

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Ο θεσμός του Οικογενειακού Ιατρού στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας -
Η περίπτωση της Ελλάδας»**

**ΦΛΩΡΟΥ ΜΙΧΑΕΛΑ ΑΔΑΜΑΝΤΙΑ
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ 21017**

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΠΑΤΕΡΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΑΘΗΝΑ, ΜΑΡΤΙΟΣ 2023

UNIVERSITY OF West ATTICA



DEPARTMENT
BUSINESS ADMINISTRATION

DIVISION

SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL CARE
MANAGEMENT

DIPLOMA THESIS

**«The institution of family doctor
in Primary health care– The case of Greece»**

**FLOROU MICHAELA ADAMANTIA
REGISTRATION NUMBER 21017**

SUPERVISOR PROFESSOR

PATERAS IOANNIS

ATHENS, MARCH 2023

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

«Ο θεσμός του Οικογενειακού Ιατρού στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας - Η περίπτωση της Ελλάδας»

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΑΑ/ΔΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Πατέρας Ιωάννης	Ειδικός Επιστήμονας	
2	Πιερράκος Γεώργιος	Καθηγητής Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής	
3	Γούλα Ασπασία	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Φλώρου Μιχαέλα Αδαμαντία του Ιωάννη με αριθμό μητρώου 21017, φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών “Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας”, του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 31/12/2023 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Δηλούσα

Φλώρου Μ.

Πατέρας Ιωάννης, Ειδικός Επιστήμονας

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής διπλωματικής μου εργασίας, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στον επιβλέποντα καθηγητή μου, κύριο Ιωάννη Πατέρα, που συνέβαλλε ουσιαστικά στην εκπόνησή της με την ανάθεση του θέματος, την υποστήριξη και τις εποικοδομητικές του υποδείξεις κατά τον σχεδιασμό και την ολοκλήρωση της εργασίας, καθώς επίσης και τον καθηγητή κύριο Πιερράκο Γεώργιο και την αναπληρώτρια καθηγήτρια κυρία Γούλα Ασπασία για την συμβολή τους ως μελών της τριμελούς επιτροπής.

Δε θα μπορούσα να παραλείψω βέβαια και τους καθηγητές μου, τους ανθρώπους του μεταπτυχιακού αυτού προγράμματος, που απλόχερα μου προσέφεραν όλες αυτές τις γνώσεις και την εμπειρία τους και με ιδιαίτερη χαρά και υπομονή συνέβαλλαν στην ολοκλήρωση των σπουδών μου, καθώς επίσης και όλους τους συμφοιτητές μου που ο καθένας με την προσωπικότητα και τον δικό του ξεχωριστό τρόπο άφησε το στίγμα του σε αυτό το όμορφο για μένα ταξίδι.

Κλείνοντας, θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς τους γονείς μου, που όλα αυτά τα χρόνια βρίσκονται με χαρά δίπλα μου σε κάθε μου βήμα και ιδιαιτέρως το σύζυγό μου, Δημήτρη, που στέκεται πάντοτε πλάι μου, συνοδοιπόρος, και υποστηρίζει κάθε μου στόχο και όνειρο.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT	4
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΑΚΡΩΝΥΜΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	7
1.1 Ορισμός της υγείας	7
1.2 Η φροντίδα υγείας	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	13
3.1 Ορισμός της ΠΦΥ	13
3.2 Η Διεθνής Συνδιάσκεψη της Alma Ata	13
3.3 Η Διεθνής Συνδιάσκεψη της Astana	17
3.4 Μοντέλα Οργάνωσης της ΠΦΥ	18
3.5 Διαστάσεις και χαρακτηριστικά της ΠΦΥ	19
3.6 Οι υπηρεσίες που παρέχονται στην ΠΦΥ	21
3.7 Οι επαγγελματίες υγείας στην ΠΦΥ	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	27
4.1 Το θεσμικό πλαίσιο της ΠΦΥ στην Ελλάδα	27
4.2 Η λειτουργία της ΠΦΥ στην Ελλάδα	33
4.3 Οι δομές της ΠΦΥ στην Ελλάδα	35
4.4 Καινοτομίες και αστοχίες της ΠΦΥ στην Ελλάδα	39
4.4.1 Ο ατομικός ηλεκτρονικός φάκελος υγείας	39
4.4.2 Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση	41
4.4.3 Οι εφαρμογές της τηλεϊατρικής	44

4.4.4 Προβλήματα και αστοχίες της ΠΦΥ στην Ελλάδα	47
4.4.5 Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών της ΠΦΥ στην Ελλάδα	53
4.5 Ανάλυση SWOT	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ	56
5.1 Ιστορική εξέλιξη του θεσμού	56
5.2 Η ιστορική εξέλιξη του θεσμού στην Ελλάδα	57
5.3 Τα καθήκοντα του οικογενειακού ιατρού	58
5.4 Ο πληθυσμός ευθύνης του οικογενειακού ιατρού	60
5.5 Οι δεξιότητες του οικογενειακού ιατρού	60
5.6 Κατανομή των οικογενειακών ιατρών στην Ελλάδα	62
5.7 Διεπιστημονική ομάδα της ΠΦΥ και συνεργασία με τον οικογενειακό ιατρό	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΦΥ ΚΑΙ Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ	67
6.1 Η οργάνωση της ΠΦΥ στη Δανία	67
6.2 Η οργάνωση της ΠΦΥ στη Μεγάλη Βρετανία	69
6.3 Η οργάνωση της ΠΦΥ στη Φινλανδία	70
6.4 Η οργάνωση της ΠΦΥ στην Ολλανδία	72
6.5 Η οργάνωση της ΠΦΥ σε άλλες χώρες της Ευρώπης	72
6.6 Σύγκριση μεταξύ της Ελλάδας και των άλλων χωρών	75
6.7 Δεδομένα έρευνας για τον οικογενειακό ιατρό στην Ελλάδα	80
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 Η ΠΦΥ ΚΑΙ Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΠΑΝΔΗΜΙΑ	82
7.1 Η αντιμετώπιση της πανδημίας στην ΠΦΥ	82
7.2 Η πανδημία και ο ρόλος του οικογενειακού ιατρού	87
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	89
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	94

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί τη βάση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα και σε πολλές χώρες του κόσμου. Η ορθή της δομή και λειτουργία συνεισφέρουν σημαντικά στην ουσιαστική και αποτελεσματική διαχείριση και προαγωγή της υγείας των πολιτών και του κοινωνικού συνόλου. Στην Ελλάδα έχουν γίνει διαχρονικά πολλές προσπάθειες για την αποτελεσματική οργάνωση και λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ωστόσο, παρά το υπάρχον θεσμικό πλαίσιο, η εφαρμογή του είναι αποσπασματική και η λειτουργία της υστερεί σημαντικά. Την τελευταία τετραετία γίνεται μια εντατική προσπάθεια για την αναδιαμόρφωση του τομέα της ΠΦΥ στην Ελλάδα, με την ίδρυση και την ένταξη των Τοπικών Ομάδων Υγείας στο σύστημα υγείας και με την ενίσχυση του θεσμού του οικογενειακού ιατρού. Στην παρούσα εργασία γίνεται αρχικά μια σύντομη περιγραφή και ανάλυση της δομής και λειτουργίας της ΠΦΥ στην Ελλάδα καθώς και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Κατόπιν η μελέτη εστιάζει στο θεσμό του οικογενειακού ιατρού, στη σημασία του στην παροχή της ΠΦΥ και διερευνώνται οι διαφοροποιήσεις συγκριτικά με τις άλλες χώρες της Ευρώπης. Επιπλέον γίνεται και μια σύνοψη της λειτουργίας της ΠΦΥ και του ρόλου του οικογενειακού ιατρού στην παροχή της πρωτοβάθμιας φροντίδας κατά την πρόσφατη πανδημία.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, οικογενειακός ιατρός, γενικός ιατρός, πύλη εισόδου

ABSTRACT

Primary Health Care is the cornerstone of the health system in Greece and in many countries worldwide. Its proper structure and operation contribute significantly to the essential and effective management and promotion of the health of the citizens and the society as a whole. In Greece, many efforts have been made over time for the effective organization and operation of Primary Health Care. However, despite the existing legal framework, its implementation and operation lag behind significantly. In the last four years, an intensive effort has been made to reshape the Primary Health Care sector in Greece, with the establishment and integration of Local Health Units (TOMYs) into the health system and by strengthening the institution of the family doctor. In the present study, a brief description and analysis of the structure and operation of the Primary Health Care in Greece as well as in other European countries is presented. Moreover, the study focuses on the institution of the family doctor, its importance in the provision of primary care and evaluates the differences compared to other European countries. In addition, there is a summary of the operation of the primary health care and the role of the family doctors in the provision of primary care during the recent pandemic.

KEY WORDS: primary health care, family doctor, general practitioner, gatekeeper

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΑΚΡΩΝΥΜΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

UEMO	European Union of General Practitioners
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
WONCA	World Organization of Family Doctors
ΑΗΦΥ	Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας
ΑΜΚΑ	Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης
ΔΥΠΕ	Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας
ΕΚΑΒ	Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
ΕΔΙΤ	Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΠΙ	Ειδικό Περιφεριακό Ιατρείο
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΦΚΑ	Εθνικός Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης
ΗΔΙΚΑ	Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης
ΙΚΑ	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΚΕΣΥ	Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας
ΟΑΕΕ	Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών
ΟΓΑ	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
ΟΠΑΔ	Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου
ΠΕΔΥ	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
ΠΕΣΥ	Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας
ΠΙ	Περιφερειακά Ιατρεία
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΠΙ	Πολυδύναμο Περιφεριακό Ιατρείο
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΤΟΜΥ	Τοπική Μονάδα Υγείας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εργασία αυτή εκπονήθηκε στα πλαίσια της φοίτησης μου στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών “Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας”, του τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων, της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Σκοπός της εργασίας είναι να διερευνηθεί ο θεσμός του Οικογενειακού Ιατρού στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα.

Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας δίνεται ο ορισμός της υγείας και της φροντίδας υγείας και περιγράφονται τα διαφορετικά επίπεδα φροντίδας υγείας. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας πάνω στην οποία βασίστηκε η εργασία. Αναφέρονται οι λέξεις ευρετηρίου με τις οποίες έγινε η αναζήτηση στη βιβλιογραφία και τα είδη των βιβλιογραφικών πηγών πάνω στις οποίες βασίστηκε η εκπόνηση της.

Στο τρίτο κεφάλαιο περιγράφεται η έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, τα διάφορα μοντέλα και οι βασικές αρχές της λειτουργίας της, οι διαστάσεις της, οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε αυτή και οι πάροχοι αυτών των υπηρεσιών. Το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα. Παρουσιάζεται το θεσμικό πλαίσιο που διέπει τη λειτουργία της, οι δομές παροχής της πρωτοβάθμιας φροντίδας, οι καινοτομίες, καθώς και τα προβλήματα που έχουν καταγραφεί κατά τα τελευταία έτη στη λειτουργία της. Το πέμπτο κεφάλαιο αναφέρεται στο θεσμό του Οικογενειακού Ιατρού, την ιστορική του εξέλιξη στο εξωτερικό και την Ελλάδα, στο ρόλο του και τα καθήκοντα του. Γίνεται αναφορά στη διεπιστημονική ομάδα της πρωτοβάθμιας φροντίδας, καθώς και στους παράγοντες που επηρεάζουν την εφαρμογή της.

Το έκτο κεφάλαιο, αναφέρεται στην οργάνωση της ΠΦΥ και στο θεσμό του οικογενειακού ιατρού στις χώρες της Ευρώπης και παράλληλα γίνεται μια σύγκριση με την Ελλάδα.

Το έβδομο κεφάλαιο αναφέρεται στη λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και στο ρόλο του Οικογενειακού Ιατρού κατά την πρόσφατη πανδημία. Γίνεται μια εκτίμηση σχετικά με το πως επηρεάστηκε η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας λόγω των ιδιαίτερων συνθηκών και πως ανταποκρίθηκαν οι οικογενειακοί ατροί στις απαιτήσεις.

Στο όγδοο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της έρευνας και οι προκλήσεις που θα αντιμετωπίσει η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο μέλλον.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Ορισμός της υγείας

Η υγεία είναι ένα θεμελιώδες αγαθό του ανθρώπου, τόσο σε ατομικό, όσο και σε επίπεδο κοινωνικού συνόλου. Η έννοια της υγείας είναι πολυδιάστατη με αποτέλεσμα να έχουν διατυπωθεί πολλοί και διαφορετικοί ορισμοί σχετικά με αυτή. Παράλληλα έχουν εκφραστεί διαφορετικά μοντέλα προσέγγισης της υγείας, από πολλούς επιστήμονες, γεγονός που υπερτονίζει την πολυπλοκότητα της (Fitzgibbon et al, 2014; Rejeski and Fanning, 2019).

Ο πληρέστερος ορισμός για την υγεία είναι αυτός που έχει διατυπώσει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), σύμφωνα με τον οποίο η υγεία είναι η *«κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας του ανθρώπου και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας»*. Ο ορισμός αυτός διατυπώθηκε στις 7 Απριλίου του 1948 και είναι ιδιαίτερα σημαντικό το γεγονός ότι δεν περιγράφει την υγεία σε αντιδιαστολή με τη νόσο, αλλά την εκφράζει ως την ορθή και συντονισμένη λειτουργία όλων των συστατικών της ανθρώπινης ζωής, δηλαδή της σωματικής, της ψυχικής, της πνευματικής και της κοινωνικής.

Η διασφάλιση της υγείας είναι ευθύνη των κυβερνήσεων των διαφόρων κρατών και επιτυγχάνεται με το κατάλληλο θεσμικό πλαίσιο, με την παροχή των απαραίτητων υλικών και ανθρώπινων πόρων, καθώς και με τη λήψη των κατάλληλων μέτρων, ανάλογα με τις διάφορες αλλαγές που προκύπτουν στο περιβάλλον της υγείας, όπως για παράδειγμα η πρόσφατη πανδημία, τα νέα αναδυόμενα νοσήματα, οι περιβαλλοντικές επιπτώσεις, οι συνήθειες του τρόπου ζωής και οι νέες θεραπείες. Το Σύνταγμα της Ελλάδας, στην παράγραφο 3 του άρθρου 21 αναφέρει ότι *«το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων»*. Η υγεία παρέχεται σε όλους τους ανθρώπους εξίσου, ανεξάρτητα από θρησκευτικές, πολιτικές, πολιτισμικές, οικονομικές και κοινωνικές διαφορές, καθώς και ανεξάρτητα από το φύλο, τη φυλή και την ηλικία.

1.2 Η φροντίδα Υγείας

Με τον όρο φροντίδα υγείας εννοούμε το εύρος των αγαθών και των υπηρεσιών που παρέχονται σε άτομα ή κοινωνίες με σκοπό την παρακολούθηση, την προαγωγή, τη διατήρηση και την αποκατάσταση της υγείας. Η φροντίδα υγείας δεν περιλαμβάνει μόνο τη θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας μετά από ασθένειες, τραυματισμούς, σωματικές και ψυχικές βλάβες, αλλά και την πρόληψη σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο, τον έλεγχο διαφόρων παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία (όπως είναι το κάπνισμα, η ποιότητα του νερού και η ποιότητα του ατμοσφαιρικού αέρα), τη λήψη μέτρων για την προστασία της δημόσιας υγείας, αλλά και το σχεδιασμό και την εφαρμογή πολιτικών υγείας και θεσμών για την προαγωγή της στο κοινωνικό σύνολο. Η φροντίδα υγείας παρέχεται από επαγγελματίες υγείας διαφόρων ειδικοτήτων και εξειδικεύσεων, οι οποίοι πρέπει να διαθέτουν τεκμηριωμένη τεχνική επάρκεια και την απαιτούμενη δικαιοδοσία (Mosadeghrad, 2013).

Στα πλαίσια ενός συστήματος υγείας η παροχή της φροντίδας υγείας οργανώνεται σε επίπεδα. Η οργάνωση αυτή σχηματικά αναπαρίσταται από μια πυραμίδα, η οποία περιλαμβάνει συνήθως τρία επίπεδα οργάνωσης. Τα διαφορετικά επίπεδα αντιπροσωπεύουν αυξανόμενους βαθμούς εξειδίκευσης και τεχνικής πολυπλοκότητας της φροντίδας υγείας, καθώς και αυξανόμενο κόστος παροχής της φροντίδας. Ο μεγαλύτερος αριθμός ασθενών-χρηστών εμφανίζεται στο πρώτο επίπεδο, δηλαδή στο επίπεδο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), που είναι και η πρώτη επαφή με το σύστημα υγείας. Ο αριθμός των ασθενών μειώνεται καθώς ανεβαίνουμε στα επόμενα επίπεδα, με την ΠΦΥ να λειτουργεί σαν ένα φίλτρο επιλογής των ασθενών προς αυτά. Τα τρία επίπεδα οργάνωσης της φροντίδας υγείας είναι:

- η ΠΦΥ, η οποία παρέχει υπηρεσίες εκτός του περιβάλλοντος των νοσοκομείων και ταυτόχρονα εξασφαλίζει ισότιμη πρόσβαση όλου του πληθυσμού στις υπηρεσίες αυτές.
- η δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας η οποία παρέχεται στα εξειδικευμένα ιατρεία των νοσοκομείων και των κλινικών. Περιλαμβάνει τη διενέργεια εργαστηριακών ελέγχων, τη διενέργεια ιατρικών πράξεων και τη χορήγηση θεραπειών για τις οποίες δεν απαιτείται εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο. Παράδειγμα τέτοιου τύπου φροντίδας είναι η αιμοκάθαρση, η γυναικολογική και η μαιευτική φροντίδα.

- η τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, η οποία παρέχεται με την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο. Σε αυτό το επίπεδο η παρεχόμενη φροντίδα είναι εξειδικευμένη και απαιτεί συνδυασμό από ειδικούς υλικούς και ανθρώπινους πόρους. Παράλληλα μπορεί να έχει μεγάλη χρονική διάρκεια και να απαιτεί καθημερινή παρακολούθηση του ασθενούς από τους επαγγελματίες υγείας. Παραδείγματα τριτοβάθμιας φροντίδας είναι οι υπηρεσίες μεταμόσχευσης, η εξειδικευμένη διαχείριση περιστατικών καρκίνου, οι προηγμένες υπηρεσίες νεογνολογίας, η καρδιοχειρουργική, οι πολύπλοκες ιατρικές και χειρουργικές επεμβάσεις και η διαχείριση σοβαρών εγκαυμάτων.

Σύμφωνα με τις απόψεις ορισμένων ερευνητών υφίσταται και ένα τέταρτο επίπεδο το οποίο περιλαμβάνει πολύ εξειδικευμένες φροντίδες, οι οποίες δεν είναι εύκολα προσβάσιμες από τους ασθενείς. Οι φροντίδες αυτού του επιπέδου προσφέρονται σε περιορισμένο αριθμό εθνικών και διεθνών κέντρων. Παραδείγματα τέτοιου επιπέδου φροντίδας είναι οι πολύ εξειδικευμένες χειρουργικές επεμβάσεις, η χορήγηση πειραματικών φαρμάκων, η φροντίδα ασθενών με σπάνιες παθήσεις και η διενέργεια γονιδιακών ελέγχων. Στο επίπεδο αυτό απαιτείται απόλυτη εξειδίκευση του προσωπικού και των υποδομών (Ganiga et al, 2018; Li, 2022).



Εικόνα 1 Τα τρία επίπεδα παροχής της φροντίδας υγείας.

Πηγή: <https://www.aegeanpolyclinics.gr/imerida-gia-tin-igia-14122019/>

Η έννοια της φροντίδας υγείας δεν θα πρέπει να συγχέεται με την έννοια της περίθαλψης. Ο όρος περίθαλψη περιλαμβάνει τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται σε άτομα που ασθενούν ή νοσούν και έχουν εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά συμπτώματα, ενώ ο όρος φροντίδα υγείας έχει ευρύτερη έννοια και αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται και σε υγιή άτομα, είτε εξατομικευμένα, είτε στο σύνολο του πληθυσμού (Muldoon et al, 2006).

Η παρούσα εργασία εστιάζει στην οργάνωση και τη λειτουργία της ΠΦΥ στην Ελλάδα καθώς και στο θεσμό του οικογενειακού ιατρού και τη σημασία του στην λειτουργία της ΠΦΥ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της διπλωματικής εργασίας είναι η μελέτη της ΠΦΥ στην Ελλάδα και ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού στη λειτουργία της ΠΦΥ. Η μεθοδολογία στην οποία βασίζεται για την άντληση πληροφοριών είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση της σύγχρονης ελληνικής και ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας.

Για τη συγκέντρωση των απαιτούμενων πληροφοριών διενεργήθηκε εκτενής αναζήτηση επιστημονικών δημοσιεύσεων σε ελληνικά και ξενόγλωσσα επιστημονικά περιοδικά, στις βάσεις δεδομένων PubMed, Embase, Scopus, Web of Science, Google Scholar, Medline, MeDχiv και Science Direct, χρησιμοποιώντας τον κατάλληλο συνδυασμό των όρων αναζήτησης, μέχρι και την 15^η Φεβρουαρίου 2023.

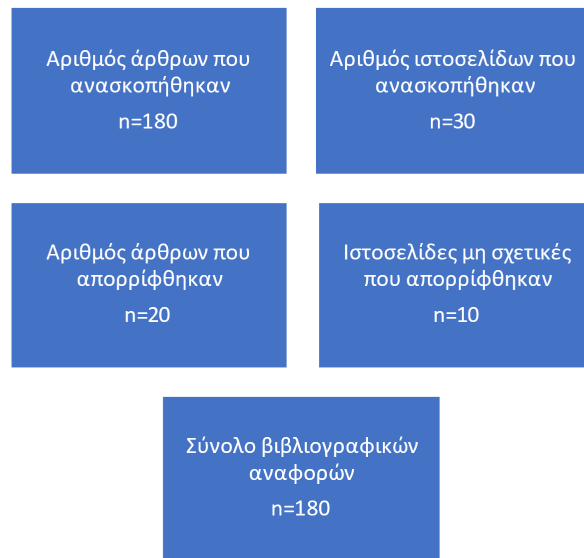
Οι γενικοί όροι αναζήτησης που χρησιμοποιήθηκαν είναι οι παρακάτω: primary health care, family medicine, family physician, healthcare challenges, service delivery, health care systems, community, patient, provider, health promotion, disease prevention, disease treatment, rehabilitation, palliative care, equitable service, cost-effective service, efficient approach, health policy, process, outcome, physical health, mental health, social well-being, general practitioner, nurse, doctor, gatekeeper. Στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκαν και ειδικοί όροι αναζήτησης, όπως chronic diseases, quality, quality indicators, pandemic, reforms, information technology, artificial intelligence, models, electronic prescription, telemedicine, vaccination. Όλοι οι όροι χρησιμοποιήθηκαν τόσο στην ελληνική όσο και στην αγγλική γλώσσα, με σκοπό την αναζήτηση πληροφοριών για άλλες χώρες και τη διενέργεια συγκρίσεων με την Ελλάδα.

Από την αναζήτηση προέκυψε ένας πολύ μεγάλος αριθμός δημοσιευμένων άρθρων. Η επιλογή των άρθρων που συμπεριλήφθηκαν στην εργασία έγινε με αξιολόγηση της συνάφειας που είχαν με το θέμα της. Η επιλογή βασίστηκε στα στοιχεία του τίτλου, της περίληψης και των λέξεων ευρετηρίου. Τα άρθρα που κρίθηκαν ως συναφή, ταξινομήθηκαν ανάλογα με το περιεχόμενο τους και μελετήθηκαν στο σύνολο τους. Μελέτες από τη γκρίζα βιβλιογραφία δεν χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα εργασία. Οι αναφορές που ήταν συναφείς με το θέμα και παρέθεταν τεκμηριωμένα στοιχεία συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση και παρουσιάζονται με αλφαβητική σειρά στο τέλος της εργασίας.

Παράλληλα, για την επάρκεια των πληροφοριών και τη σύγκριση των δεδομένων μεταξύ διαφορετικών χωρών, πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στατιστικών στοιχείων στις ηλεκτρονικές βάσεις στατιστικών δεδομένων των οργανισμών EUROSTAT, OECD, WHO και ΕΛΣΤΑΤ.

Η αναζήτηση των διαφόρων νομοθετημάτων που σχετίζονται με την ΠΦΥ και το θεσμό του οικογενειακού ιατρού έγινε από τον διαδικτυακό τόπο του Υπουργείου Υγείας και από την διαδικτυακή Τράπεζα Πληροφοριών Νομοθεσίας. Οι πληροφορίες σχετικά με την ιστορική εξέλιξη του θεσμού του οικογενειακού ιατρού αντλήθηκαν από τις ιστοσελίδες των οργανώσεων UEMO και WONCA.

Στο διάγραμμα ροής που ακολουθεί περιγράφεται σχηματικά η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την εκπόνηση της εργασίας.



Εικόνα 2 Διάγραμμα ροής σχετικά με τον αριθμό των βιβλιογραφικών αναφορών

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 Ορισμός της ΠΦΥ

Ο ορισμός της ΠΦΥ διατυπώθηκε για πρώτη φορά στην ιστορική διεθνή συνδιάσκεψη της Alma Ata το 1978. Σύμφωνα με τον ορισμό της συνδιάσκεψης *«Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι η βασική φροντίδα βασισμένη σε πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες. Η φροντίδα αυτή είναι στη διάθεση όλων των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και παρέχεται με την πλήρη και ενεργό συμμετοχή τους και σε κόστος, που η κοινότητα και η χώρα μπορεί να επωμισθεί σε κάθε στάδιο της ανάπτυξής της, μέσα στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και της αυτοδιάθεσης. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί ένα βασικό συστατικό στοιχείο, όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας, του οποίου είναι το κεντρικό σημείο αναφοράς, αλλά και του γενικότερου κοινωνικοοικονομικού εποικοδομήματος. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατό κοντύτερα στους χώρους, όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται και αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μια συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας»* (WHO Alma Ata Declaration 1978).

3.2 Η Διεθνής Συνδιάσκεψη της Alma Ata

Η ιστορική διεθνή συνδιάσκεψη της Alma Ata διοργανώθηκε από τον ΠΟΥ και την United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) στη Γενεύη στις 12 Σεπτεμβρίου του 1978. Στη συνδιάσκεψη αυτή συμμετείχαν αντιπροσωπείες από 134 κυβερνήσεις και στελέχη από 67 οργανισμούς, συμπεριλαμβανομένων των Ηνωμένων Εθνών, οργανισμών παροχής εξειδικευμένων υπηρεσιών και μη κυβερνητικών οργανώσεων, που έχουν επίσημη σχέση με τον ΠΟΥ και τη UNICEF.

Η συνδιάσκεψη αφορούσε στην ΠΦΥ και εξέφρασε την ανάγκη για ανάληψη άμεσης δράσης από όλες τις κυβερνήσεις, τους εργαζομένους σε υπηρεσίες υγείας και ανάπτυξης, καθώς και την παγκόσμια κοινότητα, με στόχο την προστασία και την προαγωγή της υγείας όλων των

ανθρώπων. Η συνδιάσκεψη αυτή οδήγησε στη διατύπωση της Διακήρυξης δέκα σημείων, η οποία υιοθετήθηκε από όλα τα κράτη που συμμετείχαν. Τα δέκα σημαντικά σημεία της Διακήρυξης συνοψίζονται ως εξής (UNICEF, 1978; Giliam, 2008; Braveman and Gottlieb, 2014; Rifkin, 2018):

1. Τονίστηκε η σημασία της υγείας ως θεμελιώδες δικαίωμα του ανθρώπου και τέθηκε ο παγκόσμιος στόχος της επίτευξης του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας, με τη συμβολή όλων των παραγόντων που μπορούν να συμβάλλουν σε αυτό το σκοπό (παράγοντες που σχετίζονται με την οικονομία, την ανάπτυξη, την εκπαίδευση και την κοινωνία).
2. Συζητήθηκαν οι πολύ μεγάλες ανισότητες στον τομέα της υγείας, οι οποίες παρατηρούνται μεταξύ χωρών με διαφορετικούς ρυθμούς ανάπτυξης, γεγονός το οποίο δεν πρέπει να είναι αποδεκτό σε καμία περίπτωση και που επιβάλλεται να εξαλειφθεί με κοινές προσπάθειες από όλα τα κράτη.
3. Υπογραμμίστηκε η στενή σχέση οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης με το επίπεδο υγείας. Οι διάφοροι προσδιοριστές της υγείας, όπως η εργασία, η ανεργία, το εισόδημα, οι συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος, το επίπεδο διαβίωσης, ο τρόπος ζωής, το στρες, ο αριθμός των ατόμων που διαβιούν στην ίδια κατοικία, η ποιότητα και η ποσότητα της διατροφής, η πρόσβαση σε πόσιμο νερό και η ποιότητα του, η ποιότητα του ατμοσφαιρικού αέρα, η εκπαίδευση, οι συνήθειες και ο τρόπος ζωής (όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και η χρήση ουσιών) είναι όλα αλληλένδετα μεταξύ τους και επηρεάζουν με καταλυτικό τρόπο το επίπεδο υγείας των ατόμων.
4. Τονίστηκε το δικαίωμα που έχουν όλοι οι άνθρωποι να συμμετέχουν, είτε ατομικά είτε μέσα από συλλογικά όργανα, στο σχεδιασμό και την υλοποίηση της φροντίδας υγείας που τους παρέχεται
5. Υπογραμμίστηκε το γεγονός ότι την ευθύνη για την υγεία των πολιτών έχουν οι κυβερνήσεις, οι οποίες πρέπει να εφαρμόζουν επαρκή υγειονομικά και κοινωνικά μέτρα. Τέθηκε ως στόχος η «υγεία για όλους». δηλαδή η επίτευξη ενός επιπέδου υγείας για όλους τους ανθρώπους σε όλες τις χώρες του κόσμου μέχρι το 2000, που

θα τους επιτρέπει να ζουν σε συνθήκες κοινωνικής δικαιοσύνης, παραγωγικότητας και οικονομικής ευημερίας. Η ΠΦΥ είναι ένας από τους βασικότερους παράγοντες για την επίτευξη αυτού του στόχου.

6. Η ΠΦΥ αποτελεί βασική υγειονομική οντότητα και η πρώτη βαθμίδα σε μια αλληλουχία παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Είναι αναπόσπαστο τμήμα του συστήματος υγείας μιας χώρας, το οποίο παρέχει φροντίδα υγείας προσβάσιμη στο σύνολο των πολιτών, της κοινότητας και των οικογενειών τους. Είναι το πρώτο επίπεδο επαφής του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας με το εθνικό σύστημα υγείας και με αυτό τον τρόπο φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατόν πιο κοντά στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται.
7. Η ΠΦΥ χειρίζεται τα κυριότερα προβλήματα υγείας που υπάρχουν σε μια κοινότητα παρέχοντας υπηρεσίες προαγωγής της υγείας, προληπτικής ιατρικής, συμβουλευτικής, θεραπευτικής αγωγής και αποκατάστασης.
8. Όλες οι κυβερνήσεις πρέπει να διαμορφώσουν εθνικές πολιτικές, στρατηγικές και σχέδια δράσης προκειμένου να προωθήσουν και να στηρίξουν την ΠΦΥ ως τμήμα ενός ολοκληρωμένου εθνικού συστήματος υγείας και σε συντονισμό με άλλους τομείς. Για το σκοπό αυτό, είναι απαραίτητο να εκφραστεί σαφής πολιτική βούληση, να επιστρατευτούν κρατικοί πόροι και να γίνει ορθολογική διαχείριση τους.
9. Όλες οι χώρες πρέπει να εργαστούν με πνεύμα συνεργασίας και προσφοράς προκειμένου να εξασφαλίσουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας για όλους, από τη στιγμή που η επίτευξη αυτού του στόχου σε μια χώρα αφορά και ωφελεί άμεσα και κάθε άλλη χώρα στον κόσμο.
10. Το αποδεκτό επίπεδο υγείας για όλους τους ανθρώπους μέχρι το έτος 2000 μπορεί να επιτευχθεί με την πληρέστερη και καλύτερη χρήση των παγκόσμιων πόρων, ένα σημαντικό μέρος των οποίων διατίθεται σε εξοπλισμούς για πολέμους και ένοπλες συρράξεις. Μια πολιτική ανεξαρτησίας, ειρήνης, ύφεσης και αφοπλισμού μπορεί να αποδεσμεύσει πόρους, οι οποίοι μπορούν να επενδυθούν για κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη. Σε αυτό το πλαίσιο πρέπει να παρέχεται στην ΠΦΥ το ποσοστό των πόρων που απαιτείται για την αποτελεσματική λειτουργία της.

1978- Alma Ata Declaration-I.



- Health for All
- Primary Health Care
- Health a Fundamental Human Right
- Equity
- Appropriate Technology
- Inter-sectoral Development
- Community Participation.

Alma Ata, 1978:

The International Conference on Primary Health Care calls for urgent action by all governments, all health and development workers, and the world community to protect and promote the health of all the people of the world by the year 2000.

Εικόνα 3 Φωτογραφία από την ιστορική συνδιάσκεψη της Alma Ata και τα βασικά σημεία που συζητήθηκαν σε αυτή

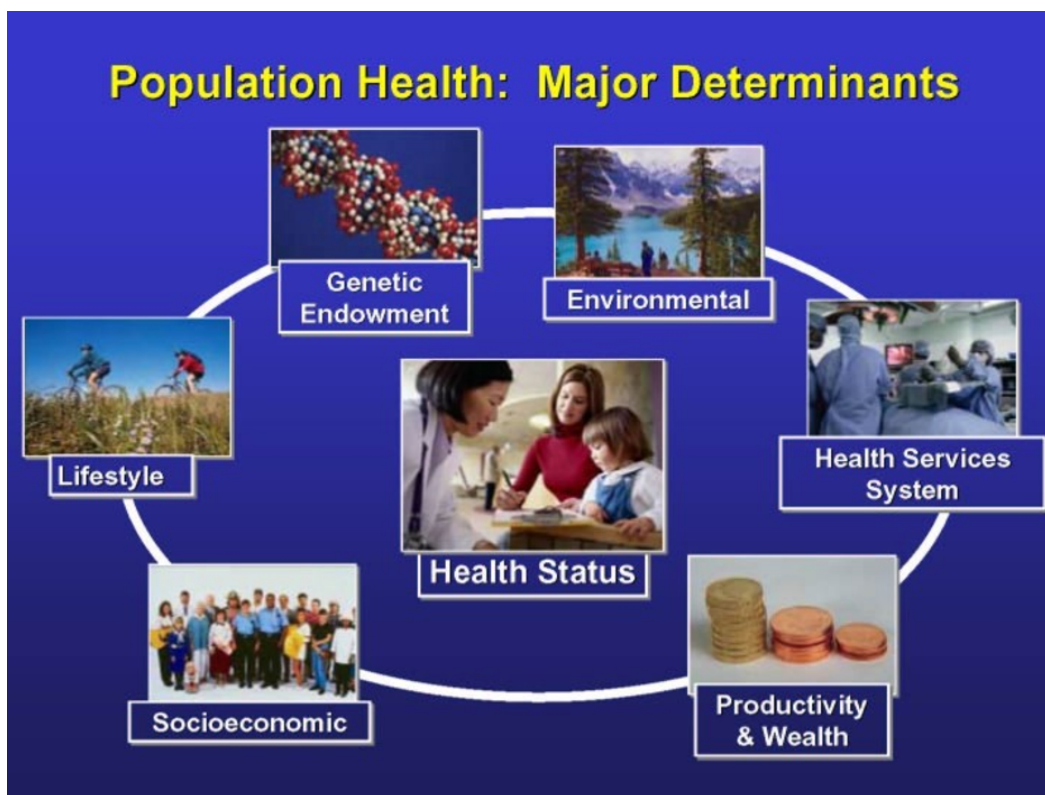
Πηγή: ΠΟΥ

Σύμφωνα με το περιεχόμενο της διακήρυξης η ΠΦΥ συνιστά μια πολύπλευρη δραστηριότητα με ευρύ πεδίο αλληλένδετων δράσεων. Δεν είναι μόνο μια νέα αντίληψη για την υγεία και κατά συνέπεια και για την ασθένεια, αλλά διαμορφώνει μια νέα κουλτούρα υγείας, η οποία στηρίζεται σε μια ολιστική προσέγγιση της υγείας, καθώς και σε κοινωνικές αξίες, όπως η ισότητα, η αλληλεγγύη και η κοινωνική δικαιοσύνη. Ενσωματώνει την έννοια της διατήρησης και βελτίωσης του επιπέδου της υγείας των πολιτών μέσα από δράσεις πρόληψης και προαγωγής της υγείας, οι οποίες έχουν αποκεντρωμένη οργάνωση και ενεργό συμμετοχή της κοινότητας και των πολιτών στην λήψη αποφάσεων (Rohde et al, 2008; Sadeghi et al, 2020).

3.3 Η Διεθνής Συνδιάσκεψη της Astana

Η δεύτερη σημαντική συνδιάσκεψη που αφορά στην ΠΦΥ έγινε στις 25 Οκτωβρίου του 2018 στην πόλη Astana του Καζακστάν και ο στόχος που τέθηκε από τους συμμετέχοντες ήταν «Υγεία και Βιώσιμη Ανάπτυξη». Όπως και στην προηγούμενη συνδιάσκεψη, έτσι και τώρα διατυπώθηκε μια διακήρυξη, στην οποία υπογραμμίζεται ο σημαντικός ρόλος της ΠΦΥ. Η διακήρυξη εστιάζει στην ΠΦΥ, ώστε να διασφαλιστεί ότι όλοι οι πολίτες απολαμβάνουν το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας. Η λειτουργία της ΠΦΥ πρέπει να πραγματοποιείται μέσω υπηρεσιών υψηλού επιπέδου, που παρέχονται από επαγγελματίες με την κατάλληλη εκπαίδευση και τεχνική επάρκεια. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι ο σεβασμός προς τον άνθρωπο και τις ανάγκες του. Βασικοί σκοποί της βιώσιμης ανάπτυξης είναι ο περιορισμός της φτώχειας και της πείνας, η εξάλειψη των ανισοτήτων στην υγεία, την ενέργεια και την εκπαίδευση και η προστασία του φυσικού περιβάλλοντος από τις επιπτώσεις της κλιματικής αλλαγής. Η διακήρυξη ανανεώνει την πολιτική δέσμευση για ισχυρή ΠΦΥ βασισμένη σε γνώσεις, κατάλληλο ανθρώπινο δυναμικό, εξελιγμένες τεχνολογίες και ορθές οικονομικές παρεμβάσεις (Bitton et al, 2017; Hone et al, 2018; Walraven, 2019; Huang et al, 2020).

Η διακήρυξη της Alma-Ata του 1978 έθεσε τα θεμέλια της ΠΦΥ. Η διακήρυξη της Astana επανέρχεται στη σημασία της ΠΦΥ και την ενισχύει με όρους, οι οποίοι περιγράφουν τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να οργανωθούν οι αντίστοιχες υπηρεσίες κάθε κράτους και τις δυνατότητες, οι οποίες πρέπει να παρέχονται στους πολίτες. Η πρόοδος που σημειώθηκε όμως στον τομέα της ΠΦΥ, δεν ήταν ικανοποιητική. Υπάρχουν βασικές υπηρεσίες υγείας που σχετίζονται με την υγεία των γυναικών και των παιδιών, με την ψυχική υγεία, με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, με τις λοιμώξεις και με την πρόσβαση σε προσυμπτωματικούς και διαγνωστικούς ελέγχους, στις οποίες μεγάλο μέρος του παγκόσμιου πληθυσμού δεν έχει πρόσβαση. Περίπου 6 εκατομμύρια παιδιά πεθαίνουν κάθε χρόνο πριν συμπληρώσουν το πέμπτο έτος της ηλικίας τους, από αιτίες που μπορούν να αποφευχθούν, παρά τις βελτιωμένες συνθήκες διαβίωσης σε σχέση με προηγούμενες χρονικές περιόδους. Οι πόροι για την υγεία δεν επενδύθηκαν για τη δημιουργία ισχυρών και ανθεκτικών σε πιέσεις συστημάτων υγείας, γεγονός που έγινε αντιληπτό με τον πλέον έντονο τρόπο και κατά την πρόσφατη πανδημία και τις δυσκολίες που προέκυψαν κατά την αντιμετώπιση της (Hornbuckle et al, 2017; Lee, 2018).



Εικόνα 4 Οι προσδιοριστές της υγείας του πληθυσμού Πηγή: U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion

3.4 Μοντέλα Οργάνωσης της ΠΦΥ

Η οργάνωση της ΠΦΥ μπορεί να περιγραφεί με τρία διαφορετικά μοντέλα, τα οποία εφαρμόζονται στα συστήματα υγείας διαφόρων κρατών. Το πρώτο είναι το ιεραρχικό-κανονιστικό μοντέλο, στο οποίο το σύστημα υγείας οργανώνεται γύρω από την ΠΦΥ και ρυθμίζεται από το κράτος. Τέτοιο μοντέλο οργάνωσης έχουν τα συστήματα υγείας της Ισπανίας, της Φινλανδίας και της Σουηδίας. Το δεύτερο μοντέλο οργάνωσης είναι το ιεραρχικό-επαγγελματικό, όπου ο γενικός-οικογενειακός ιατρός είναι ο ακρογωνιαίος λίθος του συστήματος υγείας. Τέτοιο μοντέλο οργάνωσης έχουν τα συστήματα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας, της Ολλανδίας, της Αυστραλίας και της Νέας Ζηλανδίας. Το τρίτο μοντέλο είναι το μη ιεραρχικό-επαγγελματικό μοντέλο, όπου η ΠΦΥ οργανώνεται με πρωτοβουλία των επαγγελματιών υγείας, όπως συμβαίνει στη Γερμανία και τον Καναδά (Bourgueil et al, 2009).

Κοινά σημεία και στα τρία μοντέλα οργάνωσης είναι α) ότι η ΠΦΥ αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας, β) ότι η ΠΦΥ αποτελεί το πρώτο επίπεδο στην πυραμίδα της φροντίδας υγείας, γ) ότι διαχειρίζεται το μεγαλύτερο αριθμό των προβλημάτων υγείας και δ) ότι η φροντίδα παρέχεται ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο και την οικονομική κατάσταση των πολιτών.

3.5 Διαστάσεις και χαρακτηριστικά της ΠΦΥ

Η ΠΦΥ είναι το πρώτο επίπεδο παροχής φροντίδας υγείας, όπου οι πολίτες μπορούν να αναζητήσουν λύση για τα προβλήματα υγείας τους και όπου μπορούν να ικανοποιηθούν οι ανάγκες τους για πρόληψη και θεραπεία στο μεγαλύτερο ποσοστό τους. Η ΠΦΥ λειτουργεί ως υποσύνολο του συστήματος υγείας, με εστίαση στην πρόσβαση και στην αξιοποίηση συντονισμένων υπηρεσιών προς όφελος της υγείας ενός πληθυσμού. Σύμφωνα με τη διακήρυξη της Alma-Ata, οι υπηρεσίες της ΠΦΥ θα πρέπει να έχουν πέντε κύρια χαρακτηριστικά: α) να είναι προσβάσιμες από όλα τα άτομα της κοινότητας, β) να παρέχουν πρόληψη και προαγωγή της υγείας, γ) να παρέχονται μέσω της χρήσης σύγχρονων διαγνωστικών μεθόδων, τεχνολογικών μεθόδων και εφαρμογής επιστημονικών μεθόδων ιατρικής και νοσηλείας, προσαρμοσμένες στις ανάγκες των ατόμων της κάθε κοινότητας δ) να παρέχονται πάντα σε συνεργασία με άλλους τομείς όπως είναι η εκπαίδευση, η δημόσια διοίκηση, οι δημοτικές υπηρεσίες για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας και γενικότερα της ποιότητας ζωής και ε) να υπάρχει ενεργός συμμετοχή των μελών της κοινότητας στο σχεδιασμό και τη λειτουργία τους.

Ο σχεδιασμός, η χρηματοδότηση, η λειτουργία, η εποπτεία, ο έλεγχος και η αξιολόγηση της ΠΦΥ ασκείται θεσμικά από την Πολιτεία, στο πλαίσιο της δημόσιας πολιτικής για την υγεία. Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών πρέπει να είναι τέτοιος ώστε να εξασφαλίζεται η λειτουργική διασύνδεση όλων των δημόσιων δομών ΠΦΥ, οι οποίες λειτουργούν σε μια συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή, ώστε η λειτουργία να είναι ενιαίου τύπου σε όλες τις δομές και συντονισμένη. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες πρέπει να χαρακτηρίζονται από συνέχεια και συνέπεια, δηλαδή η φροντίδα υγείας να παρέχεται με συνεχή και όχι αποσπασματικό τρόπο, καθώς και με τον ίδιο τρόπο κάθε φορά. Επιπλέον η φροντίδα πρέπει να επιτελείται πλήρως και να μην παρέχεται μόνο ένα μέρος αυτής καθώς και να παρέχεται με ευθύνη της πολιτείας χωρίς

οικονομική επιβάρυνση των πολιτών. Τέλος, η φροντίδα πρέπει να είναι κοινωνικά ελεγχόμενη, δηλαδή οι φορείς της κοινότητας να μπορούν να συμμετέχουν στο σχεδιασμό, τη λειτουργία και την αξιολόγηση των υπηρεσιών, με τρόπο που θα είναι θεσμικά κατοχυρωμένος (Αντωνιάδου και συν, 2015; Marston et al, 2016).

Προκειμένου να μπορεί να αξιολογηθεί με ποσοτικά στοιχεία η αποτελεσματικότητα της ΠΦΥ, έχουν περιγραφεί δέκα διαστάσεις αυτής, οι οποίες χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες σύμφωνα με τους ειδικούς μελετητές (Kringos et al, 2010; Groenewegen et al, 2013; Karanikolos et al, 2013; Kringos et al, 2013).

- ✓ Διαστάσεις που σχετίζονται με τη δομή της ΠΦΥ και τις βασικές συνθήκες που επιτρέπουν την καλή λειτουργία της. Η ομάδα αυτή περιλαμβάνει: α) τη διακυβέρνηση, δηλαδή την ύπαρξη κυβερνητικού οράματος για τη λειτουργία της ΠΦΥ, την ύπαρξη πολιτικών υγείας και κανονισμών λειτουργίας, β) τα οικονομικά μεγέθη που σχετίζονται με τη λειτουργία της, όπως οι δαπάνες για την ΠΦΥ, τα κίνητρα και τα συστήματα αμοιβών και γ) τη διαθεσιμότητα ανθρώπινων και υλικών πόρων όπως επαγγελματίες υγείας διαφόρων ειδικοτήτων, η διαθεσιμότητα του εξοπλισμού και των εφαρμογών πληροφορικής
- ✓ Διαστάσεις που σχετίζονται με τις διαδικασίες και περιλαμβάνουν: α) την πρόσβαση στις υπηρεσίες της ΠΦΥ, δηλαδή τη γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών και τη φυσική πρόσβαση στις εγκαταστάσεις της, καθώς και στο βαθμό ευκολίας απόκτησης της φροντίδας χωρίς εμπόδια τοπικά, χρονικά, δημογραφικά, γραφειοκρατικά ή οικονομικά, β) τη συνέχεια της παρεχόμενης φροντίδας στο χρόνο και τη δυνατότητα προσφοράς ολοκληρωμένης φροντίδας με συνεχή και όχι αποσπασματικό τρόπο, γ) το συντονισμό της παρεχόμενης φροντίδας από τους επαγγελματίες υγείας και δ) την πληρότητα της παρεχόμενης φροντίδας, η οποία πρέπει να επιτελείται πλήρως στην ΠΦΥ και όχι μόνο ένα τμήμα της
- ✓ Διαστάσεις που σχετίζονται με τα αποτελέσματα και περιλαμβάνουν: α) την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, όπως για παράδειγμα η διαχείριση των ασθενών με χρόνια νοσήματα, β) την αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης φροντίδας η οποία εκφράζει τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας του ασθενή, μετά την παροχή της φροντίδας

και γ) την ισότητα στην παρεχόμενη φροντίδα, η οποία εκφράζει την ισότιμη πρόσβαση, την ισότιμη χρήση και την ίδια ποιότητα φροντίδας για όλους στους ασθενείς, ανεξαρτήτως κοινωνικών, οικονομικών, φυλετικών, πολιτισμικών και πολιτικών διαφορών

3.6 Οι υπηρεσίες που παρέχονται στην ΠΦΥ

Ο αριθμός και το είδος των υπηρεσιών που παρέχονται από την ΠΦΥ προς τους πολίτες είναι πολύ μεγάλος και μπορεί να διακριθεί στις παρακάτω κατηγορίες φροντίδας (Πολύζος, 2013; Ιστοσελίδα Υπουργείου Υγείας; Behera et al, 2022). Αποδέκτες των παρεχομένων υπηρεσιών είναι τόσο τα άτομα, η οικογένεια και η κοινότητα, όσο και το ίδιο το σύστημα υγείας.

- ✓ υπηρεσίες υγείας για τις οποίες δεν απαιτείται η εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο, όπως για παράδειγμα η διάγνωση και πρωτοβάθμια περίθαλψη μιας απλής λοίμωξης.
- ✓ εκτίμηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Η εκτίμηση αυτή απαιτεί εξειδικευμένη μεθοδολογία και εργαλεία συλλογής δεδομένων, λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες ενός πληθυσμού και των συνθηκών διαβίωσης του. Μια τέτοιου τύπου εκτίμηση για παράδειγμα θα μπορούσε να είναι οι ανάγκες υγείας των ηλικιωμένων ατόμων σε μια αγροτική περιοχή.
- ✓ σχεδιασμός και υλοποίηση μέτρων και προγραμμάτων για την πρόληψη νοσημάτων και τη προαγωγή της υγείας. Παράδειγμα μιας τέτοιου τύπου παρέμβασης είναι οι εμβολιασμοί, οι περιορισμοί σε σχέση με τα ταξίδια και τις μετακινήσεις, οι οδηγίες για κατανάλωση νερού και φαγητού κá.
- ✓ εφαρμογή προγραμμάτων προσυμπτωματικού και προληπτικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα, όπως η διενέργεια τεστ Παπανικολάου για τη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και η μέτρηση ολικής χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων για την εκτίμηση του κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων. Τα προγράμματα αυτού του τύπου αφορούν στον έλεγχο ατόμων ή ομάδων του πληθυσμού με σκοπό την έγκαιρη και προσυμπτωματική διάγνωση καταστάσεων ή νοσημάτων.

- ✓ τακτική παρακολούθηση και διαχείριση ασθενών που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, όπως είναι οι διαβητικοί ασθενείς, οι ασθενείς με νεοπλασίες, οι νεφροπαθείς και οι ασθενείς με θαλασσαιμία
- ✓ υπηρεσίες υγείας που σχετίζονται με τον οικογενειακό προγραμματισμό και με την υγεία μητέρας και παιδιού, όπως ο μητρικός θηλασμός, η παρακολούθηση της σωματικής αύξησης και της ενήβωσης των παιδιών, καθώς και οι συμβουλευτικές υπηρεσίες σχετικές με την εγκυμοσύνη, τον ανώδυνο τοκετό, τη μεταγεννητική περίοδο και τους βρεφικούς εμβολιασμούς
- ✓ παραπομπή περιστατικών στη δευτεροβάθμια και τη τριτοβάθμια φροντίδα υγείας και κατά περίπτωση παρακολούθηση και συνδιαχείριση των περιστατικών αυτών. Η διαδικασία αυτή αφορά εξειδικευμένες διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες που παρέχονται από τα συμβεβλημένα νοσοκομεία
- ✓ παροχή επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας, όπως η συρραφή τραύματος και η αντιμετώπιση δήγματος εντόμου
- ✓ διενέργεια προγραμμάτων εμβολιασμού, είτε πρόκειται για τακτικούς εμβολιασμούς που περιλαμβάνονται στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών (όπως τα εμβόλια έναντι της ηπατίτιδας, του κοκκύτη και της διφθερίτιδας), είτε πρόκειται για εκτάκτους (εμβόλιο έναντι SARS -COV-2)
- ✓ παροχή υπηρεσιών μετανοσοκομειακής φροντίδας και αποκατάστασης. Οι υπηρεσίες αυτού του τύπου έχουν ως στόχο να επαναφέρουν τον πρόσφατα νοσηλευθέντα ασθενή στο κατά το δυνατό καλύτερο σωματικό και λειτουργικό επίπεδο, με την επιλογή της κατάλληλης δομής φροντίδας και αποτροπή των επανεισαγωγών στο νοσοκομείο. Παραδείγματα δομών που μπορούν να υποδεχθούν ασθενείς που χρειάζονται μακροχρόνια φροντίδα είναι τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας και τα προγράμματα βοήθειας στο σπίτι.
- ✓ παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας σε ασθενείς με καρκίνο, με νευρολογικές παθήσεις και άλλες σοβαρές ή απειλητικές για τη ζωή ασθένειες
- ✓ παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας με την παρουσία ψυχιάτρων ή άλλου εκπαιδευμένου προσωπικού στο χώρο της ΠΦΥ, με τη διασύνδεση της ΠΦΥ με τις υπηρεσίες ψυχικής και γενικής υγείας, καθώς και με τις κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας

- ✓ πρωτοβάθμια οδοντιατρική και ορθοδοντική φροντίδα, με έμφαση στην πρόληψη με διενέργεια τακτικών προληπτικών ελέγχων σε σχολεία όλων των βαθμίδων της περιοχής ευθύνης της ΠΦΥ και παραπομπή σε δημόσιες οδοντιατρικές μονάδες
- ✓ διασύνδεση με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, όπως τα κέντρα υποδοχής αστέγων και τα κέντρα απασχόλησης παιδιών με αναπηρία
- ✓ παραπομπή ασθενών σε ειδικό ιατρό ανάλογα με τις εξατομικευμένες ανάγκες του χρήστη
- ✓ αγωγή και προαγωγή της υγείας, στις δράσεις των οποίων εμπλέκεται το σύνολο της ομάδας επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με την ΠΦΥ. Παράδειγμα τέτοιας δράσης είναι το πρόγραμμα «ΕΥ ΖΗΝ» (Εθνική δράση Υγείας για τη Ζωή των Νέων) που έχει ως στόχο την υγιή ανάπτυξη των εφήβων και των παιδιών μέσα από την εφαρμογή υγιεινής διατροφής και καθημερινής άσκησης στο σχολικό περιβάλλον
- ✓ διαχείριση μειζόνων συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου, που επιτελείται κυρίως από το γενικό οικογενειακό γιατρό, όπως παχυσαρκία, κάπνισμα, υπέρταση
- ✓ τηλεφωνική και συμβουλευτική υπηρεσία που αφορά στην παροχή ιατρικών συμβουλών και οδηγιών δια τηλεφώνου
- ✓ υπηρεσίες αποκατάστασης και κοινωνικής φροντίδας που απαιτούν κυρίως τη δραστηριοποίηση των κοινωνικών λειτουργών, αλλά συμμετέχει και το νοσηλευτικό και κατά περίπτωση το ιατρικό προσωπικό για τη φυσική και ιατρική αποκατάσταση των χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών και τη διαδικασία της κοινωνικής επανένταξής τους

3.7 Οι επαγγελματίες υγείας στην ΠΦΥ

Οι υπηρεσίες που παρέχονται από την ΠΦΥ, όπως αναφέρθηκαν στην προηγούμενη παράγραφο, είναι πολλές και απαιτούν ανθρώπινο δυναμικό διαφορετικών ειδικοτήτων, όπως ιατροί, μη ιατρικό επιστημονικό προσωπικό (βιοχημικοί, χημικοί, βιολόγοι και φαρμακοποιοί), νοσηλευτές, διαιτολόγοι, φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, μαίες, οδοντίατροι, επισκέπτες υγείας, κοινωνικοί λειτουργοί, λειτουργοί ψυχικής υγείας, τεχνολογικό προσωπικό και

επαγγελματίες πληροφορικής. Επιπλέον απαιτείται ικανό και έμπειρο διοικητικό και υποστηρικτικό προσωπικό, ώστε οι επαγγελματίες υγείας να μην αναλαμβάνουν και τον γραφειοκρατικό φόρτο που συνεπάγεται η λειτουργία μιας δομής ΠΦΥ. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η διασύνδεση και ο συντονισμός όλων αυτών των ειδικοτήτων, ώστε να μπορέσουν να ανταποκριθούν στο δύσκολο και πολύπλευρο έργο τους (Goldman et al, 2018; Cantaert et al, 2022).

Σε πολλές βιβλιογραφικές μελέτες που αφορούν διαφορετικές χώρες, γίνεται εκτεταμένη αναφορά στις διεπιστημονικές ομάδες, ως θεμέλιο για τη λειτουργία μιας ισχυρής και αποτελεσματικής ΠΦΥ, κάτι που ακόμη δεν εφαρμόζεται στην χώρα μας. Στις διεπιστημονικές αυτές ομάδες κεντρικό ρόλο έχει ο γενικός-οικογενειακός ιατρός, ο οποίος θέτει τους κανόνες και το πλαίσιο συνεργασίας με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας, ορίζει τις ευθύνες και τις αρμοδιότητες τους και συντονίζει την συνεργασία μεταξύ τους. Πρέπει να οικοδομεί μια σχέση εμπιστοσύνης με τους ασθενείς και να ανταποκρίνεται στις ατομικές ανάγκες του καθενός (Kelly et al, 2019; Cantaert et al, 2022).

Ο νοσηλευτής έχει βασικό ρόλο στη φροντίδα και τη διαχείριση των διαφόρων περιστατικών και των σύνθετων αναγκών των ατόμων. Ο κοινοτικός νοσηλευτής συνδυάζει επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες τις οποίες χρησιμοποιεί στην αντιμετώπιση των αναγκών υγείας ατόμων, οικογενειών, ομάδων και κοινοτήτων, οι οποίες βρίσκονται στο συνηθισμένο περιβάλλον τους, δηλαδή στο σπίτι, το σχολείο και το χώρο εργασίας. Πρόκειται για νοσηλευτική εργασία που ασκείται έξω από το παραδοσιακό θεραπευτικό πλαίσιο (Καλοκαιρινού και Σουρτζή, 2005; Hartzler et al, 2018).

Ο επισκέπτης υγείας αποτελεί και αυτός απαραίτητο μέλος της ομάδας υγείας στην ΠΦΥ έχοντας ως αντικείμενο του την κοινοτική υγεία. Ο επισκέπτης υγείας συμβάλλει στη διενέργεια διαφόρων ελέγχων στα σχολεία και τους χώρους εργασίας, όπως οι σωματομετρήσεις και ο έλεγχος σκελετικών διαταραχών, διενεργεί εμβολιασμούς και ανιχνευτικές δοκιμασίες για την εξέλιξη βρεφών, οργανώνει ομάδες αυτοφροντίδας και αυτοβοήθειας, οργανώνει εθελοντική αιμοδοσία και πραγματοποιεί κατ' οίκον επισκέψεις, παρέχοντας συμβουλευτικές υπηρεσίες σε ασθενείς και οικογένειες. Το έργο που ασκεί είναι έργο αγωγής της υγείας, μέσω της συμμετοχής του στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση προγραμμάτων σε ομάδες του πληθυσμού. Επιπλέον συμμετέχει σε προγράμματα διαχρονικής παρακολούθησης υγείας,

όπως είναι η παρακολούθηση του Συνδρόμου Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας (AIDS), του καρκίνου του μαστού, της αντικαπιναστικής πολιτικής, της προγεννητικής και περιγεννητικής πρόληψης και η διαχρονική παρακολούθηση της συχνότητας και της νοσηρότητας από λοιμώδη νοσημάτα (Lewin et al, 2010; Cowley et al, 2015; Bryar et al, 2017).

Ο κοινωνικός λειτουργός συνεργάζεται με τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού και με άτομα που τα κοινωνικά τους προβλήματα επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την υγεία τους. Προσφέρει συμβουλευτική υποστήριξη στα άτομα αυτά, τα οποία είτε βιώνουν κοινωνικό αποκλεισμό είτε απειλούνται από αυτόν, συνεργάζεται με δημόσιους φορείς κοινωνικής πρόνοιας και οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης με σκοπό την ενημέρωση και υποστήριξη σε ζητήματα περίθαλψης ή χορήγησης επιδομάτων για απόρους, άτομα με αναπηρίες ή άλλες ειδικές ανάγκες, ηλικιωμένους, παλιννοστούντες, αποφυλακισμένους, ανέργους, μονογονεϊκές οικογένειες και άτομα που έχουν βιώσει βία μέσα στην οικογένεια. Επιπρόσθετα, συνεργάζεται με ιδρύματα κοινωνικής φροντίδας, νοσοκομεία, κέντρα αποτοξίνωσης και σωφρονιστικά καταστήματα, με σκοπό την κοινωνικοποίηση και την αποϊδρυματοποίηση των ατόμων που βρίσκονται σε αυτά. Η άσκηση του επαγγέλματός του διέπεται από τις αρχές των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της κοινωνικής δικαιοσύνης βάσει των οποίων προσπαθεί να αντιμετωπίσει τις ανισότητες στην παρεχόμενη φροντίδα προς τα άτομα αυτά (Τόγκας, 2011; Tadic et al, 2020).

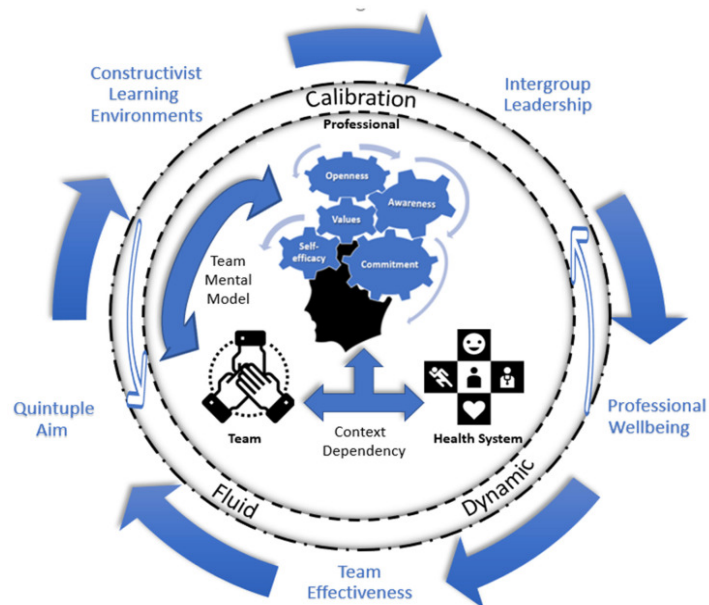
Η μαία παρέχει υψηλού επιπέδου υπηρεσίες στις γυναίκες, τα νεογνά και την οικογένεια, με υποστηρικτικό και συμβουλευτικό ρόλο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας, καθώς και παροχή φροντίδας και εκπαίδευσης σε διάφορα γυναικολογικά θέματα, θέματα σεξουαλικής υγείας και θέματα φροντίδας του παιδιού (ICM, 2014).

Οι χημικοί, οι βιολόγοι και οι βιοχημικοί εργάζονται στα κλινικά εργαστήρια της ΠΦΥ, τα οποία αποδίδουν αποτελέσματα ιατρικών εξετάσεων για την υποστήριξη της έγκαιρης και ορθής λήψης αποφάσεων για τη διάγνωση, τη θεραπεία και την παρακολούθηση της υγείας των ασθενών. Διαθέτουν μεγάλη εξειδίκευση και εμπειρία, καθώς και πολλαπλές δεξιότητες, όπως ο έλεγχος της ποιότητας και οι δείκτες αξιολόγησής της, η διαχείριση των αποβλήτων, η διαχείριση χημικών και τοξικών ουσιών, οι κανόνες υγιεινής και ασφάλειας, η διαχείριση

κινδύνων και οι εργαστηριακές εφαρμογές πληροφορικής (Mourtzikou et al, 2017; Stamouli et al, 2019).

Ο φαρμακοποιός συνεισφέρει σημαντικά με την παροχή της κατάλληλης φαρμακευτικής φροντίδας, στην εφαρμογή των κανόνων ορθής πρακτικής για τη χρήση των αντιβιοτικών και τον περιορισμό της μικροβιακής αντοχής, στη διενέργεια των εμβολιασμών, καθώς και στην παροχή εκπαίδευσης σε διάφορα θέματα αυτοφροντίδας των ασθενών, όπως για παράδειγμα η μέτρηση των επιπέδων γλυκόζης από τον ίδιο τον ασθενή (Garcia-Cardenas et al, 2017).

Σαν συμπέρασμα μπορούμε να πούμε ότι το ανθρώπινο δυναμικό της ΠΦΥ στο σύνολο του είναι τα θεμέλια πάνω στα οποία βασίζεται η υλοποίηση των στόχων της ΠΦΥ για ισότιμη πρόσβαση στη φροντίδα, για συνέχεια της παρεχόμενης φροντίδας, για ολοκληρωμένη παροχή φροντίδας, για φροντίδα εστιασμένη στα άτομα και στις ανάγκες τους, με σκοπό την πρόληψη, τη διατήρηση, την έγκαιρη διάγνωση, τη θεραπεία, την αποκατάσταση και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Περιλαμβάνει επαγγελματίες υγείας με διαφορετικά επίπεδα και αντικείμενα εκπαίδευσης, διαφορετικές ικανότητες, γνώσεις και δεξιότητες, με σαφείς διαφοροποιήσεις μεταξύ των διαφορετικών χωρών.



Εικόνα 5 Σχηματική παράσταση των διασυνδεδεμένων ρόλων των διαφορετικών κατηγοριών επαγγελματιών υγείας της ΠΦΥ Πηγή: Cantaert et al, 2022

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

4.1 Το θεσμικό πλαίσιο της ΠΦΥ στην Ελλάδα

Η λειτουργία της ΠΦΥ στη χώρα μας ρυθμίζεται από μια σειρά νομοθετημάτων, τα οποία θα παρουσιαστούν στο κεφάλαιο αυτό με χρονολογική σειρά. Η αναζήτηση τους έγινε από την ελληνική βιβλιογραφία και από διαδικτυακούς τόπους (Γιανασμίδης και Τσιαούση, 2012; Σουλιώτης και συν, 2013; Ποτήρης και Σαράφης, 2014; Αντωνιάδου και συν, 2015; Φιλαλήθης, 2017). Οι πρώτες οργανωμένες προσπάθειες για παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας χρονολογούνται από τη σύσταση του ελληνικού κράτους και περιλαμβάνουν τη θέσπιση του θεσμού του επαρχιακού ιατρού το 1852, την ίδρυση του Ναυτικού Απομαχικού Ταμείου και του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων το 1861, την ίδρυση της Πολυκλινικής Αθηνών το 1903 και το γραφείο Δημόσιας Υγείας στη Θεσσαλονίκη το 1915. Τα επόμενα χρόνια ακολουθεί η θεσμοθέτηση της ΠΦΥ, καθώς και η διαρκής προσπάθεια βελτίωσης και μεταρρύθμισής της. Τα κυριότερα νομοθετήματα είναι τα παρακάτω:

- Βασιλικό Διάταγμα 4 (ΦΕΚ 328/τ. Α'/14-11-1923) - «Περί οργανώσεως της Περιφερειακής Υγειονομικής Υπηρεσίας». Στο διάταγμα αυτό γίνεται αναφορά για παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας από τα υγειονομικά εργαστήρια και από τους νομιάτρους.
- Νόμος 3487/1955 - «Περί κοινωνικής ασφαλίσεως των αγροτών» - Ο νόμος προβλέπει τη σύσταση ενός ικανοποιητικού αριθμού αγροτικών ιατρείων και υγειονομικών σταθμών. Μέσω αυτών των δομών δημιουργείται ένα δίκτυο παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας στους κατοίκους των αγροτικών περιοχών.
- Βασιλικό Διάταγμα 196 (ΦΕΚ 53/τ. Α'/26-03-1969) - «Περί καθορισμού καθηκόντων επισκεπτριών αδελφών». Το διάταγμα προβλέπει ότι η «επισκέπτρια αδελφή» απασχολείται, μεταξύ άλλων, σε κέντρα κοινωνικής πολιτικής, πολυϊατρεία, κέντρα υγείας, αγροτικά ιατρεία, υγειονομικούς σταθμούς, υπηρεσίες προστασίας μητρότητας και παιδιού βρεφικής, νηπιακής και προσχολικής ηλικίας. Μέχρι το έτος 1983 δεν υπάρχει κάποιο νομοθέτημα που να χρησιμοποιεί τον όρο ΠΦΥ. Οι υπηρεσίες

παρέχονταν από διάφορες δομές, όπως αυτές που αναφέρονται παραπάνω. Στις διατυπώσεις όμως των νομοθετημάτων γίνεται σαφής αναφορά στην σημασία της πρωτοβάθμιας φροντίδας για την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας.

- Νόμος 1397/1983 (ΦΕΚ 143/τ. Α΄/07-10-1983) - «Εθνικό Σύστημα Υγείας». Ο όρος Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας εμφανίζεται για πρώτη φορά. Είναι ο νόμος με τον οποίο γίνεται η πρώτη προσπάθεια παροχής οργανωμένης ΠΦΥ στη χώρα μας. Ο νόμος προβλέπει ότι η δημόσια περίθαλψη διαιρείται σε α) εξωνοσοκομειακή ή πρωτοβάθμια, η οποία παρέχεται από τα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά ιατρεία και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και β) νοσοκομειακή ή δευτεροβάθμια, η οποία παρέχεται από τα νοσοκομεία. Ο νόμος προβλέπει το θεσμό του οικογενειακού ιατρού και του οικογενειακού παιδίατρο, με δικαίωμα των πολιτών να επιλέγουν τον οικογενειακό τους ιατρό. Όσον αφορά στο προσωπικό υγείας ο νόμος αναφέρεται μόνο στους ιατρούς και τους επαγγελματίες υγείας που στελεχώνουν τα κέντρα ψυχικής υγείας, δηλαδή στους ψυχολόγους, τους κοινωνικούς λειτουργούς, τους νοσηλευτές και το υποστηρικτικό προσωπικό, διοικητικό και βοηθητικό, χωρίς να καθορίζει τις ευθύνες και τις αρμοδιότητες κάθε κατηγορίας εργαζομένων. Επιπρόσθετα ο νόμος προέβλεπε την ένταξη των ιατρείων των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης στο ΕΣΥ και τη δημιουργία ειδικού λογαριασμού για την κάλυψη των δαπανών υγείας από τα ασφαλιστικά ταμεία.
- Νόμος 1579/1985 (ΦΕΚ 217/τ. Α΄/23-12-1985) - «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις». Ο νόμος περιλαμβάνει αυτοτελές κεφάλαιο με τίτλο «Πρωτοβάθμια Φροντίδα». Προβλέπει τη σύσταση μονάδων παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ και ρυθμίζει διάφορα διαδικαστικά θέματα. Ο νόμος δεν κάνει αναφορά στο ρόλο των επαγγελματιών υγείας και στην ομάδα της ΠΦΥ, προβλέπει όμως στο άρθρο 13 τη δυνατότητα εκπαίδευσης τους στην Ελλάδα ή το εξωτερικό.
- Νόμος 2071/1992 (ΦΕΚ 123/Α/15-07-1992) - «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση συστήματος υγείας». Με το νόμο αυτό γίνεται μια αλλαγή στη γενική φιλοσοφία του ιδρυτικού νόμου του ΕΣΥ σχετικά με το ρόλο του κράτους στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον με το νέο νόμο ενσωματώνονται στο ΚΕΣΥ επιτροπές, οι οποίες αποδυναμώνουν το ρόλο του και καταργούν την υποχρεωτική γνώμη του, δίνοντας πλήρη ελευθερία στη λήψη αποφάσεων στον Υπουργό. Με το νόμο αυτό συστήνονται η

Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής της Υγείας σε κεντρικό επίπεδο και η Νομαρχιακή Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας σε επίπεδο περιφέρειας, στην έδρα κάθε νομού, εκτός από το νομό Αττικής. Και τα δυο αυτά όργανα είχαν συμβουλευτικό και γνωμοδοτικό ρόλο. Νομοθετήθηκε η σύσταση Περιφερειακών Διευθύνσεων Υπηρεσιών Υγείας ως αποκεντρωμένες υπηρεσίες του Υπουργείου, με αρμοδιότητα την άσκηση εποπτείας και συντονισμού των φορέων της περιφέρειας τους, καθώς και την εισήγηση των κατάλληλων ρυθμίσεων για την πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας στους κατοίκους της περιφέρειας. Ο νόμος επαναφέρει τη θεσμοθέτηση των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (ΠΕΣΥ) και προβλέπει διατάξεις που αφορούν τη σύσταση, συγκρότηση και λειτουργία τους. Από το νόμο ορίζεται ότι τα ΠΕΣΥ μεριμνούν για κάθε θέμα που αφορά στη δημόσια υγεία, την προστασία και την προαγωγή της υγείας των κατοίκων της περιφέρειας, καθώς και τις συνθήκες βελτίωσης αυτών.

- Νόμος 2519/1997 (ΦΕΚ 165/τ. Α' /21-08-1997) - «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις». Ο νόμος έλαβε υπόψη το πόρισμα της έκθεσης της Ειδικής Επιτροπής Ξένων Εμπειρογνομόνων που συντάχθηκε το 1994. Στο νόμο αυτό γίνεται αναφορά στην ανάπτυξη «δικτύων» στην ΠΦΥ για τη λειτουργική και επιστημονική διασύνδεση των υπηρεσιών με τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, η στελέχωση των οποίων γίνεται από διάφορους επαγγελματίες υγείας. Σχετικά με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας της περιφέρειας αναφέρει ότι στελεχώνονται από διαφορετικούς επαγγελματίες υγείας αλλά και από το αναγκαίο διοικητικό, τεχνικό και βοηθητικό προσωπικό. Επιπλέον αναφέρεται στη συνεργασία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας με τις υπηρεσίες πρόνοιας και κοινωνικής προστασίας. Σχετικά με τις υπηρεσίες σχολικής υγείας αναφέρει ότι στη διεύθυνση και στα γραφεία σχολικής υγείας μπορούν να τοποθετούνται διαφορετικοί επαγγελματίες υγείας. Αξιοσημείωτη είναι επίσης η αναφορά στη συνεργασία και δικτύωση υπηρεσιών ΠΦΥ, αλλά και η απουσία αναφοράς στη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και τη λειτουργία τους ως ομάδα.
- Νόμος 2889/2001 (ΦΕΚ 37/Α/02-03-2001) - «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος υγείας ΕΣΥ και άλλες διατάξεις». Βασικός στόχος του νόμου είναι η αποκέντρωση στον τομέα της υγείας. Ο νόμος αναφέρεται στη νέα οργάνωση και

διοίκηση των νοσοκομείων και τις συνεπαγόμενες αλλαγές στις εργασιακές σχέσεις του ανθρώπινου δυναμικού και στις διοικήσεις των μονάδων υγείας.

- Νόμος 3172/2003 (ΦΕΚ Α-197/06-08-2003) - «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις». Ο νόμος αναφέρεται στις βασικές λειτουργίες της δημόσιας υγείας, θέτει τις προτεραιότητες αυτής και περιγράφει τις υπηρεσίες και τους φορείς της δημόσιας υγείας. Στο άρθρο 4 αναφέρεται στην Εθνική Στρατηγική Δημόσιας Υγείας, ενώ στα επόμενα άρθρα στη σύσταση, τη φύση και τον κανονισμό λειτουργίας του Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας. Επιπλέον γίνεται εκτενής αναφορά στο συντονισμό πολιτικών και δράσεων δημόσιας υγείας με άλλα υπουργεία και φορείς.
- Νόμος 3235/2004 (ΦΕΚ 53/τ. Α'/18-02-2004) - «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας». Ο νόμος συνιστά μια σημαντική προσπάθεια οργάνωσης της ΠΦΥ στην Ελλάδα και περιλαμβάνει διατάξεις για τον σκοπό της ΠΦΥ, το περιεχόμενο της ΠΦΥ και τις υπηρεσίες που παρέχει. Περιλαμβάνει διατάξεις που αφορούν στον οικογενειακό και στον προσωπικό ιατρό και αναφέρεται στο έργο του νοσηλευτή στην ΠΦΥ. Είναι η πρώτη φορά που θεσμοθετείται η συνεργασία του οικογενειακού ιατρού με νοσηλευτές και επισκέπτες υγείας.
- Προεδρικό Διάταγμα 38 (ΦΕΚ 78/τ. Α'/25-05-2010) - «Προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας στην οδηγία 2005/36/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 7ης Σεπτεμβρίου 2005 σχετικά με την αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων».
- Νόμος 3852/2010 (ΦΕΚ 87/Α/07-06-2010) - για το πρόγραμμα της τοπικής αυτοδιοίκησης «Καλλικράτης» και τον επανακαθορισμό των ορίων των αυτοδιοικητικών μονάδων. Σύμφωνα με το νόμο οι αρμοδιότητες της ΠΦΥ μεταφέρθηκαν στους Δήμους και τις Περιφέρειες. Έτσι σε κάθε δήμο αντιστοιχεί τουλάχιστον ένα Κέντρο Υγείας και σε κάθε δημοτική ενότητα τουλάχιστον μία τοπική ομάδα υγείας ή άλλη δημόσια μονάδα ΠΦΥ.
- Νόμος 3918/2011 (ΦΕΚ 31/Α/02-03-2011) - «Διορθωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις», ο οποίος προβλέπει την σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) με τη συγχώνευση των τεσσάρων μεγαλύτερων ταμείων (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ, ΟΑΕΕ). Ακολούθησε η δημιουργία του Πρωτοβάθμιου

Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ), το οποίο προβλέπει την καθιέρωση της ολοήμερης παροχής ΠΦΥ από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.

- ΦΕΚ 545/01-03-2012, με το οποίο εφαρμόζεται η ηλεκτρονική συνταγογράφηση με αναγραφόμενη τη δραστική ουσία, σε μια προσπάθεια προώθησης της χρήσης των γενοσήμων φαρμάκων
- Νόμος 4238/2014 (ΦΕΚ 38/τ. Α΄/17-02-2014) - «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις». Ο νόμος αυτός είναι μια πολύ σημαντική προσπάθεια οργάνωσης ενός ισχυρού συστήματος ΠΦΥ. Σύμφωνα με το άρθρο 1 οι υπηρεσίες ΠΦΥ σε δημόσιο επίπεδο παρέχονται μέσα από ένα καθολικό, ενιαίο και αποκεντρωμένο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), το οποίο λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών της χώρας (ΔΥΠΕ). Στο ίδιο άρθρο του νόμου περιγράφονται λεπτομερώς όλες οι υπηρεσίες που παρέχονται από την ΠΦΥ. Στο άρθρο 4 προβλέπεται ότι οι υπηρεσίες ΠΦΥ του ΠΕΔΥ παρέχονται από οικογενειακούς ιατρούς και ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, από οδοντιάτρους, μαιές, επισκέπτες υγείας, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, φυσικοθεραπευτές, διαιτολόγους, διατροφολόγους, ψυχολόγους, εργοθεραπευτές, τεχνολόγους ιατρικών εργαστηρίων, βοηθούς ιατρικών και βιολογικών εργαστηρίων, χειριστές ιατρικών συσκευών, ραδιολόγους, ακτινολόγους, οδοντοτεχνίτες και λοιπό υγειονομικό και παραϊατρικό προσωπικό. Προβλέπει επίσης ότι οι επαγγελματίες υγείας που προαναφέρθηκαν αποτελούν την ομάδα της ΠΦΥ έχοντας διακριτούς ρόλους και τεκμηριωμένη εκπαίδευση, ώστε να μπορούν να παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε επίπεδο κοινότητας. Δεν γίνεται συγκεκριμένη αναφορά στο ρόλο του κάθε επαγγελματία υγείας στην ομάδα της ΠΦΥ, με αποτέλεσμα να ισχύουν τα νομοθετήματα που αναφέρονται στα επαγγελματικά δικαιώματα του κάθε κλάδου. Αυτό έχει ως συνέπεια να υπάρχουν ασάφειες και συγκρούσεις μεταξύ διαφορετικών κατηγοριών επαγγελματιών υγείας. Ο νόμος αναφέρεται στον οικογενειακό ιατρό στο άρθρο 5.
- Υπουργική Απόφαση Γ3α/οικ.3579 (ΦΕΚ 93/ τ. Β΄/20-01-2015) - «Επιστημονική, νοσηλευτική και εκπαιδευτική διασύνδεση όλων των δημοσίων δομών παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, που αποτελούν το ΠΕΔΥ, με τα Νοσοκομεία της ΔΥΠΕ στην οποία υπάγονται και τα οποία αποτελούν Νοσοκομεία Αναφοράς». Η υπουργική απόφαση προβλέπει την επιστημονική, νοσηλευτική και εκπαιδευτική διασύνδεση όλων των

δημόσιων δομών παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ που αποτελούν το ΠΕΔΥ με τα νοσοκομεία της ΔΥΠΕ στην οποία υπάγονται, με σκοπό την αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας του πολίτη, τον προσανατολισμό και τη βελτίωση της πρόσβασης στο σύστημα υγείας, καθώς και την ολοκληρωμένη ανατροφοδότηση ως προς την πορεία της υγείας του σε τρεις άξονες υπηρεσιών υγείας: α) τις περιπτώσεις επειγόντων περιστατικών, β) τη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων και γ) τη βελτίωση και προαγωγή της υγείας των πολιτών. Στο πλαίσιο της νοσηλευτικής διασύνδεσης και της συνέχειας της φροντίδας, προσδιορίζεται αναλυτικά η διαδικασία παραπομπής των περιστατικών από τις δημόσιες δομές της ΠΦΥ στα νοσοκομεία αναφοράς.

- Νόμος 4368/2016 (ΦΕΚ 21/Α/21-02-2016) - «Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις». Ορίζεται η υγειονομική κάλυψη των ανασφάλιστων και των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων.
- Νόμος 4387/2016 (ΦΕΚ 85/Α/12-05-2016) - «Ενιαίο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλειας - Μεταρρύθμιση ασφαλιστικού συνταξιοδοτικού συστήματος» Αντικείμενο του νόμου είναι η ρύθμιση της έννομης σχέσης κοινωνικής ασφάλισης δημοσίου δικαίου, υποχρεωτικής για όλους τους εργαζόμενους, μισθωτούς, αυτοτελώς απασχολούμενους, ελεύθερους επαγγελματίες, αγρότες και ειδικές κατηγορίες για τους κινδύνους γήρατος, αναπηρίας, θανάτου, εργατικού ατυχήματος, κύριας και επικουρικής ασφάλισης, εφάπαξ και προνοιακών παροχών, καθώς και η ένταξη του ειδικού συνταξιοδοτικού συστήματος των δημοσίων λειτουργών, υπαλλήλων και στρατιωτικών στον e-ΕΦΚΑ.
- Νόμος 4461/2017 (ΦΕΚ 38/Α/28-03-2017) - «Μεταρρύθμιση της διοικητικής οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, κέντρα εμπειρογνωμοσύνης σπάνιων και πολύπλοκων νοσημάτων, τροποποίηση συνταξιοδοτικών ρυθμίσεων του Ν. 4387/2016 και άλλες διατάξεις». Με το νόμο αυτό δημιουργήθηκαν οι νέες δομές, οι Τοπικές Ομάδες Υγείας (TOMY), αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας, οι οποίες λειτουργούν με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης και στελεχώνονται από διεπιστημονική ομάδα υγείας (παιδίατρο, νοσηλεύτη, επισκέπτη υγείας, κοινωνικό λειτουργό και διοικητικό προσωπικό), η οποία πλαισιώνει τον οικογενειακό ιατρό. Συνεπώς οι TOMY, ως κατ' εξοχήν μονάδες υγείας οι οποίες παρέχουν την ΠΦΥ, λειτουργούν ως μονάδες οικογενειακής ιατρικής και αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής των πολιτών με το ΕΣΥ.

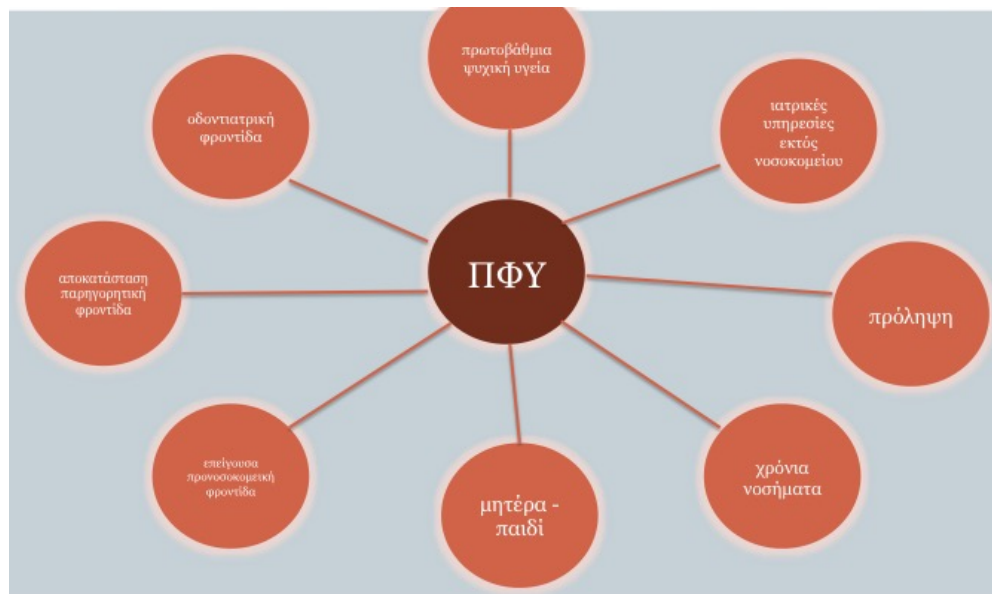
- Νόμος 4486/2017 (ΦΕΚ 115/Α/07-08-2017) - «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις». Ο νόμος αυτός προβλέπει την ανάπτυξη του συστήματος παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ σε δύο επίπεδα: α) σε πρώτο επίπεδο, το οποίο λειτουργεί ως το πρώτο σημείο επαφής των ασθενών με το ΕΣΥ και στο οποίο παρέχονται υπηρεσίες ΠΦΥ από τις ΤΟΜΥ, τα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΙ), τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΠΙ), τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (ΕΠΙ) και τα Τοπικά Ιατρεία και β) στο δεύτερο επίπεδο, όπου παρέχονται υπηρεσίες περιπατητικής φροντίδας από τα Κέντρα Υγείας.
- Νόμος 4931/2022 (ΦΕΚ Α/94/13-05-2022) - «Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες επείγουσες διατάξεις». Ο νόμος αναφέρεται στις γενικές αρχές της ΠΦΥ, σε ζητήματα των δημοσίων μονάδων και των ιδιωτικών της ΠΦΥ, επιδιώκοντας την αναδιοργάνωση της συγκρότησης και της διάρθρωσης της. Επιπλέον αναφέρεται στην κατ' οίκον νοσηλεία και φροντίδα, καθώς και στην κατ' οίκον οδοντιατρική φροντίδα. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το άρθρο 60 με τον τίτλο «Δυνατότητα αναγνώρισης ενώσεων ή συλλόγων ασθενών ως συνομιλητών της Πολιτείας σε θέματα παροχής υπηρεσιών υγείας», με το οποίο θεσμοθετείται η συμμετοχή ενώσεων ή συλλόγων ασθενών στο σχεδιασμό των πολιτικών υγείας και στην αξιολόγηση των ακολουθούμενων πρακτικών, καθώς και στην οργάνωση των αντίστοιχων φορέων, δημόσιων και ιδιωτικών.

4.2 Η λειτουργία της ΠΦΥ στην Ελλάδα

Η οργάνωση και η λειτουργία της ΠΦΥ στη χώρα μας βασίζεται στο ισχύον θεσμικό πλαίσιο, στις υπάρχουσες δομές παροχής υπηρεσιών υγείας και στους διαθέσιμους τρόπους χρηματοδότησης και αποζημίωσης των υπηρεσιών, οι οποίοι έχουν επηρεαστεί σε σημαντικό βαθμό από τις περικοπές και τους περιορισμούς των μνημονιακών απαιτήσεων, λόγω της πρόσφατης οικονομικής κρίσης.

Οι υπηρεσίες της ΠΦΥ οργανώνονται και λειτουργούν με βάση τις παρακάτω αρχές (Μπένος, 2015):

- της δωρεάν παροχής των υπηρεσιών στον πληθυσμό
- της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας για όλους τους πολίτες της χώρας
- της μέριμνας για τις ευπαθείς και ευάλωτες κοινωνικές ομάδες
- της συνέχειας της παρεχόμενης φροντίδας
- της παροχής των υπηρεσιών στον τόπο κατοικίας, εργασίας ή προσωρινής διαμονής των πολιτών
- της ευθύνης και της λογοδοσίας των παρόχων των υπηρεσιών
- της εφαρμογής της ιατρικής, της νοσηλευτικής, καθώς και κάθε άλλης επαγγελματικής δεοντολογίας
- της διασύνδεσης με τις υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας
- της συνεργασίας με τοπικούς, κοινωνικούς και επιστημονικούς φορείς
- της ορθολογικής παραπομπής σε άλλες μονάδες υγείας
- της ορθολογικής χρήσης των υλικών και ανθρώπινων πόρων
- της αγωγής και της προαγωγής της υγείας της κοινότητας



Εικόνα 6 Οι παρεχόμενες υπηρεσίες ΠΦΥ στην Ελλάδα.

Πηγή: <https://www.aegeanpolyclinics.gr/imerida-gia-tin-igia-14122019/>

4.3 Οι δομές της ΠΦΥ στην Ελλάδα

Οι δομές παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα στις μη αστικές περιοχές είναι τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία που ανήκουν στο ΕΣΥ. Το ποσοστό των επισκέψεων που πραγματοποιούνται σε αυτά εκτιμάται σε 12,5 %. Στις υπόλοιπες περιοχές η ΠΦΥ παρέχεται από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ, από τα πολυϊατρεία του ΙΚΑ και από ιδιώτες ιατρούς και διαγνωστικά κέντρα του ιδιωτικού τομέα με ποσοστά επισκέψεων 11,2%, 38,8% και 38,4% αντίστοιχα (Economou et al, 2017; Katelidou et al, 2019).

Η βασική δομή παροχής ΠΦΥ στην Ελλάδα είναι τα Κέντρα Υγείας. Σύμφωνα με το νόμο 2889/2001 τα Κέντρα Υγείας είναι αυτόνομες και αυτοτελείς οντότητες που μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες του πληθυσμού στην περιοχή ευθύνης τους. Τα Κέντρα Υγείας είναι δομές με πολλές δυνατότητες και με τοπικό χαρακτήρα, επομένως μπορούν να εστιάσουν στις ανάγκες του πληθυσμού της περιοχής ευθύνης τους. Ο νόμος 1397/1983 στο άρθρο 15, καθορίζει τις υπηρεσίες που μπορεί να παρέχονται στα Κέντρα Υγείας:

- ισότιμη πρωτοβάθμια περίθαλψη στο σύνολο του μόνιμου πληθυσμού της περιοχής τους και σε όσους διαμένουν προσωρινά στην περιοχή αυτή
- νοσηλεία και παρακολούθηση ασθενών οι οποίοι βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή έχουν λάβει εξιτήριο από το νοσοκομείο
- πρώτες βοήθειες και νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις, μέχρι να διακομισθεί ο ασθενής σε νοσοκομείο. Η διακομιδή γίνεται με ασθενοφόρο όχημα ή με οποιοδήποτε άλλο διαθέσιμο μέσο μεταφοράς σε έκτακτες περιπτώσεις
- οδοντιατρική περίθαλψη
- υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής και υγειονομική συμβουλευτική του πληθυσμού
- ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα
- υπηρεσίες ιατρικής της εργασίας
- υπηρεσίες σχολικής υγιεινής
- ενημέρωση σχετικά με θέματα οικογενειακού προγραμματισμού
- εκπαίδευση των ιατρών και των επαγγελματιών υγείας
- υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας

- διενέργεια εργαστηριακών και απεικονιστικών ελέγχων
- παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους, αν δεν υπάρχει φαρμακείο στην περιοχή ευθύνης

Ο συνολικός αριθμός των Κέντρων Υγείας το 2021 ανήλθε σε 310. Από την κατανομή των Κέντρων Υγείας στις 13 Περιφέρειες της Χώρας, παρατηρείται ότι τα περισσότερα από αυτά βρίσκονται στην Αττική (57 κέντρα), στην Κεντρική Μακεδονία (46 κέντρα), στην Πελοπόννησο (29 κέντρα) και στη Στερεά Ελλάδα (29 κέντρα), ενώ τα λιγότερα βρίσκονται στο Βόρειο Αιγαίο (10 κέντρα) και τη Δυτική Μακεδονία (11 κέντρα). Στο Νότιο Αιγαίο τα Κέντρα Υγείας ανέρχονται σε 14, σύμφωνα με τα δεδομένα της ΕΛΣΤΑΤ. Διευκρινίζεται ότι στις εκτιμήσεις αυτές ο όρος «Κέντρο Υγείας», διευρύνθηκε και περιλαμβάνει επιπλέον τις αποκεντρωμένες μονάδες, όπου στο πρώτο επίπεδο ΠΦΥ παρέχονται υπηρεσίες από τις Τοπικές Ομάδες Υγείας (ΤΟΜΥ), τα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΙ), τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΠΙ), τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (ΕΠΙ), τα Τοπικά Ιατρεία (ΤΙ) και λοιπές μονάδες ΠΦΥ. Στο σύστημα της ΠΦΥ εντάσσονται και οι υπηρεσίες του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ). Ο ρόλος του ΕΚΑΒ είναι ο συντονισμός της παροχής σε έκτακτες περιπτώσεις άμεσης βοήθειας και επείγουσας ιατρικής φροντίδας στους πολίτες και η μεταφορά τους σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, ο συντονισμός της νοσοκομειακής και προνοσοκομειακής φροντίδας σε καταστάσεις εκτάκτων αναγκών και κρίσεων, καθώς και η παρακολούθηση και ο συντονισμός των συστημάτων εφημερίας των νοσοκομείων του ΕΣΥ.

Οι ΤΟΜΥ είναι αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας, οι οποίες στελεχώνονται από ολιγομελή διεπιστημονική ομάδα υγείας και στο μητρώο τους μπορούν να εγγράφονται οι πολίτες της γεωγραφικής περιοχής ευθύνης τους. Οι πολίτες μπορούν να απευθύνονται για επισκέψεις στον οικογενειακό ιατρό μετά από προσυνεννόηση, για την αντιμετώπιση έκτακτων καταστάσεων, ενώ για τις περιπτώσεις που δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν στην ΤΟΜΥ, γίνεται παραπομπή σε νοσοκομείο ή σε ιδιώτες ιατρούς συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ (Βεριώνης, 2018). Για τους πολίτες πάλι που δεν μπορούν να μετακινηθούν, προβλέπονται οι κατ' οίκον επισκέψεις.

ΔΟΜΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	
Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες του ΕΣΥ	ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ
	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ
	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ
Δομές κοινωνικής ασφάλισης	ΙΚΑ
	ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΑ ΑΛΛΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ
	ΙΔΙΩΤΕΣ ΙΑΤΡΟΙ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΙ ΜΕ ΤΑ ΤΑΜΕΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ
Ευρύτερος Δημόσιος Τομέας	ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
	ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΩΝ ΟΤΑ
	ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΠΗ
	ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΑ ΜΗ ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ
Ιδιωτικός Τομέας	ΙΔΙΩΤΕΣ ΙΑΤΡΟΙ
	ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ
	ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ
	ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
	ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΦΥ

Εικόνα 7 Οι δομές παροχής ΠΦΥ στην Ελλάδα
(Προσαρμογή από πληροφορίες που αντλήθηκαν από τη βιβλιογραφία)

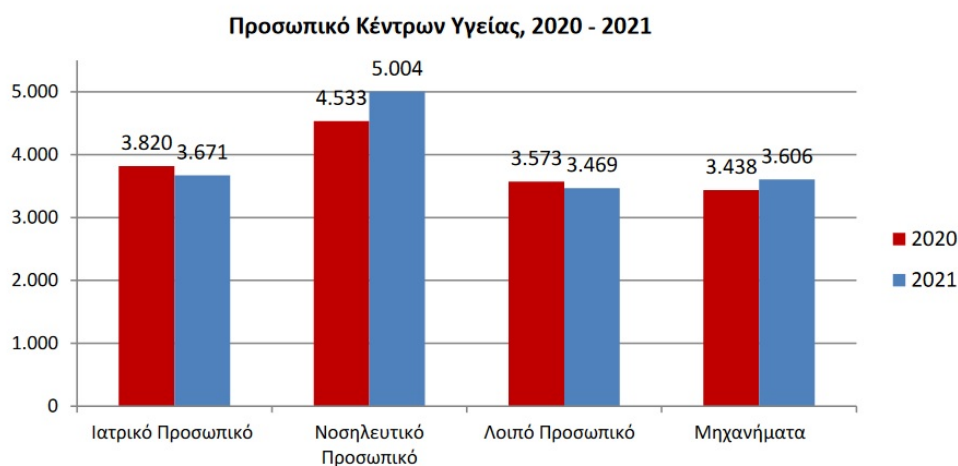
Οι ΤΟΜΥ σχεδιάστηκαν με στόχο την παροχή μιας ολιστικής και ανθρωποκεντρικής φροντίδας υγείας, με εύκολη και άμεση πρόσβαση των πολιτών σε αυτή. Σε σχέση με τις υπόλοιπες δομές της ΠΦΥ, τις χαρακτηρίζει η διεπιστημονικότητα, δηλαδή η παρουσία και συνεργασία προσωπικού διαφορετικών κατηγοριών και ειδικοτήτων. Επιπρόσθετα σχεδιάστηκαν ώστε να συνεισφέρουν στη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων και να παρέχουν υπηρεσίες όπως οι εμβολιασμοί και η κατ' οίκον περίθαλψη (Μακράκης, 2018).

Στην Ελλάδα λειτουργούν 127 ΤΟΜΥ σε μεγάλες πόλεις της χώρας, με έμφαση σε περιοχές με χαμηλό βιοτικό επίπεδο, υψηλή ανεργία και μικρή προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας και με στόχο την περαιτέρω διεύρυνση του συστήματος ΠΦΥ. Συνολικά στις δομές αυτές εργάζονται 1.100 επιστήμονες διαφορετικών κλάδων. Υπολογίζεται ότι κατά τη διετία 2018-2019 έχουν πραγματοποιηθεί περισσότερες από 1 εκατομμύριο επισκέψεις, με σημαντική εξοικονόμηση πόρων των πολιτών, διότι δεν απαιτήθηκε να επισκεφθούν ιδιώτες ιατρούς και να επιβαρυνθούν οικονομικά (Economou et al, 2018). Τα αποτελέσματα από την ποιοτική ανάλυση των επισκέψεων όμως δείχνουν ότι το 60% των επισκέψεων στις ΤΟΜΥ γίνεται για

συνταγογράφηση φαρμάκων ή διαγνωστικών εξετάσεων. Η προγραμματισμένη επίσκεψη ή ο ιατρικός έλεγχος ανέρχονται σε ποσοστό 27,4%, ενώ για ποσοστό 20,2% απαιτήθηκε να αντιμετωπιστούν συμπτώματα ασθένειας σε συνδυασμό με άλλα αίτια της επίσκεψης. Τέλος, ποσοστό 9,1% επισκέφθηκε ΤΟΜΥ για διενέργεια εμβολιασμού. Ποσοστό 85,1% των χρηστών έλαβε υπηρεσίες γενικού ιατρού, ποσοστό 36,6% έλαβε νοσηλευτικές υπηρεσίες, 13,6% έλαβε υπηρεσίες επισκέπτη υγείας, 12,5% υπηρεσίες κοινωνικού λειτουργού και 12,4% έλαβε υπηρεσίες παιδίατρο (Mitropoulos et al, 2015; Economou et al, 2018). Σαν γενικό συμπέρασμα για τις ΤΟΜΥ μπορούμε να πούμε ότι συνιστούν μια αξιόλογη μεταρρύθμιση στην ΠΦΥ, χωρίς ωστόσο να επιτελούν πλήρως την αποστολή για την οποία σχεδιάστηκαν.

Μονάδες, προσωπικό (ιατρικό, νοσηλευτικό, λοιπό) και μηχανήματα Κέντρων Υγείας

	Κέντρα υγείας	Ιατρικό προσωπικό	Νοσηλευτικό προσωπικό	Λοιπών ειδικοτήτων προσωπικό	Μηχανήματα
2020	308	3.820	4.533	3.573	3.438
2021	310	3.671	5.004	3.469	3.606



Εικόνα 8. Διαγράμματα που απεικονίζουν στοιχεία για τα κέντρα υγείας, το προσωπικό και τον εξοπλισμό τους κατά τα έτη 2020 και 2021.

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ

(Σύμφωνα με τη μεθοδολογία συλλογής δεδομένων που αναφέρεται από την ΕΛΣΤΑΤ, στο ιατρικό προσωπικό περιλαμβάνονται 26 ιατρικές ειδικότητες καθώς και οι ειδικευόμενοι ιατροί, και 8 κατηγορίες άλλων επαγγελματιών υγείας. Στα ιατρικά μηχανήματα περιλαμβάνονται

ακτινοδιαγνωστικά μηχανήματα, αυτόματοι αναλυτές, μηχανήματα τεχνητού νεφρού, υπερηχογράφοι, ηλεκτροεγκεφαλογράφοι, ηλεκτροκαρδιογράφοι, οδοντιατρικά μηχανήματα, μικροσκόπια, φωτόμετρα, απινιδωτές και φασματοφωτόμετρα).

4.4 Καινοτομίες και αστοχίες της ΠΦΥ στην Ελλάδα

Το Ελληνικό κράτος μεριμνά για τη διασφάλιση της υγείας των πολιτών, για την προώθηση της κοινωνικής ευημερίας και εγγυάται την παροχή υπηρεσιών υγείας μέσω της ΠΦΥ. Η οργάνωση και η λειτουργία της ΠΦΥ στην Ελλάδα αντανακλούν τις οικονομικές, τις κοινωνικές και τις πολιτικές συνθήκες της χώρας, ιδιαίτερα των τελευταίων ετών, λόγω της οικονομικής κρίσης καθώς και της υγειονομικής κρίσης με την πρόσφατη πανδημία. Υπάρχουν πολλές αστοχίες στην οργάνωση και τη λειτουργία της ΠΦΥ, οι οποίες θα αναλυθούν λεπτομερώς σε επόμενη παράγραφο. Έχουν όμως πραγματοποιηθεί και τρεις καινοτόμες εφαρμογές που θεωρούνται πολύ σημαντικές για τη λειτουργία της ΠΦΥ και θα περιγραφούν αναλυτικά. Οι εφαρμογές αυτές είναι ο ατομικός ηλεκτρονικός φάκελος υγείας των ασθενών, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και η τηλεϊατρική.

4.4.1 Ο ατομικός ηλεκτρονικός φάκελος υγείας

Η κατάρτιση του ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου υγείας (ΑΗΦΥ) για όλους τους Έλληνες πολίτες θεσπίστηκε με το άρθρο 51 του νόμου 4238/2014. Ο φάκελος περιλαμβάνει δεδομένα και πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας του πολίτη, στοιχεία φαρμακευτικής αγωγής, στοιχεία και αποτελέσματα από διαγνωστικές εξετάσεις, τυχόν ανεπιθύμητες αντιδράσεις που παρατηρήθηκαν μετά από χορήγηση φαρμάκων και στοιχεία από εμβολιασμούς. Η εφαρμογή λειτουργεί στον θεσμό του οικογενειακού ιατρού, ο οποίος έχει και την ευθύνη για την ενημέρωση του. Με τον τρόπο αυτό δίνεται η δυνατότητα διαχρονικής παρακολούθησης της πορείας υγείας του ασθενή, της ποιοτικής παροχής υπηρεσιών υγείας, της εξατομικευμένης παροχής φροντίδας και της ορθολογικής διαχείρισης των διαθέσιμων πόρων. Στον ΑΗΦΥ έχει πρόσβαση ο οικογενειακός ιατρός και μέσω αυτού έχει πρόσβαση και ο ίδιος ο ασθενής. Τα δεδομένα του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας θεωρούνται ιδιοκτησία του πολίτη, υπόκεινται στις αρχές του απορρήτου και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων και τηρούνται ασφαλώς, υπό την ευθύνη του Υπουργείου Υγείας, σύμφωνα με τον νόμο 2472/1997

και τον νόμο 3471/2006. Και οι δύο νόμοι αφορούν στην προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα στο ηλεκτρονικό περιβάλλον επικοινωνιών. Το όφελος για τον ασθενή και τον ιατρό είναι ότι στον ΑΗΦΥ υπάρχει συγκεντρωμένο όλο το ιατρικό ιστορικό, δίνοντας έτσι μια ολοκληρωμένη εικόνα της υγείας του ασθενούς και παρέχοντας τη δυνατότητα για συντονισμένη και αποτελεσματική φροντίδα. Σε επιδημιολογικό επίπεδο τα στοιχεία που συγκεντρώνονται στους ΑΗΦΥ θα επιτρέπουν να αποτυπωθούν με ακρίβεια τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού σε τοπικό και εθνικό επίπεδο, ώστε να υπάρχει σωστός σχεδιασμός υπηρεσιών υγείας για την κάλυψη των αναγκών του (Fernandez et al, 2013; Κουναλάκης, 2016; Amit et al, 2021; Black et al, 2021).

Η εφαρμογή πρόκειται να διευρυνθεί στο μέλλον, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα πρόσβασης στον φάκελο ενός ασθενούς από όλους τους θεράποντες ιατρούς του, ακόμη και από τους ιδιώτες. Ο σχεδιασμός του φακέλου είναι ένα δύσκολο έργο, τόσο από τεχνική άποψη, όσο και από άποψη δεοντολογίας, λόγω του ευαίσθητου περιεχομένου του φακέλου με προσωπικά και ιατρικά δεδομένα. Η εφαρμογή υλοποιήθηκε από την Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης (ΗΔΙΚΑ) σε συνεργασία με την ένωση εταιρειών «Όμιλος ΟΤΕ-BYTE Α.Β.Ε.Ε. και τον συνεργάτη της DATAMED Α.Ε.» και έλαβε παγκόσμια διάκριση το 2019 με το βραβείο WITSA Global ICT Excellence Awards.



Εικόνα 9. Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας

Πηγή <https://healthpharma.gr/operators/idika-fakelos-ygeias-politi/>

4.4.2 Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση

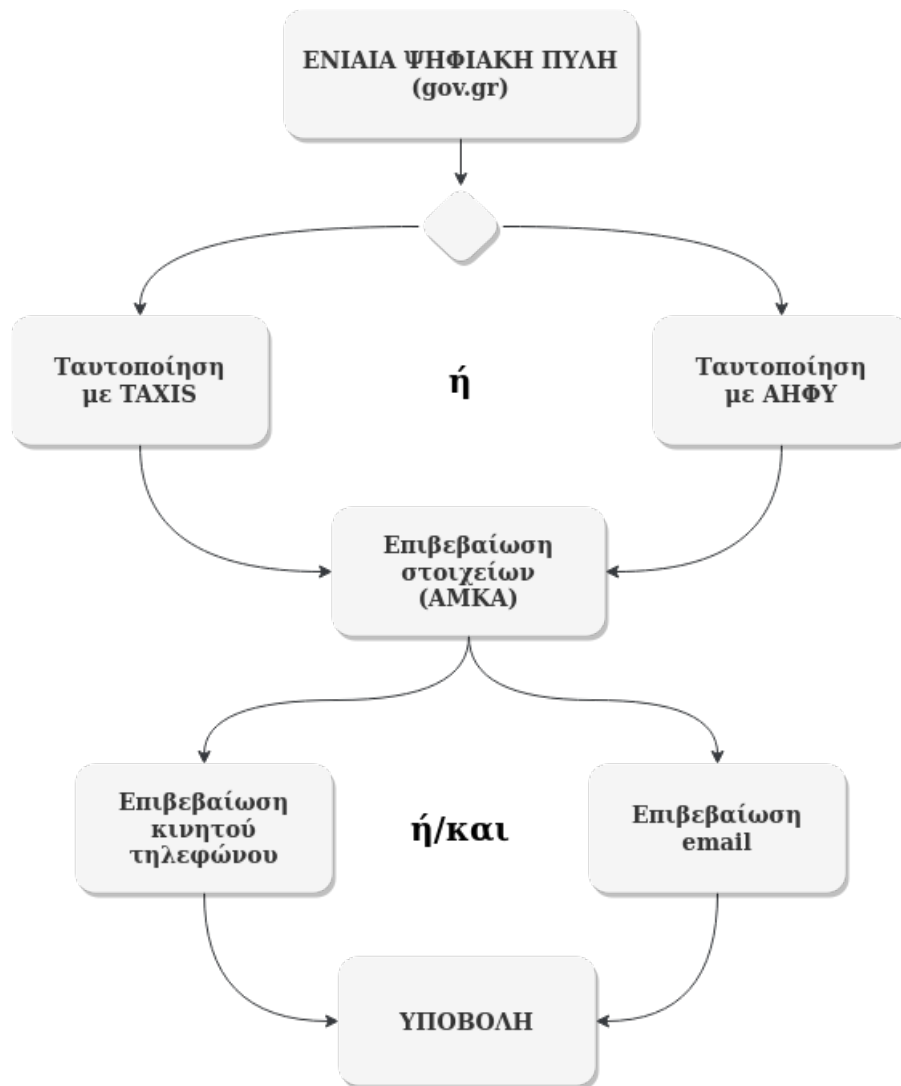
Το Σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης θεσπίστηκε με το Νόμο 3892/2010 (ΦΕΚ 189/Α' /04-11-2010) για την ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων. Είναι ένα ολοκληρωμένο σύστημα που περιλαμβάνει εξοπλισμό, λογισμικό, εφαρμογές και διαδικασίες που αφορούν στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση και συγκεκριμένα στην ηλεκτρονική συνταγή και στο ηλεκτρονικό παραπεμπτικό. Ο νόμος αυτός περιγράφει τις υποχρεώσεις που έχουν οι ιατροί σχετικά με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση και οι φαρμακοποιοί σχετικά με την εκτέλεση των ηλεκτρονικών συνταγών. Η διαχείριση της εφαρμογής γίνεται από τον φορέα ΗΔΙΚΑ, ο οποίος διαθέτει βάση δεδομένων των ασφαλισμένων όλων των φορέων κοινωνικής ασφάλισης, δομημένη σύμφωνα με τον Αριθμό Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ) τους. Ο ΑΜΚΑ χρησιμοποιείται τόσο για την ταυτοποίηση του ασφαλισμένου τόσο κατά την έκδοση της ηλεκτρονικής συνταγής ή του ηλεκτρονικού παραπεμπτικού, όσο και κατά την εκτέλεση τους. Από την εφαρμογή προκύπτουν πολλά οφέλη για τους πολίτες και για τις υπηρεσίες υγείας (Van Wilder et al, 2016; Slight et al, 2019; O'Shea et al, 2021):

- άμεση εκτέλεση των ιατρικών συνταγών
- έλεγχος της συνταγογράφησης και των δαπανών
- διαφάνεια και λογοδοσία
- εξάλειψη σφαλμάτων και ασαφειών που καταγράφονταν με το χειρόγραφο σύστημα, σχετικά με τη δοσολογία, το θεραπευτικό σχήμα και άλλα
- πρόσβαση στο ιστορικό λήψης φαρμάκων
- μείωση του χρόνου εργασίας των ιατρών και των φαρμακοποιών, επιτρέποντας τη διάθεση οφέλιμου χρόνου σε περισσότερους πολίτες
- αξιοπιστία και βελτίωση της συμμόρφωσης των ιατρών στις επιταγές του εθνικού συνταγολογίου, μέσω της ύπαρξης διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων
- άμεση οικονομική εκκαθάριση των συνταγών από τους ασφαλιστικούς φορείς και εποπτεία των δαπανών φαρμακευτικής περίθαλψης
- δυνατότητα συλλογής και επεξεργασίας στατιστικών στοιχείων με στόχο τον έλεγχο των διαδικασιών της συνταγογράφησης και της λήψης αποφάσεων για τη βελτιστοποίηση του συστήματος

- διαφάνεια σχετικά με τα φάρμακα που χορήγησε ο ιατρός σε περίπτωση αμφισβητήσεων
- ανεξαρτησία από σφραγίδες νοσοκομείων και υπογραφές εντεταλμένου προσωπικού, δεδομένου ότι κάθε ηλεκτρονική συνταγή δεσμεύεται με μοναδικό κωδικό, ο οποίος διασφαλίζει την εγκυρότητα της και αποκλείει το ενδεχόμενο πλαστογράφησης ή παραποίησης
- διασφάλιση της προστασίας των προσωπικών δεδομένων
- εξάλειψη της γεωγραφικής διασποράς των σημείων δημιουργίας και εκτέλεσης συνταγών
- ενοποίηση όλων των εθνικών ταμείων κοινωνικής ασφάλισης μέσω μιας πλήρως ολοκληρωμένης ηλεκτρονικής πλατφόρμας συνταγογράφησης,
- διευκόλυνση των ασθενών με την άμεση αποδοχή συνταγών και την απόκτηση φαρμάκων
- περιορισμός της γραφειοκρατίας
- μείωση του κόστους των φαρμάκων με την υποστήριξη της συνταγογράφησης γενοσήμων

Η άυλη συνταγογράφηση αποτελεί ακόμη ένα καινοτόμο βήμα στις υπηρεσίες συνταγογράφησης. Είναι μια υπηρεσία της Ενιαίας Ψηφιακής Πύλης gov.gr, με την οποία ο πολίτης μπορεί να λαμβάνει από τον θεράποντα ιατρό του τα στοιχεία των συνταγών φαρμάκων ή των παραπεμπτικών για διαγνωστικές εξετάσεις με μήνυμα (SMS) στο κινητό του τηλέφωνο ή με μήνυμα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (email). Παρέχει ακόμη τη δυνατότητα στον εγγεγραμμένο χρήστη να λαμβάνει ενημερώσεις μέσω SMS ή email για ιατρικά του ραντεβού και ραντεβού για εμβολιασμό. Η άυλη συνταγογράφηση αντικαθιστά την έντυπη συνταγή φαρμάκων και τα παραπεμπτικά εξετάσεων με την περισσότερο πρακτική ηλεκτρονική μορφή, με την οποία είναι εξοικειωμένο μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Επιπλέον, η κατάργηση των εκτυπώσεων σε χαρτί είναι μια πρακτική περιβαλλοντικής ευαισθητοποίησης. Η άυλη συνταγογράφηση δίνει τη δυνατότητα στους πάσχοντες από χρόνια νοσήματα να λαμβάνουν τη συνταγή εξ αποστάσεως, χωρίς δηλαδή την επίσκεψη στο θεράποντα ιατρό όπως διατυπώνεται στο άρθρο 49 της Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου (ΦΕΚ 68Α/20-03-2020: Κατεπείγοντα μέτρα για την αντιμετώπιση των συνεπειών του κινδύνου διασποράς του κορωνοϊού COVID-19, τη στήριξη της κοινωνίας και της επιχειρηματικότητας

και τη διασφάλιση της ομαλής λειτουργίας της αγοράς και της δημόσιας διοίκησης). Με αυτό τον τρόπο οι θεράποντες ιατροί μπορούν να επανεκδίδουν μηνιαίες ή επαναλαμβανόμενες συνταγές, που αφορούν σε σταθερή φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνουν οι χρονίως πάσχοντες και οι οποίες θα εκτελούνται στα φαρμακεία.



Εικόνα 10 Τα βήματα για την ενεργοποίηση της άυλης συνταγογράφησης

Πηγή: <https://howto.gov.gr/mod/book/view.php?id=111>

4.4.3 Οι εφαρμογές της τηλεϊατρικής

Με τον όρο τηλεϊατρική περιγράφεται «η παροχή ιατρικής περίθαλψης από απόσταση, σε περιπτώσεις κατά τις οποίες η απόσταση είναι κρίσιμος παράγοντας, από όλους τους επαγγελματίες του χώρου της Υγείας με την χρήση των Τεχνολογιών Πληροφοριών και Επικοινωνιών (ΤΠΕ), μέσω των οποίων γίνεται ανταλλαγή έγκυρων πληροφοριών για την διάγνωση, την θεραπεία και την πρόληψη ασθενειών, για την έρευνα και την αξιολόγηση, για την διά βίου εκπαίδευση των λειτουργιών Υγείας αλλά και για στοιχεία και δεδομένα τα οποία συμβάλλουν στην αναβάθμιση των υπηρεσιών της υγείας και της κοινωνίας». Ο παραπάνω ορισμός διατυπώθηκε από τον ΠΟΥ και αντανακλά τη συμβολή των σύγχρονων τεχνολογιών πληροφορικής στην αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας.

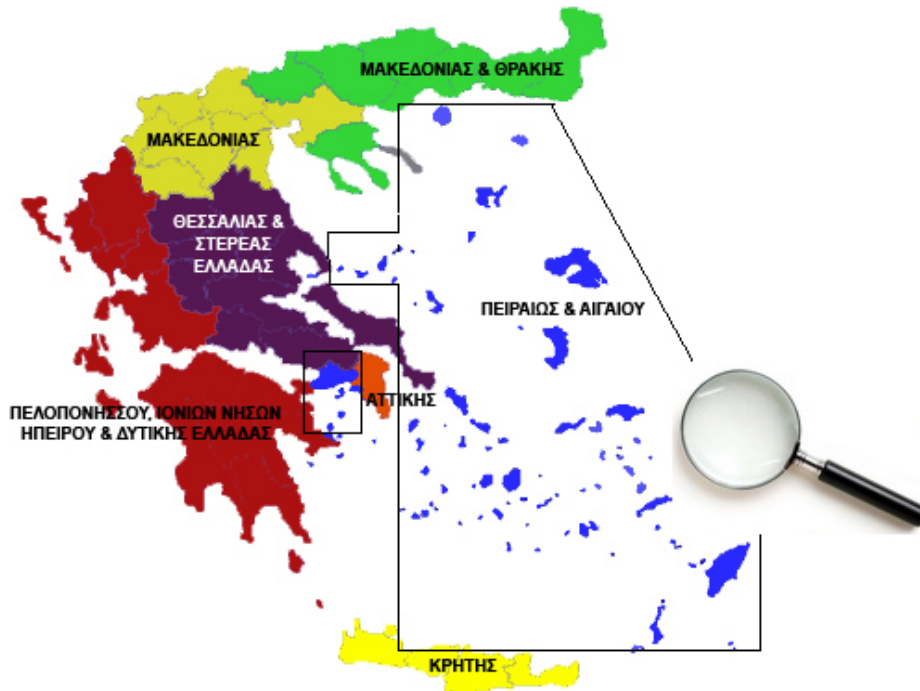
Το θεσμικό πλαίσιο σχετικά με την εφαρμογή της τηλεϊατρικής στην Ελλάδα περιλαμβάνει το Νόμο 3984/2011, στον οποίο αναφέρεται ότι «Οι υπηρεσίες Τηλεϊατρικής παρέχονται εφόσον υφίσταται η δυνατότητα και με ευθύνη του θεράποντος ιατρού που αντιμετωπίζει το εκάστοτε περιστατικό. Ο θεράπων ιατρός, για λόγους προστασίας των προσωπικών δεδομένων, είναι υπεύθυνος να ζητεί από τον ασθενή ή, εφόσον αυτό δεν είναι δυνατό, από συγγενή α' βαθμού την ενυπόγραφη έγκριση χρησιμοποίησης υπηρεσιών τηλεϊατρικής. Εάν αυτό δεν είναι εφικτό, τότε ο θεράπων ιατρός χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες Τηλεϊατρικής κατά την κρίση του. Οι οδηγίες των νοσοκομείων και των μονάδων υγείας που παρέχουν υπηρεσίες Τηλεϊατρικής είναι συμβουλευτικές και σε καμία περίπτωση υποχρεωτικές».

Σχετικά με τις εφαρμογές της τηλεϊατρικής έχει γίνει μια πολύ αξιόλογη προσπάθεια με τη δημιουργία του Εθνικού Δικτύου Τηλεϊατρικής (ΕΔΙΤ) στη 2^η Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου. Το ΕΔΙΤ περιλαμβάνει τριάντα σταθμούς τηλεϊατρικής ιατρού - ασθενούς, τοποθετημένους σε απομακρυσμένα σημεία των νησιών του Αιγαίου, σε Κέντρα Υγείας και Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, δώδεκα σταθμούς τηλεϊατρικής ιατρού-συμβούλου σε μεγάλα νοσοκομεία της 2ης ΥΠΕ, στα οποία περιλαμβάνονται τα πέντε Περιφερειακά Νοσοκομεία στη Ρόδο, τη Σάμο, τη Σύρο, τη Μυτιλήνη και τη Χίο, καθώς και 7 Νοσοκομεία που βρίσκονται στον νόμο Αττικής (Ασκληπιείο Βούλας, Τζάνειο Πειραιά, Θριάσιο Ελευσίνας, αντικαρκινικό νοσοκομείο Μεταξά στον Πειραιά, γενικό νοσοκομείο της Νίκαιας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αττικών και Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής), ένα σταθμό τηλεϊατρικής ιατρού-συμβούλου στο Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας, ένα κέντρο

δεδομένων που φιλοξενείται στην Κοινωνία της Πληροφορίας και ένα πληροφοριακό κέντρο το οποίο ανήκει στη 2η ΔΥΠΕ (ιστοσελίδα ΕΔΙΤ).

Το ΕΔΙΤ παρέχει απεριόριστες δυνατότητες στους πιστοποιημένους χρήστες του, με πρωταρχικό στόχο τη διευκόλυνση της καθημερινότητάς τους, αλλά και την εξυπηρέτηση των πολιτών. Η υπηρεσία της τηλεσυμβουλευτικής, έχει σκοπό να καλύψει τις ανάγκες των απομακρυσμένων νησιών με εξειδικευμένες ειδικότητες, όπως για παράδειγμα ειδικότητα ηπατολόγου και δερματολόγου. Με αυτό τον τρόπο, οι ιατροί που υπηρετούν στα νησιά, ταξινομούν τους ασθενείς σύμφωνα με την ειδικότητα που απαιτεί η περίπτωση του καθενός και ζητούν τηλε-ραντεβού από τα μεγάλα νοσοκομεία της 2ης ΥΠΕ. Από το συγκεκριμένο δίκτυο παρέχεται υπηρεσία τηλεψυχιατρικής, με τη συμμετοχή πιστοποιημένων ψυχιάτρων και ψυχολόγων, οι οποίοι υπηρετούν στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, στο τμήμα Ψυχιατρικής παιδιών και εφήβων του Γ.Ν. Βούλας «Ασκληπιείο», αλλά και στο Γ.Ν. Σύρου (ειδικότητα παιδοψυχιάτρου). Νέο και φιλόδοξο εγχείρημα αποτελεί η έναρξη τακτικών ιατρικών μέσω αυτού του συστήματος. Στο ΕΔΙΤ λειτουργούν τα τακτικά ιατρεία ηπατολογικό, διαβητολογικό και ενδοκρινολογικό, σε εβδομαδιαία βάση ή μια φορά το δεκαπενθήμερο. Ο στόχος είναι να ενταχθούν περισσότερα τακτικά ιατρεία στη λειτουργία του ΕΔΙΤ, αλλά και να καλυφθούν περισσότερες ειδικότητες. Το Μάρτιο του 2017 ενεργοποιήθηκε η διαδικασία παροχής συμβουλευτικών υπηρεσιών μέσω του ΕΔΙΤ για επείγοντα καρδιολογικά περιστατικά σε απομακρυσμένα νησιά (Σύμη, Κάσος, Σίφνος, Αμοργός και Οινούσσες) σε συνεργασία με την Καρδιολογική Κλινική του ΓΝΕ «Θριάσιο». Μέσω του δικτύου παρέχεται τηλεσυμβουλευτική η οποία είναι εξαιρετικά χρήσιμη και για τους αγροτικούς ιατρούς που υπηρετούν σε απομακρυσμένα μικρά νησιά. Επιπλέον παρέχεται τηλε-εκπαίδευση, με τη διεξαγωγή εκπαιδευτικών σεμιναρίων σε πραγματικό χρόνο από το ιατρικό προσωπικό του ΠΓΝ Αττικών και του ΓΝ Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων». Έτσι, οι ιατροί που βρίσκονται σε αγροτικές περιοχές μπορούν να ενημερώνονται για τις τελευταίες εξελίξεις της επιστήμης τους αλλά και των άλλων ειδικοτήτων, χωρίς τον περιορισμό της απόστασης. Το ΕΔΙΤ <https://edit.gov.gr/ypiresies/2-tileekpaidefsi> μπορεί να συμβάλλει σε δράσεις πρόληψης και ενημέρωσης τοπικών πληθυσμών, και ήδη από την έναρξη λειτουργίας του μέχρι και σήμερα έχουν υλοποιηθεί αρκετές τέτοιες δράσεις. Παραδείγματα τέτοιων δράσεων είναι η εκπαίδευση του μαθητικού πληθυσμού της περιοχής Άντισσας της Μυτιλήνης στη Βασική Υποστήριξη

Ζωής και τη χρήση αυτόματου εξωτερικού απινιδωτή και η δράση πρόληψης σε παιδιά και εφήβους της νήσου Ίου για θέματα ψυχικής υγείας.



Εικόνα 11 Χάρτης της 2^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Ελλάδος

Πηγή: google.com/search



Εικόνα 12 Το λογότυπο του ΕΔΙΤ και το εικονίδιο των ραντεβού μέσω τηλεϊατρικής

Πηγή: <https://www.2dype.gov.gr/programma-tileiatrikis>

4.4.4 Προβλήματα και αστοχίες της ΠΦΥ στην Ελλάδα

Η ΠΦΥ στην Ελλάδα υπήρξε για πολλά χρόνια το αντικείμενο διαφόρων νομοθετημάτων και συνεχών μεταρρυθμίσεων, χωρίς ωστόσο να αλλάζει ουσιαστικά και να ανταποκρίνεται στις αλλαγές του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος της. Οι περισσότερες μεταρρυθμίσεις έμειναν ημιτελείς και δεν επέφεραν τις επιθυμητές αλλαγές και βελτιώσεις. Το 1994 συντάχθηκε μια έκθεση από επιτροπή ξένων εμπειρογνομόνων σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, σύμφωνα με την οποία το ελληνικό σύστημα υγείας παρουσιάζει πολλά λειτουργικά και οργανωτικά προβλήματα, καθώς ο στόχος των υπηρεσιών του είναι η αντιμετώπιση των διαφόρων ασθενειών και όχι η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας. Η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας εκτιμάται σε πολύ χαμηλά επίπεδα και οι πολίτες αναζητούν λύσεις στον ιδιωτικό τομέα, με την ανάλογη οικονομική επιβάρυνση (Σουλιώτης και συν, 2013; Siempis et al, 2014; Φρεγγίδου και συν, 2016). Τα προβλήματα και οι αστοχίες της ΠΦΥ στην Ελλάδα αφορούν στο σχεδιασμό, στην οργάνωση και στη λειτουργία της και είναι τα παρακάτω (Lionis et al, 2019; Ναούμ, 2020; Philalithis, 2021):

- οι πολλαπλές αλλαγές και μεταρρυθμίσεις που έχουν θεσμοθετηθεί, οι οποίες είναι πολύ δύσκολο να εφαρμοστούν με επιτυχία, ιδιαίτερα σε περίοδο οικονομικής κρίσης και σημαντικού περιορισμού των διαθέσιμων πόρων (Philalithis, 2021)
- η έλλειψη ενός συστηματικού μηχανισμού εισόδου των πολιτών στο σύστημα υγείας, με την ΠΦΥ ως πρώτο βήμα και μετά την παραπομπή τους σε άλλες δομές υγείας, όταν και όπου απαιτείται. Ενώ θεωρητικά η ΠΦΥ συνιστά το πρώτο σημείο επαφής των πολιτών με το σύστημα υγείας, ουσιαστικά δεν αποτελεί φίλτρο προς τη δευτεροβάθμια φροντίδα και οι πολίτες απευθύνονται στα νοσοκομεία για την εξυπηρέτησή τους. Συνέπεια αυτού είναι και η ΠΦΥ να υπολειτουργεί και το επίπεδο δευτεροβάθμιας φροντίδας να παρουσιάζει δυσανάλογο φόρτο εργασίας (Philalithis, 2021).
- η απουσία συντονισμού τόσο μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων φροντίδας, όσο και μεταξύ των διαφόρων δομών της ΠΦΥ. Υπάρχει μεγάλος αριθμός διαφορετικών δομών και φορέων για την παροχή της πρωτοβάθμιας φροντίδας, καθένας από τους οποίους λειτουργεί σύμφωνα με διαφορετικό οργανωτικό πλαίσιο, διοίκηση και διαδικασίες. Αποτέλεσμα είναι ένα σύστημα που χαρακτηρίζεται από πολυδιάσπαση και κατακερματισμό, χωρίς κεντρικό σχεδιασμό και συντονισμό, το οποίο δεν μπορεί να

εκπληρώσει το έργο για το οποίο προορίζεται (Καραγιάννη et al, 2017; Platis and Kyritsi, 2019).

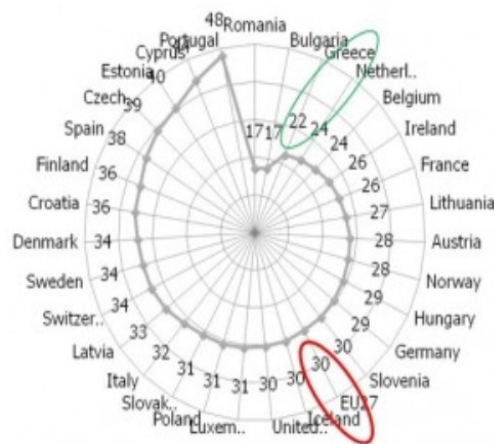
- η διαφοροποίηση στη διαθεσιμότητα, την προσβασιμότητα και την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών που παρατηρείται στο δίκτυο της ΠΦΥ μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών. Επιπρόσθετα δεν έχουν ληφθεί υπόψη εξειδικευμένες ανάγκες που υπάρχουν σε ορισμένες περιοχές, λόγω υποβάθμισης του φυσικού περιβάλλοντος, ρύπανσης του αέρα, έκθεσης του πληθυσμού σε παράγοντες κινδύνου λόγω επαγγελματικής δραστηριότητας (όπως ρύποι και βαρέα μέταλλα σε βιομηχανική περιοχή, λιπάσματα και χημικές ουσίες σε περιοχές με αγροτικές δραστηριότητες) (Reath et al, 2019).
- η απουσία οργανωμένου σχεδίου με στόχο την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας. Μέχρι σήμερα υλοποιείται μικρός αριθμός τέτοιων δράσεων οι οποίες είναι αποσπασματικές (Παπαχατζή και Μέντης, 2021).
- η πλημμελής διαχείριση των πασχόντων από χρόνια νοσήματα. Μέχρι σήμερα εφαρμόζεται το νοσοκεντρικό υπόδειγμα διαχείρισης, με έμφαση στη διαχείριση των οξέων εξάρσεων της νόσου και απουσία συστηματικής παρακολούθησης με εκπαίδευση και συμμετοχή του ασθενούς στη διαχείριση της χρονίας νόσου του.
- η έλλειψη συμμετοχής των πολιτών στις αποφάσεις. Η συμμετοχή της κοινότητας θεωρείται από τις πιο σημαντικές συνιστώσες της λειτουργίας της ΠΦΥ, αλλά πρακτικά παραμένει ανεφάρμοστη. Ορισμένες μελέτες στη βιβλιογραφία συμπεραίνουν ότι ακόμη και στις χώρες που εφαρμόζεται, συνεισφέρει ελάχιστα τη λήψη αποφάσεων. Επιπλέον η συμμετοχή της κοινότητας περιορίζεται σε θέματα προαγωγής της υγείας και όχι σε θέματα σχεδιασμού και στρατηγικής για τις παρεχόμενες φροντίδες (Gibbons et al, 2016; Haldane et al, 2019; Haricharan et al, 2021). Ουσιαστική συμμετοχή έχει αναφερθεί στη Βραζιλία, όπου η συμμετοχή της κοινότητας γίνεται μέσω των δημοτικών συμβουλίων υγείας, τα οποία διαμορφώνουν τις αποφάσεις που την αφορούν (Bispro et al, 2021).
- η υποστελέχωση των δομών της ΠΦΥ και η ανισοκατανομή του προσωπικού στις διάφορες δομές της. Παρατηρούνται αθρόες συνταξιοδοτήσεις, μεταθέσεις, αποσπάσεις και γενικά μετακινήσεις του προσωπικού όλων των κατηγοριών που στελεχώνει τις δομές της ΠΦΥ. Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι η αναποτελεσματική και αποσπασματική της λειτουργία.

- η έλλειψη ενός πλαισίου εκπαίδευσης εναρμονισμένης με τα καθήκοντα και τις υπηρεσίες που παρέχει το προσωπικό της ΠΦΥ, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται διαφορές στο υπόβαθρο μεταξύ των εργαζομένων, έλλειμα δεξιοτήτων και το προσωπικό να παρεμένει σε ρόλους παραδοσιακούς και περιορισμένους (Mourtzikou et al, 2015).
- η ακαταλληλότητα των υποδομών και των εγκαταστάσεων, οι οποίες δεν έχουν συντηρηθεί, ανακαινισθεί και διαμορφωθεί με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι λειτουργικές για ασθενείς και εργαζόμενους
- η αδικαιολόγητα μεγάλη οικονομική επιβάρυνση που είχε παρατηρηθεί μέχρι πρόσφατα από την ανεξέλεγκτη συνταγογράφηση φαρμάκων, διαγνωστικών και απεικονιστικών εξετάσεων
- η υποχρηματοδότηση με τις συνεπαγόμενες δυσκολίες στις προμήθειες, στα λειτουργικά έξοδα των μονάδων και στις αποζημιώσεις του προσωπικού, ιδιαίτερα μετά το 2008 με την οικονομική κρίση που έπληξε τη χώρα
- η ασυνέχεια στη φροντίδα υγείας, η οποία παρατηρείται από την έλλειψη συστηματικού τρόπου τήρησης του ιατρικού ιστορικού. Το κενό αυτό καλείται να καλύψει ο ΑΗΦΥ
- η απουσία στοχοθεσίας και δεικτών παρακολούθησης της επίτευξης των στόχων με ποσοτικά μεγέθη, ώστε να μπορεί να αξιολογείται η παρεχόμενη φροντίδα
- η απουσία ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων και η απουσία ηλεκτρονικής διασύνδεσης μεταξύ των διαφόρων δομών και επιπέδων παροχής φροντίδας
- η απουσία συστημάτων ποιότητας καθώς και αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών με ποσοτικούς και τεκμηριωμένους δείκτες
- ο πολύ μικρός αριθμός υπηρεσιών αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης
- ο πολύ μικρός αριθμός υπηρεσιών επισκέψεων και φροντίδας στο σπίτι, με αποτέλεσμα άτομα με προχωρημένα χρόνια νοσήματα, πολλαπλή νοσηρότητα, ευπάθεια και αναπηρίες, εξαρτημένα πλήρως από το οικογενειακό και συγγενικό περιβάλλον, να μένουν χωρίς συστηματική παρακολούθηση και υποστήριξη (Αλεξιάς και Φλάμου, 2017)
- οι ανεπαρκείς και απαρχαιωμένες πρακτικές διοίκησης, οι οποίες ασκούνται από άτομα χωρίς το ανάλογο υπόβαθρο και τις απαιτούμενες δεξιότητες, καθώς και η κομματική μορφή διοίκησης και οι συνδικαλιστικές πιέσεις στη λήψη αποφάσεων
- οι αντιδράσεις του προσωπικού σχετικά με την αξιολόγηση του και η απουσία της αντίστοιχης κουλτούρας

- η περιορισμένη χρήση νέων τεχνολογιών και οι δυσκολίες στην προμήθεια και αντικατάσταση του εξοπλισμού
- η απουσία πρωτοκόλλων ιατρικών πράξεων και φαρμάκων και η έλλειψη κατευθυντήριων οδηγιών διαχείρισης ασθενών
- το χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και η έλλειψη εμπιστοσύνης προς το σύστημα
- οι παθογένειες που παρουσιάζει το ΕΚΑΒ ως προς τον αριθμό και την παλαιότητα των οχημάτων, τη στελέχωση τους, τις καθυστερήσεις που παρατηρούνται στις διακομιδές και την έλλειψη συντονισμού στη λειτουργία του
- οι ανισότητες στην πρόσβαση, το είδος και την ποιότητα της παροχής των υπηρεσιών, που δημιουργούν στους πολίτες το αίσθημα της αδικίας
- ο αυξημένος χρόνος αναμονής και ο συνωστισμός που δημιουργείται σε πολλά ιατρεία
- η περιορισμένη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών κατά τις απογευματινές και βραδινές ώρες και τις αργίες, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να αναγκάζονται να προσφύγουν στα νοσοκομεία (Keizer et al, 2015; Galanis et al, 2019)
- η ανυπαρξία μηχανισμών ελέγχου, ιδιαίτερα στη συνταγογράφηση και στις παραπομπές σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα για εξετάσεις υψηλού κόστους
- η έλλειψη όρων και προδιαγραφών εποπτείας και ελέγχου της λειτουργίας του ιδιωτικού τομέα που παρέχει πρωτοβάθμιες υπηρεσίες
- η πλημμελής λειτουργία της υπηρεσίας προσυνεννόησης, που συνεισφέρει στη βελτίωση της εξυπηρέτησης των χρηστών και του περιορισμού του χρόνου αναμονής στα ιατρεία.
- η απουσία υπηρεσίας παροχής πληροφοριών που στελεχώνεται από διοικητικό προσωπικό, με στόχο την παροχή πληροφοριών προς τους χρήστες, καθώς και τη διαχείριση παραπόνων και υποδείξεων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες
- η έλλειψη μηχανισμού αξιολόγησης της λειτουργίας των Κέντρων Υγείας
- η αποσπασματική διενέργεια των εμβολιασμών, χωρίς να γίνεται εκτίμηση του ποσοστού κάλυψης του πληθυσμού
- η συγκέντρωση ή η έλλειψη δομών σε συγκεκριμένες γεωγραφικές περιοχές
- η απουσία κατάρτισης και εκπαίδευσης του προσωπικού στελέχωσης των μονάδων ΠΦΥ για το ρόλο της ΠΦΥ στο σύστημα υγείας

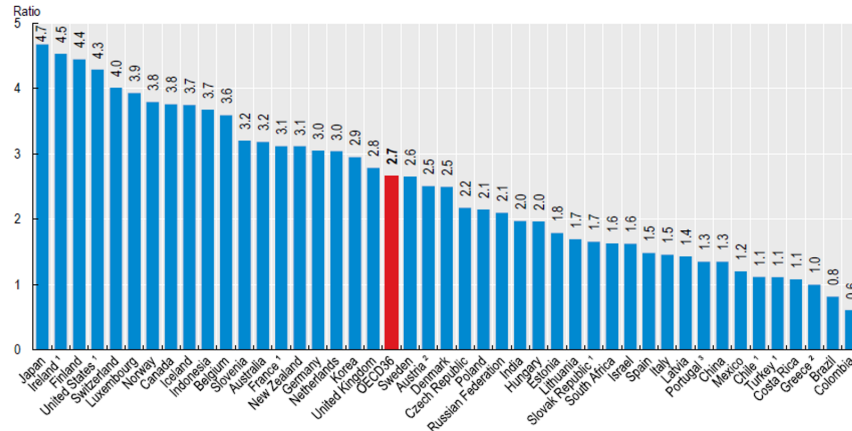
- η απουσία καταγραφής των επιδημιολογικών και νοσολογικών προτύπων του πληθυσμού
- η αδυναμία διαθεσιμότητας των δομών στο χρόνο που ζητούνται

Συνοψίζοντας μπορούμε να πούμε ότι παρατηρούνται παθογένεις στο σχεδιασμό, την οργάνωση, τη λειτουργία και τις διαδικασίες της ΠΦΥ και ότι η ανάγκη για αναμόρφωση είναι προφανής. Το σημαντικότερο πρόβλημα είναι ο κατακερματισμός των υπηρεσιών και η έλλειψη διασύνδεσης. Μόνο με τη δημιουργία ενός δικτύου συνεργασίας θα μπορέσει να γίνει εφικτή η προαγωγή και η πρόληψη της υγείας του πληθυσμού. Ο επανασχεδιασμός της ΠΦΥ με βάση πληθυσμιακά και γεωγραφικά κριτήρια, καθώς και με συστηματικό έλεγχο και λειτουργία βάσει διεθνών οδηγιών στην αντιμετώπιση των ασθενειών, είναι απαραίτητος ώστε να υπάρχει ισότιμη πρόσβαση όλου του πληθυσμού. Προφανής είναι και η ανάγκη ανασχεδιασμού του δικτύου του ΕΚΑΒ, ως παρόχου γρήγορης και αποτελεσματικής επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας. Σημαντικός παράγων σε όλη την προσπάθεια αναμόρφωσης της ΠΦΥ είναι το ανθρώπινο δυναμικό και η δημιουργία της διεπιστημονικής ομάδας, η οποία θα συμμετέχει σε συνεχιζόμενη εκπαίδευση για να παρέχει επικαιροποιημένη και αποτελεσματική φροντίδα υγείας.



Εικόνα 13 Χρηματοδότηση της ΠΦΥ στην Ελλάδα και τις χώρες της ΕΕ. Η Ελλάδα κατέχει την τρίτη θέση από το τέλος, σε ότι αφορά στη δαπάνη στην ΠΦΥ, με ποσοστό 22%, έναντι 30% κατά μέσο όρο στις χώρες της ΕΕ.

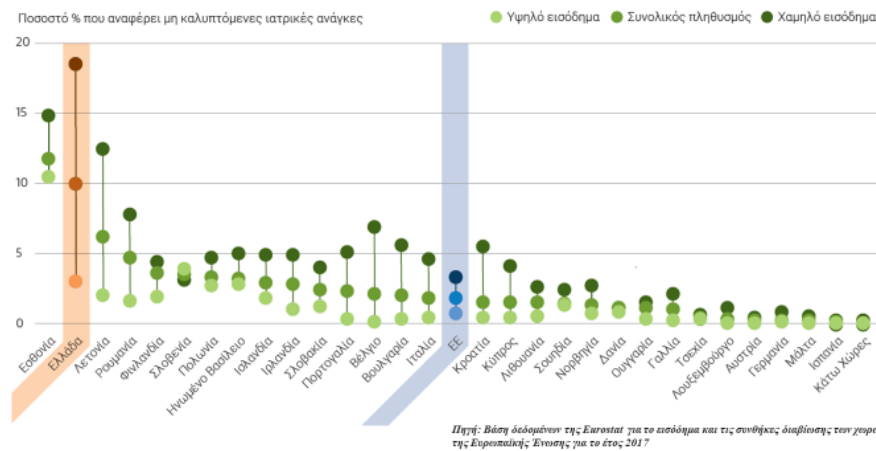
Πηγή: iatropedia.gr



Source: OECD Health Statistics 2019.
<https://doi.org/10.1787/888934017405>

Εικόνα 14 Αναλογία του αριθμού Ιατρών και Νοσηλευτών στην Ελλάδα, η οποία είναι ίση με 1 έναντι του 2.7 που είναι ο μέσος όρος των χωρών του OECD. Τα στοιχεία για την Ελλάδα, αναφέρονται σε ιατρούς και νοσηλευτές που εργάζονται στα νοσοκομεία.

Πηγή <https://crapadopoulos.gr/>



Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat για το εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσης των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης για το έτος 2017

Εικόνα 15 Ποσοστό των μη καλυπτόμενων υγειονομικών αναγκών στις χώρες της ΕΕ το έτος 2017. Το ποσοστό για την Ελλάδα ανέρχεται σε 10% του πληθυσμού, ανάλογα και με το ατομικό εισόδημα, ενώ ο μέσος όρος στις χώρες της ΕΕ είναι 2%.

Πηγή: <https://crapadopoulos.gr/>

4.4.5 Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών της ΠΦΥ στην Ελλάδα

Η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών της ΠΦΥ στην Ελλάδα είναι αποσπασματική. Με το δεδομένο ότι η ΠΦΥ είναι το πρώτο σημείο επαφής των ασθενών με το σύστημα υγείας, η γνώμη τους, η οποία εμπεριέχει την εμπειρία τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε σχέση με τις αξίες και τις προσδοκίες τους, είναι ένα πολύ σημαντικό εργαλείο για την αξιολόγηση της απόδοσης και μπορεί να βοηθήσει στον περιορισμό των λιγότερο επιτυχημένων πρακτικών και να επηρεάσει θετικά προς την κατεύθυνση της βελτίωσης.

Η ποιότητα των υπηρεσιών της ΠΦΥ και η ικανοποίηση των χρηστών βρίσκονται σε χαμηλά επίπεδα, όπως έχει εκτιμηθεί από αρκετές μελέτες. Οι ασθενείς επιθυμούν να γνωρίζουν τον ιατρό στον οποίο θα εμπιστευθούν τη φροντίδα τους και θα ήθελαν να τους διατίθεται ο απαιτούμενος χρόνος για να ρωτήσουν απορίες και να συζητήσουν μαζί του. Δηλώνουν ότι δεν είναι ικανοποιημένοι από το χρόνο που τους διατίθεται, ώστε να δημιουργηθεί μια σχέση οικειότητας με το γιατρό. Επιπλέον εκφράζουν παράπονα και χαμηλό ποσοστό ικανοποίησης σε σχέση με την συμπεριφορά εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας (Lionis et al, 2019). Σύμφωνα με τη μελέτη των Kringos και συνεργατών, η ποιότητα των υπηρεσιών ΠΦΥ στη χώρα μας είναι σε χαμηλότερο επίπεδο σε όλες τις διαστάσεις που αξιολογήθηκαν, όπως η πρόσβαση, η ολοκληρωμένη φροντίδα και η συνέχεια στη φροντίδα, σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης (Kringos et al, 2013). Στην ίδια μελέτη αναφέρεται ότι υπάρχει μεγάλη δυσκολία στην επικοινωνία με τον χρήστη των υπηρεσιών και μεγάλη δυσλειτουργία λόγω ελλειπών διασύνδεσης (Groenewegen and Jurgutis, 2013, Oikonomou et al, 2016, Τούντας, 2020).

Η συνέχεια της φροντίδας, δηλαδή η παρακολούθηση του ασθενούς από το ίδιο πρόσωπο ή από την ίδια ομάδα επιστημόνων μέσα στον χρόνο, καθώς εξελίσσεται η ηλικία, η υγεία του αλλά και το εξωτερικό περιβάλλον, δεν επιτυγχάνεται σε κανένα από τα επίπεδα φροντίδας, συμπεριλαμβανομένης και της ΠΦΥ (Τούντας, 2020; Papakosta-Gaki et al, 2022). Η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών δεν αξιολογείται ούτε σε επίπεδο δομής, ούτε σε συνολικό επίπεδο, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει σαφής και τεκμηριωμένη εκτίμηση για το έργο που επιτελείται. Η λογοδοσία ούτε καθορίζεται πάντα με σαφήνεια, ούτε αξιολογείται.

Η ποιότητα της ΠΦΥ θα πρέπει να αξιολογείται με αντικειμενικούς, ποσοτικούς, επίκαιρους και ορθά επιλεγμένους δείκτες. Επιπλέον οι δείκτες θα πρέπει να είναι και

διαχρονικοί ώστε να επιτρέπουν συγκρίσεις με προηγούμενα έτη (Rotar et al, 2016; Wenhua et al, 2019; Athanasiadou et al, 2020). Σε πολλές περιπτώσεις, οι δείκτες πάνω στους οποίους βασίζεται η χάραξη πολιτικής είναι ανεπαρκείς και δεν περιλαμβάνουν διαστάσεις όπως η κλινική απόδοση, ο φόρτος εργασίας, η ικανοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού, η αποτελεσματικότητα και η συνάφεια της εκπαίδευσης του προσωπικού με το επιτελούμενο έργο. Η αξιολόγηση της ποιότητας είναι επιβεβλημένο να ενσωματώνεται συστηματικά στο σχεδιασμό των υπηρεσιών. Η οπτική των ασθενών συνεισφέρει στην αντικειμενική καταγραφή της υπάρχουσας κατάστασης αλλά και στην ανίχνευση νέων αναγκών, όπως μεγαλύτερη ζήτηση για φροντίδα στο σπίτι, ζήτηση για εξειδικευμένη φροντίδα, ζήτηση για φροντίδα παιδιών και εφήβων και άλλες ανάγκες.

4.5 Ανάλυση SWOT

Η ανάλυση SWOT είναι ένα χρήσιμο εργαλείο στρατηγικού σχεδιασμού, το οποίο βοηθάει τους οργανισμούς που παρέχουν υπηρεσίες υγείας να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις, με σκοπό την παροχή περισσότερο ποιοτικών και αποδοτικών υπηρεσιών στοχεύοντας στην ικανοποίηση των χρηστών και στη μείωση των δαπανών (Dargahi, 2019; Pilote et al, 2022). Το αρτικόλεξο SWOT προκύπτει από τις αγγλικές λέξεις: strengths, weaknesses, opportunities, threats, με αντίστοιχη απόδοση των όρων στην ελληνική γλώσσα δυνατά σημεία, αδύναμα σημεία, ευκαιρίες, απειλές. Για να εκπονηθεί μια ανάλυση αυτού του τύπου πρέπει να ληφθούν υπόψη όλα τα χαρακτηριστικά του εσωτερικού και του εξωτερικού περιβάλλοντος ενός οργανισμού ή μιας υπηρεσίας. Τα δυνατά και τα αδύναμα σημεία αφορούν στο εσωτερικό περιβάλλον, ενώ οι ευκαιρίες και οι απειλές στο εξωτερικό περιβάλλον.

Στα δυνατά σημεία θα μπορούσαν να ληφθούν υπόψη όλα τα συγκριτικά πλεονεκτήματα μιας υπηρεσίας, τα οποία θα πρέπει να αξιοποιηθούν και να καταβληθεί προσπάθεια διατήρησης και περαιτέρω ανάπτυξής τους, όπως η εύκολη πρόσβαση, το έμπειρο και εξειδικευμένο προσωπικό, το σύγχρονο επίπεδο τεχνολογικού και βιοϊατρικού εξοπλισμού, και η δέσμευση της διοίκησης για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. Στα αδύναμα σημεία μπορούν να συμπεριληφθούν όλα τα χαρακτηριστικά για τα οποία θα πρέπει να ληφθούν μέτρα βελτίωσης, όπως η υποστελέχωση, η έλλειψη εξοπλισμού πληροφορικής, το ασαφές καθηκοντολόγιο και η

προσήλωση σε πεπαλαιωμένες αρχές διοίκησης. Στις ευκαιρίες μπορούν να συμπεριληφθούν οι παράγοντες οι οποίοι πρέπει να αξιοποιηθούν μέσα από κατάλληλες στρατηγικές για την επίτευξη των στόχων, όπως οι καλές πρακτικές και τα σύγχρονα εργαλεία διοίκησης που εφαρμόζονται σε άλλες χώρες ή άλλες υπηρεσίες, η εφαρμογή και λειτουργία συστημάτων διασφάλισης ποιότητας, η συμμετοχή της κοινότητας στις αποφάσεις και οι νέοι τρόποι χρηματοδότησης. Τέλος, στις απειλές περιλαμβάνονται οι παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν σε απόκλιση από τους στόχους, αν δεν ληφθούν μέτρα αντιμετώπισής τους, όπως είναι η οικονομική, η κρίση αξιών, η αλλαγή επιδημιολογικού προτύπου του πληθυσμού, η αύξηση του αριθμού των χρηστών και άλλα.

Στην εικόνα που παρατίθεται παρουσιάζεται μια σχηματική και αδρομερής προσέγγιση της ανάλυσης αυτού του τύπου. Η εφαρμογή της για τη λειτουργία της ΠΦΥ μπορεί να γίνει είτε σε επίπεδο χώρας, είτε σε επίπεδο περιφέρειας, δομής, τύπου φροντίδας, αναγκών συγκεκριμένου πληθυσμού, καθώς και σε σχέση με οποιαδήποτε άλλη διάσταση της ΠΦΥ.

<p>A. Δυνατά σημεία-Πλεονεκτήματα (Strengths)</p>	<p>B. Αδυναμίες-Μειονεκτήματα (Weaknesses)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Υπάρχον θεσμικό πλαίσιο • Αναγνωρισμένη ειδικότητα οικογενειακού ιατρού • ΑΗΦΥ • Ηλεκτρονική συνταγογράφηση • Τηλεϊατρική • Δέσμευση της διοίκησης 	<ul style="list-style-type: none"> • Έλλειψη αποκέντρωσης • Έλλειψη διασύνδεσης δομών • Υποστελέχωση • Καθυστερήσεις στις παραγγελίες αντιδραστηρίων, αναλωσίμων, γραφικής ύλης, υγειονομικού υλικού • Έλλειψη κουλτούρας αλλαγών
<p>Γ. Ευκαιρίες (Opportunities)</p>	<p>Δ. Απειλές (Threats)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Εφαρμογή τεχνολογιών πληροφορικής • Εφαρμογή συστημάτων διασφάλισης της ποιότητας • Νέοι τρόποι χρηματοδότησης 	<ul style="list-style-type: none"> • Αύξηση απαιτήσεων των χρηστών • Αναδυόμενα νοσήματα • Γήρανση του πληθυσμού • Αύξηση περιστατικών νεοπλασίας

Εικόνα 16 Σχηματική παράσταση ανάλυσης SWOT (προσαρμογή σύμφωνα με δεδομένα από τη βιβλιογραφία)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ

Οι οικογενειακός ιατρός θεωρείται το θεμέλιο για τη λειτουργία της ΠΦΥ, γύρω από το οποίο οργανώνεται και παρέχεται η φροντίδα υγείας. Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού υιοθετήθηκε από πολλές χώρες του κόσμου, με αρκετές ωστόσο διαφοροποιήσεις μεταξύ τους. Τα προηγούμενα χρόνια, τα καθήκοντα του οικογενειακού ιατρού είχαν ανατεθεί σε ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, αλλά σταδιακά επικράτησε η ανάθεση τους στους ιατρούς γενικής ιατρικής ή general practitioners, σύμφωνα με τη διεθνή ορολογία. Έχει επικρατήσει να χρησιμοποιούνται οι δυο όροι ως συνώνυμοι, όμως πρέπει να υπογραμμίσουμε ότι ο όρος ιατρός γενικής ιατρικής αφορά στην ιατρική εξειδίκευση και ο όρος οικογενειακός ιατρός τον τρόπο άσκησης του ιατρικού έργου (Lam, 2016; Jamouille et al, 2017).

Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει η American Academy of Family Physicians «η οικογενειακή ιατρική είναι η ιατρική ειδικότητα που παρέχει συνεχή και ολοκληρωμένη υγειονομική περίθαλψη για το άτομο και την οικογένεια. Είναι μια ειδικότητα σε εύρος που ενσωματώνει τις βιολογικές, κλινικές και συμπεριφορικές επιστήμες. Το πεδίο εφαρμογής της οικογενειακής ιατρικής περιλαμβάνει όλες τις ηλικίες, και τα δύο φύλα, κάθε σύστημα οργάνων και κάθε οντότητα ασθένειας.»

5.1 Ιστορική εξέλιξη του θεσμού

Η πρώτη δράση που σχετίζεται με το θεσμό του οικογενειακού ιατρού χρονολογείται το 1967 με την ίδρυση της Union Européenne des Médecins Omnipraticiens/Médecins de Famille (UEMO) στο Παρίσι. Συνιστά μια προσπάθεια οργάνωσης των γενικών ιατρών, οι οποίοι αρχίζουν να συμμετέχουν σταδιακά στη λήψη αποφάσεων που αφορούν στην ΠΦΥ. Στο καταστατικό ίδρυσης της ένωσης αναφέρονται οι βασικές αρχές λειτουργίας της, οι πηγές χρηματοδότησης και χορηγείας, οι συνεργασίες με άλλα ενδιαφερόμενα μέρη και η ρήτρα κατά της διαφθοράς. Το 1969 ο θεσμός αναγνωρίζεται επίσημα στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και το ίδιο έτος ιδρύεται ο οργανισμός American Board of Family Medicine.

Η δεύτερη σημαντική δράση έγινε το 1972 στη Σιγκαπούρη με την ίδρυση της World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General

Practitioners-Family Physicians (WONCA). Η WONCA διαθέτει πολλά παραρτήματα σε ολόκληρο τον κόσμο και συνεργάζεται στενά με τον ΠΟΥ. Ο Ευρωπαϊκός κλάδος της οργάνωσης συνέταξε το 1974 το κείμενο «Ο Γενικός Ιατρός στην Ευρώπη». Το 1978 γίνεται εκτενής αναφορά σχετικά με τον οικογενειακό ιατρό στη διεθνή συνδιάσκεψη της Alma-Ata. Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό ορισμό της γενικής - οικογενειακής ιατρικής (WONCA 2002), η γενική ιατρική αποτελεί έναν ακαδημαϊκό και επιστημονικό κλάδο με το δικό του διακριτό εκπαιδευτικό περιεχόμενο, έρευνα, βάση επιστημονικών δεδομένων και κλινική δραστηριότητα και αποτελεί μία κλινική ειδικότητα προσανατολισμένη προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Wartman, 2017; Rouleau, 2020).

Μετά από πολλές προσπάθειες και μεταρρυθμίσεις στην ονομασία, το καθηκοντολόγιο και τα προγράμματα σπουδών, σήμερα η ειδικότητα της γενικής - οικογενειακής ιατρικής είναι αναγνωρισμένη σε όλα τα συστήματα φροντίδας υγείας παγκοσμίως και αποτελεί μια διακρως εξελισσόμενη σύγχρονη ειδικότητα με αυξανόμενη σημασία για τη λειτουργία της ΠΦΥ.

5.2 Η ιστορική εξέλιξη του θεσμού στην Ελλάδα

Η πρώτη αναφορά για το θεσμό του οικογενειακού ιατρού στην Ελλάδα γίνεται στον ιδρυτικό νόμο του Εθνικού Συστήματος Υγείας 1397/1983. Στα χρόνια που ακολούθησαν οι νόμοι 2519/1997, 3235/2004 και 4238/2014 επίσης αναφέρονται στο θεσμό και στα ζητήματα της εφαρμογής του. Η ιδιαίτερη βαρύτητα του ρόλου του οικογενειακού ιατρού διατυπώνεται στο νόμο 4486/2017, στον οποίο προβλέπεται η ίδρυση των ΤΟΜΥ. Ο νόμος αναφέρει ότι αυτές *«λειτουργούν ως ομάδες οικογενειακής ιατρικής, με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης και έχουν ως σκοπό την παροχή, φροντίδας υγείας σύμφωνα με τους ακόλουθους ενδεικτικούς άξονες...»*. Η επίσημη ονομασία στην ειδικότητα της οικογενειακής ιατρικής δόθηκε το 2019 με την Υπουργική Απόφαση Γ5α/ΓΠοικ.45856/12-6-2019 «Εκπαίδευση στην Ιατρική Ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής». Επιπρόσθετα η ομάδα εργασίας του ΚΕΣΥ για την ειδικότητα της γενικής ιατρικής ολοκλήρωσε και κατέθεσε στο ΚΕΣΥ το 2019 το πρόγραμμα και το περιεχόμενο της εκπαίδευσης στη γενική-οικογενειακή ιατρική, το βιβλιάριο εκπαίδευσης ειδικευόμενων στη γενική-οικογενειακή ιατρική, προτάσεις για τον συντονισμό της

εκπαίδευσης και προτάσεις σχετικά με την εναλλαγή (rotation) των ειδικευόμενων στα επιμέρους αντικείμενα της ειδικότητας (Ιατρική Εταιρεία Αθηνών).

5.3 Τα καθήκοντα του οικογενειακού ιατρού

Τα καθήκοντα του οικογενειακού ιατρού περιγράφονται αναλυτικά στη σύμβαση που υπογράφει ο ίδιος προκειμένου να εργαστεί στην ΠΦΥ. Στα πλαίσια της άσκησης του επιστημονικού του έργου, ο οικογενειακός ιατρός που φροντίζει τον ενήλικο πληθυσμό, παρέχει τις παρακάτω φροντίδες υγείας (ΕΟΠΥΥ):

- διαγιγνώσκει θέματα υγείας του ατόμου και εντοπίζει τις πιθανές αιτίες τους
- επιλύει και χειρίζεται συνήθη προβλήματα υγείας
- συνδιαχειρίζεται με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων τους πάσχοντες από χρόνια νοσήματα και από διαταραχές ψυχικής υγείας
- συμβάλλει στην αντιμετώπιση της πολυφαρμακίας
- μεριμνά για τη φροντίδα των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρία,
- διασφαλίζει την παροχή υπηρεσιών ανακουφιστικής-παρηγορητικής αγωγής και φροντίδας
- συμβάλει στην ψυχοκοινωνική ευεξία στο πλαίσιο των αναγκών του ασθενούς, της οικογένειάς του και του πληθυσμού μιας γεωγραφικά προσδιορισμένης περιοχής
- συμβάλλει στο συντονισμό και στη συνέχεια της φροντίδας υγείας, στην παραπομπή στα άλλα επίπεδα του συστήματος υγείας και σε εξειδικευμένες υπηρεσίες φροντίδας υγείας
- λαμβάνει, διατηρεί και ανανεώνει το ατομικό ιστορικό υγείας και τις συνήθειες ζωής του ατόμου, που σχετίζονται με αυτήν και να τα καταχωρεί στον ΑΗΦΥ
- παραπέμπει τους ασθενείς σε ιατρούς ειδικοτήτων
- υλοποιεί προγράμματα αγωγής και προαγωγής υγείας στην κοινότητα σε συνεργασία με τα λοιπά μέλη της ομάδας υγείας (όπως ορίζεται στο άρθρο 7 του Ν.4486/2017) και με τοπικές αρχές, και άλλους φορείς της κοινότητας. Ο σκοπός και οι στόχοι του κάθε προγράμματος, καθώς και το πλαίσιο συνεργασίας, καθορίζονται με βάση την εκτίμηση αναγκών υγείας της κοινότητας καθώς και τις επιμέρους ανάγκες των συνεργαζόμενων φορέων

Στα πλαίσια της άσκησης του επιστημονικού του έργου, ο οικογενειακός ιατρός ειδικότητας παιδιατρικής για τον παιδικό πληθυσμό, παρέχει τις παρακάτω φροντίδες υγείας (ΕΟΠΥΥ):

- παρέχει συστηματική, σφαιρική και διαχρονική παρακολούθηση της υγείας παιδιών και εφήβων
- αντιμετωπίζει ασθένειες και διαχειρίζεται προβλήματα υγείας που εμπίπτουν στα έκτακτα, τα επείγοντα και τα χρόνια περιστατικά
- υλοποιεί εμβολιασμούς, φυματινοαντιδράσεις και ελέγχει την εμβολιαστική κάλυψη
- υποστηρίζει τις μητέρες σε θέματα θηλασμού και σίτισης του βρέφους, αλλά και της γενικότερης φροντίδας του
- πραγματοποιεί προληπτικό έλεγχο παιδιών και εφήβων με ανάπτυξη και εφαρμογή καθολικών ανιχνευτικών προγραμμάτων ή επιλεκτικών λόγω παρουσίας επιβαρυντικών παραγόντων στο ιστορικό του παιδιού ή της οικογένειας, με βάση κατευθυντήριες οδηγίες
- ενσωματώνει την αναπτυξιακή παρακολούθηση και την εκτίμηση δυσκολιών και προβλημάτων συμπεριφοράς
- τηρεί το φύλλο ιατρικής εξέτασης για το ατομικό δελτίο υγείας μαθητή, συμπληρώνει το δελτίο και χορηγεί τις βεβαιώσεις υγείας
- πραγματοποιεί κατ' οίκον επισκέψεις σε νεογέννητα και φροντίδα μη περιπατητικών παιδιών με χρόνιες παθήσεις
- παραπέμπει σε ιατρούς ειδικοτήτων
- παρέχει συμβουλευτική υποστήριξη σε παιδιά, εφήβους και γονείς ιδίως σε θέματα σεξουαλικής υγείας και αντισύλληψης, εξαρτήσεων, διατροφικών διαταραχών και φροντίδα στην οικογένεια με σκοπό την υποστήριξη των γονέων στον γονικό τους ρόλο και την πρόληψη και πρόιμη ανίχνευση προβλημάτων ψυχικής υγείας, καθώς και σε οικογένειες υψηλού κινδύνου και εξασφαλίζει την κατάλληλη διασύνδεσή τους με εξειδικευμένα υποστηρικτικά πλαίσια
- υλοποιεί προγράμματα αγωγής και προαγωγής υγείας στην κοινότητα σε συνεργασία με τα λοιπά μέλη της ομάδας υγείας (όπως ορίζεται στο άρθρο 7 του Ν.4486/2017) και με τοπικές αρχές, σχολεία και άλλους φορείς της κοινότητας. Ο σκοπός και οι στόχοι του

κάθε προγράμματος, καθώς και το πλαίσιο συνεργασίας, καθορίζονται με βάση την εκτίμηση αναγκών υγείας της κοινότητας καθώς και τις επιμέρους ανάγκες των συνεργαζόμενων φορέων.

5.4 Ο πληθυσμός ευθύνης του οικογενειακού ιατρού

Ως πληθυσμός ευθύνης του οικογενειακού ιατρού ορίζεται ο αριθμός των εγγεγραμμένων σε αυτόν πολιτών. Αν και από την 1η Ιανουαρίου του 2019 ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού είναι υποχρεωτικός για όλους, πολλοί πολίτες ακόμη δεν έχουν ακόμη εγγραφεί στο σύστημα. Οι πολίτες που δεν εγγράφονται, χάνουν τη δυνατότητα προληπτικού ελέγχου χωρίς ωστόσο να αποκλείονται από το Σύστημα Υγείας. Η αντιστοίχιση ιατρών και πολιτών πραγματοποιήθηκε από την ΗΔΙΚΑ μέσω του ηλεκτρονικού συστήματός της, με κριτήρια την ηλικία (ενήλικος και παιδικός πληθυσμός) και τον τόπο διαμονής κάθε λήπτη υπηρεσιών υγείας.

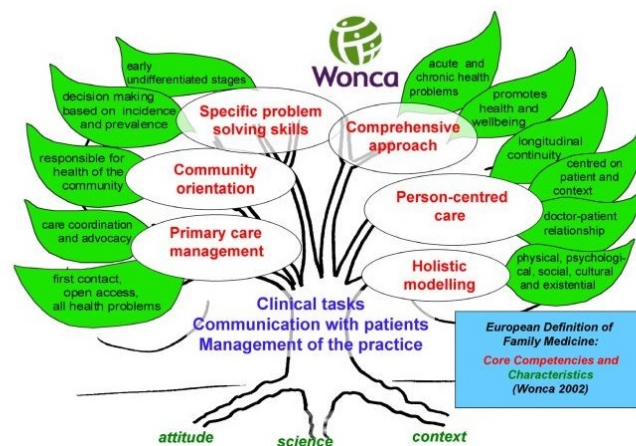
Ο ανώτατος πληθυσμός ευθύνης για τους οικογενειακούς ιατρούς ορίζεται σε αναλογία ένας ιατρός ανά δύο χιλιάδες διακόσιους πενήντα (2.250) εγγεγραμμένους ενήλικες, ενώ η αντίστοιχη αναλογία των παιδίατρων με αρμοδιότητα οικογενειακού ιατρού είναι ένας παιδίατρος ανά χίλια πεντακόσια (1.500) παιδιά, ηλικίας μέχρι και 16 ετών.

Σύμφωνα με τα προβλεπόμενα από το νόμο ο οικογενειακός ιατρός μπορεί να είναι ιατρός κλάδου ιατρών ΕΣΥ, ο οποίος παρέχει τις υπηρεσίες του στις ΤΟΜΥ, τα Κέντρα Υγείας και σε λοιπές δημόσιες μονάδες ΠΦΥ ή γενικότερα ιατρός συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΥΥ και με γραπτό πελατολόγιο ευθύνης (Μακράκης, 2018).

5.5 Οι δεξιότητες του οικογενειακού ιατρού

Ο οικογενειακός ιατρός κατά την άσκηση του πολυσχιδούς του έργου προσφέρει υπηρεσίες τόσο προς τους πολίτες σε ατομικό επίπεδο, όσο και προς τις οικογένειες και την κοινότητα. Για να μπορέσει να φέρει σε πέρας το έργο του με επιτυχία απαιτείται να διαθέτει, εκτός από τις επιστημονικές του γνώσεις, ορισμένες δεξιότητες που θα τον βοηθήσουν σε αυτό.

Σε σχέση με τα άτομα θα πρέπει να μπορεί να εντοπίσει όλα τα προβλήματα που παρουσιάζει ο ασθενής, συμπεριλαμβανομένων των αδιαφοροποίητων προβλημάτων, των πρώιμων καταστάσεων ασθένειας, των οξέων προβλημάτων, των χρόνιων προβλημάτων, των ψυχολογικών προβλημάτων και των αναγκών αποκατάστασης, ώστε να προσφέρει ολοκληρωμένη φροντίδα. Θα πρέπει να μπορεί να ορίσει τι χρειάζεται για να θεραπεύσει τον ασθενή τόσο με βιοϊατρικούς όσο και με ανθρωπιστικούς όρους, δηλαδή σωματικά, ψυχικά και κοινωνικά, να συμπεριφέρεται με ενσυναίσθηση και να είναι προσανατολισμένος στο άτομο-ασθενή. Επιπλέον θα πρέπει να διαθέτει επικοινωνιακές δεξιότητες ώστε να οικοδομεί με τον ασθενή μια σχέση μακροχρόνια, βασισμένη στην εμπιστοσύνη και να μπορεί να κατανοήσει πως ένα πρόβλημα υγείας επηρεάζει τον ασθενή και την ποιότητα της ζωής του. Σε σχέση με την οικογένεια θα πρέπει να μπορεί να κατανοήσει πως η οικογένεια επηρεάζει την υγεία του ατόμου και το αντίστροφο, δηλαδή το αντίκτυπο που έχει η ασθένεια ενός μέλους της οικογένειας στα υπόλοιπα μέλη και να θεωρεί ότι η σχέση του με την οικογένεια είναι μια σημαντική πτυχή της φροντίδας υγείας. Σε σχέση με την κοινότητα θα πρέπει να έχει γνώση των επιδημιολογικών δεικτών της κοινότητας που υπηρετεί, να μπορεί να εντοπίσει ανάγκες και προβλήματα στην κοινότητα, να μπορεί να προσδιορίσει τις ιδιαιτερότητες μιας κοινότητας και να κατανοεί συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία στην κοινότητα. Τέλος να διαθέτει μια ευρύτητα στην προσέγγιση και να παρέχει υποστήριξη στην κοινότητα (Sherin et al, 2019; Crocitto et al, 2021).



Εικόνα 17 Οι δεξιότητες του οικογενειακού ιατρού

Πηγή: WONCA

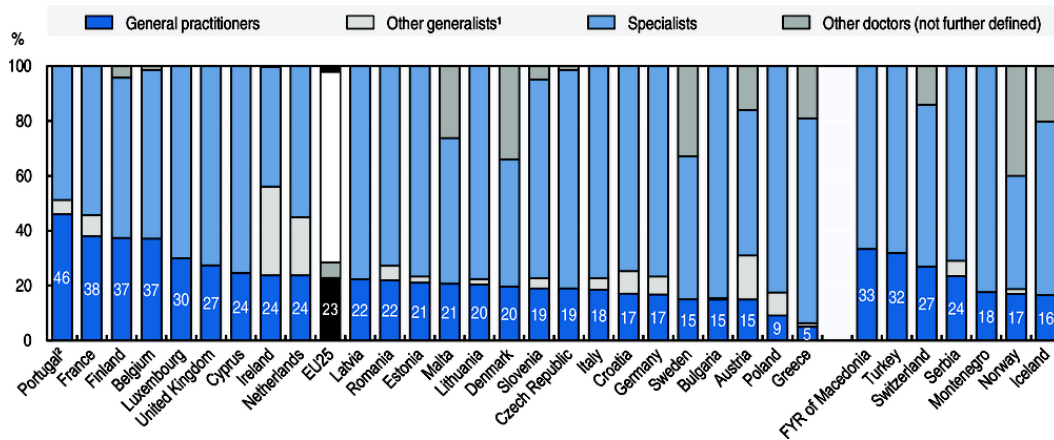
5.6 Κατανομή των οικογενειακών ιατρών στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα υπάρχουν περισσότεροι από 70.000 ιατροί με άδεια ασκήσεως επαγγέλματος. Ο μεγαλύτερος αριθμός από αυτούς, περίπου 60.000, είναι ειδικοί ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων και 7.000 είναι ειδικευόμενοι σε αυτές. Επιπλέον υπάρχουν και κάποιοι ιατροί σε μεγάλη ηλικία, άνευ ειδικότητας, οι οποίοι εκτιμάται ότι δεν ξεπερνούν τους 1.000. Οι ειδικευμένοι στην γενική-οικογενειακή ιατρική είναι μόλις 1800 και οι ειδικευόμενοι 700, ενώ για την κάλυψη των αναγκών στην επικράτεια της χώρας έχει εκτιμηθεί ότι απαιτούνται 7.000 ειδικευμένοι στην γενική-οικογενειακή ιατρική. Η κατανομή του ιατρικού δυναμικού επομένως δεν συνάδει με τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού και οδηγεί σε υπερβολικές δαπάνες υγείας, κατακερματισμένη και αποσπασματική φροντίδα, καθώς και μειωμένη ικανοποίηση του πληθυσμού από τις υπηρεσίες που του παρέχονται (ΕΛΕΓΕΙΑ).

Σύμφωνα με μελέτη που αφορά στα κριτήρια επιλογής ιατρικής ειδικότητας, μια από τις σοβαρότερες και πλέον κρίσιμες αποφάσεις για κάθε απόφοιτο ιατρικής σχολής για τους Έλληνες ιατρούς, έδειξαν ότι καθοριστικά κριτήρια επιλογής είναι το επιστημονικό ενδιαφέρον για την ειδικότητα, ο χρόνος αναμονής για την ειδικότητα, το ύψος των αποδοχών και η κοινωνική καταξίωση που διασφαλίζει η συγκεκριμένη ειδικότητα (Πεχλιβανίδου και συν, 2008). Επίσης έχει διαπιστωθεί ότι η ειδικότητα της γενικής-οικογενειακής ιατρικής αντιμετωπίζεται απαξιωτικά, θεωρώντας ότι δεν αποτελεί ουσιαστικά αντικείμενο της ιατρικής επιστήμης.

Στην Ελλάδα η ακαδημαϊκή αναγνώριση της ειδικότητας υπολείπεται σε σύγκριση με άλλες χώρες. Εξάιρεση αποτελεί η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Κρήτης που εξέλεξε Καθηγητή με γνωστικό αντικείμενο τη Γενική Ιατρική και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Αναφέρεται επίσης ότι η Ιατρική Σχολή των Ιωαννίνων εξέλεξε μέλος ΔΕΠ στη βαθμίδα του Λέκτορα στο αντικείμενο της Γενικής Ιατρικής (ΕΛΕΓΕΙΑ). Η αναγνώριση της Γενικής Ιατρικής και της ΠΦΥ ως ιδιαίτερο ακαδημαϊκό αντικείμενο στο Πανεπιστήμιο Κρήτης έστρεψαν, το ερευνητικό και εκπαιδευτικό ενδιαφέρον στον προσδιορισμό προτύπων ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας και στην ανάληψη αποτελεσματικών πρωτοβουλιών ερευνητικής δράσης στο χώρο της ΠΦΥ. Η ανάπτυξη μονάδων ΠΦΥ με τη στήριξη της ακαδημαϊκής

κοινότητας, μπορεί να εξασφαλίσει ποιοτικές υπηρεσίες υγείας στο φυσικό περιβάλλον του πολίτη, που εστιάζουν στο άτομο, την οικογένεια και την κοινότητα (ΕΛΕΓΕΙΑ).



Εικόνα 18 Ποσοστό γενικών-οικογενειακών ιατρών σε σχέση με τις υπόλοιπες ειδικότητες σε διάφορες χώρες της Ευρώπης

Πηγή: OECD

5.7 Διεπιστημονική ομάδα της ΠΦΥ και συνεργασία με τον οικογενειακό ιατρό

Η σύσταση της διεπιστημονικής ομάδας υγείας στην ΠΦΥ βασίζεται στους στόχους του ΠΟΥ «Υγεία για Όλους», όπως διατυπώθηκαν το 1985. Στους στόχους υπάρχουν σαφείς αναφορές για την ανάγκη συνεργασίας των επαγγελματιών υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων, σε ένα πλαίσιο με κοινές αξίες, με σκοπό την ολιστική προσέγγιση της υγείας του ανθρώπου (Sorensen et al, 2018; Rawlinson et al, 2021). Η ομάδα της ΠΦΥ ονομάζεται «διεπιστημονική ομάδα» και σε ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο ο ρόλος και η σημασία της ενισχύονται συνεχώς. Τον κεντρικό ηγετικό και συντονιστικό ρόλο έχει ο οικογενειακός ιατρός, ο οποίος αναθέτει καθήκοντα και αρμοδιότητες στα υπόλοιπα μέλη της ομάδας, ανάλογα με την ειδικότητα τους, τις γνώσεις τους αλλά και με τις ανάγκες του πληθυσμού που υποστηρίζει η ομάδα. Στην Ελλάδα γίνεται ελάχιστη αναφορά για το ρόλο της ομάδας στο θεσμικό πλαίσιο για την ΠΦΥ, χωρίς να διευκρινίζεται ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας, εκτός από αυτόν του οικογενειακού ιατρού.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής καταγράφεται ενεργός συμμετοχή εξειδικευμένων νοσηλευτών με προηγμένες δεξιότητες στην ομάδα της ΠΦΥ (American Association of Nurse Practitioners, 2015). Το ίδιο συμβαίνει και στην Ευρώπη, σύμφωνα με οδηγίες και πολιτικές της ΕΕ και του ΠΟΥ, οι οποίες υπογραμμίζουν την ανάγκη της διεπαγγελματικής συνεργασίας στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας. Σύμφωνα με την Οδηγία 36 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και Συμβουλίου, στην κλινική εκπαίδευση του νοσηλευτή υπεύθυνου για τη γενική νοσηλεία (άρθρο 31) *«ο εκπαιδευόμενος μαθαίνει όχι μόνο να αποτελεί μέλος μιας ομάδας αλλά και να είναι επικεφαλής ομάδας που οργανώνει τη συνολική νοσηλευτική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένης της υγειονομικής εκπαίδευσης για τα μεμονωμένα άτομα και τις μικρές ομάδες, στο πλαίσιο του υγειονομικού φορέα ή εντός της κοινότητας»*. Επιπλέον στην Οδηγία 55, παράγραφος 20 του 2013 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και Συμβουλίου τονίζεται ότι η νοσηλευτική εκπαίδευση πρέπει να στοχεύει στην *«ανάπτυξη ικανοτήτων για πιο ανεξάρτητη εργασία»*. Οι δυο οδηγίες που προαναφέρθηκαν αναβαθμίζουν το έργο του νοσηλευτή και του αναθέτουν ηγετικό και συντονιστικό ρόλο. Τέτοιου τύπου θέση των νοσηλευτών με μεγάλο βαθμό αυτονομίας, δυνατότητα διαχείρισης περιστατικών και θέσεις ευθύνης παρατηρείται στα συστήματα ΠΦΥ της Ελβετίας, της Σουηδίας και της Μεγάλης Βρετανίας (Hayes et al, 2017; Josi et al, 2020; Brown et al, 2021).

Οι οδηγίες που προαναφέρθηκαν υπογραμμίζουν ότι η εκπαίδευση σε ένα ή περισσότερα μαθήματα μπορεί να διασφαλίζεται σε συνεργασία με άλλους κλάδους, κάνοντας έτσι λόγο για διεπιστημονική εκπαίδευση. Σε αρκετές χώρες του κόσμου η διεπιστημονική εκπαίδευση είναι θεσμοθετημένη ή υποστηρίζεται από το κράτος. Παράδειγμα θεσμοθέτησης συνιστά η Δανία, όπου η διεπαγγελματική εκπαίδευση έχει ενσωματωθεί στα προπτυχιακά προγράμματα σπουδών με υπουργική απόφαση. Επιπλέον σε προγράμματα που αφορούν στην φροντίδα στο σπίτι και στην κοινότητα συμμετέχουν και οι ασθενείς, μαζί με τις οικογένειες και τους φροντιστές τους (Jensen et al, 2022). Η διεπαγγελματική συνεργασία στον τομέα της υγείας έχει θεσμοθετηθεί και στη Σουηδία. Στην Ιαπωνία η διεπαγγελματική εκπαίδευση δεν έχει θεσμοθετηθεί αλλά υποστηρίζεται από το κράτος (Maeno et al, 2019). Στα πλαίσια αυτής της προσπάθειας έχει ιδρυθεί το δίκτυο Japan Inter Professional Working and Education Network (JIPWEN), το οποίο επιχορηγείται από το κράτος και έχει σαν στόχο την παροχή διεπιστημονικής εκπαίδευσης στο υγειονομικό προσωπικό. Παρόμοια προσέγγιση έχει υιοθετηθεί και στον Καναδά, με την κυβερνητική υποστήριξη να γίνεται μέσω ειδικής επιτροπής

(Grymonpre et al, 2021). Μπορούμε να συμπεράνουμε ότι οι χώρες με ανεπτυγμένο δίκτυο ΠΦΥ υποστηρίζουν και θεσμικά τη διεπαγγελματική εκπαίδευση και υλοποιούν πολλές εκπαιδευτικές δράσεις με αυτό το γνωστικό αντικείμενο.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία και τη συνεργασία μιας τέτοιας διεπιστημονικής ομάδας, είναι πάρα πολλοί και σχετίζονται τόσο με θέματα οργάνωσης, όσο και με θέματα προσωπικού και ανθρωπίνων σχέσεων. Σύμφωνα με τους Rawlinson και Supper, οι συνηθέστεροι οργανωτικοί παράγοντες που σχετίζονται αρνητικά με τη λειτουργία της ομάδας είναι η μειωμένη χρηματοδότηση, η απουσία δεξιοτήτων ηγεσίας, η ανεπαρκής υποστήριξη από την κεντρική διοίκηση, η υποστελέχωση, η έλλειψη σχεδιασμού, η απουσία οδηγιών και πρωτοκόλλων, η γενικότερη έλλειψη συντονισμού, η μειωμένη διαθεσιμότητα χρόνου λόγω φόρτου εργασίας, το ασαφές πλαίσιο συνεργασίας και ο ασαφής ορισμός ευθυνών και καθηκόντων. Οι παράγοντες που σχετίζονται με το προσωπικό είναι το έλλειμμα δεξιοτήτων, τα θέματα ιεραρχίας και οι προσωπικές αντιπαλότητες, η απαξίωση της συνεργασίας από κάποια μέλη του προσωπικού, η πολυσυλλεκτικότητα της ομάδας, η οργάνωση τακτικών συναντήσεων και συζητήσεων και τα κοινά ενδιαφέροντα, ιδέες και οράματα (Supper et al, 2018; Rawlinson et al, 2022).

Σαν γενικό συμπέρασμα μπορούμε να πούμε ότι μια ικανή διεπιστημονική ομάδα στην ΠΦΥ με εποικοδομητική συνεργασία μεταξύ των μελών συνιστά συγκριτικό πλεονέκτημα και εγγύηση για παροχή ολοκληρωμένης και συνεχούς φροντίδας, συνεχή ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού και παροχή υπηρεσιών με υψηλό επίπεδο ποιότητας (Jaruseviciene, 2013).

			IPC in primary care (n=8)	PCP – nurse (n=2)	PCP – specialist (n=3)	PCP – pharmacist (n=2)	PCP – mental health provider (n=5)	Intersectoral (n=4)
System	Financial constraints	n=9	2		1		4	2
	Inadequate reimbursement policies/payment mechanisms	n=8	1	2	1	1	2	1
	Lack of political support/unfavorable legislation	n=5	3	1				1
	No multidisciplinary approach in training	n=4	1	1		1		1
	Fragmentation of care	n=3	1		1		1	
Organizational	Human resources limitations (lack of time, lack of professionals)	n=19	5	1	2	2	5	4
	Lack of training related to intervention implementation	n=16	5		1	2	4	4
	Lack of organizational support & leadership	n=9	5				2	2
	Inefficient/lack of shared data system/T systems	n=7	1		2	1	2	1
	Space and access constraints	n=7	2		1	2	1	1
	Inefficient organization (including referral system)	n=5	2		1		1	1
Inter-individual	Lack of clarity regarding role boundaries/responsibilities	n=16	6	2	3	2	1	2
	Poor communication	n=15	6	1	2	2	3	1
	Desire to protect its territory/professional identity	n=14	6	2	1	2	3	
	Imbalance of power due to traditional hierarchies between disciplines	n=10	6	2	1	1		
	Depreciation of other professional contribution/skills	n=10	4	1	1	2		2
	Lack of common goals	n=7	4		1		1	1
	Different culture/ideology/work styles	n=6	2	2	1			1
	Lack of team cohesion	n=3	2		1			
Individual	Doubts regarding the benefits of IPC	n=9	3	1	2	1		2
	Resistance to change (IPC too burdensome, lack of motivation)	n=4					3	1
	Concerns about patient confidentiality	n=4	1			1	2	

■ Low risk of bias
■ High risk of bias
■ Unclear risk of bias

Εικόνα 19 Οι απόψεις διαφόρων επαγγελματιών υγείας σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας ΠΦΥ.

Πηγή: Rawlinson et al, 2022

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΦΥ ΚΑΙ Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ

Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει μια σύντομη περιγραφή του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας της ΠΦΥ σε άλλες χώρες της Ευρώπης, καθώς και του ρόλου του οικογενειακού ιατρού σε αυτές. Επιπλέον θα γίνει μια σύγκριση μεταξύ της Ελλάδας και των άλλων χωρών, σε μια προσπάθεια να εντοπισθούν οι διαφορές μεταξύ των διαφορετικών τύπων οργάνωσης.

6.1 Η οργάνωση της ΠΦΥ στη Δανία

Το σύστημα της ΠΦΥ στη Δανία διαρθρώνεται σε τρία επίπεδα. Στο πρώτο επίπεδο οργάνωσης δραστηριοποιούνται οι ιδιώτες ιατροί, στους οποίους περιλαμβάνονται οι γενικοί ιατροί, οι ειδικευμένοι ιατροί, οι οδοντίατροι και οι φαρμακοποιοί. Οι ιδιώτες ιατροί αμείβονται από το εθνικό σύστημα υγείας της χώρας, με αποζημίωση ανά παρεχόμενη υπηρεσία. Οι πολίτες συνεισφέρουν σε ένα ποσοστό στην αμοιβή τους, ανάλογα με την ασφαλιστική τους κάλυψη και την υπηρεσία που τους παρέχεται. Ο αριθμός των γενικών και των ειδικευμένων ιατρών, καθώς και η γεωγραφική τους κατανομή καθορίζεται και περιορίζεται από εντεταλμένη επιτροπή, ενώ έχει τεθεί ελάχιστος και μέγιστος αριθμός ασθενών ανά ιατρό. Οι ιατροί συνεργάζονται μεταξύ τους, ώστε οι υπηρεσίες τους είναι να διαθέσιμες όλες τις ώρες της ημέρας (Schmidt et al, 2019).

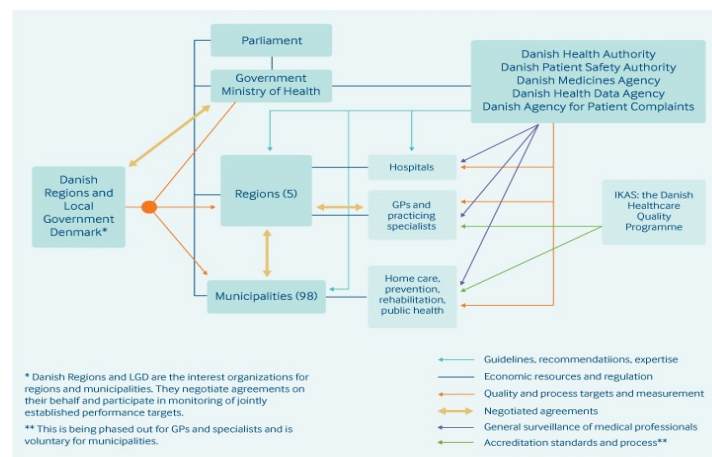
Στο δεύτερο επίπεδο βρίσκονται τα νοσοκομεία τα οποία χρηματοδοτούνται από τις 14 διοικητικές περιφέρειες, τις κομητείες, και τελούν υπό την εποπτεία τους. Οι κομητείες είναι επιφορτισμένες με την κατάρτιση ενός σχεδίου φροντίδας υγείας κάθε τέσσερα χρόνια, προσαρμοσμένου στις ανάγκες του πληθυσμού ευθύνης τους, ώστε να βελτιώνεται συνεχώς η αποτελεσματικότητα και ο βαθμός συνεργασίας μέσα στο σύστημα υγείας. Σε πολλά από τα νοσοκομεία μάλιστα υπάρχουν ανοικτά τμήματα επειγόντων περιστατικών, ενώ αρκετές από τις κομητείες έχουν περιορίσει την πρόσβαση στα νοσοκομεία για περιστατικά που μπορούν να αντιμετωπιστούν από γενικούς γιατρούς.

Στο τρίτο επίπεδο βρίσκονται οι δημοτικές υπηρεσίες παροχής υπηρεσιών υγείας, στις οποίες περιλαμβάνονται η νοσηλεία στο σπίτι, οι επισκέπτες υγείας, οι οδοντίατροι στο σπίτι και

οι υπηρεσίες παιδιατρικής φροντίδας. Οι υπηρεσίες αυτές διοικούνται και χρηματοδοτούνται από τους 275 αυτοδιοικούμενους δήμους της χώρας (Schmidt et al, 2019).

Οι γενικοί ιατροί λειτουργούν ως gatekeepers, όρος που αποδίδεται σε ελεύθερη μετάφραση ως «θυρωροί ή πύλες εισόδου» του συστήματος, δηλαδή ένα είδος φίλτρου στην πρόσβαση προς τις επόμενες βαθμίδες φροντίδας. Ο ασθενής πρέπει πρώτα να απευθυνθεί στο γενικό ιατρό για οποιοδήποτε θέμα υγείας και εκείνος τον παραπέμπει σε νοσοκομείο κατά την κρίση του. Λόγω της διασύνδεσης των υπηρεσιών, ο γενικός ιατρός θα ενημερωθεί από το νοσοκομείο για την πορεία της υγείας του ασθενούς, ώστε να είναι δυνατή η περαιτέρω παρακολούθηση του περιστατικού από την ΠΦΥ, η συνέχεια και η ολοκλήρωση της υπηρεσίας. Δυνατότητα ελεύθερης επιλογής υπάρχει μόνο για ωτορινολαρυγγολόγο και οφθαλμίατρο, χωρίς τη μεσολάβηση του γενικού ιατρού.

Το σύστημα είναι πολύ αποκεντρωμένο και χρηματοδοτείται κατά ποσοστό 83% από τους φόρους που καταβάλουν οι πολίτες. Το Υπουργείο Υγείας ενθαρρύνει την ομαδοποίηση των υπηρεσιών, γιατί με αυτό τον τρόπο βελτιώνεται η ποιότητα της φροντίδας και διαχέεται η επιστημονική γνώση. Έχουν τεθεί επίσης εθνικά πρότυπα για την αξιολογήση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, καθώς και δείκτες με ποσοτική εκτίμηση σχετικά με τα αποτελέσματα των θεραπειών, την ικανοποίηση των ασθενών και των προμηθευτών. Η ικανοποίηση των χρηστών μάλιστα ανέρχεται σε ποσοστό 90% (Rudkjoberg et al, 2012; Noor et al, 2022).



Εικόνα 20 Το σύστημα υγείας της Δανίας.

Πηγή <https://dukepersonalizedhealth.org/2021/07/introduction-to-the-danish-healthcare-system/>

6.2 Η οργάνωση της ΠΦΥ στη Μεγάλη Βρετανία

Στη Μεγάλη Βρετανία η ΠΦΥ εντάσσεται στο σύστημα υγείας της χώρας National Health System (NHS), το οποίο χρηματοδοτείται από τη φορολογία των πολιτών και διοικείται από το κράτος. Η συμμετοχή των πολιτών σε αυτό είναι υποχρεωτική και εξασφαλίζει την πλήρη κάλυψη υγείας σε όλους τους πολίτες της χώρας, ανεξάρτητα από το εισόδημα ή την εθνικότητα. Οι βασικές παροχές είναι όλες οι υπηρεσίες που παρέχονται από τους γενικούς και τους ειδικευμένους ιατρούς, όλες οι πρωτοβάθμιες και νοσοκομειακές υπηρεσίες, καθώς και η μακροχρόνια φροντίδα υγείας με νοσηλεία κατ' οίκον. Το σύστημα αποζημιώνει για οδοντιατρική και οφθαλμολογική φροντίδα, για ιατρική αποκατάσταση, για φάρμακα και για οπτομετρικές υπηρεσίες. Οι πολίτες επιβαρύνονται με επιπλέον χρεώσεις για ορισμένες συνταγές φαρμάκων και για περισσότερο δαπανηρές υπηρεσίες οδοντιατρικής και οπτικής φροντίδας. Τηρείται εθνικό πρόγραμμα πρόληψης του καρκίνου, των καρδιακών παθήσεων, των εμφραγμάτων του μυοκαρδίου, πρόγραμμα με στόχο τη μείωση των οικιακών και εργατικών ατυχημάτων και εξειδικευμένη φροντίδα των αναπήρων (Madan et al, 2017; Mughal, 2021).

Στα πλαίσια της ΠΦΥ δραστηριοποιούνται οι ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας (Primary Care Groups-PCGs), που έχουν διοικητική αυτονομία και την ευθύνη για το σχεδιασμό και την παροχή των υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες της κάθε περιοχής. Κάθε τέτοια ομάδα περιλαμβάνει περίπου 50 ιατρεία που έχουν πληθυσμό ευθύνης 250.000 κατοίκους.

Οι γενικοί ιατροί λειτουργούν σαν πύλες εισόδου στο σύστημα υγείας και παρέχουν πρόσβαση σε προληπτικές, διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, όλες τις ώρες της ημέρας. Το 90% των πολιτών έρχεται σε επαφή με το σύστημα υγείας μέσω των γενικών ιατρών, εκτός από τους αστέγους και όσους διαμένουν στη χώρα προσωρινά, ενώ παράλληλα δεν έχουν πρόσβαση σε ειδικευμένους ιατρούς παρά μόνο σε ειδικές περιπτώσεις και η παραπομπή τους στα νοσοκομεία γίνεται μόνο μέσω των γενικών ιατρών. Η κατανομή των ιατρών σε κάθε περιοχή ρυθμίζεται από ειδική επιτροπή, με τους ασθενείς να έχουν δικαίωμα επιλογής γενικού ιατρού μέσα σε συγκεκριμένα γεωγραφικά όρια. Οι περισσότεροι γενικοί ιατροί οικοδομούν μακροχρόνια σχέση και συνεργασία με τους ασθενείς τους (Sripa et al, 2019).

Οι γενικοί ιατροί αμείβονται με ένα προκαθορισμένο ποσό ανά ασθενή, το οποίο καταβάλλεται από τις PCG για τους ασθενείς που είναι εγγεγραμμένοι στα μητρώα τους. Προβλέπονται και επιπρόσθετες αποζημιώσεις για εξειδικευμένες διαγνωστικές εξετάσεις και

υπηρεσίες υγείας, καθώς και ειδικού τύπου αμοιβές για την συμμετοχή τους σε εθνικά προγράμματα πρόληψης και προσυμπτωματικού ελέγχου. Επιπλέον υπάρχει η δυνατότητα χρηματοδότησης για τον εξοπλισμό των ιατρείων, με καλύτερους όρους χρηματοδότησης για τις περιπτώσεις ομαδικών ιατρείων. Αυτό το κίνητρο έχει σαν αποτέλεσμα τη συνεργασία των γενικών ιατρών με οδοντίατρους, οφθαλμιάτρους, νοσηλευτές ή φαρμακοποιούς.

Στο σύστημα της Μεγάλης Βρετανίας σημαντικό ρόλο έχουν και άλλα επαγγέλματα υγείας. Οι νοσηλευτές εργάζονται στα ιατρεία των γενικών ιατρών, με διάφορες αρμοδιότητες όπως την παρακολούθηση των ασθενών που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, των υπερηλίκων, τους βρεφικούς εμβολιασμούς, τις δράσεις προαγωγής της υγείας και την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας κατ' οίκον. Σημαντικό ρόλο έχουν και οι μαίες στην παροχή φροντίδας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας καθώς και οι επισκέπτες υγείας στην παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών και στη συμμετοχή σε δράσεις πρόληψης και προαγωγής της υγείας.

Όσον αφορά στην ποιότητα των υπηρεσιών, από μετρήσεις που έχουν διενεργηθεί σχετικά με την ικανοποίηση των χρηστών μόνο το 14,6% είναι ικανοποιημένο, ενώ η πλειοψηφία των ερωτηθέντων πιστεύει ότι απαιτούνται βελτιώσεις και μεταρρυθμίσεις του συστήματος. Η Μεγάλη Βρετανία βρίσκεται χαμηλά στην κατάταξη όσον αφορά στον αριθμό των ιατρών και των νοσοκομειακών κλινών ανά 1000 κατοίκους, σε σχέση με άλλες χώρες. Οι λίστες αναμονής για νοσηλεία σε νοσοκομεία είναι μεγάλες και ο χρόνος αναμονής παρατεταμένος (Mossialos et al, 2018; Dixon et al, 2018).

6.3 Η οργάνωση της ΠΦΥ στη Φινλανδία

Το σύστημα υγείας της Φινλανδίας εγγυάται πλήρη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας για όλους τους πολίτες της χώρας και χρηματοδοτείται από τις φορολογικές εισφορές των πολιτών. Στις παρεχόμενες φροντίδες περιλαμβάνονται οι υπηρεσίες ΠΦΥ, η εξωνοσοκομειακή και νοσοκομειακή περίθαλψη, η αποκατάσταση και η πρόληψη. Η παροχή των υπηρεσιών υγείας γίνεται από τα δημοτικά κέντρα υγείας και τα δημόσια νοσοκομεία, τα οποία είναι ιδιοκτησίες των δήμων ή ομάδων αυτών. Το σύστημα είναι αποκεντρωμένο.

Τα κέντρα υγείας είναι οι δομές που παρέχουν πρωτοβάθμια θεραπευτική, προληπτική και δημόσια φροντίδα υγείας στον πληθυσμό ευθύνης τους. Κάθε κέντρο υγείας είναι υπεύθυνο για 10000 κατοίκους. Στους επαγγελματίες υγείας που υπηρετούν στα κέντρα υγείας περιλαμβάνονται γενικοί ιατροί, νοσηλευτές, νοσηλευτές δημόσιας υγείας, κοινωνικοί λειτουργοί, οδοντίατροι, φυσιοθεραπευτές, ψυχολόγοι και διοικητικό προσωπικό. Τα περισσότερα διαθέτουν ακτινολογικό τμήμα, διαγνωστικό εργαστήριο και πτέρυγα νοσηλείας με μικρό αριθμό κλινών για την περίθαλψη ασθενών με χρόνιες παθήσεις ή επείγουσες ανάγκες που μπορεί να αντιμετωπισθούν στο κέντρο υγείας. Οι υπηρεσίες που προσφέρονται περιλαμβάνουν ακόμη οδοντιατρική φροντίδα για παιδιά και ενήλικες, φυσιοθεραπείες, ψυχιατρική φροντίδα και φροντίδα σε περίπτωση τραυματισμών. Οι νοσηλευτές έχουν σημαντικό ρόλο στην ΠΦΥ, συνεργάζονται με τους γενικούς ιατρούς και προσφέρουν υπηρεσίες της αρμοδιότητάς τους, όπως χορήγηση ενέσιμων φαρμάκων και ενδοφλεβίων ορών, μετρήσεις αρτηριακής πίεσης και συρραφή τραυμάτων (Kotavaara et al, 2021).

Η φροντίδα παιδιών και μητέρων παρέχεται από τους νοσηλευτές δημόσιας υγείας, οι οποίοι έχουν εκπαιδευτεί εστιασμένα στην πρόληψη υγείας. Οι ίδιοι είναι επιφορτισμένοι και με τον οικογενειακό προγραμματισμό, τη σχολική φροντίδα υγείας, την εργασιακή φροντίδα υγείας, τη φροντίδα στο σπίτι και τις δραστηριότητες προαγωγής της υγείας του πληθυσμού. Στα κέντρα υγείας πραγματοποιούνται δράσεις εκπαίδευσης και συμβουλευτικά προγράμματα για εγκύους και μητέρες νηπίων. Οι προγεννητικοί έλεγχοι ως την 16η εβδομάδα της κύησης πραγματοποιούνται με επιδότηση από το κράτος.

Ο γενικός ιατρός λειτουργεί ως gatekeeper και η παραπομπή σε επόμενη βαθμίδα φροντίδας γίνεται αποκλειστικά από αυτόν. Στα περισσότερα κέντρα οι ασθενείς μπορούν να επισκέπτονται τον ίδιο πάντα ιατρό, ώστε να διασφαλίζεται η προσωπική και μακροχρόνια σχέση μεταξύ τους. Όσον αφορά στην ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, η πλειοψηφία των πολιτών δηλώνουν ικανοποιημένοι με το σύστημα υγείας και τα αποτελέσματα των δεικτών μέτρησης είναι πολύ θετικά. Ο δείκτης αριθμός ιατρών ανά 1000 κατοίκους έχει αυξηθεί την τελευταία δεκαετία, οι χρόνοι αναμονής είναι μικροί και τα προγράμματα πρόληψης έχουν αποφέρει σημαντικά αποτελέσματα. Η Φινλανδία μάλιστα είναι η πρώτη χώρα στη μείωση της παιδικής θνησιμότητας (Keskimäki et al, 2018; Tiiriki et al, 2022).

6.4 Η οργάνωση της ΠΦΥ στην Ολλανδία

Το Σύστημα Υγείας της Ολλανδίας είναι ένα υπόδειγμα κοινωνικού μοντέλου. Οι βασικές ανάγκες υγείας για ολόκληρο τον πληθυσμό της χώρας καλύπτονται από το υποχρεωτικό πρόγραμμα ασφάλισης υγείας, το οποίο χρηματοδοτείται από τις εισφορές των πολιτών με τους πολίτες να μπορούν να προσθέσουν παροχές στην κάλυψη τους και με συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση. Η βασική κάλυψη περιλαμβάνει και εμβολιασμούς, εξετάσεις για ανίχνευση καρκίνου και συμβουλευτική δράση για εγκύους και μητέρες βρεφών. Η πλήρης οδοντιατρική κάλυψη περιορίζεται στα παιδιά και στους εφήβους έως 18 ετών, ενώ η κάλυψη για τους ενήλικες περιλαμβάνει και προληπτικές φροντίδες υγείας. Στην Ολλανδία εφαρμόζεται επίσης πρόγραμμα προαγωγής της υγείας για την καταπολέμηση των ναρκωτικών, το οποίο περιλαμβάνει πρόληψη και θεραπεία των εξαρτημένων ατόμων (Kuipers et al, 2022).

Οι γενικοί ιατροί διαχειρίζονται τα περισσότερα περιστατικά και λειτουργούν ως gatekeepers για τους ειδικευμένους ιατρούς και τα νοσοκομεία, ενώ αποζημιώνονται με καθορισμένες αμοιβές ανά ασθενή. Από την άλλη οι ειδικευμένοι ιατροί εργάζονται σχεδόν αποκλειστικά στα νοσοκομεία της χώρας. Οι υπηρεσίες νοσοκομειακής φροντίδας βρίσκονται υπό τον έλεγχο και την εποπτεία της κυβέρνησης. Αλλαγή θεράποντος γενικού ιατρού μπορεί να γίνει μόνο με την έγκριση του ταμείου ασφάλισης.

Όσον αφορά στους δείκτες μέτρησης, η αναλογία νοσοκομειακών κλινών ανά 1000 κατοίκους είναι λίγο χαμηλότερη από το μέσο όρο των άλλων χωρών και ο αριθμός των γενικών νοσοκομείων έχει μειωθεί λόγω συγχωνεύσεων νοσοκομειακών μονάδων, με στόχο την εξοικονόμηση πόρων. Ο μέσος χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο είναι παρατεταμένος σε σχέση με άλλες χώρες της Ευρώπης. Οι λίστες αναμονής είναι μεγάλες και για ορισμένες ειδικότητες, όπως οι ορθοπαιδικοί ιατροί, ακόμη μεγαλύτερες. Περίπου το 75% του πληθυσμού δηλώνει ικανοποιημένο από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας (Schäfer et al, 2010; ιστοσελίδα Netherlands Commonwealth Fund).

6.5 Η οργάνωση της ΠΦΥ σε άλλες χώρες της Ευρώπης

Η Ρουμανία διαθέτει ένα σύστημα ΠΦΥ που βασίζεται στον οικογενειακό ιατρό ως gatekeeper. Οι πολίτες έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν τον οικογενειακό ιατρό, τον

ειδικευμένο ιατρό και τη νοσοκομειακή δομή που επιθυμούν, χωρίς να υπάρχει γεωγραφικός περιορισμός. Κατά κανόνα οι πολίτες επιλέγουν τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία, ακόμη και εάν βρίσκονται μακριά από τον τόπο διαμονής τους, με κριτήριο το κύρος τους και την εμπιστοσύνη που εμπνέουν. Προβλέπεται η δυνατότητα αλλαγής οικογενειακού ιατρού σε προκαθορισμένο χρονικό διάστημα από την προηγούμενη επιλογή (Vlădescu et al, 2016).

Στην Πολωνία ο ρόλος του οικογενειακού ιατρού στο πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας της χώρας είναι ισχυρά θεσμοθετημένος. Ο οικογενειακός ιατρός λειτουργεί ως gatekeeper, εκτός από ορισμένες περιπτώσεις ασθενών υψηλού κινδύνου, για τους οποίους απαιτείται άμεσα νοσοκομειακή φροντίδα. Οι πολίτες έχουν τη δυνατότητα επιλογής μάλιστα και για τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας, όπως νοσηλευτές, μαίες και άλλες ειδικότητες (Sagan et al, 2011).

Στο ιταλικό σύστημα υγείας η ΠΦΥ παρέχεται από τους γενικούς ιατρούς που εργάζονται με σύμβαση εργασίας την οποία συνάπτουν με το κράτος και αποζημιώνονται σύμφωνα με τον αριθμό των ασθενών που είναι εγγεγραμμένοι στη λίστα τους. Ο οικογενειακός ιατρός λειτουργεί ως gatekeeper και αποτελεί την βασική πύλη εισόδου στο σύστημα υγείας με την Ιταλία να έχει θέσει το ανώτατο όριο 1800 εγγεγραμμένων ατόμων στη λίστα κάθε ιατρού, σε μια προσπάθεια διασφάλισης ενός επιπέδου ποιότητας για τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Ένα από τα σημαντικότερα βέβαια χαρακτηριστικά αυτού του συστήματος υγείας είναι η δυνατότητα που δίνεται στον ασθενή να λαμβάνει υπηρεσίες υγείας σε διαφορετική περιοχή από αυτή που κατοικεί (Sánchez-Sagrado, 2018).

Το σύστημα υγείας της Ισπανίας έχει δημόσιο και καθολικό χαρακτήρα, με δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους κατοίκους, συμπεριλαμβανομένων και των μεταναστών. Η χώρα διοικείται από μία κεντρική κυβέρνηση και περιλαμβάνει 17 αυτόνομες περιφέρειες με ανεξάρτητες κυβερνήσεις. Το σύστημα είναι αποκεντρωμένο και οι αυτόνομες περιφέρειες διαχειρίζονται όλα τα οικονομικά θέματα, ενώ το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Πολιτικής διατηρεί την αρμοδιότητα σε θέματα συντονισμού και στρατηγικής σημασίας. Η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται από τον προϋπολογισμό των αυτόνομων περιοχών, από την κεντρική κυβέρνηση, κατά ένα μικρό ποσοστό από τα ταμεία ασφάλισης των δημοσίων υπαλλήλων και από τους ίδιους τους ασθενείς. Οι αυτόνομες περιφέρειες διαιρούνται με βάση δημογραφικά και γεωγραφικά κριτήρια σε περιοχές υγείας, στις οποίες αντιστοιχούν οι δομές

δευτεροβάθμιας φροντίδας και κάθε περιοχή υγείας διαιρείται περαιτέρω σε βασικές ζώνες υγείας στις οποίες αντιστοιχούν μονάδες ΠΦΥ. Ο αριθμός των ασθενών ανά ιατρό είναι μεγαλύτερος σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες και οι οικογενειακοί ιατροί, οι οποίοι λειτουργούν ως gatekeeper, έχουν μεγάλο φόρτο εργασίας. Μάλιστα η Ισπανία κατέχει μια θέση ανάμεσα στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης με το υψηλότερο ποσοστό επισκέψεων ανά ημέρα ανά οικογενειακό ιατρό, ποσοστό κατά 40% αυξημένο από τον αντίστοιχο μέσο όρο της ΕΕ. Η βασική μονάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι τα κέντρα φροντίδας υγείας, τα οποία στελεχώνονται από διεπιστημονικές ομάδες επαγγελματιών στις οποίες συμπεριλαμβάνονται γενικοί ιατροί, παιδίατροι, νοσηλευτές, διοικητικά στελέχη και σε ορισμένες περιπτώσεις κοινωνικοί λειτουργοί, μαίες και φυσικοθεραπευτές. Τα κέντρα υγείας έχουν επίσης την ευθύνη της προαγωγής της υγείας και της πρόληψης των νοσημάτων (Hämel et al, 2017; Bernal-Delgado et al, 2018).

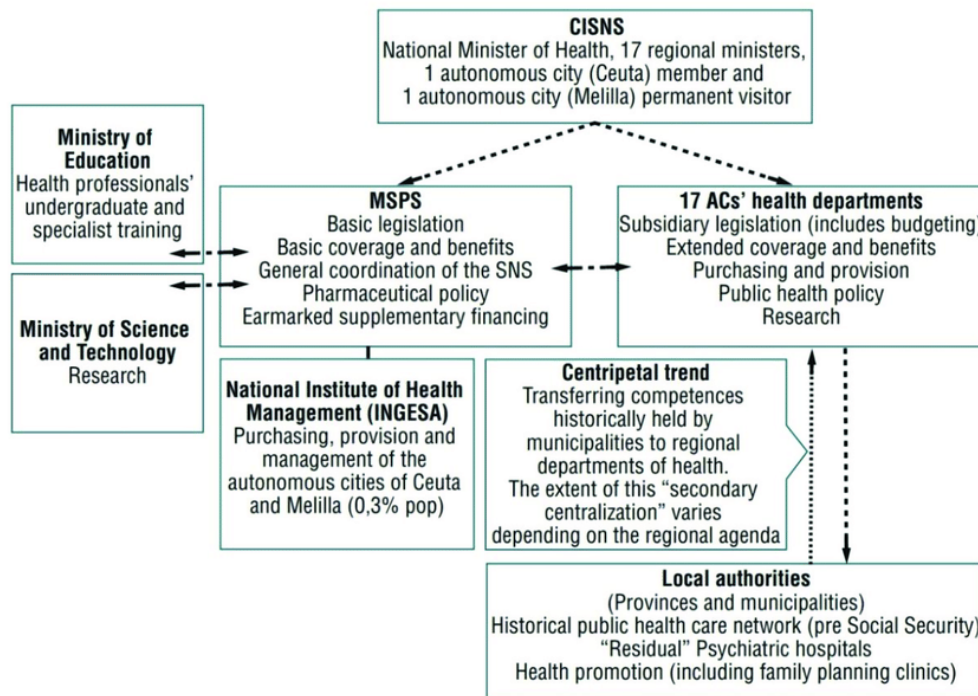
Στη Σουηδία ο γενικός ιατρός δεν ασκεί έλεγχο στην πρόσβαση προς τις ανώτερες βαθμίδες περίθαλψης, καθώς οι πολίτες μπορούν να παρουσιασθούν για εξέταση σε οποιαδήποτε ιδιωτική κλινική ή δημόσιο νοσοκομείο χωρίς να προσκομίσουν παραπεμπτικό του γενικού ιατρού. Ο ρόλος του οικογενειακού ιατρού είναι πολύ σημαντικός στις δράσεις παραγωγής της υγείας και πρόληψης (Andersson et al, 2022)

Στη Γερμανία, δεν τηρείται σύστημα gatekeeping, αφού οι ασθενείς μπορούν να απευθυνθούν σε οποιονδήποτε ιατρό είναι συμβεβλημένος με τον ασφαλιστικό τους φορέα. Το ρόλο του οικογενειακού ιατρού μπορεί να αναλάβουν γενικοί ιατροί, παθολόγοι, παιδίατροι ή ακόμη και ανειδίκευτοι ιατροί, με διαφορετικό πλαίσιο αμοιβής ο καθένας. Βέβαια το γεγονός ότι ανειδίκευτοι ιατροί αναλαμβάνουν καθήκοντα οικογενειακού ιατρού απαξιώνει κατά κάποιο τρόπο τις σύγχρονες αντιλήψεις για το θεσμό (Renger and Czirfusz, 2016).

Στην Ελβετία δεν ασκείται ρόλος gatekeeping από το γενικό ιατρό. Το ποσοστό των γενικών ιατρών είναι μεγάλο και οι πολίτες είναι ελεύθεροι να επιλέξουν όποιο ιατρό επιθυμούν. Συνήθως επιλέγουν ένα ιατρό με τον οποίο μπορούν να δημιουργούν μακροχρόνια σχέση συνεργασίας. Η πρόσβαση σε ειδικούς ιατρούς είναι ελεύθερη, αλλά οι πολίτες προτιμούν να απευθύνονται στα νοσοκομεία, με συνέπεια την υπερφόρτωση τους και την αύξηση των δαπανών. Με μια μεταρρύθμιση που έγινε πρόσφατα δίνεται η δυνατότητα στους πολίτες να ενταχθούν σε ένα οργανωμένο σύστημα παροχής ιατρικής φροντίδας, αποτελούμενο από

γενικούς και ειδικούς ιατρούς, που εργάζονται ομαδικά και μαζί με άλλους επαγγελματίες υγείας (Djalali et al, 2015).

Στο Βέλγιο και το Λουξεμβούργο οι γενικοί ιατροί δεν ασκούν κανένα απολύτως έλεγχο στην πρόσβαση προς τα νοσοκομεία. Εργάζονται σε ιδιωτικά ιατρεία και απαγορεύεται η πρόσληψή τους σε νοσοκομειακές μονάδες. Οι πολίτες επιλέγουν ελεύθερα όποιο ιατρό επιθυμούν να επισκέπτονται (Martens et al, 2022).



Εικόνα 21 Η οργάνωση του συστήματος υγείας της Ισπανίας

Πηγή: Research gate

6.6 Σύγκριση μεταξύ της Ελλάδας και των άλλων χωρών

Στις προηγούμενες παραγράφους έγινε μια προσπάθεια συνοπτικής παρουσίασης της οργάνωσης και της λειτουργίας της ΠΦΥ σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες. Η επιλογή των χωρών ήταν τέτοια ώστε να καλύπτει όλες τις περιοχές της Ευρώπης και να περιλαμβάνει διαφορετικού τύπου συστήματα υγείας. Αρκετά από τα συστήματα που παρουσιάστηκαν θεωρούνται επιτυχημένα ως προς την οργάνωση και τη λειτουργία τους. Οι ιδιαιτερότητες του κάθε

συστήματος υγείας και οι προτεραιότητες που έχουν δοθεί στους υγειονομικούς στόχους, καθορίζουν το οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο των υπηρεσιών ΠΦΥ, σε συνδυασμό με τις κοινωνικές, οικονομικές, πολιτιστικές και πολιτικές συνθήκες που επικρατούν σε κάθε χώρα. Συγκρίνοντας την οργάνωση και τη λειτουργία της ΠΦΥ στην Ελλάδα με αυτή των άλλων χωρών μπορούμε να επισημάνουμε τις παρακάτω διαφοροποιήσεις (Freund et al, 2015; Πετρέλης και Δομάγερ, 2016; van Loenen et al, 2016):

- ο ρόλος και η δέσμευση της κεντρικής διοίκησης είναι πολύ σημαντικοί παράγοντες, καθώς σε αυτούς βασίζεται η ανάπτυξη και η χρηματοδότηση της πολιτικής για την υγεία. Η ελληνική πραγματικότητα σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες χαρακτηρίζεται από ένα εκτεταμένο θεσμικό πλαίσιο για την ΠΦΥ, το οποίο στο μεγαλύτερο μέρος του δεν έχει εφαρμοστεί, λόγω των εναλλαγών στα κυβερνητικά σχήματα και την έλλειψη πολιτικής βούλησης
- ισχυρό πλεονέκτημα των συστημάτων που προαναφέρθηκαν είναι η αποκέντρωση της ΠΦΥ. Το σύστημα υγείας βρίσκεται κοντά στον χρήστη των υπηρεσιών υγείας κάτι που δεν έχει επιτευχθεί στη χώρα μας. Η απουσία οικογενειακών ιατρών και συστήματος παραπομπών, ειδικά στις αστικές περιοχές, οδηγεί σε αναποτελεσματική και ασυνεχή φροντίδα, καθώς και σε επιβάρυνση των νοσοκομείων για παροχή φροντίδας που θα έπρεπε να παρέχεται στην ΠΦΥ
- η διασύνδεση των υπηρεσιών της ΠΦΥ μεταξύ τους, καθώς και η διασύνδεση των διαφορετικών βαθμίδων φροντίδας, χαρακτηρίζει τα συστήματα των άλλων χωρών. Με αυτό τον τρόπο διασφαλίζεται η συνέχεια, η ολοκλήρωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, καθώς και η συνεχής παρακολούθηση του ασθενούς από την ΠΦΥ. Στην Ελλάδα δεν υπάρχει διασύνδεση και η παροχή της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι κατακερματισμένη.
- τα κέντρα υγείας στις άλλες χώρες είναι ολοκληρωμένα, εξοπλισμένα και στελεχωμένα ώστε να εξυπηρετούν τις ανάγκες για τις οποίες σχεδιάστηκαν. Στη Φινλανδία, όπως προαναφέρθηκε, διαθέτουν και κλίνες νοσηλείας. Τα κέντρα υγείας στην Ελλάδα δεν έχουν επιτύχει να λειτουργήσουν σαν gatekeepers του συστήματος υγείας και παρουσιάζουν μεγάλες ελλείψεις σε προσωπικό και εξοπλισμό.
- ο ιδιωτικός τομέας δραστηριοποιείται σε όλες τις χώρες, αλλά σε ελεγχόμενο βαθμό. Στην Ελλάδα ο ιδιωτικός τομέας είναι πολύ αναπτυγμένος, κυρίως λόγω της πλημμελούς

παροχής φροντίδας για αποκατάσταση, για μακροχρόνια φροντίδα, για φροντίδα ειδικού τύπου και για υποστήριξη των ηλικιωμένων ατόμων. Είναι επίσης πολύ αναπτυγμένος για τη διενέργεια απεικονιστικών και διαγνωστικών εξετάσεων. Ο βαθμός μάλιστα ανάπτυξης του αντικατοπτρίζει τη δυσaréσκεια των πολιτών για τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Οι πολίτες στρέφονται προς τον ιδιωτικό τομέα για να καλύψουν τις ανάγκες τους, χωρίς χρονική καθυστέρηση, αλλά με την ανάλογη μεγάλη οικονομική επιβάρυνση.

- σε αρκετές χώρες επικρατεί η σύγχρονη τάση για δημιουργία ομάδων γενικών γιατρών σε κοινά ιατρεία, όπου οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι διαθέσιμες όλες τις ώρες της ημέρας. Στις ομάδες αυτές συμμετέχουν και άλλοι επαγγελματίες υγείας, με αποτέλεσμα η παρεχόμενη υπηρεσία να είναι ολοκληρωμένη. Η χρηματοδότηση για τον εξοπλισμό του κοινού ιατρείου λειτουργεί ως κίνητρο για τέτοιου τύπου συνεργασίες. Στην Ελλάδα τέτοια ομαδοποίηση δεν έχει πραγματοποιηθεί μέχρι στιγμής. Η έλλειψη κινήτρων έχει σαν αποτέλεσμα την απροθυμία των ιατρών να στελεχώσουν τα κέντρα υγείας και οδηγεί σε χαμηλή απόδοση του συστήματος.
- σε ορισμένες χώρες, όπως η Δανία, η Μεγάλη Βρετανία και Φινλανδία, λόγω της μεταφοράς των υπηρεσιών υγείας από το νοσοκομειακό τομέα στην ΠΦΥ έχει καταγραφεί σημαντική μείωση στις νοσοκομειακές δαπάνες και ορθολογική χρήση των πόρων για την υγεία.
- σε αρκετές χώρες διενεργείται συστηματική έρευνα ικανοποίησης των χρηστών των παρεχομένων υπηρεσιών, με στόχο τη βελτίωση και τον ορθό σχεδιασμό με βάση τις ανάγκες των πολιτών. Ανάλογη έρευνα δεν διενεργείται στην Ελλάδα ή διενεργείται σε πολύ περιορισμένη κλίμακα.
- μια σύγχρονη τάση στην Ευρώπη είναι η έκδοση οδηγιών για την ιατρική φροντίδα και οργάνωση, και πρωτοκόλλων για την διαχείριση συγκεκριμένων προβλημάτων υγείας, πρακτική που δεν είναι καθόλου διαδεδομένη στη χώρα μας. Κατά την πρόσφατη πανδημία, δεν υπήρχαν οδηγίες και πρωτόκολλο διαχείρισης σε συνθήκες πανδημίας για πολλές από τις παθήσεις που διαχειρίζονται από την ΠΦΥ, για εγκύους και νεογνά.
- η υποχρεωτική συνεχιζόμενη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας είναι σωστά οργανωμένη και σε αρκετές περιπτώσεις θεσμοθετημένη. Στην Ελλάδα η επικαιροποίηση των γνώσεων και των δεξιοτήτων βασίζεται στην προσωπική επιθυμία και το ατομικό ενδιαφέρον. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που αιτήματα για συμμετοχή σε

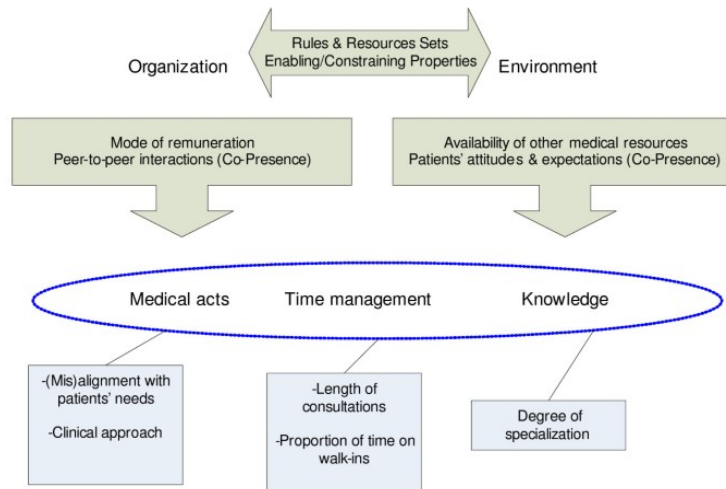
επιμορφωτικά προγράμματα απορρίπτονται από τους προϊσταμένους χωρίς αιτιολογία, ενώ προτάσεις και υποδείξεις για βελτίωση που γίνονται από το προσωπικό αντιμετωπίζονται με αδιαφορία και απαξίωση. Δεν έχει γίνει ακόμη αντιληπτό ότι η άσκηση ειδικού έργου απαιτεί διαρκή επιμόρφωση.

- η διασφάλιση της ποιότητας είναι ζήτημα προτεραιότητας σε όλες τις χώρες. Στις περισσότερες χώρες έχουν τεθεί στόχοι ποιότητας και έχουν θεσπιστεί δείκτες για την αξιολόγηση της επίτευξης των στόχων. Η Ελλάδα υπολείπεται σημαντικά στον συγκεκριμένο τομέα. Πολλές φορές αιτήματα για εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης ποιότητας και προτύπων απορρίπτονται με μόνο κριτήριο το οικονομικό κόστος, χωρίς να προηγηθεί η ανάλυση κόστους-οφέλους σχετικά με την εξοικονόμηση πόρων που θα προκύψουν μακροπρόθεσμα από την εφαρμογή τους.
- η διεπιστημονική ομάδα για την οποία γίνεται αναφορά σε προηγούμενη παράγραφο αποτελεί προτεραιότητα σε πολλές χώρες, ενώ ο ρόλος κάθε επαγγελματία υγείας είναι ορισμένος με σαφήνεια. Η διεπιστημονική ομάδα στη χώρα μας είναι ουσιαστικά ανεφάρμοστη.
- τα συστήματα νομικής προστασίας των ασθενών από βλάβες και κακές πρακτικές είναι οργανωμένα. Οι ενώσεις των ασθενών υποστηρίζονται και χρηματοδοτούνται από τα κράτη. Στη Φινλανδία λειτουργεί σύστημα το οποίο αποζημιώνει τους ασθενείς χωρίς να επιρρίπτει ευθύνες στους προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας. Επίσης, στην Ολλανδία τα δικαιώματα των ασθενών προστατεύονται με υποδειγματικό τρόπο.
- στο επίπεδο του στρατηγικού σχεδιασμού, δεν έχουν ληφθεί ουσιαστικά υπόψη οι ανάγκες των πολιτών για φροντίδα. Οι ανάγκες αυτές αλλάζουν, όταν αλλάζουν οι συνθήκες της καθημερινότητας, οπότε ο σχεδιασμός των υπηρεσιών θα πρέπει να προσαρμόζεται συνεχώς στις νέες ανάγκες. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω στην Δανία γίνεται υποχρεωτικά επανεκτίμηση των αναγκών κάθε τέσσερα χρόνια, ώστε οι παρεχόμενες υπηρεσίες να είναι προσαρμοσμένες στο διαρκώς μεταβαλλόμενο εξωτερικό περιβάλλον .
- το διοικητικό πλαίσιο λειτουργίας είναι ισχυρό και υποστηρικτικό. Στην Ελλάδα μέχρι τώρα μεγάλο μέρος του διοικητικού έργου της ΠΦΥ διεκπεραιώνεται από τους επαγγελματίες υγείας, σε βάρος του ειδικού έργου που θα έπρεπε να προσφέρουν στους

πολίτες. Η λειτουργία αυτού του διοικητικού-υποστηρικτικού πλαισίου θα πρέπει να εποπτεύεται και να προσαρμόζεται με ευέλικτο τρόπο σε αλλαγές και νέες απαιτήσεις.

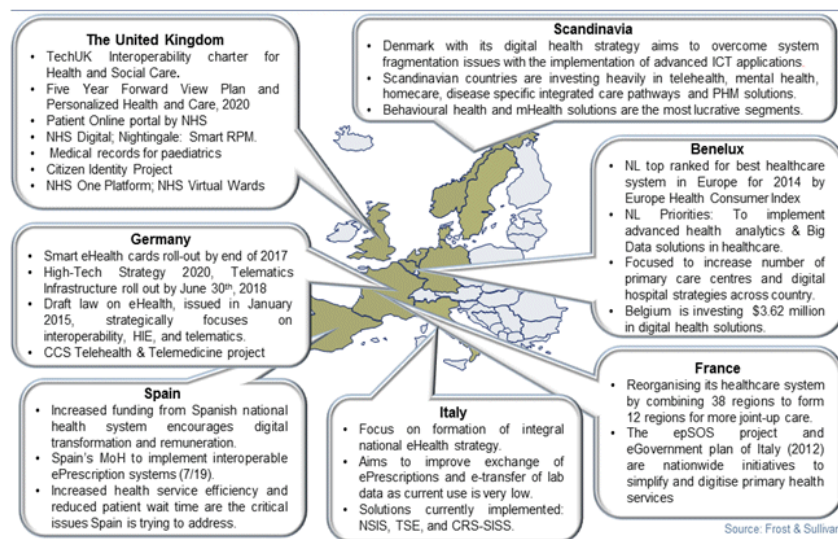
Όσον αφορά στο θεσμό του οικογενειακού ιατρού παρατηρούνται μεταξύ των χωρών σημαντικές διαφοροποιήσεις που σχετίζονται με τις εξής παραμέτρους (Theodorou and Polyzos, 2017; Schmalstieg-Bahr et al, 2021; Garattini et al, 2022):

- ως προς το ρόλο του ως gatekeeper. Στη Μεγάλη Βρετανία και την Ολλανδία, η παραπομπή σε ειδικούς γιατρούς γίνεται αποκλειστικά από τον οικογενειακό ιατρό κατά την κρίση του. Στη Γαλλία και τη Γερμανία, οι πολίτες μπορούν να απευθυνθούν στους ειδικούς ιατρούς, χωρίς τη μεσολάβηση του οικογενειακού ιατρού. Υπάρχουν και ενδιάμεσες καταστάσεις, όπως στην Πολωνία, όπου η παραπομπή από οικογενειακό ιατρό παρακάμπτεται σε ειδικές περιπτώσεις.
- ως προς τον τρόπο αποζημίωσης. Η αποζημίωση μπορεί να γίνεται με αμοιβή κατά πράξη όπως στη Γερμανία, με αμοιβή ανά ασθενή όπως στη Δανία, με μηνιαία αποζημίωση όπως στην Ελλάδα ή με μικτό τρόπο όπως στην Ισπανία.
- ως προς το χώρο άσκησης του επαγγέλματος, που είναι είτε ιδιωτικό ιατρείο, είτε κάποιο κέντρο υγείας ή πολυϊατρείο.
- ως προς την εργασιακή σχέση. Ο οικογενειακός ιατρός είναι είτε ελεύθερος επαγγελματίας, είτε δημόσιος υπάλληλος. Επιπρόσθετα παρατηρούνται διαφορές ως προς τον όγκο της εργασίας και τη φύση των καθηκόντων.
- ως προς την αναγνώριση. Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού στις άλλες χώρες τυγχάνει αναγνώρισης και καταξίωσης, σε σχέση με την Ελλάδα όπου παρατηρείται χαμηλή κοινωνική αποδοχή.



Εικόνα 22 Διαγραμματική απεικόνιση του πολυσχιδούς έργου του οικογενειακού ιατρού

Πηγή: Geneau et al 2008



Εικόνα 23 Καινοτομίες ηλεκτρονικής υγείας στις χώρες της Ευρώπης

<https://www.frost.com/frost-perspectives/ehealth-innovations-in-western-europe/>

6.7 Δεδομένα έρευνας για τον οικογενειακό ιατρό στην Ελλάδα

Σε αυτή την παράγραφο παρατίθενται συνοπτικά στοιχεία σχετικά με τον οικογενειακό ιατρό στην Ελλάδα, όπως αυτά συγκεντρώθηκαν από την έρευνα με τίτλο «General Practitioners Task Profile in Europe», η οποία πραγματοποιήθηκε σε 32 χώρες στο πλαίσιο προγράμματος

διεθνούς συνεργασίας μεταξύ του Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL) και του ΠΟΥ το 2003. Η συμμετοχή της Ελλάδας περιελάμβανε 550 ιατρούς της ΠΦΥ από όλες τις γεωγραφικές περιοχές. Η συλλογή των στοιχείων έγινε με συμπλήρωση ερωτηματολογίων.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα οι οικογενειακοί ιατροί στην Ελλάδα είναι κατά το μεγαλύτερο ποσοστό άνδρες ηλικίας από 28 ως 60 ετών. Όσον αφορά στην περιοχή ευθύνης, ποσοστό 52,9% εργάζεται σε αστικές ή ημιαστικές περιοχές. Περίπου το ένα τρίτο (32,5%) εργάζεται σε περιοχή ευθύνης που περιλαμβάνει 2.501 έως 10.000 κατοίκους. Ως προς την οργάνωση της εργασίας το 46,5% είναι ενταγμένο σε κάποια ιατρική ομάδα, στην οποία συμμετέχουν μέχρι 5 άτομα το μέγιστο. Αναφορικά με τον αριθμό των επισκέψεων, υπολογίζεται ότι δέχονται καθημερινά κατά μέσο όρο 21 επισκέψεις και παράλληλα πραγματοποιούν 7,5 επισκέψεις κατ' οίκον ανά εβδομάδα και 7 τηλεφωνικές συμβουλευτικές συνεδρίες κατά μέσο όρο κάθε μέρα. Ο μέσος χρόνος διάρκειας των επισκέψεων είναι 22 λεπτά της ώρας. Το ποσοστό συμμετοχής τους σε δράσεις πρόληψης και προαγωγής της υγείας είναι αρκετά χαμηλότερο σε σχέση με τους συμμετέχοντες από άλλες χώρες, με εξαίρεση την ανοσοποίηση του παιδιατρικού πληθυσμού.

Όσον αφορά στο αντικείμενο της εργασίας τους δηλώνουν ότι το θεωρούν πολύ ενδιαφέρον, ωστόσο το ποσοστό ικανοποίησης είναι αρκετά χαμηλό γιατί επιβαρύνονται με διοικητικό έργο που δεν τους αντιστοιχεί και η αμοιβή δεν είναι ανάλογη με τον όγκο και τη φύση της εργασίας τους. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, οι πολίτες προτιμούν ως πρώτη επαφή με το σύστημα υγείας ένα ιατρό ειδικότητας για το μεγαλύτερο εύρος προβλημάτων υγείας, εκτός από τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα και τα επείγοντα περιστατικά.

Όσον αφορά στην ενσωμάτωση των τεχνολογιών πληροφορικής στο έργο τους, συμπεραίνεται ότι η τήρηση των αρχείων ασθενών έχει σημαντικά περιθώρια βελτίωσης και ότι η χρήση τους γίνεται κυρίως για διοικητικό έργο, προγραμματισμό ραντεβού και συνταγογράφηση φαρμάκων (NIVEL, 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Η ΠΦΥ ΚΑΙ Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΠΑΝΔΗΜΙΑ

Η πρόσφατη πανδημία COVID-19 είναι η μεγαλύτερη υγειονομική κρίση που έπληξε την ανθρωπότητα τις τελευταίες δεκαετίες. Ξεκίνησε από την Κίνα το Δεκέμβριο του 2019 και λόγω της αυξημένης λοιμογονικότητας του ιού εξαπλώθηκε γρήγορα σε όλες τις χώρες του κόσμου. Τόσο τα συστήματα υγείας, όσο και οι κρατικοί μηχανισμοί που αφορούν σε όλους τους σημαντικούς τομείς της ζωής και της οικονομίας, δεν ήταν κατάλληλα προετοιμασμένοι για την αντιμετώπιση μιας κρίσης τέτοιων διαστάσεων. Η διαχείριση της πανδημίας έπρεπε να δρομολογηθεί γρήγορα, στοχεύοντας σε τέσσερεις κύριους άξονες: α) τον περιορισμό της διασποράς, β) την ανάπτυξη και τη διενέργεια διαγνωστικών δοκιμών, γ) τη θεραπεία των ασθενών και δ) την ανοσοποίηση του πληθυσμού. Η ΠΦΥ, ως βασικός πυλώνας του συστήματος υγείας διαδραμάτισε πολύ σημαντικό ρόλο και στους τέσσερεις άξονες αντιμετώπισης της πανδημίας αυτής (Sturmberg and Martin, 2020; Shaw et al, 2020; Rezapour et al, 2022).

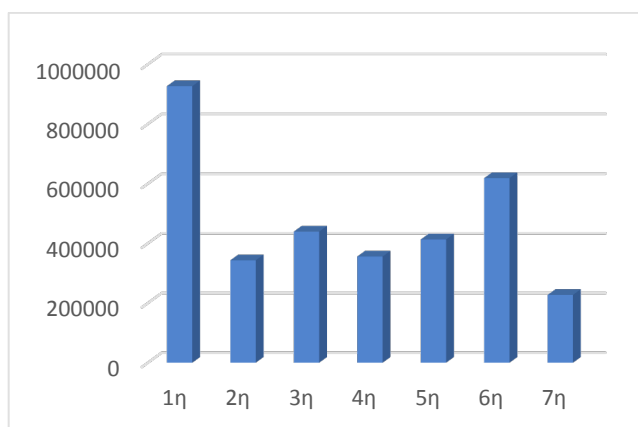
7.1 Η αντιμετώπιση της πανδημίας στην ΠΦΥ

Σαν πρώτο μέτρο περιορισμού της διασποράς οι περισσότερες χώρες του κόσμου, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, εφάρμοσαν τα αυστηρά μέτρα περιορισμού της κυκλοφορίας των πολιτών. Πολλές από τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, όπως οι αθλητικές, οι πολιτιστικές καθώς και η διασκέδαση, παύθηκαν για μεγάλο χρονικό διάστημα. Στην εκπαίδευση και την εργασία, όπου ήταν εφικτό, εφαρμόστηκαν μέθοδοι διενέργειας εξ αποστάσεως. Στο πρώτο στάδιο διαχείρισης της πανδημίας ο ρόλος της ΠΦΥ ήταν πολύ σημαντικός για την αναγνώριση και την πρόωπη απομόνωση των ύποπτων κρουσμάτων, ώστε να περιοριστεί η διασπορά του ιού. Σημαντική διάσταση ήταν και η ορθή διαλογή των περιστατικών που έπρεπε να παραπεμφθούν σε νοσοκομείο για νοσηλεία, έτσι ώστε να μην υπάρχει επιβάρυνση των νοσοκομείων με περιστατικά που είχαν ήπια συμπτωματολογία και αυξηθεί η πίεση στο σύστημα υγείας. Με τον τρόπο αυτό, επιτεύχθηκε ορθολογική κατανομή των θετικών περιστατικών και περιορισμός της διασποράς σε άλλους ασθενείς, σε επαγγελματίες υγείας και το γενικό πληθυσμό. Παράλληλα η ΠΦΥ ήταν αρωγός στην

παρακολούθηση της υγείας των ασθενών που ήταν σε κατ' οίκον περιορισμό (Shaw et al, 2020; Atherton et al, 2021).

Όσον αφορά στις διαγνωστικές δοκιμές, έγινε ταχύτατη έρευνα, ανάπτυξη και παραγωγή διαγνωστικών τεστ από όλους τους μεγάλους κατασκευαστικούς οίκους προϊόντων βιοτεχνολογίας. Πολλά από αυτά έλαβαν άδεια εμπορείας και χρήσης με τη διαδικασία του επείγοντος, λόγω των ειδικών συνθηκών. Στις διάφορες δομές της ΠΦΥ διενεργήθηκε ένας πολύ μεγάλος αριθμός δειγματοληψιών και διαγνωστικών δοκιμών για την επιβεβαίωση των ύποπτων κρουσμάτων, οι οποίες αφορούσαν τόσο σε μοριακό έλεγχο, όσο και σε έλεγχο ταχείας ανίχνευσης αντιγόνου. Για την διεκπεραίωση αυτού του όγκου των διαγνωστικών δοκιμών απαιτήθηκε προμήθεια εξοπλισμού και πολλές ώρες εργασίας του προσωπικού, ώστε να διασφαλιστεί η επίδοση ορθών αποτελεσμάτων σε σύντομο χρονικό διάστημα (15 λεπτά για τον έλεγχο ταχείας ανίχνευσης αντιγόνου και 2 ώρες για τον μοριακό έλεγχο). Η ενεργοποίηση της ΠΦΥ με στόχο την αποσυμφόρηση των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων για διεξαγωγή διαγνωστικών ελέγχων, ξεκίνησε από τον Σεπτέμβριο του 2020. Στον πίνακα και το ραβδόγραμμα που ακολουθούν παρουσιάζεται ο αριθμός των διαγνωστικών ελέγχων στα κέντρα υγείας που είχαν ενεργοποιηθεί για αυτό το σκοπό, από το Σεπτέμβριο του 2020 μέχρι το Δεκέμβριο του 2022. Τα δεδομένα αντλήθηκαν από την ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας.

ΥΠΕ	ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΕΛΕΓΧΟΙ
1η	926784
2η	343217
3η	439439
4η	355953
5η	412896
6η	618685
7η	227278
ΣΥΝΟΛΟ	3324252



Εικόνα 24 Αριθμός διαγνωστικών ελέγχων που διενεργήθηκαν στα κέντρα υγείας ανά ΥΠΕ

Όπως προκύπτει από τη μελέτη της βιβλιογραφίας η πανδημία εξαπλώθηκε πιο γρήγορα και με μεγαλύτερο αριθμό κρουσμάτων στις περιοχές όπου η πρόσβαση σε υπηρεσίες της ΠΦΥ

ήταν περιορισμένη, ενώ σε περιοχές με ισχυρή και οργανωμένη ΠΦΥ, όπως είναι η Αυστραλία, η διαχείριση της ήταν πιο αποτελεσματική (Desborough et al, 2020; Σταχτέας, 2021; Rifkin et al, 2021).

Όσον αφορά στην παροχή θεραπείας, η αρχική θεραπευτική αντιμετώπιση των θετικών κρουσμάτων, με χορήγηση φαρμάκων και παρακολούθηση, ήταν σε πολλές περιπτώσεις αρμοδιότητα της ΠΦΥ. Παράλληλα η ΠΦΥ προσέφερε σημαντική ψυχολογική υποστήριξη στους ασθενείς και τις οικογένειές τους, δεδομένου ότι ο φόβος, το άγχος και η ανασφάλεια για την εξέλιξη της υγείας ήταν σημαντικοί επιβαρυντικοί παράγοντες για την πορεία της λοίμωξης.

Τέλος, όσον αφορά στον άξονα της ανοσοποίησης του πληθυσμού μέσω του εμβολιασμού, η ΠΦΥ έχει στρατηγική σημασία στην υλοποίηση του εμβολιαστικού σχεδίου, με τη διενέργεια μεγάλου αριθμού εμβολιασμών στις δομές της (Danchin et al, 2020; Harnden et al, 2021). Μέχρι τις 5 Φεβρουαρίου 2023 το 72% του ελληνικού πληθυσμού είναι πλήρως εμβολιασμένο, ενώ ποσοστό 77% έχει λάβει τουλάχιστον μια δόση εμβολίου (τα δεδομένα αντλήθηκαν από την ιστοσελίδα covid19.healthdata.org). Τα αντίστοιχα ποσοστά σε παγκόσμιο επίπεδο κυμαίνονται από 35% ως 82%, με σαφείς διαφορές ανάλογα με την γεωγραφική περιοχή, με το χαμηλότερο ποσοστό να καταγράφεται στις χώρες της Αφρικής (στοιχεία από New York Times world COVID vaccination tracker).

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας διενεργήθηκαν οι παρακάτω οργανωτικές προσαρμογές στην ΠΦΥ για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της:

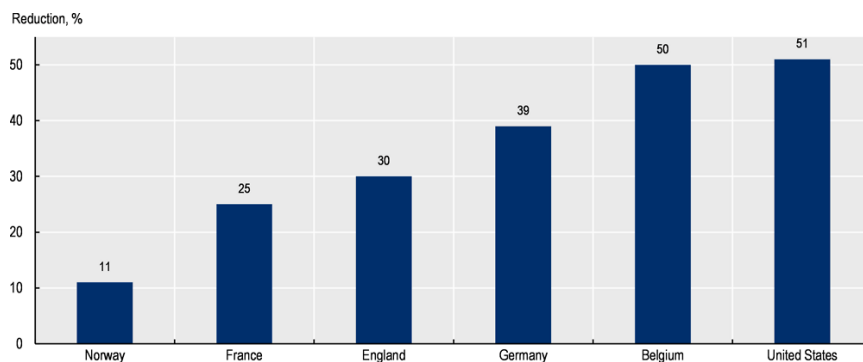
- αρκετά Κέντρα Υγείας λειτούργησαν αποκλειστικά για τη διαχείριση των περιστατικών COVID-19
- δημιουργήθηκε δίκτυο επαγγελματιών υγείας των μονάδων της ΠΦΥ, το οποίο περιελάμβανε ιατρούς, νοσηλευτές και επισκέπτες υγείας, για την τακτική επικοινωνία με τους πολίτες του πληθυσμού ευθύνης τους. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στους ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νοσήματα και τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, για την παροχή συμβουλευτικής, καθοδήγησης και υποστήριξης των ιδίων και των οικογενειών τους, σύμφωνα με τις οδηγίες του ΕΟΔΥ για την απομόνωση στο σπίτι. Η επικοινωνία ήταν εφικτή είτε μέσω τηλεφώνου, είτε μέσω πλατφόρμας τηλεσυμβουλευτικής.

- δημιουργήθηκε ηλεκτρονικό μητρώο για την παρακολούθηση των ασθενών που έχουν διαγνωσθεί με COVID-19, ώστε να διασφαλιστεί η παροχή συνεχούς φροντίδας από τους θεράποντες ιατρούς
- συγκροτήθηκαν μικρές και ευέλικτες ομάδες ΠΦΥ, αποτελούμενες από γιατρό και νοσηλεύτη ή επισκέπτη υγείας, προερχόμενους είτε από τα ΚΥ είτε από τις ΤΟΜΥ, με σκοπό τη διενέργεια επισκέψεων για εξέταση ασθενών στο σπίτι τους και τη λήψη υλικού προς εξέταση, σύμφωνα με τα ισχύοντα πρωτόκολλα. Οι επισκέψεις διενεργήθηκαν με τη χρήση ειδικά προετοιμασμένων μέσων μεταφοράς και με τήρηση όλων των μέτρων ατομικής προστασίας. Οι ομάδες αυτές είχαν ιδιαίτερη σημασία για τη φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων, ατόμων που ζουν μόνα και ατόμων που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές.
- έγινε πρόβλεψη για συνεργασία με ιδιώτες ιατρούς, με τα αντίστοιχα οικονομικά κίνητρα και ειδική μοριοδότηση ως επιβράβευση
- ενεργοποιήθηκε σημαντικά η φροντίδα «Βοήθεια στο Σπίτι» για την ενδυνάμωση και την ενημέρωση ηλικιωμένων και ευπαθών ομάδων
- ενεργοποιήθηκε η υπηρεσία της τηλεφωνικής ψυχολογικής υποστήριξης υπό την εποπτεία της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και τη συνεργασία άλλων φορέων
- τροποποιήθηκε ο τρόπος υποδοχής των ασθενών στις δομές υγείας
- επεκτάθηκε το ωράριο εργασίας του υγειονομικού προσωπικού και έγινε ανακατανομή του, στοχεύοντας στην στελέχωση των δομών πρώτης γραμμής
- εφαρμόστηκαν νέοι κανόνες υγιεινής και ασφάλειας
- εφαρμόστηκαν νέοι κανόνες για τη συνοδεία των ασθενών
- τροποποιήθηκε η καθημερινή ροή της εργασίας στις δομές υγείας

Παράλληλα με τη διαχείριση της πανδημίας η ΠΦΥ ήταν επιφορτισμένη με τη διαχείριση των πασχόντων από χρόνια νοσήματα, ώστε να τηρηθεί η συνέχεια της φροντίδας τους, με την επιδημιολογική επιτήρηση άλλων λοιμώξεων στην κοινότητα, όπως η εποχική γρίπη, καθώς και με τη διενέργεια των προγραμματισμένων προσυμπτωματικών ελέγχων και τη φροντίδα οξέων περιστατικών. Η βιβλιογραφία σχετικά με αυτό το θέμα είναι πολύ εκτεταμένη. Σε όλη τη διάρκεια της πανδημίας σημειώθηκαν μεγάλες καθυστερήσεις, αναβολές και

ακυρώσεις στην παροχή χρόνιας φροντίδας σε παγκόσμιο επίπεδο. Πολλές προγραμματισμένες επισκέψεις ακυρώθηκαν ενώ μικρός αριθμός επισκέψεων έγινε με τη μέθοδο της τηλεϊατρικής, όπου αυτό ήταν εφικτό (Chudasama et al, 2020; Fekadu et al, 2021). Αυτό το γεγονός έχει σαν συνέπεια την επιβάρυνση της κατάστασης της υγείας των πασχόντων, τη μεταβολή του νοσολογικού προφίλ του πληθυσμού, καθώς και του επιπέδου υγείας και των αντίστοιχων δεικτών εκτίμησης του (Donohue, 2020; Grattagliano et al, 2020). Αντίστοιχες ακυρώσεις και ματαιώσεις προγραμματισμένων ραντεβού καταγράφονται και για τους προσυμπτωματικούς ελέγχους, γεγονός που προκαλεί ανησυχία στην παγκόσμια ιατρική κοινότητα. Σύμφωνα με τους ειδικούς, λόγω της μη τήρησης των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου πολλές νεοπλασίες δεν διαγνώστηκαν καθόλου ή διαγνώστηκαν με σημαντική χρονική καθυστέρηση, χωρίς να απομένουν περιθώρια περιορισμού και αντιμετώπισης της νόσου.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης που πραγματοποίησε το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, στην Ελλάδα παρατηρήθηκε ότι η περίθαλψη των ασθενών με χρόνια νοσήματα ήρθε σε δεύτερη μοίρα κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Η προσέλευση τους στις Μονάδες ΠΦΥ μειώθηκε σε σημαντικό βαθμό, λόγω του φόβου των ασθενών να προσβληθούν από τον ιό. Πριν την είσοδο τους στην κάθε δομή, γινόταν θερμομέτρηση και λήψη ζωτικών σημείων και ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασής τους, ο ιατρός αποφάσιζε εάν θα εισέλθουν στον εσωτερικό χώρο ή όχι. Η διαχείριση των χρονίων νοσημάτων βασίστηκε κυρίως στη συνταγογράφηση, ώστε να μην χαθεί η συνέχεια της θεραπευτικής αγωγής και στην τηλεφωνική επικοινωνία για παροχή συμβουλών και οδηγιών (Αγοραστίδου et al, 2020).



Εικόνα 25 Ποσοστό μείωσης των επισκέψεων ασθενών με χρόνια νοσήματα σε δομές ΠΦΥ σε διάφορες χώρες της Ευρώπης κατά τη διάρκεια της πανδημίας Πηγή:OECD

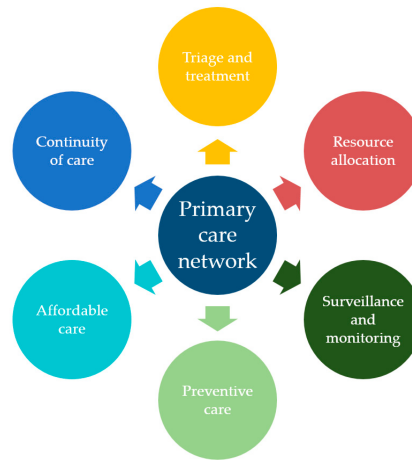
7.2 Η πανδημία και ο ρόλος του οικογενειακού ιατρού

Ο ρόλος του οικογενειακού ιατρού ήταν πολύ σημαντικός στην προσπάθεια της ΠΦΥ να αντεπεξέλθει στις πολλαπλές απαιτήσεις για την αποτελεσματική διαχείριση της πανδημίας. Ο οικογενειακός ιατρός έπρεπε να συντονίσει τις πολύπλοκες δράσεις και τους διαφορετικούς επαγγελματίες υγείας στις συνθήκες της κρίσης, να ενημερώνεται καθημερινά για τις εξελίξεις της λοίμωξης και τις κατευθυντήριες οδηγίες, να συνθέτει πληροφορίες και να ανταποκρίνεται στις συνεχείς τροποποιήσεις των οδηγιών και των πρωτοκόλλων διαχείρισης των κρουσμάτων. Όλα αυτά με αίσθημα ευθύνης, ενσυναίσθηση και κατανόηση για τον ψυχικό φόρτο των πολιτών και των συνεργατών του (Poon and Wong, 2021; Yang et al, 2022).

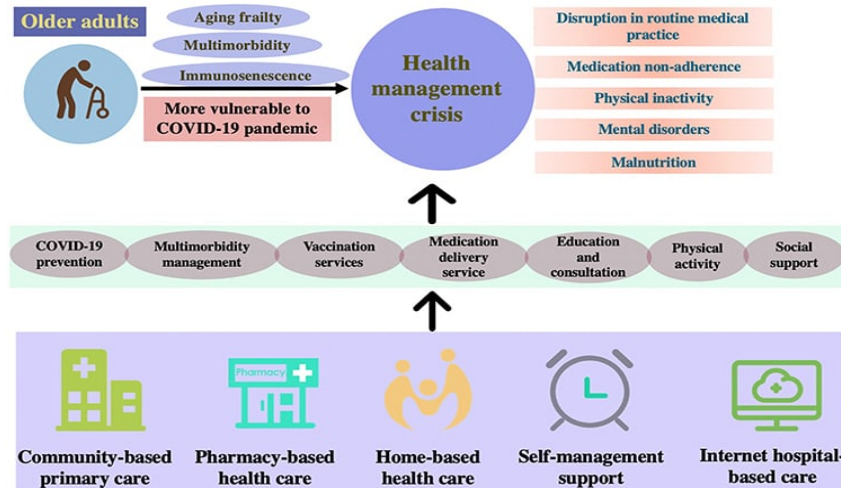
Σύμφωνα με την μελέτη των Mathews και συνεργατών, οι οικογενειακοί ιατροί στον Καναδά, στις δυσκολίες που αντιμετώπισαν κατά την άσκηση των καθηκόντων τους μεταξύ άλλων ανέφεραν την έλλειψη άμεσης καθοδήγησης, τη συνεχή αλλαγή πρωτοκόλλων, τις ανεκπλήρωτες ανάγκες ασθενών, τις δυσκολίες στο συντονισμό και τη διαχείριση της περίθαλψης ασθενών, καθώς και την έλλειψη πρωτοκόλλων για πρακτικές πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Επίσης υπογραμμίζουν ότι ήταν επιφορτισμένοι με το να εκπαιδεύουν και να υποστηρίζουν συνεχώς το υγειονομικό προσωπικό με το οποίο συνεργάζονται, ώστε να διασφαλίζεται η ορθή εφαρμογή των οδηγιών και των πρωτοκόλλων. Επιπρόσθετα έπρεπε να φροντίσουν για την προμήθεια, τη διανομή και την επάρκεια των μέσων ατομικής προστασίας, των φαρμάκων και των αναπνευστικών συσκευών, καθώς και να αναζητήσουν λύσεις για φροντίδα σε εξειδικευμένες περιπτώσεις, για τις οποίες δεν υπήρχαν πρωτόκολλα (Matthews et al, 2022).

Οι συμμετέχοντες σε άλλες μελέτες προσέθεσαν ότι ανάμεσα στις δυσκολίες που αντιμετώπισαν ήταν η ανεπαρκής επικοινωνία με τα κέντρα λήψης αποφάσεων, η έλλειψη υποστήριξης από την ηγεσία, η πίεση χρόνου, ο μεγάλος φόρτος εργασίας και οι διαρκείς μετακινήσεις του προσωπικού για την κάλυψη των αναγκών της πρώτης γραμμής (de Lusignan and Williams, 2020; Lee et al, 2020; Mash, 2020). Οι οικογενειακοί ιατροί συνεισέφεραν σημαντικά στην τήρηση των περιοριστικών μέτρων, στην εκπαίδευση των ασθενών αναφορικά με την τήρηση τους, και στην υποστήριξη των ευπαθών ομάδων, όπως χρήστες ουσιών και άτομα με ψυχικές διαταραχές, τα οποία επιβαρύνθηκαν ακόμη περισσότερο λόγω της κοινωνικής απομόνωσης κατά τη διάρκεια της πανδημίας (Matthews et al, 2022). Σε αρκετές

περιπτώσεις δημιούργησαν ομάδες κοινωνικής δικτύωσης με σκοπό την ενημέρωση, την ενδυνάμωση, την αλληλοϋποστήριξη και την παροχή βοήθειας μεταξύ τους.



Εικόνα 26 Οι παλλαπλές απαιτήσεις που έπρεπε να καλυφθούν από την ΠΦΥ και τον οικογενειακό ιατρό κατά τη διάρκεια της πανδημίας Πηγή: Lee et al 2020



Εικόνα 27 Οι ανάγκες φροντίδας των ηλικιωμένων ατόμων σε συνθήκες πανδημίας Πηγή: Zhu et al 2022

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μελέτη αυτή εστιάζει στο θεσμό του οικογενειακού ιατρού στην Ελλάδα και στον πολύ σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει στη λειτουργία της ΠΦΥ και την παροχή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Για τη διερεύνηση και την κατανόηση του θεσμού έγινε αρχικά μια παρουσίαση της οργάνωσης της ΠΦΥ και των αρχών που τη διέπουν, του θεσμικού πλαισίου μέσα από το οποίο ρυθμίζεται η λειτουργία της στη χώρα μας, καθώς και των δυνατών και των αδύναμων χαρακτηριστικών της. Επιπλέον έγινε μια σύντομη σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης, σε μια προσπάθεια να επισημανθούν οι σημαντικότερες διαφορές που υπάρχουν σε σχέση με αυτές, καθώς και οι καλύτερες πρακτικές που εφαρμόζουν στην παροχή της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Στην Ελλάδα έχουν γίνει πολλές προσπάθειες από θεσμική άποψη, προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι της ΠΦΥ, προσπάθειες που ωστόσο δεν έχουν ολοκληρωθεί, λόγω των εναλλαγών των πολιτικών προτεραιοτήτων, της έλλειψης πολιτικής βούλησης και της ελλιπούς διοικητικής, οικονομικής και χρηματοδοτικής υποστήριξης από το κράτος. Το περιεχόμενο και των δυο διακηρύξεων του ΠΟΥ έχει ενσωματωθεί στην ελληνική νομοθεσία σχετικά με τις αρχές και το είδος των υπηρεσιών που παρέχονται από την ΠΦΥ. Ο νόμος 4486/2017, συνιστά μία ουσιαστική προσπάθεια για την μεταρρύθμιση της ΠΦΥ, ωστόσο πρέπει να διερευνηθούν πλήρως οι δυνατότητες εφαρμογής του και να γίνουν προσαρμογές στις σημερινές συνθήκες. Σαν παράδειγμα μπορούμε να αναφέρουμε το ωράριο λειτουργίας των ΤΟΜΥ και το ενδεχόμενο επέκτασης του και κατά τις μη εργάσιμες ημέρες. Σε μια τέτοια περίπτωση θα μπορούσε να εξετάζεται μεγαλύτερος αριθμός πολιτών, οι οποίοι αδυνατούν να προσέλθουν κατά τις εργάσιμες ημέρες και παράλληλα μια τέτοια παρέμβαση θα βοηθούσε ουσιαστικά και στην αποσυμφόρηση των νοσοκομείων. Σε σχέση με τις χώρες της Ευρώπης, οι πιο σημαντικές αδυναμίες της ΠΦΥ στην Ελλάδα είναι η έλλειψη διασύνδεσης μεταξύ των δομών και η άνιση κατανομή των δομών της, δεδομένης βέβαια και της γεωγραφικής ιδιαιτερότητας της χώρας. Η εφαρμογή της τηλεϊατρικής συνιστά ένα σημαντικό βήμα στον τομέα αυτό, με στόχο την κάλυψη των δυσπρόσιτων περιοχών.

Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού είναι δοκιμασμένος στο εξωτερικό για πολλά χρόνια και στις περισσότερες χώρες ο ασθενής δεν είναι δυνατό να επισκεφθεί ιατρό άλλης ειδικότητας

αν δεν αξιολογηθεί η κατάσταση του από τον οικογενειακό ιατρό. Στην Μεγάλη Βρετανία ολόκληρο το σύστημα υγείας στηρίζεται στον γενικό - οικογενειακό ιατρό και στο ρόλο του ως gatekeeper. Στην Ελλάδα ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού δεν έχει προχωρήσει σύμφωνα με το σχεδιασμό και τις προσδοκίες. Επιπλέον, ως ιατρική ειδικότητα, έχει αμφισβητηθεί από άλλες ιατρικές ειδικότητες και δεν έχει τύχει κοινωνικής αποδοχής. Όλα αυτά μαζί με την έλλειψη κινήτρων για την επιλογή της ειδικότητας λειτουργούν αρνητικά στην καταξίωση του.

Η αναγκαιότητα για ισχυρή και καλά οργανωμένη ΠΦΥ, καθώς και για ενίσχυση του θεσμού του οικογενειακού ιατρού είναι προφανής, λόγω των πολλαπλών προκλήσεων που θα πρέπει να αντιμετωπιστούν στον τομέα της υγείας στο μέλλον. Οι προκλήσεις αυτές αφορούν στη γήρανση του πληθυσμού και τη συνεπαγόμενη αλλαγή του νοσολογικού-επιδημιολογικού προφίλ του, στη διαχείριση των ασθενών με χρόνια νοσήματα, στην αλματώδη εξέλιξη των τεχνολογιών πληροφορικής και της τεχνητής νοημοσύνης, στις κάθε μορφής ανισότητες στην υγεία και στις υγειονομικές κρίσεις που ενδέχεται να προκύψουν στο μέλλον.

Η γήρανση του πληθυσμού και οι απαιτήσεις για γηριατρική φροντίδα είναι μια παράμετρος που θα αυξάνεται διαρκώς στο μέλλον. Οι ασθενείς ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών αποτελούν μια ιδιαίτερη ομάδα ασθενών, με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Εκτός από τα χρόνια και οξέα υποκείμενα νοσήματα, παρουσιάζουν συννοσηρότητες και ειδικά γηριατρικά προβλήματα, όπως προβλήματα στη θρέψη και την πρόσληψη υγρών, άνοια, κατάθλιψη, έκπτωση της ακοής και της όρασης, αστάθεια ή δυσκολία στις κινήσεις συνεπεία νευρολογικών ή μυοσκελετικών παθήσεων, διαταραχή ύπνου, κατακλίσεις από παρατεταμένη ακινησία, σύγχυση, οξυθυμία και άλλα. Επιπλέον αντιμετωπίζουν υψηλού βαθμού προβλήματα λειτουργικότητας, για τα οποία απαιτείται κατάλληλη υποστήριξη και βοήθεια από την οικογένειά τους, από φροντιστές και από προγράμματα βοήθειας στο σπίτι. Ειδικά στις περιπτώσεις με πολλαπλή νοσηρότητα, ο οικογενειακός ιατρός οφείλει να σταθμίσει τις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για κάθε νόσημα χωριστά και να τις συνδυάσει, έτσι ώστε να παρέχει την καλύτερη δυνατή φροντίδα υγείας στον ασθενή, ελαχιστοποιώντας τον κίνδυνο υπερθεραπείας, υποθεραπείας, πολυφαρμακίας ή φαρμακευτικών αλληλεπιδράσεων. Ιδιαίτερη έμφαση θα πρέπει να δώσει ο ιατρός στην ψυχική, συναισθηματική, νοητική και κοινωνική κατάσταση του γηριατρικού ασθενούς, δηλαδή να τον προσεγγίσει ολιστικά, προσέγγιση που συνάδει με τις βασικές αρχές της ΠΦΥ και του θεσμού του οικογενειακού ιατρού. Στο μέλλον η ΠΦΥ θα κληθεί να παρέχει υπηρεσίες στον γηριατρικό ασθενή, τόσο σε επίπεδο διαχείρισης των

νοσημάτων του, όσο και σε επίπεδο πρόληψης οξέων καταστάσεων της υγείας του, καθώς επίσης και να φροντίζει για τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του και να συμβάλλει στη διατήρηση της λειτουργικότητάς του ως άτομου. Στην Ελλάδα, τα άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών αποτελούν το 1/3 του πληθυσμού των ασθενών που κάνουν χρήση των υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Δεύτερη σημαντική πρόκληση αποτελεί η διαχείριση των ασθενών που πάσχουν από χρόνια νοσήματα. Με τον όρο χρόνια νόσημα ορίζεται εκείνο το οποίο διαρκεί περισσότερο από 3 μήνες και στο οποίο παρατηρούνται μόνιμες και μη αναστρέψιμες βλάβες. Στην κατηγορία αυτή υπάγονται ο σακχαρώδης διαβήτης, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, οι νεοπλασίες, οι χρόνιες πνευμονοπάθειες και άλλα νοσήματα με μικρότερο επιπολασμό (όπως τα αυτοάνοσα νοσήματα, τα χρόνια νοσήματα του ήπατος, τα θαλασσαιμικά σύνδρομα και άλλα). Σε αυτή την κατηγορία νοσημάτων θα προστεθεί στο μέλλον και το σύνδρομο Long COVID, μια νέα κλινική οντότητα, με άγνωστη μέχρι στιγμής διάρκεια, συχνότητα, νοσηρότητα και θνησιμότητα. Οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, εκτός από την αυξημένη θνητότητα που παρουσιάζουν, επισκέπτονται συχνότερα τις δομές υγείας, έχουν ανάγκη νοσηλείας σε νοσοκομείο σε αρκετές περιπτώσεις και η φροντίδα τους απαιτεί αυξημένο κόστος. Η διαχείριση συνεπώς των ασθενών αυτών παρουσιάζει αρκετές ιδιαιτερότητες και αποτελεί πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας στο πεδίο της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Ο οικογενειακός ιατρός καλείται να αντιμετωπίσει τους χρονίως πάσχοντες ολιστικά και να προσεγγίσει τον ασθενή, δίνοντας έμφαση στην πολυπλοκότητά του και σεβόμενος πάντοτε την προσωπικότητα, τις προσδοκίες και τις ανάγκες του. Η προσέγγιση απαιτεί επικοινωνιακές δεξιότητες, εμπειρία και εξειδικευμένη ιατρική γνώση, παρακολούθηση των εξελίξεων και των κατευθυντήριων οδηγιών. Ο οικογενειακός ιατρός οφείλει να παρέχει για κάθε ασθενή το κατάλληλο σχέδιο διαχείρισης του χρονίου νοσήματος και των επιπλοκών του, εξατομικεύοντας την παρεχόμενη φροντίδα.

Οι νοσολογικές οντότητες που αντιμετωπίζουν οι γηριατρικοί ασθενείς και οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα καθιστούν αναγκαία τη συνεργασία επαγγελματιών υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων. Η εφαρμογή της διεπιστημονικής ομάδας της ΠΦΥ είναι επιβεβλημένη, αφού θα συνεισφέρει σημαντικά παρέχοντας ολιστική και ολοκληρωμένη φροντίδα. Στο εξωτερικό έχουν ήδη εφαρμοστεί μοντέλα παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας, τα οποία βασίζονται σε μια ομάδα από εξειδικευμένους επαγγελματίες και στοχεύουν σε ολοκληρωμένη και συντονισμένη

φροντίδα υγείας επικεντρωμένη στον ασθενή, η οποία παρέχεται με συνέχεια, ασφάλεια, προσβασιμότητα και τεκμηριωμένη ποιότητα.

Η εφαρμογή των τεχνολογιών πληροφορικής και τεχνητής νοημοσύνης μπορούν να χρησιμοποιηθούν για το σχεδιασμό και τη βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών. Έχουν ήδη εφαρμοστεί σε μικρή έκταση για την τήρηση των ραντεβού, του ηλεκτρονικού φακέλου του ασθενούς, την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, την οργάνωση των υπηρεσιών και την τήρηση αρχείων. Χάρη στις τεχνολογίες αυτές είναι εφικτή η συλλογή επαρκών και αντικειμενικών δεδομένων, τα οποία περιλαμβάνουν στοιχεία για την απόδοση και την αποτελεσματικότητα της ΠΦΥ, για τον αριθμό των εξεταζομένων, για τις παθήσεις από τις οποίες πάσχουν, για το φόρτο εργασίας, την ικανοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού, στοιχεία εκπαίδευσης των ιατρών και των υπολοίπων επαγγελματιών υγείας, στοιχεία σχετικά με το διοικητικό έργο, καθώς και για τις διαγνωστικές και απεικονιστικές εξετάσεις που διενεργούνται. Ένα καλά σταθμισμένο σύνολο δεικτών που βασίζονται σε αυτά τα στοιχεία επιτρέπει τον τακτικό έλεγχο των διαδικασιών, το σχεδιασμό νέων, την αξιολόγηση της ποιότητας, την ενσωμάτωση νέων υπηρεσιών και την άσκηση έργου βασισμένη σε τεκμήρια (evidence based). Επιπρόσθετα, η εφαρμογή εργαλείων όπως η μέτρηση ζωτικών σημείων και η διενέργεια τηλεσυναντήσεων με τον οικογενειακό ιατρό, σε ευρύτερη κλίμακα μπορούν να αποφορτίσουν περισσότερο το σύστημα της ΠΦΥ.

Η ΠΦΥ μπορεί να συνεισφέρει σημαντικά στην αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία, εξασφαλίζοντας ισότητα στην πρόσβαση και καθολική κάλυψη. Οι ανισότητες μεταξύ των πολιτών διογκώθηκαν περισσότερο τα τελευταία χρόνια, λόγω της πανδημίας, αφού διαπιστώθηκε με τον πλέον αδιαμφισβήτητο τρόπο ότι η έκθεση στον ιό και η πρόσβαση σε υπηρεσίες, φάρμακα και εμβόλια, συνδέονται με την κοινωνική και οικονομική κατάσταση, το είδος της εργασίας, τις συνθήκες διαβίωσης, τις συνθήκες στην εργασία, το φύλο, την ηλικία, την ποιότητα του φυσικού περιβάλλοντος και την ποιότητα της διατροφής. Η προσέγγιση των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού όπως είναι οι πρόσφυγες, οι μετανάστες, οι άστεγοι, οι χρήστες ουσιών και αλκοόλ είναι δύσκολη και απαιτεί δεξιότητες. Οι οικογενειακοί ιατροί και το προσωπικό που στελεχώνει τις δομές ΠΦΥ μπορεί να συμβάλλει στη συνεχιζόμενη ενημέρωση και την προσέγγιση των ομάδων αυτών, καθώς και στην αποτύπωση των αναγκών τους.

Τέλος, η πρόσφατη πανδημία αποτελεί μια βάση πάνω στην οποία πρέπει να στηριχθεί η πολιτική υγείας για ορθό σχεδιασμό των υπηρεσιών, με στόχο την πρόβλεψη και όχι την αντίδραση. Δεδομένου ότι μια κρίση τέτοιας εμβέλειας δεν προκύπτει ξαφνικά, αλλά είναι εξελισσόμενη, ως αποτέλεσμα συσσώρευσης πολλών και διαφορετικών παραγόντων, είναι απαραίτητη η διαρκής συλλογή και επεξεργασία στοιχείων που βοηθούν στην πρόβλεψη και στη σωστή προετοιμασία των συστημάτων υγείας σε περίπτωση μελλοντικών επιδημιών. Η ΠΦΥ και ο οικογενειακός ιατρός θα συμβάλλουν σημαντικά στο έργο της επιδημιολογικής επιτήρησης στο μέλλον, εντοπίζοντας στοιχεία επιδημιολογικού ενδιαφέροντος στον πληθυσμό ευθύνης, αλλαγές στο επιδημιολογικό του προφίλ, αλλά και αλλαγές στις συνήθειες και τους προσδιοριστές υγείας στον πληθυσμό της ευθύνης τους.

Σαν γενικό συμπέρασμα μπορούμε να πούμε ότι το μέλλον του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, αλλά και της ΠΦΥ γενικότερα στην Ελλάδα, εξαρτάται από την συνέχεια και τη συνέπεια στην εφαρμογή της πολιτικής υγείας της χώρας. Οι αποτυχημένες προσπάθειες για μεταρρυθμίσεις και η αποσπασματική εφαρμογή των νόμων για την υγεία, είναι αποτέλεσμα της συνεχούς εναλλαγής προσώπων στις θέσεις ευθύνης και τα κέντρα αποφάσεων, της παγιωμένης αντίληψης των ασθενών να προτιμούν τη γνώμη των ειδικών ιατρών για τα προβλήματα υγείας και να μη δέχονται περιορισμούς στην ελευθερία επιλογής, καθώς και του ιατροκεντρικού χαρακτήρα του συστήματος υγείας. Η εφαρμογή κανόνων και συγκεκριμένου πλαισίου λειτουργίας, μπορεί ενδεχομένως να περιορίσει την ελευθερία επιλογής των χρηστών, θα βοηθήσει όμως στην βελτίωση της ροής των ασθενών μέσα στο σύστημα υγείας και στην ορθολογική χρήση των υλικών και ανθρωπίνων πόρων. Επιπρόσθετα η δημιουργία κινήτρων που θα ενθαρρύνουν την επιλογή της ειδικότητας του οικογενειακού ιατρού θα συνεισφέρει σημαντικά στην εδραίωση του. Μόνο με σωστά εστιασμένες αποφάσεις και δράσεις θα είναι εφικτή η αποτελεσματική διαχείριση των προκλήσεων του μέλλοντος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Amit G., Girshovitz I., Marcus K., Zhang Y., Pathak J., Bar V., et al (2021) Estimation of postpartum depression risk from electronic health records using machine learning. *BMC Pregnancy Childbirth*. 21(1):630-634
2. Andersson T., Eriksson N., Müllern T. (2021) Patients' perceptions of quality in Swedish primary care - a study of differences between private and public ownership. *J Health Organ Manag*. 22;35(9):85-100
3. Athanasiadou Z., Stamouli M., Mourtzikou A., Karkalousos P. (2020) Quality Indicators for the performance evaluation at a Biochemistry Laboratory: QIs for a Biochemistry Laboratory *IJRQEH* 9, Issue 2, 18-33
4. Atherton H, Briggs T, Chew-Graham C. Long COVID and the importance of the doctor-patient relationship. *Br J Gen Pract*. 2021;71:54-5
5. Behera, B.K., Prasad, R., Shyambhavee, B. (2022) Primary health-care goal and principles. *Healthcare Strategies and Planning for Social Inclusion and Development*. 2022:221–39
6. Bernal-Delgado, E., García-Armesto, S., Oliva, J., Sánchez Martínez, F.I., Repullo, J.R., Peña Longobardo LM, Ridao-López M, Hernández-Quevedo C. (2018) Spain: Health system review. *Health Syst Transit* 2018; 20(2):1-179
7. Bispo, J.P., Serapioni, M. (2021) Community participation: Lessons and challenges of the 30 years of health councils in Brazil. *J Glob Health*. 27;11:03061
8. Bitton, A., Ratcliffe, H.L., Veillard, J.H., Kress, D.H., Barkley, S., Kimball, M., et al. (2017) Primary health care as a foundation for strengthening health systems in low- and middle-income countries. *J Gen Intern Med*. 32:566–71
9. Black, J.E., Kueper, J.K., Terry, A.L., Lizotte, D.J. (2021) Development of a prognostic prediction model to estimate the risk of multiple chronic diseases: constructing a copula-based model using Canadian primary care electronic medical record data. *Int J Popul Data Sci*. 6(1):1395-1396
10. Bourgueil, Y., Marek, A., Mousquès, J. (2009) Three Models of Primary Care Organization in Europe, Canada, Australia and New-Zealand *Issues in health economics* n° 141: 1-6
11. Braveman P, Gottlieb L. (2014) The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep*. 129 Suppl 2(Suppl 2):19-31
12. Brown, J.B., Mulder, C., Clark, R.E., Belsito, L. and Thorpe, C. (2021), “It starts with a strong foundation: constructing collaborative interprofessional teams in primary health care”, *Journal of Interprofessional Care*, 35 No. 4, pp. 514-520
13. Bryar, R.M., Cowley, D.S., Adams, C.M., Kendall, S., Mathers, N. (2017) Health visiting in primary care in England: a crisis waiting to happen? *Br J Gen Pract*. 67(656):102-103
14. Cantaert, G.R., Pype, P., Valcke, M., Lauwerier, E. (2022) Interprofessional Identity in Health and Social Care: Analysis and Synthesis of the Assumptions and Conceptions in the Literature. *Int J Environ Res Public Health*. 10;19(22):14799
15. Chudasama, Y.V., Gillies, C.L., Zaccardi, F., Coles, B., Davies, M.J., Seidu, S., Khunti, K. (2020) Impact of COVID-19 on routine care for chronic diseases: A global survey of views from healthcare professionals. *Diabetes Metab Syndr*. 14(5):965-967

16. Cornwall, A. and Shankland, A., (2008) Engaging citizens: lessons from building Brazil's national health system. *Social Science and Medicine* 66, 2173–2184
17. Cowley, S., Whittaker, K., Malone, M., et al. (2015) Why health visiting? Examining the potential public health benefits from health visiting practice within a universal service: A narrative review of the literature. *Int J Nurs Stud.* 52(1):465–480
18. Crocitto, L., Kapoor, D.A. and Loughlin, K.R. (2021), "Development of physician leaders", *Urologic Clinics of North America*, Vol. 48 No. 2, pp. 179-186
19. Danchin M, Biezen R, Manski-Nankervis JA, Kaufman J, Leask J. Preparing the public for COVID-19 vaccines: How can general practitioners build vaccine confidence and optimise uptake for themselves and their patients? *Aust J Gen Pract.* 2020;49:625-9
20. Dargahi, H., Darrudi, A., Zalvand, R. (2019) Family Medicine Program in Iran: SWOT Analysis and TOWS Matrix Model. *Iran J Public Health.* 48(6):1140-1148
21. de Lusignan, S., Williams, J. (2020) To monitor the COVID-19 pandemic we need better quality primary care data. *BJGP Open.* Apr 20. pii: bjgpopen20X101070. 47
22. Desborough, J., Dykgraaf, S.H., de Toca, L., Davis, S., Roberts, L., Kelaher, C. et al. (2020) Australia's national COVID-19 primary care response. *Med J Aust*213:104–106.e1
23. Djalali, S., Meier, T., Hasler, S., Rosemann, T., Tandjung, R. (2015) . Primary care in Switzerland gains strength. *Fam Pract.* 32(3):348-53
24. Dixon, J., Street, A., Allwood, D. (2010) Productivity in the NHS: why it matters and what to do next. *BMJ*2018;363:k4301
25. Donohue D. A primary care answer to a pandemic: keeping a population of patients safe at home through chronic care management and remote patient monitoring. *Am J Lifestyle Med* 2020; 14: 595–601
26. Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., Maresso, A. (2017) Greece: Health system review. *Health Syst Transit*, 19:1–166
27. Economou, C., Kaitelidou, D. and Siskou, O. (2018). A Health System in the Era of Economic Crisis and Memoranda: Bearing Patiently the Consequences or Grabbing the Chance for Introducing Reforms? In: M. Saridi and K. Souliotis (eds). *The Impact and Implications of Crisis. A Comprehensive Approach Combining Elements of Health and Society.* New York: Nova Science Publishers
28. Fekadu, G., Bekele, F., Tolossa, T., Fetensa, G., Turi, E., Getachew, M., Abdisa, E. et al, (2021). Impact of COVID-19 pandemic on chronic diseases care follow-up and current perspectives in low resource settings: a narrative review. *Int J Physiol Pathophysiol Pharmacol.* 15;13(3):86-93.
29. Fernandez-Aleman, J.L. Señor, I.C., Lozoya, PÁ., Toval, A. (2013) Security and privacy in EHR: A systematic literature review, *J of Biomedical Informatics*, 46 : 541-562
30. Fitzgibbon, M.L., Kong, L., Tussing-Humphreys, L. (2014) Understanding population health from multi-level and community-based models. In: Riekert KA, Ockene JK, Pbert L, editors. *The Handbook of Health Behavior Change.* Vol. 4th. New York (NY): Springer 2014:22–41.
31. Freund, T., Everett, C., Griffiths, P., Hudon, C., Naccarella, L., Laurant, M. (2015) Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: Who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world? *Int J Nurs Stud.* 52(3):727–43.
32. Galanis, P., Siskou, O., Charalambous, G., Konstantakopoulou, O., Liarigkovinou, A, Karagkouni, I. et al. (2019) Inappropriate Use of Public Hospitals Emergency Departments in Greece: Magnitude and Associated Factors. *Stud Health Technol Inform.* 4;262:224-227

33. Ganiga, R.P., Manohara, R.M. and Rajesh, S. (2018). Private cloud solution for Securing and Managing Patient Data in Rural Healthcare System. *Procedia Computer Science*. 135. 688-699.
34. Garattini, L., Badinella Martini, M. & Nobili, A. (2022) General practice in the EU: countries you see, customs you find. *Eur J Health Econ* (2022). <https://doi.org/10.1007/s10198-022-01549-4>
35. Garcia-Cardenas, V., Perez-Escamilla, B., Fernandez-Llimos, F., Benrimoj, S.I. (2018) The complexity of implementation factors in professional pharmacy services. *Res Social Adm Pharm*. 14(5):498-500.
36. Geneau, R., Lehoux, P., Pineault, R. et al. (2008) Understanding the work of general practitioners: a social science perspective on the context of medical decision making in primary care. *BMC Fam Pract* 9, 12
37. Gibbons, M.C., Illangasekare, S.L., Smith, E., Ku, J. A (2016) Community health initiative: evaluation and early lessons learned. *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education and Action* 10(1 Spring):89–101.
38. Gillam, S. (2008) Is the declaration of Alma Ata still relevant to primary health care? *BMJ*. 8;336(7643):536-8.
39. Goldman, J., Kitto, S., Reeves, S. (2018) Examining the implementation of collaborative competencies in a critical care setting: Key challenges for enacting competency-based education. *J Interprof Care*. 32(4):407-415.
40. Grattagliano I, Rossi A, Cricelli I, Cricelli C. The changing face of family medicine in the COVID and post-COVID era. *Eur J Clin Invest*. 2020;50:e13303
41. Groenewegen, P.P. et al. (2013). Strengthening weak primary care systems: steps towards stronger primary care in selected western and eastern European countries. *Health Policy*, 113(1):170–179.
42. Groenewegen PP, Jurgutis A. (2013) A future for primary care for the Greek population. *Qual Prim Care*. 2013;21(6):369-78.
43. Grymonpre, R.E., Bainbridge, L., Nasmith, L. et al. (2021) Development of accreditation standards for interprofessional education: a Canadian Case Study. *Hum Resour Health* 19, 12 (2021).
44. Haldane, V., Chuah, F.L.H., Srivastava, A., Singh, S.R., Koh, G.C.H., Seng, C.K., Legido-Quigley, H. (2019) Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. *PLoS One*. 10;14(5):e0216112.
45. Hämel, K., Vössing, C. (2017) The collaboration of general practitioners and nurses in primary care: a comparative analysis of concepts and practices in Slovenia and Spain. *Prim Health Care Res Dev* 18(5):492-506.
46. Haricharan, H., J., Stuttford, M., London, L. (2021) The role of community participation in primary health care: practices of South African health committees. *Primary Health Care Research & Development* 22(e31): 1–10.
47. Harnden A, Lim WS, Earnshaw A. COVID-19 vaccination programme: a central role for primary care. *Br J Gen Pract*. 2021;71:52-3
48. Hartzler, A.L., Tuzzio, L., Hsu, C., Wagner, E.H. (2018) Roles and Functions of Community Health Workers in Primary Care. *Ann Fam Med*. 16(3):240-245.
49. Hayes, C., Wolf, S., Labbé, E., Peterson and Murray, S. (2017) Primary health care providers' roles and responsibilities: A qualitative exploration of 'who does what' in the

- treatment and management of persons affected by obesity, *Journal of Communication in Healthcare*, 10:1, 47-54
50. Hone, T., Macinko, J., Millett, C. (2018) Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *Lancet* 392:1461–72
 51. Hornbuckle, L.M., Amutah-Onukagha, N., Bryan, A., Skidmore- Edwards. E., Madzima, T., Massey, K., May, L., Robinson, L.E. (2017) Health Disparities in Women. *Clin Med Insights Womens Health*. 29;10:1179562X17709546.
 52. Huang, J., Zhu, Q., Guo, J.. (2020) Can Health Disparity Be Eliminated? The Role of Family Doctor Played in Shanghai, China. *Int J Environ Res Public Health*. 31;17(15):5548.
 53. ICM 2014, International Code of Ethics for Midwives
 54. Jamouille, M., Resnick, M., Vander Stichele. R., Ittoo. A., Cardillo, E., Vanmeerbeek, M. (2017) Analysis of definitions of general practice, family medicine, and primary health care: a terminological analysis. *BJGP Open*. 4;1(3):bjgpopen17X101049.
 55. Jaruseviciene, L, Liseckiene, I, Valius, L., Kontrimiene, A., Jarusevicius, G., Lapão, LV. (2013) Teamwork in primary care: perspectives of general practitioners and community nurses in Lithuania. *BMC Fam Pract*. 15;14:118.
 56. Jensen, C.B., Norbye, B., Abrandt Dahlgren, M., Iversen,A. (2022) Patient participation in interprofessional learning and collaboration with undergraduate health professional students in clinical placements: A scoping review, *Journal of Interprofessional Education & Practice*, Volume 27, 100494
 57. Josi, R., Bianchi, M., Brandt, SK. (2020). Advanced practice nurses in primary care in Switzerland: an analysis of interprofessional collaboration. *BMC nursing*, 2020; 19: 1.
 58. Kaitelidou, D, Economou, C., Galanis, P., Konstantakopoulou, O., Siskou, O., Domete, S. et al. (2019) 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* , 20:49
 59. Karanikolos, M. et al. (2013). Health in Europe 7: Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*, 381(9874):1323–1331
 60. Keizer, E., Smits, M., Peters, Y., et al. (2015) Contacts with out-of-hours primary care for non-urgent problems: Patients’ beliefs or deficiencies in healthcare? *BMC Fam Pract*. 16:157.
 61. Kelly, C., Coutinho, A.J. and Goldgar, C. (2019), Collaborating to achieve the optimal family medicine workforce, *Family Medicine*, Vol. 51 No. 2, pp. 149-158,
 62. Keskimäki, I., Koivisto, J., Sinervo, T. (2018) Integrating health and social services in Finland: regional and local initiatives to coordinate care. *Public Health Panorama*. 4(4): 679–686._
 63. Kotavaara, O., Nivala, A., Lankila, T., Huotari, T., Delmelle, E., Antikainen, H. (2021) Geographical accessibility to primary health care in Finland – Grid-based multimodal assessment, *Applied Geography*, Volume 136, 102583
 64. Kringos, D., Boerma, W., Bourgueil, Y., et al (2013) The strength of primary care in Europe: an international comparative stud *British Journal of General Practice*, e 7420-750
 65. Kringos, D.S. et al. (2010). The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Service Research*, 10(1):65
 66. Kuipers, T., van de Pas, R. & Krumeich, A. (2022) Is the healthcare provision in the Netherlands compliant with universal health coverage based on the right to health? A narrative literature review. *Global Health* 18, 38

67. Lam, C. L. (2016). The role of the family doctor in the era of multi-disciplinary primary care. *Family practice*, 33(5), 447-448.
68. Lee, J.Q., Loke, W., Ng, QX. (2020) The Role of Family Physicians in a Pandemic: A Blueprint. *Healthcare (Basel)*. 5;8(3):198.
69. Lee, J. (2018) Health Inequality in Health Checkups. *Korean J Fam Med*. 39(2):65-66.
70. Lewin, S., Munabi-Babigumira, S., Glenton, C., et al. (2010) Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. *Cochrane Database Syst Rev*. (3): CD004015
71. Li, L. (2022) Development of China's health care system in the time of COVID-19: Challenges, opportunities and call for actions. *Health Care Sci*. 1:33-40.
72. Lionis, C., Symvoulakis, E.K., Markaki, A., Petelos, E., Papadakis, S, Sifaki-Pistolla D, et al. (2019) Integrated people-centred primary health care in Greece: unravelling Ariadne's thread. *Prim Health Care Res Dev*. 20:e113.
73. Madan, A., Manek, N., Gregory, S. (2017) General practice: the heart of the NHS. *Br J Gen Pract*. 2017 67(657):150-151
74. Maeno, T., Haruta, J., Takayashiki, A., Yoshimoto, H., Goto, R., Maeno, T. (2019) Interprofessional education in medical schools in Japan. *PLoS One*. 17;14(1):e0210912.
75. Marston, C., Hinton, R., Kean, S., Baral, S., Ahuja, A., Costello, A, et al. (2016) Community participation for transformative action on women's, children's and adolescents' health. *Bulletin of the World Health Organization*. 94(376-382).
76. Martens, M., Danhieus, K., Van Belle, S., Wouters, E., Van Damme, W., Remmen, R., Anthierens, S., Van Olmen, J.(2021) Integration or Fragmentation of Health Care? Examining Policies and Politics in a Belgian Case Study. *Int J Health Policy Manag*. 6;11(9):1668-81.
77. Mash B. (2020) Primary care management of the coronavirus (COVID-19). *S Afr Fam Pract Mar* 31;62(1):e1-e4.
78. Mathews, M., Spencer, S., Hedden, L., Marshall, E.G., Lukewich, J., Meredith, L., Ryan, D., Buote, R., Liu, T., Volpe, E., Gill, P.S., Ryan, B., Schacter, G., Wickett, J., Freeman, T.R., Sibbald, S.L., Wong, E., McKay, M., McCracken, R. and Brown, J.B. (2021), Development of a primary care pandemic plan informed by in-depth policy analysis and qualitative case studies with family physicians across Canada during COVID-19: a qualitative case study protocol, *BMJ Open*, Vol. 11 No. 7, p. e1-8
79. Mitropoulos, P., Kounetas, K. and Mitropoulos, I. (2015). Factors Affecting Primary Health Care Centers' Economic and Production Efficiency. *Annals of Operations Research*, 2015, pp. 1-16.
80. Mosadeghrad, A. (2013) Healthcare service quality: Towards a broad definition *International journal of health care quality assurance*, 26 (3):203-2019
81. Mossialos, E., McGuire, A., Anderson, M., Pitchforth, E., James, A., Horton, R. (2018) The future of the NHS: no longer the envy of the world? *Lancet* 2018;391:1001-3.
82. Mourtzikou, A., and Stamouli, M (2017) An Update On Best Practices and Regulatory Requirements for the Improvement of Clinical Laboratory Services through Quality *International Journal of Reliable and Quality E-Healthcare* 6;(1) January-March 2017
83. Mourtzikou, A., Stamouli, M., Athanasiadi, E., Marasidi, E. (2015) ISO 9001 2008 & CEN/ TS 15224 2005: The Contribution of Continuous Medical Education *International Journal of Reliable and Quality E-Healthcare*, 4(2), 39-50, April-June 2015

84. Mughal, F., Khunti, K., Mallen, C.D. (2021) The impact of COVID-19 on primary care: insights from the National Health Service (NHS) and future recommendations. *J Family Med Prim Care* 10:4345-9.
85. Muldoon, L.K., Hogg, W.E., Levitt, M. (2006) Primary care (PC) and primary health care (PHC). What is the difference? *Can J Public Health* 97:409–11
86. NIVEL 2003 Profiles of General Practice in Europe An international study of variation in the tasks of general practitioners
87. Noor, F., Gulis, G., Eklund Karlsson, L. (2022) Users’ and Providers’ Perceptions about Integrated Health Care in Southern Denmark. *Societies* , 12, 124.
88. NSRF (2020) Executive Agency. Evaluation of the Operation of the Local Health Care Teams (TOMY): Executive Summary of Conclusions and Recommendations. Athens: Ministry of Health; 2020.
89. OECD European Observatory on Health Systems and Policies. Greece: country health profile 2019. Paris, Brussels: OECD; 2019.
90. OECD Health Database. Health Care Resources. Physicians by categories. Available from: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT
91. Oikonomou, N., Tountas, Y., Mariolis, A., Souliotis, K., Athanasakis, K., Kyriopoulos, J. (2016) Measuring the efficiency of the Greek rural primary health care using a restricted DEA model; the case of southern and western Greece. *Health Care Manag Sci* 19:313–325
92. O’Shea, M.P., Kennedy, C., Relihan, E. et al (2021) Assessment of an electronic patient record system on discharge prescribing errors in a Tertiary University Hospital. *BMC Med Inform Decis Mak* 21, 195
93. Papakosta-Gaki, E., Zissi, A., Smyrnakis, E.(2022) Evaluation of primary health care and improvement of the services provided *Archives of Hellenic Medicine* 39(4):439-451
94. Philalithis, A. (2021) Primary Health Care in Greece: Lost in the labyrinth *Archives of Hellenic Medicine* 38(4):548–556
95. Pilotie, P.N., Filmalter, C., Mohlala, M.G., Zulu, N., Segale, A., Koenait, C., Muchiri, J. et al (2022). Factors affecting the implementation of a complex health intervention to improve insulin management in primary care: A SWOT analysis. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine* , 14(1), 1-9.
96. Platis, C., Kyritsi, N. (2019) Institutional and Organizational Efforts to Establish Primary Health Care in Greece. *Strateg Innov Mark Tour.* 497–503.
97. Poon PKM, Wong SYS. Primary care doctors and the control of COVID-19. *Hong Kong Med J.* 2021;27(2):86–7
98. Rawlinson, C., Carron, T., Cohidon, C., Arditi, C., Hong, Q.N., Pluye, P., Peytremann Bridevaux, I., Gilles, I. (2021) An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Barriers and Facilitators. *Int J Integr Care.* 22;21(2):32.
99. Rezapour, R., Dorosti, A.A., Farahbakhsh, M. et al. (2022) The impact of the Covid-19 pandemic on primary health care utilization: an experience from Iran. *BMC Health Serv Res* 22, 404 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07753-5>
100. Reath, J et al. (2019) Experiences of primary healthcare professionals and patients from an area of urban disadvantage: a qualitative study. *BJGP Open* DOI: 10.3399/bjgpopen19X101676
101. Rejeski, W.J., Fanning, J. (2019) Models and theories of health behavior and clinical interventions in aging: a contemporary, integrative approach. *Clin Interv Aging.* 30;14:1007-1019.

102. Renger, F, A. Czirfusz. (2016). Structural Comparison Of Management Aspects Of Community Health care Centres In Europe With Special Focus On Germany. *Academy of Strategic Management Journal*, 15 (1):41-48.
103. Rifkin, S.B. (2018) Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All from consensus to complexity. *BMJ Glob Health*. 3(Suppl 3):e001188.
104. Rifkin, S.B., Fort, M., Patcharanarumol, W., et al. (2021) Primary healthcare in the time of COVID-19: breaking the silos of healthcare provision. *BMJ Global Health* 6:e007721. doi:10.1136/bmjgh-2021-00772
105. Rohde, J., Cousens, S., Chopra. M, et al. (2008) 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? *Lancet* 372: 950-961
106. Rotar, A.M., Botje, D., Klazinga, N.S. et al. (2016) The involvement of medical doctors in hospital governance and implications for quality management: a quick scan in 19 and an in depth study in 7 OECD countries. *BMC Health Serv Res* 16 (Suppl 2), 160
107. Rouleau, K. (2020) The Declaration of Astana and what it means for the global role of NAPCRG and WONCA. *Ann Fam Med*. 18(2):189–90.
108. Royal College of General Practitioners. *Artificial Intelligence and Primary Care*. London: RCGP. 2019
109. Rudkjobing, A., Olejaz, M., Birk, H.O., Nielsen, A.J., Hernandez-Quevedo, C., Krasnik, A. (2012) Integrated care: A Danish perspective. *BMJ* 345, e4451.
110. Sadeghi Bazargani, H., Saadati, M., Tabrizi, J.S. et al (2020) Forty years after Alma-Ata: how people trust primary health care? *BMC Public Health* 20, 942
111. Sagan, A., Panteli, D., Borkowski, W., Dmowski, M., Domanski, F. et al (2011) Poland health system review. *Health Syst Transit*. 13(8):1-193.
112. Sánchez-Sagrado T. (2017) Primary care in Italy. *Semergen*. 44(1):50-53.
113. Schäfer, W., Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Westert, G., Devillé, W., van Ginneken, E. (2010) The Netherlands: health system review. *Health Syst Transit*. 12(1):v-xxvii, 1-228.
114. Schmalstieg-Bahr K, Popert UW and Scherer M (2021) The Role of General Practice in Complex Health Care Systems. *Front. Med*. 8:680695. doi: 10.3389/fmed.2021.680695
115. Schmidt, M., Schmidt, S.A.J., Adelborg, K., Sundbøll, J., Laugesen, K., Ehrenstein, .V, Sørensen, H.T. (2019) The Danish health care system and epidemiological research: from health care contacts to database records. *Clin Epidemiol* 12;11:563-591.
116. Shaw R, Kim Y-kyun, Hua J, . Governance, technology and citizen behavior in pandemic: lessons from COVID-19 in East Asia. *Progress in Disaster Science* 2020;6:100090.
117. Sherin, K., Adebun, T. and Jani, A. (2019) Social determinants of health: family physicians' leadership role, *American Family Physician*, Vol. 99 No. 8, pp. 476-477.
118. Siempis, T. Theodorakou, E., Tsoulfas, G., Miliaras, S., Marakis, G. (2014) The educational and practical value of clinical audit in Greece: a pilot study by surgical interns. Is it time to adapt a structured way to improve quality in healthcare? *Aristotle University Medical Journal*, Vol. 41, Issue 2
119. Slight, S., Tolley, C., Bates, D., Fraser, R., Bigirimurame, T., Kasim, A., Balaskonis, K., Narri,e S., Heed, A., Orav, E. et al. (2019) Medication errors and adverse drug events in a UK hospital during the optimisation of electronic prescriptions: a prospective observational study. *Lancet Digit Health*. 1:e403–12.
120. Sorensen, M., Stenberg, U., Garnweidner-Holme, L. (2018) A Scoping Review of Facilitators of Multi-Professional Collaboration in Primary Care. *Int J Integr Care*, 18(3): 13.

121. Sripa, P., Hayhoe, B., Garg, P., Majeed, A. and Greenfield, G. (2019) Impact of GP gatekeeping on quality of care, and health outcomes, use, and expenditure: a systematic review *British Journal of General Practice*, 69(682):e294-e303
122. Stamouli, M. Mourtzikou, A., Karkalousos, P., Athanasiadou, Z., Marasidi, E. and Skliris, A. (2019) Application of Failure Mode and Effects Analysis (FMEA) during the pre-analytical phase in a Greek Biochemistry Laboratory. *International Journal of Reliable and Quality E-Healthcare*, 8(3): 22-35
123. Sturmberg JP, Martin CM . COVID-19 – how a pandemic reveals that everything is connected to everything else. *J Eval Clin Pract* 2020;26:1361–7.
124. Supper, I., Catala, O., Lustman, M., Chemla, C., Bourgueil, Y., Letrilliart, L. (2015) Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *Journal of public health* 37(4): 716–27.
125. Tadic, V., Ashcroft, R., Brown, J.B., Dahrouge, S. (2020) The Role of Social Workers in Interprofessional Primary Healthcare Teams. *Health Policy* 16(1):27-42.
126. Theodorou, C., Polyzos, N. (2017) Primary care doctors' assessment of and preferences on their remuneration: Evidence from Greek public sector. *Inq (USA)* 54:54
127. Tiirinki, H. Sulander, J., Sinervo, T., Halme, S., Keskimäki, I. (2022) Integrating Health and Social Services in Finland: Regional Approaches and Governance Models. *International Journal of Integrated Care*. 2022;22(3):18.
128. van Loenen, T., van den Berg, M.J., Heinemann, S. et al. (2016) Trends towards stronger primary care in three western European countries; 2006-2012. *BMC Fam Pract* 17, 59
129. Van Wilder, A., Bell, H. and Franklin, B.D. (2016) The effect of electronic prescribing and medication administration on nurses' workflow and activities: an uncontrolled before and after study. *Saf Health* 2, 13
130. Vladescu, C , Scintee, S.G., Olsavszky, V., Hernandez-Quevedo, C., Sagan, A. (2016) Romania: Health System Review. *Health Syst Transit*. 18(4):1-170.
131. Walraven, G. (2019) The 2018 Astana Declaration on Primary Health Care, is it useful? *J Glob Health*. 9(1):010313.
132. Wartman, S. A. (2017). *The Role of the Physician in 21st Century Healthcare*. Nota Bene Washington, DC: Association of Academic Health Centres. Retrieved from <http://www.aahcdc.org/Portals/41/Series/Nota-Bene/v2n1/Nota-Bene-12-17.pdf>.
133. Wenhua, W., Haggerty, J., Loban, E. and Liu, X. (2019) Evaluating Primary Health Care Performance from User Perspective in China: Review of Survey Instruments and Implementation Issues. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 16, 926
134. World Health Organization Regional Office for Europe. Greece: Profile of Health and Well-being 2016.
135. World Health Organization. Highlights on health in Greece, 2004. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2006
136. World Health Organization Astana Declaration: From Alma-Ata Towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals. Astana, Kazakhstan: Global Conference on Primary Health Care; 2018
137. Yang, C., Yin, J., Liu, J. et al. The roles of primary care doctors in the COVID-19 pandemic: consistency and influencing factors of doctor's perception and actions and nominal definitions. *BMC Health Serv Res* 22, 1143
138. Zhu, Y., Liu, Y., Jiang, H. (2022) Geriatric Health Care During the COVID-19 Pandemic: Managing the Health Crisis. *Clin Interv Aging*. 17:1365-1378

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

139. Αγοραστίδου Μ., Βλαχόπουλος Ν., Κωνσταντά Ζ., Νικολή Α., Παγκοζίδης Η., Τσιτσάνη Α., Σμυρνάκης Ε., Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Πανδημία SARS-CoV2: μια ποιοτική έρευνα με συνεντεύξεις σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε Κέντρα Υγείας και ΤΟΜΥ της Ελλάδας από φοιτητές του Τμήματος Ιατρικής ΑΠΘ, Μελέτη 2020.
140. Αλεξιάς, Γ., Φλάμου, Α. (2007) Αξιολόγηση της κοινωνικής και ψυχοσυναισθηματικής υποστήριξης των ηλικιωμένων με προβλήματα υγείας, κοινωνικής απομόνωσης και αποκλεισμού Η περίπτωση του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24 (Suppl 1): 37-42..
141. Αντωνιάδου, Α., Ξούτης, Α., Λιονής, Χ., Μυλωνέρος, Θ., Παναγιωτόπουλος, Τ. και Μπένος, Α. (2015). Βασικές αρχές, θέσεις και προτάσεις για την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Αθήνα: εκδότες οι συγγραφείς.
142. Βεριώνης, Δ. (2018). Νόμος 4486/2017 για ΤοΜΥ και η διαλειτουργική σύνδεση με την Νοσοκομειακή περίθαλψη
143. Γιανασμίδης, Α και Τσιαούση, Μ. (2012). Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980-2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(1):106-115.
144. ΕΛΣΤΑΤ (2020). Δελτίο Τύπου: Απογραφή κέντρων υγείας και λοιπών μονάδων παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Έτος 2019.
145. Καλοκαιρινού Α. και Σουρτζή Π. (2005), Κοινωνική Νοσηλευτική, Αθήνα: ΒΗΤΑ ιατρικές εκδόσεις ΜΕΠΕ
146. Καραγιάννη, Μ., Σηφάκη-Πιστόλλα, Δ., Χατζέα, Β. Ε. et al. (2017). Διασύνδεση δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα: Μελέτη υφιστάμενης κατάστασης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 34(3): 343-362
147. Κουναλάκης Δ, (2016) Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας, Κλινικά Φροντιστήρια «Ποιότητα και αποδοτικότητα στην ΠΦΥ – Αξιολόγηση και σχεδιασμός των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ», Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Τόμος 28, Τεύχος 1, Αθήνα 2016
148. Μακράκης, Α. (2018). Τα οφέλη στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και στον ασθενή από την εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού. Rostrum of Asclepius/Vima του Asklipeiou, 17(2):88-101
149. Μπένος Α (2015) Βασικές αρχές, θέσεις και προτάσεις για την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα. Υπουργείο Υγείας, Αθήνα, 2015
150. Ναούμ, Σ. (2020). Στρατηγικός σχεδιασμός ανάπτυξης ενός δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε αστική περιοχή. Επιστημονικά Χρονικά. 25(1): 85-99.
151. Παπαχατζή, Ε. και Μέντης, Α.Φ.Α. (2021) Προγράμματα αγωγής και προαγωγής υγείας στο σχολικό περιβάλλον Προς μια εφαρμογή στα ελληνικά σχολεία Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 38(3):313-320
152. Πετρέλης, Μ. και Δομάγερ, Φ. Ρ. (2016). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. Το Βήμα του Ασκληπιού 15 (4): 365-379.
153. Πεχλιβανίδου, Α., Σουλιώτης, Κ., Καλαφάτη, Μ., Μπελλάλη, Θ., Τσαμαδιάς, Ι, Γιαννακά, Φ., Τούντας, Γ. (2008) Διερεύνηση των κριτηρίων που επηρεάζουν την επιλογή ιατρικής ειδικότητας Αρχεία ελληνικής Ιατρικής 25(2):167-176

154. Πολύζος, Ν. (Σεπτέμβριος – Οκτώβριος 2013). Μελέτη Οργάνωσης – Χρηματοδότησης Μονάδων ΠΦΥ που Συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ. Διαθέσιμο στο σύνδεσμο: <https://eclass.duth.gr/modules/document/file.php> πρόσβαση στις 22/1/2023
155. Ποτήρης, Α. και Σαράφης, Π. (2014). Ανασκόπηση του νομοθετικού πλαισίου για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα- προτάσεις βελτίωσης. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας. 6 (3): 116-121
156. Σουλιώτης Κ, Θηραίος Ε, Καϊτελίδου Δ, Παπαδάκη Μ, Τσαντίλας Π, Τσιρώνη Μ και συν. (2013) Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, Αθήνα,
157. Σουλιώτης, Κ., Θηραίος, Ε., Καϊτελίδου, Δ., Παπαδακάκη, Μ., Τσαντίλας, Π., Τσιρώνη, Μ. και Ψαλτοπούλου Θ. (2013). Επιστημονική επιτροπή για την υποστήριξη της μεταρρύθμισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Αθήνα.
158. Σταχτέας, Π. (2022) Ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη συντονισμένη απόκριση των συστημάτων υγείας στην πανδημία COVID-19 Αρχεία Ελληνικής ΟΙ Ιατρικής 39(6) 742-750
159. Τόγκας Κ. (2011) Φροντίδα Ψυχικής Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού. Κεφάλαιο στο συλλογικό τόμο: Οι Πρακτικές εφαρμογές της κοινωνικής εργασίας στην Ελλάδα και στην Κύπρο , Εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα.
160. Τούντας, Γ., Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ. et al. (2020). Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. ΔιαΝΕΟσις, Οργανισμός Έρευνας και Ανάλυσης, Αθήνα
161. Φιλαλήτης Α. (2017) Ορόσημα στην εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αρχ Ελλ Ιατρ 38(5): 675-682
162. Φρεγγίδου Ε, Παραστατίδης Σ, Ζαφειροπούλου Μ, Γαλάνης Π, Στιβανάκη Σ. (2016) Αδυναμίες και παθογένειες από τη δικτύωση της μονάδας υγείας ΠΕΔΥ στο νομό Κιλκίς: Η μελέτη περίπτωσης ενός ασθενή με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια τρίτου σταδίου, Επιθεώρηση Υγείας 27(163): 13-20

163. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
164. <https://www.unicef.org/media/85611/file/Alma-Ata-conference-1978-report.pdf>
165. <http://www.opengov.gr/yyka/?p=2049>
166. <http://edit.gov.gr/index.php>
167. <https://www.aafp.org/home.html>
168. <https://www.moh.gov.gr/articles/ministry>
169. <https://www.woncaeurope.org/>
170. <https://www.mednet.gr/>
171. <https://www.aanp.org/>
172. <https://www.elegeia.gr/>
173. <https://www.eopyy.gov.gr/>
174. <https://www.e-nomothesia.gr/>
175. <http://apotherapy.med.uoc.gr/>
176. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands>
177. <https://covid19.healthdata.org/greece?view=vaccinations&tab=trend>
178. <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2016-02-23-en-premiereligne-forte-expertise-medecin-de-famille.p>
179. <https://www.aegeanpolyclinics.gr/imerida-gia-tin-igia-14122019/>
180. <https://cpapadopoulos.gr/>