είναι εφικτό, υπηρεσίες αποκατάστασης και μαιευτικής φροντίδας.⁸

Το 2017 ακολούθησε νέα μεταρρύθμιση για την ΠΦΥ σύμφωνα με το νόμο Ν. 4486/2017 όπου καταργήθηκε η ονομασία ΠΕΔΥ.³⁰ Οι υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονται πλέον από ιατρούς συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ, τα κέντρα υγείας αγροτικού τύπου, ενώ τα κέντρα υγείας αστικού τύπου μαζί με τις παλαιές μονάδες ΠΕΔΥ μετονομάστηκαν σε κέντρα υγείας.³⁰ Στα κέντρα υγείας υπάγονται πλέον οι νεοσύστατες αποκεντρωμένες Τοπικές Μονάδες Υγείας

(Το.Μ.Υ), τα περιφερειακά ιατρεία, τα πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία και τα τοπικά ιατρεία.³⁰ Επίσης, κάθε κέντρο υγείας έχει την περιοχή ευθύνης του που ονομάζεται Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και υπάγεται στην αρμόδια υγειονομική περιφέρεια ενώ σε κάθε δήμο αντιστοιχεί τουλάχιστον ένα κέντρο υγείας ή κάποια δομή ΠΦΥ.³⁰ Τα κέντρα υγείας στελεχώνονται με ιατρούς όλων των ειδικοτήτων, νοσηλευτικό προσωπικό, βοηθητικό προσωπικό, διοικητικό και τεχνικό προσωπικό.³⁰ Οι Το.Μ.Υ λειτουργούν ως μονάδες οικογενειακής ιατρικής με σκοπό την πρόληψη, την προαγωγή της υγείας, την αντιμετώπιση οξέων και χρόνιων νοσημάτων, την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών, την παροχή συμβουλευτικής σε ασθενείς και στις οικογένειές τους.³⁰ Ακόμη, είναι υποχρεωμένες να παρέχουν στοιχεία λειτουργίας του ιδρύματος για επιδημιολογικούς σκοπούς.³⁰ Σήμερα λειτουργούν περίπου 239 Το.Μ.Υ σε αστικές περιοχές ενώ οι υπόλοιπες υπηρεσίες ΠΦΥ συνεχίζουν να προσφέρονται από τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων.³¹

Ο Ν. 4486/2017 άλλαξε τις διατάξεις του 2014 για τον οικογενειακό ιατρό (που μπορεί να είναι γενικός ιατρός, παθολόγος ή παιδίατρος) και τονίζει ότι μπορεί να παρέχει τις υπηρεσίες του στο νέο δίκτυο της ΠΦΥ ή να συμβάλλεται με τον ΕΟΠΥΥ με

συγκεκριμένο πληθυσμό εγγεγραμμένων.⁸ Πλέον στις υπηρεσίες ΠΦΥ ορίζεται μια ομάδα υγείας από διαφορετικές ειδικότητες με στόχο τη διεπιστημονική συνεργασία και την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας του πληθυσμού ευθύνης ενώ τονίζεται εκ νέου η αναγκαιότητα του συστήματος παραπομπής σε ανώτερες βαθμίδες υγείας και τήρησης του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας.³⁰ Παρόλα αυτά, τα αποτελέσματα από την εφαρμογή του οικογενειακού ιατρού δεν είναι εμφανή ακόμη, πιθανώς λόγω του μικρού αριθμού των οικογενειακών ιατρών για την κάλυψη των αναγκών.⁸

Η οικονομική κρίση αύξησε τον αριθμό των ανέργων και των ατόμων που έχασαν την ασφαλιστική τους κάλυψη με αποτέλεσμα την επιδείνωση του επιπέδου υγείας των Ελλήνων και της αυτό-αναφερόμενης καλής υγείας καθώς ολοένα και περισσότεροι αδυνατούσαν να επισκεφθούν τις υπηρεσίες υγείας.³² Την περίοδο της κρίσης σημειώθηκε αύξηση της κίνησης στα τμήματα επειγόντων των νοσοκομείων που δεν οφειλόταν σε επείγοντα περιστατικά κατά 38,1%, εξαιτίας των ανεπαρκειών της ΠΦΥ και των πεποιθήσεων των ασθενών ότι θα λάβουν καλύτερη και γρηγορότερη φροντίδα.³³ Ήδη από το 2010 Μη-Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ) προσφέρουν προληπτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες υγείας σε άνεργους και μετανάστες σε διάφορα σημεία της χώρας.⁸ Η μη ισόρροπη προσφορά των

υπηρεσιών υγείας οδήγησε πολλούς Έλληνες στην αναζήτηση φροντίδας από ιδιώτες ιατρούς, αυξάνοντας την επιβάρυνση των νοικοκυριών, ενώ η κατάσταση επιδεινώθηκε ακόμη περισσότερο από την αύξηση της συμμετοχής στα φάρμακα και την πληρωμή των υπηρεσιών που δεν κάλυπτε ο ΕΟΠΥΥ.⁸ Τέλος, μέχρι το 2016 οι ανασφάλιστοι πολίτες δεν μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν δωρεάν τις υπηρεσίες υγείας του ΕΣΥ, ωστόσο, ο νόμος Ν. 4368/2016 πρόσφερε καθολική κάλυψη υγείας σε όλους τους πολίτες συμπεριλαμβανομένων των ανασφάλιστων, των μεταναστών και των προσφύγων.⁸

ΟΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΗΣ ΠΦΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η διακήρυξη της Ασάνα του 2018 έφερε ξανά στο προσκήνιο την ανάγκη για αναβάθμιση των υπηρεσιών της ΠΦΥ παγκοσμίως με έμφαση στην ολοκληρωμένη και συνεχή φροντίδα, τη διεπιστημονικότητα, την πρόληψη, την κοινωνική δικαιοσύνη, την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, την αποτελεσματικότητα, την ικανοποίηση του χρήστη, την εξοικονόμηση πόρων και την κατάλληλη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού.^{7,34} Η ΠΦΥ θα πρέπει να παρέχεται στο επίπεδο της κοινότητας και της οικογένειας, προσφέροντας τη δυνατότητα επιλογής του οικογενειακού ιατρού σε κάθε σημείο της χώρας.⁷ Η εξοικονόμηση πόρων

μέσω της πρόληψης είναι απαραίτητη καθώς το παγκόσμιο κόστος για την υγεία αναμένεται να αυξηθεί από τα US\$ 9,21 τρις το 2014 σε US\$ 24,24 τρις μέχρι το 2040.³⁵ Άλλωστε, η ύπαρξη μιας ισχυρής ΠΦΥ διεθνώς μπορεί να προφυλάξει από τις σύγχρονες απειλές για την υγεία που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής, το περιβάλλον, τις κοινωνικο-οικονομικές και πολιτικές συνθήκες.⁷

Η ΠΦΥ στην Ελλάδα από τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ ως και σήμερα παρουσιάζει αρκετές οργανωτικές αδυναμίες, προβλήματα συντονισμού και ελλείμματα χρηματοδότησης παρά τις πολυάριθμες προσπάθειες ανασυγκρότησης.^{7,8} Ωστόσο, οι μεταρρυθμίσεις της τελευταίας δεκαετίας στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα έχουν προσπαθήσει να προσφέρουν ένα ανανεωμένο δίκτυο ΠΦΥ όπως ορίζουν οι παγκόσμιες διακηρύξεις.³⁴ Απώτερος στόχος είναι η συμπίεση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες που διαθέτουν οργανωμένα συστήματα υγείας και επιτυγχάνουν τους στόχους της βιώσιμης ανάπτυξης.³⁴ Βέβαια, το έργο αυτό είναι δύσκολο και μπορεί να επιτευχθεί με τη σύμπλευση πολιτικών, οικονομικών και κοινωνικών δυνάμεων και τη συνεργασία μεταξύ των χωρών.³⁶

Καταρχάς, όσον αφορά τον τομέα του ανθρώπινου δυναμικού, θα πρέπει να δοθούν

κατάλληλα οικονομικά και εκπαιδευτικά κίνητρα στους ιατρούς ώστε να επιλέξουν την ΠΦΥ, να αντιμετωπισθεί το φαινόμενο της υπερπαραγωγής ειδικών ιατρών και η παραοικονομία του δημόσιου τομέα.^{34,37} Πρόσφατα στην Ελλάδα η χρονική διάρκεια άσκησης της ειδικότητας της γενικής ιατρικής αυξήθηκε στα 5 έτη με σκοπό την εξοικείωση των εκπαιδευόμενων ιατρών με τις απαιτήσεις του επαγγέλματος.^{34,37} Επίσης, η επιλογή της (ως ειδικότητα) από τους απόφοιτους φοιτητές της ιατρικής σχολής θα πρέπει να ενθαρρύνεται.^{34,37} Μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο έδειξε ότι τα τελευταία χρόνια η ειδικότητα της γενικής ιατρικής δεν επιλέγεται από του νέους ιατρούς.³⁸ Παρά το ότι οι γενικοί ιατροί απολαμβάνουν καλύτερη ποιότητα ζωής, εν αντιθέσει με άλλες ειδικότητες, θεωρείται ότι δεν έχουν το κύρος και την επαγγελματική ικανοποίηση που θα επιθυμούσαν.³⁸ Για το λόγο αυτό, ήδη από το 2016 έχει ξεκινήσει εκστρατεία στο Ηνωμένο Βασίλειο για την υποστήριξη της ΠΦΥ (που αποτελεί το θεμέλιο λίθο του βρετανικού συστήματος υγείας και ένα διεθνές πρότυπο ΠΦΥ), με σκοπό την αύξηση της χρηματοδότησης, την επίτευξη οικονομικών κλίμακας, την ανανέωση της τεχνολογίας, την καλύτερη συνεργασία των παρόχων υγείας, τη συνεχή εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και τη βελτίωση των αμοιβών ειδικά σε περιοχές όπου υπάρχουν ελλείψεις.³⁹

Παράλληλα, ιδιαίτερα σημαντική είναι η ανάπτυξη διεπιστημονικών ομάδων με τη συμμετοχή ιατρών, νοσηλευτών και λοιπών επαγγελματιών υγείας για την ολιστική αντιμετώπιση των σωματικών και πνευματικών διαστάσεων των προβλημάτων υγείας.^{34,37} Άλλωστε, η ύπαρξη διεπιστημονικών ομάδων από 4 έως 10 γενικούς ιατρούς μαζί με νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, μαίες και βοηθητικό προσωπικό είναι η βάση των κέντρων υγείας στη Σουηδία, ενώ αντίστοιχες δομές παρουσιάζονται και στη Φινλανδία, την Ολλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο.^{40,41} Από την άλλη, ιδιαίτερη έμφαση θα πρέπει να δοθεί στη μετακίνηση του προσωπικού στην επαρχία, ώστε να αντιμετωπιστεί η υποστελέχωση των δομών ΠΦΥ σε απομακρυσμένα κέντρα.⁷ Επίσης, είναι ύψιστης σημασίας οι υπάρχουσες δομές υγείας της ελληνικής περιφέρειας να υποστηριχθούν με τον αναγκαίο τεχνολογικό εξοπλισμό ώστε να μπορούν να προσφέρουν αποτελεσματικά υπηρεσίες ΠΦΥ.⁷

Αντίστοιχα, παροχή οικονομικών και εκπαιδευτικών κινήτρων θα πρέπει να παρέχεται και στους νοσηλευτές, ώστε να αντιμετωπισθεί η σημαντική έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα.⁴² Θα πρέπει, συγκεκριμένα, να ενθαρρύνεται η επιλογή του επαγγέλματος του νοσηλευτή, να καλλιεργούνται οι απαιτούμενες δεξιότητες και να δίδονται ευκαιρίες δια βίου

εκπαίδευσης, ώστε να αντιμετωπισθεί η εγκατάλειψη της θέσης εργασίας τους.⁴² Ακόμη, είναι σημαντική η ενίσχυση της νοσηλευτικής ηγεσίας και η προτροπή συμμετοχής στη λήψη των αποφάσεων στα πλαίσια της διεπιστημονικής αντιμετώπισης των ασθενών αλλά και η συνεργασία μεταξύ των μελών των ομάδων εργασίας.⁴²

Μια ακόμη κοινωνική επιταγή είναι η εισαγωγή των νέων τεχνολογιών στο χώρο της υγείας και η εκμάθησή τους από το υγειονομικό προσωπικό και τους ασθενείς με σκοπό τον έλεγχο των εκροών και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.^{8, 43} Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, τα θεραπευτικά πρωτόκολλα για τα χρόνια νοσήματα και τα αρχεία καταγραφής της δράσης των μονάδων ΠΦΥ.^{8,43} Από την άλλη, η δημιουργία αποκεντρωμένων μονάδων ΠΦΥ με αυτόνομη οργάνωση που θα εφαρμόζουν σύγχρονες μεθόδους διοίκησης και αξιολόγησης των υπηρεσιών μπορεί να συνεισφέρει στην εξοικονόμηση οικονομικών πόρων για την υγεία.⁴⁴ Για παράδειγμα, πρόσφατη μελέτη στη Σουηδία έδειξε ότι η εισαγωγή νέων υπηρεσιών στα κέντρα υγείας, η προσαρμογή των υπαρχουσών υπηρεσιών στις ανάγκες των ασθενών και η ύπαρξη καινοτομίας στην οργάνωση/διοίκηση των μονάδων υγείας αύξησε τη χρησιμοποίησή τους από τους

πολίτες και το αίσθημα ευθύνης των ιατρών και βελτιστοποίησε την ανταγωνιστικότητα των δομών στην αγορά.⁴⁵

Κλείνοντας, η ανάγκη για μια λειτουργική ΠΦΥ είναι ιδιαίτερα σημαντική εν μέσω της τρέχουσας πανδημίας από τον ιό SARS-CoV-2, που έχει κλονίσει τα συστήματα υγείας διεθνώς και απειλεί τις ζωές των ασθενών, των οικογενειών τους και των επαγγελματιών υγείας.⁴⁶ Οι ιατρικές ανάγκες για γενικούς ιατρούς αναδείχθηκαν περισσότερο από ποτέ καθώς βρίσκονται στην «πρώτη γραμμή» και αναλαμβάνουν τη συμβουλευτική, την κλινική εξέταση των ατόμων που είναι ύποπτοι για τη νόσο ή ασθενούν και την παραπομπή τους για περαιτέρω θεραπεία.⁴⁶ Παράλληλα, είναι σημαντική η συνεισφορά τους στη διάδοση της ενημέρωσης προς τους ασθενείς και τους οικείους τους για τα μέτρα ατομικής προστασίας έναντι του ιού SARS-CoV-2 όπως το σχολαστικό πλύσιμο των χεριών και η χρήση προστατευτικού εξοπλισμού.^{46,47} Τέλος, η ΠΦΥ οφείλει να ακολουθήσει τις σύγχρονες εξελίξεις υιοθετώντας κατάλληλα και ενημερωμένα συστήματα καταγραφής των περιστατικών της νόσου και ιχνηλάτησης των επαφών, ώστε να επιτευχθεί η παρακολούθηση της εξάπλωσης της πανδημίας.^{48, 49}

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ



Η ΠΦΥ στην Ελλάδα είχε σπασμωδική οργάνωση ήδη από τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ και, παρά τις πολυάριθμες προσπάθειες αναβάθμισής της σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα του ΠΟΥ, δεν έχει κατορθώσει να αναπτυχθεί πλήρως. Στην πορεία από την ίδρυση του ΕΣΥ ως σήμερα υπήρξαν διάφορες νομοθεσίες με σκοπό την ενίσχυση της ΠΦΥ και συγκεκριμένα την ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων, την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, τη συνέχεια στην παροχή της ιατρικής φροντίδας, τη διεπιστημονική προσέγγιση των ιατρικών προβλημάτων, την εξοικονόμηση δημόσιων πόρων, την ικανοποίηση του χρήστη, την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών και την εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων οργάνωσης/διοίκησης. Ωστόσο, ο κατακερματισμός των υπηρεσιών υγείας είναι εμφανής ιδίως στην επαρχία, όπου σημειώνονται οι μεγαλύτερες ελλείψεις ανθρώπινου δυναμικού και υποδομών. Η οικονομική κρίση του 2009 επέβαλε την εξοικονόμηση πόρων και τη δημιουργία μιας σύγχρονης ΠΦΥ στα αστικά και τα αγροτικά κέντρα, όπως υποστηρίζει η πρόσφατη διακήρυξη της Αστάνα του 2018. Ήδη από το 2017 έχει εφαρμοσθεί πιλοτικά ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού και έχει επιχειρηθεί το σύστημα παραπομπών στα νοσοκομεία. Παρόλα αυτά, τα αποτελέσματα αυτών των μεταρρυθμίσεων αναμένεται να αποδειχθούν εντός του 2020 ενόσω η ακεραιότητα της

ΠΦΥ δοκιμάζεται από τη σύγχρονη πανδημία από τον ιό SARS-CoV-2.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. UNICEF, World Health Organization, International Conference on Primary Health Declaration of Alma-Ata International Conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. *Development*, 1978:159–161.
2. Rifkin SB. Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All—from consensus to complexity. *BMJ Glob Health*. 2018;3(Suppl 3):e001188.
3. White F. Primary health care and public health: foundations of universal health systems. *Med Princ Pract*. 2015;24(2):103–116.
4. Warren KS. The evolution of selective primary health care. *Soc Sci Med* 1988;26:891–898.
5. Ghebreyesus TA, Fore H, Birtanov Y, Jakab Z. Primary health care for the 21st century, universal health coverage, and the sustainable development goals. *The Lancet* 2018;392:1371–1372.
6. WHO, World Health Organization. Declaration of Astana. Global conference on primary health care, Astana Kazakhstan, 25–26 October 2018. Geneva: World Health Organization,(2018.a). Available at

- <http://www.who.int/primary-health/conference-phc>, Retrieved 2 January 2020.
7. Butkus R, Rapp K, Cooney TG, Engel LS. Health and Public Policy Committee of the American College of Physicians. Envisioning a Better U.S. Health Care System for All: Reducing Barriers to Care and Addressing Social Determinants of Health. *Ann Intern Med.* 2020 Jan 21;172(2_Supplement):S50-S59.
 8. Economou C, Kaitelidou D, Karanikolos M, Maresso A. Greece: Health System Review. *Health Syst Transit.* 2017 Sep;19(5):1-166.
 9. Tountas Y, Karnaki P, Pavi E. Reforming the reform: the Greek National Health System in transition. *Health Policy.* 2002 Oct;62(1):15-29.
 10. World Health Organisation. Health Care Systems in Transition. Copenhagen: World Health Organisation, Regional Office for Europe, 1996.
 11. Tountas Y, Stefannson H, Frissiras S. Health reform in Greece: Planning and implementation of a national health system. *Int J Health Plann Manage.* 1995 Oct-Dec;10(4):283-304.
 12. OECD. Health Data 1993. Paris: OECD, 1993.
 13. Philalithis TE. The Imperative for a National Health System in Greece in a Social and Historical Context. Paper presented at a Conference on 'the Policy of Radical Change', organized by the Union of Greek University Teachers and Research Staff in Western Europe (UK Branch). London, 1983.
 14. Abel-Smith B, Caltorp, J, Dixon, M, Dunning Ad, Evans R, Holland W, Jarman B, Mossialos E. Report on the Greek Health Services. Athens: Farmetirica, 1994.
 15. Kyriopoulos J, Tsalikis G. Public and private imperatives of Greek health policies. *Health Policy* 1993;26:105–117.
 16. Yfantopoulos Y. The Planning of the Health Sector in Greece: Economic and Social Dimensions, 2nd edn. Athens: National Centre for Social Research, 1988.
 17. Center for Health Services Research. Health Services in Greece. Ministry of Health and Welfare, Athens (In Greek), 2001.
 18. Skalkidis Y, Petridou E, Touloumi P. The coverage of Greek health centres by physicians. *Health Review*, 1991;5(12): 49-54
 19. Kalamatianou A. The Outflow of Physicians from the Universities and the Staffing of the ESY. Athens: Papazisi, 1993.
 20. Center for Health Services Research. The State of Health in Greece. Ministry of Health and Welfare, Athens (In Greek), 2000.



21. Fattore G. Clarifying the scope of Italian NHS coverage. Is it feasible? Is it desirable? *Health Policy* 1999;50:123–142.
22. Pauly MV. Managed care, market power, and monopsony. *Health Service Research* 1998;33:1439–1460.
23. Luft HS. Translating the U.S. HMO experience to other health systems. *Health Aff.* 1991;10:172–186.
24. Smith J. Redesigning health care. *B M Journal* 2001;322:1257–1258.
25. Souliotis K, Lionis C. Creating an integrated health care system in Greece: a primary care perspective. *J Med Syst.* 2005 Apr;29(2):187-196.
26. Sissouras A, Souliotis K. (eds.). *Health, Health Care and Welfare in Greece*, Ministry of Health and Welfare, Greece, Athens, Greece, 2003.
27. Kyriopoulos J, Georgoussi E, Andrioti D, Boerma W, Mercouris MP. The involvement of General-Medicine physicians in Preventive Medicine. *Prim. Health Care* 1995;7:21–28 (in Greek).
28. Souliotis K. Analysis of health expenditure in Greece 1989–2000. Methodological clarifications and discoveries regarding the health care system. In Kyriopoulos K. and Souliotis K. (eds.), *Health Expenditures in Greece. Methodological Problems in Measurement and Consequences for Health Policies*, Papazisis, Athens, Greece (in Greek), 2002.
29. Kontodimopoulos N, Nanos P, Niakas D. Balancing efficiency of health services and equity of access in remote areas in Greece. *Health Policy.* 2006 Mar;76(1):49-57.
30. Law 4486/2017 “Reform of Primary Health Care, Emergency Regulations of the Ministry of Health and other Provisions” (Government Gazette 115/7-8-2017 τ.Α).
31. Kaitelidou D, Economou C, Galanis P, Konstantakopoulou O, Siskou O, Domete S et al. Development and validation of measurement tools for user experience evaluation surveys in the public primary healthcare facilities in Greece: a mixed methods study. *BMC Fam Pract.* 2019 Apr 2;20(1):49.
32. Zavras D, Tsiantou V, Pavi E, Mylona K, Kyriopoulos J. Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *Eur J Public Health.* 2013 Apr;23(2):206-210.
33. Galanis P, Siskou O, Charalambous G, Konstantakopoulou O, Liarigkovinou A, Karagkouni I et al. Inappropriate Use of Public Hospitals Emergency Departments in Greece: Magnitude and Associated Factors. *Stud Health Technol Inform.* 2019 Jul 4;262:224-227.
34. Lionis C, Symvoulakis EK, Markaki A, Petelos E, Papadakis S, Sifaki-Pistolla D et al. Integrated people-centred primary health care in Greece: unravelling

- Ariadne's thread. Prim Health Care Res Dev. 2019 Jul 25;20:e113.
35. Dieleman JL, Campbell M, Chapin A, Eldrenkamp E, Fan VY, Haakenstad A et al. Future and potential spending on health 2015–40: development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries. The Lancet 2017;389:2005–2030.
36. World Health Organization and UNICEF. Primary health care: transforming vision into action. Operational framework. Draft for consultation. Geneva, 2018. Available at <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/operational-framework.pdf>. Retrieved 16 January 2019.
37. Economou C. Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece. World Health Organization, 2015, Available at <http://www.euro.who.int/en/countries/greece/publications/barriers-and-facilitating-factors-in-access-to-health-services-in-greece-2015>, Retrieved 27 September 2018.
38. Merrett A, Jones D, Sein K, Green T, Macleod U. Attitudes of newly qualified doctors towards a career in general practice: a qualitative focus group study. Br J Gen Pract. 2017 Apr;67(657):e253-e259.
39. Madan A, Manek N, Gregory S. General practice: the heart of the NHS. Br J Gen Pract. 2017 Apr;67(657):150-151.
40. Anell A. The public-private pendulum--patient choice and equity in Sweden. N Engl J Med. 2015;372(1):1–4.
41. Anell A. Choice and privatisation in Swedish primary care. Health Economics, Policy and Law. 2011;6(4):549–569.
42. Notara V, Koupidis SA, Vaga E, Grammatikopoulos IA. Economic crisis and challenges for the Greek healthcare system: the emergent role of nursing management. J Nurs Manag. 2010 Jul;18(5):501-504.
43. Kontogiannatou A, Liaskos J, Gallos P, Mantas J. Usefulness, Ease of Use, Ease of Learning and Users' Satisfaction of E-Prescription and E-Appointment Systems for Primary Health Care. Stud Health Technol Inform. 2019 Jul 4;262:210-213.
44. Sbarouni V, Tsimtsiou Z, Symvoulakis E, Kamekis A, Petelos E, Saridaki A et al. Perceptions of primary care professionals on quality of services in rural Greece: a qualitative study. Rural Remote Health. 2012;12:2156.
45. Avby G, Kjellström S, Andersson Bäck M. Tending to innovate in Swedish primary



- health care: a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2019 Jan 18;19(1):42.
46. de Lusignan S, Williams J. To monitor the COVID-19 pandemic we need better quality primary care data. BJGP Open. 2020 Apr 20. pii: bjgpopen20X101070.
47. Canova V, Lederer Schläpfer H, Piso RJ, Droll A, Fenner L, Hoffmann T et al. Transmission risk of SARS-CoV-2 to healthcare workers -observational results of a primary care hospital contact tracing. Swiss Med Wkly. 2020 Apr 25;150:w20257.
48. Ambigapathy S, Rajahram GS, Shamsudin UK, Khoo EM, Cheah WK, Peariasamy KM et al. How should front-line general practitioners use personal protective equipment (PPE)? Malays Fam Physician. 2020 Mar 18;15(1):2-5. eCollection 2020.
49. Mash B. Primary care management of the coronavirus (COVID-19). S Afr Fam Pract (2004). 2020 Mar 31;62(1):e1-e4.