

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΟΜΕΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕ

ΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**Η συμβολή του οικογενειακού ιατρού στο σύστημα υγείας και στις ανάγκες της
κοινωνίας**

**Δεληγιάννη Κωνσταντίνα
22018**

Επιβλέπων: Γεώργιος Πιερράκος

Αθήνα, Φεβρουάριος 2024

UNIVERSITY OF West ATTICA



DIVISION

SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL CARE

DEPARTMENT

MANAGEMENT

BUSSINESS ADMINISTRATION

DiplomaThesis

**The contribution of the family doctor to the health system and to the needs of
society**

Deligianni Konstantina

22018

Supervisor:Georgios Pierrakos

Athens, February 2024

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΟΜΕΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕ

ΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

**Η συμβολή του οικογενειακού ιατρού στο σύστημα υγείας και στις ανάγκες της
κοινωνίας**

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Γιώργος Πιερράκος	Καθηγητής Επιβλέπων	
2	Ασπασία Γούλα	Καθηγήτρια Μέλος	
3	Αναστάσιος Σεπετής	Επίκουρος Καθηγητής Μέλος	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος Δεληγιάννη Κωνσταντίνα του Μιχαήλ, με αριθμό μητρώου 22018 φοιτητής/τρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοίκησης 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».

Ο/Η Δηλών/ούσα



Πίνακας Περιεχομένων

Πίνακας Περιεχομένων.....	6
Περίληψη	8
Abstract.....	9
Εισαγωγή	10
Κεφάλαιο 1ο: Υγεία και Εθνικό σύστημα υγείας.....	12
1.1. Υγεία.....	12
1.2. Συστήματα υγείας	14
1.2.1. Οι κοινωνικές λειτουργίες ενός συστήματος υγείας.....	15
1.2.2. Αμφισβήτηση στο πλαίσιο των συστημάτων υγείας	17
1.3. Θεωρητικά μοντέλα υγειονομικής περίθαλψης.....	19
1.4. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα.....	20
1.4.1. Αποτελεσματικότητα	24
1.4.2. Προσβασιμότητα.....	26
Κεφάλαιο 2ο: Σύστημα αμοιβών των Ιατρών.....	29
2.1. Μέθοδοι αποζημίωσης.....	29
2.2. Η αμοιβή για απόδοση στην ΠΦΥ.....	31
2.3. Η αποζημίωση των ιατρών στην Ελλάδα	32
Κεφάλαιο 3ο: Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού	34
3.1. Ορισμός.....	34
3.2. Ιστορική εξέλιξη	41
3.3. Ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού.....	42
3.4. Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα.....	45

3.5. Παράγοντες που επηρεάζουν τον θεσμό.....	46
3.6. Ο θεσμός του Οικογενειακού Ιατρού	47
Κεφάλαιο 4ο: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	53
4.1. Ορισμός.....	53
4.2. Διακηρύξεις της Άλμα Άτα και της Αστάνα	55
4.3. Η ΠΦΥ στην Ευρώπη	57
4.3.1. Μεγάλη Βρετανία	57
4.3.2. Γαλλία	62
4.3.3. Γερμανία	67
4.3.4. Σουηδία	73
4.4. Η ΠΦΥ στην Ελλάδα.....	75
Συμπεράσματα	80
Βιβλιογραφία	82
Ξενόγλωσση.....	82
Ελληνική	90

Περίληψη

Η παρούσα εργασία εξετάζει βασικές πτυχές, όπως τα συστήματα υγείας και τις κοινωνικές λειτουργίες τους, τα θεωρητικά μοντέλα υγειονομικής περίθαλψης, το τοπίο της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες και τα συστήματα αμοιβών που επηρεάζουν τους γιατρούς, με ιδιαίτερη έμφαση στην Ελλάδα. Σημαντικό μέρος της εργασίας αφιερώνεται στην ανάλυση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, παρακολουθώντας την ιστορική του εξέλιξη, οριοθετώντας τους ρόλους των οικογενειακών γιατρών και εξετάζοντας τους παράγοντες που επηρεάζουν τον εν λόγω θεσμό. Η σύνθεση της βιβλιογραφίας υπογραμμίζει την κεντρική θέση των γενικών γιατρών στην παροχή προσιτής, ολοκληρωμένης και ασθενοκεντρικής υγειονομικής περίθαλψης. Οι γνώσεις σχετικά με τα θεωρητικά μοντέλα και τις πρακτικές εφαρμογές υπογραμμίζουν τον κρίσιμο ρόλο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τοποθετώντας τους γενικούς γιατρούς ως ζωτικούς συντελεστές της προληπτικής φροντίδας και της έγκαιρης παρέμβασης. Η εξέταση των συστημάτων αμοιβής, συμπεριλαμβανομένων των μοντέλων αμοιβής για απόδοση, υπογραμμίζει την ανάγκη για στρατηγικές τροποποιήσεις ώστε να δοθούν αποτελεσματικά κίνητρα στους γενικούς ιατρούς. Η ιστορική εξέλιξη και η σύγχρονη δυναμική του θεσμού του οικογενειακού γιατρού υπογραμμίζουν τις πολύπλευρες ευθύνες των γενικών γιατρών, που επεκτείνονται πέρα από την ιατρική εμπειρογνωμοσύνη και περιλαμβάνουν την ολιστική φροντίδα των ασθενών, την υπεράσπιση της δημόσιας υγείας και τους ρόλους στην πρόληψη των ασθενειών και την προαγωγή της υγείας. Η εργασία αναδεικνύει την κοινωνική σημασία των γενικών γιατρών, αναγνωρίζοντάς τους ως βασικούς πυλώνες αντιμετώπισης των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης και συμβάλλοντας σημαντικά στην ευημερία και την ανθεκτικότητα της κοινότητας.

Abstract

This paper examines key aspects such as health systems and their social functions, theoretical models of health care, the landscape of primary health care in various European countries and the remuneration systems that affect physicians, with particular emphasis on Greece. A significant part of the paper is devoted to the analysis of the institution of the family doctor, tracing its historical evolution, defining the roles of family doctors and examining the factors that influence this institution. The synthesis of the literature highlights the centrality of general practitioners in the provision of affordable, integrated and patient-centred healthcare. Insights into theoretical models and practical applications highlight the critical role of primary health care, positioning GPs as vital contributors to preventive care and early intervention. Examination of remuneration systems, including pay-for-performance models, highlights the need for strategic modifications to effectively incentivise GPs. The historical evolution and contemporary dynamics of the institution of the family physician underscore the multifaceted responsibilities of general practitioners, which extend beyond medical expertise to include holistic patient care, public health advocacy, and roles in disease prevention and health promotion. The paper highlights the societal importance of GPs, recognising them as key pillars in addressing healthcare needs and contributing significantly to community wellbeing and resilience.

Εισαγωγή

Η παρούσα εργασία επιχειρεί μια ολοκληρωμένη διερεύνηση κρίσιμων διαστάσεων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, προσφέροντας μια διαφοροποιημένη κατανόηση των συστημάτων υγείας, της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, των συστημάτων αμοιβής των ιατρών και του ιδιαίτερου θεσμού του οικογενειακού γιατρού.

Το αρχικό κεφάλαιο εμβαθύνει σε μια θεμελιώδη εξέταση της υγείας και των εθνικών συστημάτων υγείας. Δεν εξετάζει μόνο τα θεωρητικά μοντέλα υγειονομικής περίθαλψης, αλλά προσφέρει επίσης μια λεπτομερή ανάλυση του ελληνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης με ιδιαίτερη έμφαση στην προσβασιμότητα. Στόχος είναι να τεθούν οι βάσεις για μια ισχυρή κατανόηση του ευρύτερου τοπίου της υγειονομικής περίθαλψης και να δημιουργηθεί το υπόβαθρο για τις επόμενες συζητήσεις.

Το δεύτερο κεφάλαιο μετατοπίζει την εστίασή του στον κρίσιμο τομέα των συστημάτων αμοιβής των ιατρών. Εξετάζοντας διάφορες μεθόδους αποζημίωσης, το κεφάλαιο αυτό δίνει ιδιαίτερη προσοχή στην προσέγγιση "αμοιβή για την απόδοση" στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Επιπλέον, θα δοθούν πληροφορίες για το τοπίο της αποζημίωσης των ιατρών στην Ελλάδα, προσφέροντας μια ολοκληρωμένη εικόνα των οικονομικών κινήτρων που καθοδηγούν την παροχή υγειονομικής περίθαλψης.

Η διερεύνηση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού βρίσκεται στο επίκεντρο του τρίτου κεφαλαίου. Το κεφάλαιο αυτό εμβαθύνει στην ιστορική εξέλιξη του οικογενειακού γιατρού, διερευνά τους πολύπλευρους ρόλους του και αναλύει τα σχετικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Επιπλέον, το κεφάλαιο εξετάζει τους παράγοντες που ασκούν επιρροή στο θεσμό του οικογενειακού γιατρού, διαμορφώνοντας τη δυναμική του στο ευρύτερο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης.

Το τελευταίο κεφάλαιο είναι αφιερωμένο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, προσφέροντας έναν ορισμό και ανιχνεύοντας τις ρίζες της από τις διακηρύξεις της Άλμα Άτα και της Ασάνα. Στη συνέχεια, το κεφάλαιο διερευνά τις εκφάνσεις της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Μεγάλη Βρετανία, η Γαλλία, η Γερμανία και η Σουηδία. Μια ειδική εξέταση του ελληνικού

πλασίου παρέχει μια τοπική προοπτική για τις προκλήσεις και τις ευκαιρίες στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Μέσω αυτών των κεφαλαίων, η εργασία αποσκοπεί στην παροχή μιας ολιστικής και διεπισδυτικής ανάλυσης των βασικών συνιστωσών του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, ρίχνοντας φως στη διασύνδεσή τους και στον συλλογικό αντίκτυπό τους στην αντιμετώπιση των κοινωνικών αναγκών υγειονομικής περίθαλψης.

Κεφάλαιο 1ο: Υγεία και Εθνικό σύστημα υγείας

1.1. Υγεία

Από το 1948, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) αποτελεί το θεμέλιο για τον ορισμό της υγείας. Αρχικά, η υγεία περιγράφηκε ως "μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας" (WHO, 2006). Το 1986, ο ΠΟΥ, μέσω της Χάρτας της Οττάβας, επέκτεινε τον ορισμό αυτό, δηλώνοντας ότι η προαγωγή της υγείας δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να βελτιώσουν την υγεία τους, έχοντας τον έλεγχο πάνω της. Η υγεία, σύμφωνα με την άποψη αυτή, είναι μια ολοκληρωμένη έννοια που περιλαμβάνει τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία, δίνοντας έμφαση στους κοινωνικούς και προσωπικούς πόρους μαζί με τις σωματικές ικανότητες. Η υγεία θεωρείται ως πόρος για την καθημερινή ζωή, όχι απλώς ως στόχος, και η προαγωγή της υγείας επεκτείνεται πέρα από τον τρόπο ζωής στη συνολική ευημερία (WHO, 2023).

Ωστόσο, αυτοί οι ορισμοί έχουν επικριθεί για την εξίσωση της ευτυχίας με την υγεία και τη μη αναγνώριση των εντάσεων μεταξύ των διαφόρων διαστάσεων της υγείας. Επιπλέον, θέτουν τόσο υψηλά πρότυπα που η επίτευξή τους μοιάζει σχεδόν αδύνατη, ακόμη και για εκείνους που ζουν μια ικανοποιητική ζωή (Huber et al., 2011). Ορισμένοι υποστηρίζουν αυτή την προσέγγιση υψηλών προσδοκιών, περιγράφοντας ένα "βέλτιστο" πρότυπο υγείας-κατάστασης που χαρακτηρίζεται από σωματική ευρωστία, μεγάλη διάρκεια ζωής και απαλλαγή από χρόνιες ασθένειες (Elrick, 1980).

Οι εναλλακτικοί ορισμοί για την υγεία στοχεύουν να μετριάσουν αυτή τη φιλόδοξη και απολυταρχική στάση. Ορίζουν την υγεία ως το βαθμό στον οποίο τα άτομα ή οι ομάδες μπορούν να εκπληρώνουν τις προσδοκίες, να ικανοποιούν τις ανάγκες και να αντιμετωπίζουν διαφορετικά περιβάλλοντα. Η υγεία γίνεται πόρος για την καθημερινή ζωή και όχι ο τελικός στόχος. Αυτοί οι ορισμοί αποφεύγουν τις δυαδικές προκλήσεις του ΠΟΥ και εισάγουν μια έννοια που βασίζεται στην πραγματοποίηση των προσδοκιών, την ικανοποίηση των αναγκών και τη διαχείριση των διαφόρων περιβαλλόντων. Αυτή η προσέγγιση πλαισιώνει την υγεία με βάση τα κοινωνικά πρότυπα όσον αφορά τις προσδοκίες και τις ανάγκες, επιτρέποντας την εξέλιξή της με την πάροδο του χρόνου. Ωστόσο, η προοπτική αυτή μπορεί να

παραβλέπει σημαντικές διαφορές στη θνησιμότητα ή τη νοσηρότητα μεταξύ των πληθυσμών ή αλλαγές στις προσδοκίες με την πάροδο του χρόνου με βάση τις τοπικές εμπειρίες. Η μέτρηση της υγείας περιλαμβάνει εγγενώς συγκρίσεις μεταξύ πληθυσμών ή χρονικών περιόδων, αναδεικνύοντας τη σχετική φύση της αξιολόγησης της υγείας και τη σημασία της επιλογής των κατάλληλων συγκριτικών πληθυσμών, λαμβάνοντας υπόψη τα επίπεδα εισοδήματος, το ιστορικό ανάπτυξης και την επιλογή των ατόμων που περιλαμβάνονται ή αποκλείονται εντός των πληθυσμών (Starfield, 2001).

Σίγουρα, οι προοπτικές αυτές συμβάλλουν σημαντικά στην κατανόηση της υγείας του πληθυσμού, υπερβαίνοντας την ατομική ευημερία. Ορισμένοι έχουν ορίσει την υγεία ως μια συλλογική κατάσταση, που μοιάζει με δημόσιο αγαθό, όπου η απόλαυσή της από ένα άτομο δεν μειώνει τη διαθεσιμότητά της σε άλλους. Σύμφωνα με αυτή την άποψη, η υγεία επιτυγχάνεται όταν οι άνθρωποι έχουν τον έλεγχο της ζωής τους λόγω της δίκαιης κατανομής της εξουσίας και των πόρων. Ωστόσο, η έμφαση αυτού του ορισμού στην επίτευξη ελέγχου και η θεώρηση της υγείας ως συλλογικής αξίας ενδέχεται να περιορίζει την ικανότητά του να κατανοεί τις διαφορετικές ατομικές εμπειρίες υγείας εντός ενός πληθυσμού (Popham, 2015).

Ένας πιο περιεκτικός ορισμός θα πρέπει να επιτρέπει συζητήσεις τόσο για την υγεία του πληθυσμού όσο και για την ατομική υγεία, λαμβάνοντας υπόψη τους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας και για τους δύο. Για παράδειγμα, ένα άτομο μπορεί να έχει σημαντικό έλεγχο της ζωής του, αλλά να πεθαίνει πρόωρα λόγω παραγόντων που επηρεάζουν συγκεκριμένες περιπτώσεις και όχι τη συνολική επίπτωση σε έναν πληθυσμό. Επιπλέον, ο περιορισμός του ορισμού της υγείας στη δίκαιη κατανομή εξουσίας και πόρων μπορεί να παραβλέψει άλλες οδούς για την επίτευξη της υγείας (Huber et al., 2011).

Σε αυτό το πλαίσιο, το Λεξικό Δημόσιας Υγείας του Last προσφέρει δύο βιώσιμους ορισμούς της υγείας. Ο πρώτος δίνει έμφαση σε μια βιώσιμη κατάσταση ισορροπίας μεταξύ των ανθρώπων και του φυσικού, βιολογικού και κοινωνικού τους περιβάλλοντος, αναγνωρίζοντας την αλληλεξάρτηση της υγείας και του περιβάλλοντος. Ενώ ο ορισμός αυτός υιοθετεί μια μακροπρόθεσμη προοπτική και αποφεύγει μια ανθρωποκεντρική προσέγγιση, στερείται μιας εννοιολογικής προσέγγισης της βιωματικής πτυχής της υγείας. Η ισορροπία της υγείας, σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό, μπορεί να υπάρχει σε χαμηλό επίπεδο, που χαρακτηρίζεται από

ασθένειες και νοσήματα, εγείροντας ερωτήματα σχετικά με την ευθυγράμμισή της με την έννοια του δημόσιου αγαθού (Last, 2007).

Ο δεύτερος ορισμός του Last ενσωματώνει πολυδιάστατα στοιχεία από τον προηγούμενο ορισμό του ΠΟΥ για την υγεία, συμπεριλαμβανομένης μιας βιωματικής συνιστώσας που απουσιάζει από πολλούς προτεινόμενους ορισμούς. Αποφεύγει την απολυταρχική αντίληψη ότι η υγεία πρέπει να είναι μια "ολοκληρωμένη" κατάσταση, ενώ συνδέει την υγεία με την κοινωνική συμμετοχή, μια κρίσιμη πτυχή που συχνά συνδέεται με τους ορισμούς της φτώχειας. Αυτός ο ορισμός προσφέρει μια ολοκληρωμένη προοπτική που λαμβάνει υπόψη την ατομική λειτουργικότητα και την κοινωνική συμμετοχή στον ορισμό της υγείας (Last, 2007).

1.2. Συστήματα υγείας

Υπάρχουν διαφορετικές ερμηνείες των συστημάτων υγείας, ιδίως όσον αφορά τα όριά τους (Figueras και McKee, 2012). Ο ευρέως αναγνωρισμένος ορισμός, όπως περιγράφεται στην Παγκόσμια Έκθεση για την Υγεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας του 2000, αντιλαμβάνεται τα συστήματα υγείας ως συστήματα που περιλαμβάνουν όλους τους οργανισμούς, τα ιδρύματα και τους πόρους που είναι αφιερωμένοι σε πρωτοβουλίες σχετικές με την υγεία (WHO, 2000). Σε ένα ευρύτερο πλαίσιο, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει περαιτέρω ότι ένα σύστημα υγείας περιλαμβάνει όλες τις οντότητες, τα άτομα και τις προσπάθειες που επικεντρώνονται κυρίως στην προώθηση, αποκατάσταση ή διατήρηση της υγείας, συμπεριλαμβανομένων των διατάξεων για μόνιμες αναπηρίες. Αυτό περιλαμβάνει τόσο δημόσιους όσο και ιδιωτικούς φορείς υγείας, κυβερνητικούς και μη κυβερνητικούς (WHO, 2007).

Τα συστήματα υγείας επιτελούν πολλαπλές λειτουργίες στην κοινωνία - δεν παρέχουν απλώς υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και άλλες παρεμβάσεις που αποσκοπούν στη διατήρηση ή τη βελτίωση της υγείας. Παίζουν ρόλο στην προστασία των νοικοκυριών από τις οικονομικές επιπτώσεις τόσο της ασθένειας όσο και του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι τα συστήματα υγείας επιτελούν επίσης μια οικονομική λειτουργία στην κοινωνία (WHO, 2001). Για παράδειγμα, υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις ότι η υγεία ενός πληθυσμού μπορεί να επηρεάσει την οικονομική παραγωγικότητα, ενώ για πολλούς

εργαζόμενους στον τομέα της υγείας και επιχειρήσεις, το σύστημα υγείας αποτελεί έναν οικονομικό τομέα που παρέχει απασχόληση, μισθούς και επιχειρηματικές ευκαιρίες. Τα συστήματα υγείας είναι επίσης κοινωνικοί και πολιτιστικοί θεσμοί που διαδραματίζουν μια λειτουργία που συμβάλλει στην καθιέρωση ενός ευρύτερου συνόλου κοινωνικών κανόνων και αξιών (Gilson, 2003).

Τα συστήματα υγείας είναι ανοικτά συστήματα που υπάρχουν σε δυναμική σχέση με το ευρύτερο περιβάλλον τους. Πράγματι, είναι διάχυτα συστήματα με ανεπαρκώς καθορισμένα και συχνά πορώδη όρια και, ως εκ τούτου, είναι προσαρμοστικά και εξελίσσονται συνεχώς ως απάντηση σε πολλαπλούς παράγοντες. Για το λόγο αυτό, το κοινωνικό, πολιτικό και οικονομικό πλαίσιο κάθε συστήματος υγείας πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά την αξιολόγηση της δομής και της απόδοσής του. Τέλος, τα συστήματα υγείας είναι χώροι ανταγωνισμού και αμφισβήτησης μεταξύ φορέων με διαφορετικές ανάγκες και επιθυμίες. Υπάρχει αμφισβήτηση για τον τρόπο με τον οποίο τίθενται οι προτεραιότητες στον τομέα της υγείας, τον τρόπο με τον οποίο χρηματοδοτούνται τα συστήματα υγείας και τον τρόπο με τον οποίο κατανέμονται οι πόροι εντός του συστήματος. Συχνά υπάρχουν ιδεολογικά και πολιτικά αντίθετα οράματα για το ρόλο που πρέπει να διαδραματίζει ένα σύστημα υγείας στην κοινωνία και για το ρόλο που πρέπει να διαδραματίζουν το κράτος και η αγορά στα συστήματα υγείας (McCoy και Allotey, 2021).

1.2.1. Οι κοινωνικές λειτουργίες ενός συστήματος υγείας

Ο θεμελιώδης ρόλος ενός συστήματος υγείας θεωρείται συνήθως ως η παροχή διαφόρων υπηρεσιών και παρεμβάσεων. Οι υπηρεσίες αυτές μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε "προσωπικές" υπηρεσίες, που απευθύνονται σε άτομα ή οικογένειες, και σε "μη προσωπικές" υπηρεσίες, που συνήθως περιλαμβάνουν παρεμβάσεις δημόσιας υγείας που απευθύνονται σε ολόκληρους πληθυσμούς ή στους περιβαλλοντικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη ζωή των ανθρώπων. Αυτή η κεντρική λειτουργία των συστημάτων υγείας αποτελεί τη βάση για τις περισσότερες αξιολογήσεις των επιδόσεών τους, οι οποίες επικεντρώνονται στην αποτελεσματικότητα, την προσβασιμότητα, τη δικαιοσύνη, την αποδοτικότητα και την οικονομική προσιτότητα αυτών των προσωπικών και μη προσωπικών υπηρεσιών. Ωστόσο, τα συστήματα υγείας εξυπηρετούν έναν πιο βαθύ σκοπό πέρα από την

παροχή υπηρεσιών. Συμβάλλουν σημαντικά στη διαμόρφωση της ταυτότητας των εθνών. Στα μετα-αποικιακά πλαίσια, η ανάπτυξη των συστημάτων υγείας έχει ουσιαστική σημασία για την οικοδόμηση του έθνους. Η δημιουργία εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης και η επέκταση των υπηρεσιών σε αγροτικές περιοχές εκλαμβάνονται ως σημάδια προόδου και εκσυγχρονισμού, προκαλώντας εθνική υπερηφάνεια. Παρομοίως, σε χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, η Γερμανία και ο Καναδάς, τα συστήματα υγείας τους αποτελούν εμβληματικά εθνικά χαρακτηριστικά. Επιπλέον, τα συστήματα υγείας εκπληρώνουν κρίσιμο κοινωνικό ρόλο επηρεάζοντας και αντικατοπτρίζοντας τις κοινωνικές σχέσεις. Τα εθνικά συστήματα υγείας οριοθετούν το κοινωνικό συμβόλαιο μεταξύ κυβερνήσεων και πολιτών, καθορίζοντας την έκταση των δικαιωμάτων και αξιώσεων που σχετίζονται με την υγεία και χορηγούνται στον πληθυσμό. Επιπλέον, τα συστήματα αυτά αντανακλούν και επηρεάζουν τις σχέσεις μεταξύ των διαφόρων κοινωνικοοικονομικών τμημάτων της κοινωνίας, είτε επιδεινώνοντας είτε αμβλύνοντας τη σχέση μεταξύ των κοινωνικών ανισοτήτων και των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας. Η οικονομική προσιτότητα, η προσβασιμότητα και η ανταπόκριση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης αναδεικνύονται ως κρίσιμοι προσδιοριστικοί παράγοντες της κοινωνικής κινητικότητας (McCoy και Allotey, 2021).

Επιπλέον, εκτεταμένες έρευνες και εμπειρικά στοιχεία υπογραμμίζουν τον καθοριστικό ρόλο των συστημάτων υγείας στη διαμόρφωση των εμπειριών φτώχειας, κοινωνικής μειονεξίας και αναπηρίας. Πολυάριθμες μελέτες που διεξήχθησαν σε διάφορα έθνη έχουν οριοθετήσει την υποβαθμισμένη και καταχρηστική μεταχείριση από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης ως καθοριστικά χαρακτηριστικά της φτώχειας (WHO και WorldBank, 2005). Στις Ηνωμένες Πολιτείες, η σχετική φτώχεια χαρακτηρίζεται από χρόνιο άγχος και φόβο που απορρέουν από την απουσία προστασίας από τα οικονομικά βάρη της ασθένειας, του τραυματισμού και της αναπηρίας, ακόμη και για τις εργαζόμενες οικογένειες (Himmelstein et al., 2005). Η Διεθνής Οργάνωση Εργασίας (International Labor Organization, ILO) ορίζει την κοινωνική προστασία της υγείας ως οργανωμένα μέτρα που αποσκοπούν στην ανακούφιση της δυσφορίας που προκαλείται από τη μειωμένη παραγωγικότητα, την απώλεια ή τη μείωση των αποδοχών ή τα έξοδα που σχετίζονται με την αναγκαία ιατρική περίθαλψη που προκύπτει από την ασθένεια (ILO, 2008).

Ακόμη, τα συστήματα υγείας ασκούν πολιτισμική επιρροή διαμορφώνοντας την οργάνωση, τη ρύθμιση και την παροχή ιατρικών υπηρεσιών. Συμβάλλουν

σημαντικά στον καθορισμό βασικών ανθρώπινων εμπειριών, όπως η γέννηση, ο θάνατος και η ασθένεια, χαρακτηριζόμενα έτσι από μόνα τους ως πολιτιστικοί θεσμοί. Οι θεσμοί αυτοί αλληλεπιδρούν με άλλες πολιτιστικές οντότητες, όπως η θρησκεία και οι τέχνες. Τέλος, τα συστήματα υγείας λειτουργούν ως οικονομικοί θεσμοί. Πολλά από αυτά ενσωματώνουν ποικίλες αγορές και φορείς που αντιλαμβάνονται τα συστήματα αυτά από εμπορική σκοπιά, βλέποντάς τα μέσα από το πρίσμα του εμπορίου και της συναλλαγής (McCoy και Allotey, 2021).

1.2.2. Αμφισβήτηση στο πλαίσιο των συστημάτων υγείας

Σίγουρα, οι ανταγωνιστικές ιδέες και συμφέροντα διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση του σχεδιασμού, της δομής και των επιδόσεων των συστημάτων υγείας. Αυτές περιλαμβάνουν διαφορετικές ιδεολογικές θέσεις σχετικά με την ευθύνη του κράτους για τη διασφάλιση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, το ρόλο των αγορών στην υγειονομική περίθαλψη και την ατομική ευθύνη για την προσωπική ευημερία (McCoy και Allotey, 2021).

Η διαμόρφωση της πολιτικής για την υγεία επηρεάζεται βαθιά από τις κοινωνικές παρατάξεις που διαφωνούν για τον τρόπο κατανομής του κόστους και των οφελών του συστήματος υγείας. Πολλοί μελετητές τονίζουν την εγγενή πολιτική φύση της χάραξης πολιτικής για την υγειονομική περίθαλψη, που καθορίζει την κατανομή των πόρων και τις προτεραιότητες της υγειονομικής περίθαλψης (Barker, 1996-Walt και Gilson, 1994). Καθοριστικό ρόλο σε αυτή τη συζήτηση παίζουν οι διαφορετικές απόψεις σχετικά με τη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης και το βαθμό δικαιοσύνης της. Η απόφαση για τον τρόπο με τον οποίο τα συστήματα υγείας κατανέμουν τους κινδύνους και το κόστος στην κοινωνία εξαρτάται από κανονιστικές κρίσεις σχετικά με το καθήκον των πλουσιότερων ατόμων να επιδοτούν τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης των ομάδων με χαμηλότερο εισόδημα. Επιπλέον, αφορά την υποχρέωση των υγιών να συνεισφέρουν στις δαπάνες που επιβαρύνουν τους ηλικιωμένους και τους ασθενείς.

Ο Evans (1997) εντοπίζει συγκρούσεις στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας κατά μήκος τριών βασικών αξόνων. Ο πρώτος περιστρέφεται γύρω από εκείνους που χρηματοδοτούν τις υπηρεσίες υγείας έναντι εκείνων που λαμβάνουν αμοιβή για την παροχή τους. Σε αυτή τη δυναμική, δημιουργούνται εντάσεις μεταξύ

των φορέων που στοχεύουν στον περιορισμό του κόστους (φορολογούμενοι και κυβερνήσεις) και εκείνων που επιδιώκουν τη μεγιστοποίηση των δαπανών (επαγγελματίες υγείας, φαρμακευτικές εταιρείες κ.λπ.). Η σύγκρουση αυτή μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση των δημόσιων προϋπολογισμών υγείας ή σε αύξηση της ιδιωτικής χρηματοδότησης της υγείας μέσω άμεσων πληρωμών ή ιδιωτικών ασφαλιστικών συστημάτων. Επιπλέον, διάφορες ομάδες παρόχων εντός του συστήματος υγείας ανταγωνίζονται για να εξασφαλίσουν τις δαπάνες υγείας ως εισόδημα. Για παράδειγμα, οι γιατροί μπορεί να υποστηρίζουν πολιτικές που ευνοούν την προβολή της ιατρικής, ενώ οι φαρμακευτικές εταιρείες πιέζουν για αυξημένη κατανάλωση των προϊόντων τους. Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες αντιστέκονται σε κοινωνικά ή εθνικά μοντέλα ασφάλισης υγείας, διασφαλίζοντας τη δημιουργία κερδών τους. Ενώ οι συγκρούσεις αυτές μπορεί να προέρχονται από γνήσιες τεχνικές διαφονίες, μπορεί επίσης να προκύψουν λόγω αντικρουόμενων συμφερόντων.

Ο δεύτερος άξονας σύγκρουσης, όπως τον εντόπισε ο Evans, αφορά τις διαφορετικές ομάδες πληρωτών και την επιλογή τους για τις μεθόδους χρηματοδότησης της υγείας. Η επιλογή αυτή καθορίζει την κατανομή των επιβαρύνσεων των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης στην κοινωνία. Η χρηματοδότηση μέσω της γενικής φορολογίας επιβαρύνει περισσότερο τα άτομα με υψηλότερο εισόδημα, σε αντίθεση με την ιδιωτική χρηματοδότηση, η οποία επιβαρύνει όσους διατρέχουν κίνδυνο ασθένειας. Ως εκ τούτου, τα πλουσιότερα άτομα τείνουν να υποστηρίζουν την ιδιωτική χρηματοδότηση, ενώ τα άτομα με χαμηλότερο εισόδημα όχι (Evans, 1997).

Ο τρίτος άξονας σύγκρουσης του Evans αφορά την πρόσβαση στις υπηρεσίες και την επιλογή μεταξύ ενός καθολικού συστήματος υγείας του δημόσιου τομέα και ενός μικτού συστήματος δημόσιου-ιδιωτικού τομέα. Η σύγκρουση αυτή επικεντρώνεται σε ένα ενιαίο σύστημα που εξασφαλίζει ίση πρόσβαση έναντι ενός μικτού συστήματος που επιτρέπει στα πλουσιότερα άτομα να εξασφαλίζουν καλύτερη περίθαλψη, ενδεχομένως εις βάρος των άλλων (Evans, 1997).

Αυτοί οι άξονες σύγκρουσης συχνά συνδέονται μεταξύ τους. Για παράδειγμα, η πίεση από ομάδες με υψηλότερο εισόδημα για πρόσβαση σε ανώτερη περίθαλψη σε ιδιωτικό επίπεδο μπορεί να ευθυγραμμιστεί με ομάδες παρόχων που ασκούν πιέσεις κατά του περιορισμού του κόστους στα καθολικά συστήματα, αυξάνοντας έτσι τις συνολικές δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης.

1.3. Θεωρητικά μοντέλα υγειονομικής περίθαλψης

Η υπάρχουσα βιβλιογραφία κατηγοριοποιεί τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σε τέσσερα βασικά μοντέλα: Beveridge, Bismarck, residual και Semashko. Ενώ οι ρίζες αυτών των μοντέλων ανάγονται στον 19ο αιώνα, τρία από αυτά - το Beveridge, το Bismarck και το υπολειμματικό (residual) - συνεχίζουν να χρησιμεύουν ως ιδανικά πλαίσια για σύγχρονες λύσεις. Το τέταρτο μοντέλο, το Semashko, αν και αυστηρά ιστορικό, εξακολουθεί να εμπνέει τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής στη διαμόρφωση στρατηγικών υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, ορισμένες πηγές αναφέρουν το μοντέλο της Εθνικής Ασφάλισης Υγείας, το οποίο συνδυάζει στοιχεία των μοντέλων Beveridge και Bismarck. Ωστόσο, δεν αναλύεται εδώ λόγω της έλλειψης διακριτών ανεξάρτητων στοιχείων του (Chung, 2017).

Το μοντέλο Bismarck, γνωστό και ως μοντέλο δημόσιας σύμβασης, ήταν μια πρωτοποριακή πρωτοβουλία καθολικής υγειονομικής περίθαλψης που εισήχθη το 1883 από τον καγκελάριο του Reich Otto von Bismarck. Το μοντέλο αυτό επέβαλε την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας, σηματοδοτώντας ένα σημαντικό ορόσημο στην πολιτική υγείας (Smółka, 2022).

Το μοντέλο Beveridge, ή δημόσιο ολοκληρωμένο μοντέλο, εφαρμόστηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο το 1948 μετά την έκθεση του William Beveridge με τίτλο "Social Insurance and Allied Services" (Beveridge, 1942). Ενσωματώνει την καθολική υγειονομική κάλυψη με μια δημόσια διασφάλιση της προσβασιμότητας στην υγειονομική περίθαλψη, η οποία εδράζεται στην πεποίθηση ότι η υγεία αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα (Chung, 2017).

Το υπολειμματικό μοντέλο, που χαρακτηρίζεται από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας και μια προσέγγιση προσανατολισμένη στην αγορά, λειτουργεί κυρίως σε κερδοσκοπική βάση. Σε αυτό το σύστημα, οι φορείς του ιδιωτικού τομέα διαδραματίζουν κυρίαρχο ρόλο και το κόστος των υπηρεσιών καλύπτεται συνήθως από τους ασφαλιστικούς φορείς. Τα άτομα που δεν διαθέτουν ασφάλιση πρέπει να αναλάβουν τα έξοδα, εκτός από συγκεκριμένες ομάδες, όπως τα άτομα με αναπηρία και οι βετεράνοι, οι οποίοι καλύπτονται από δημόσια προγράμματα. Επί του παρόντος, οι Ηνωμένες Πολιτείες είναι η μόνη ανεπτυγμένη χώρα που εφαρμόζει αυτό το σύστημα (Smółka, 2022).

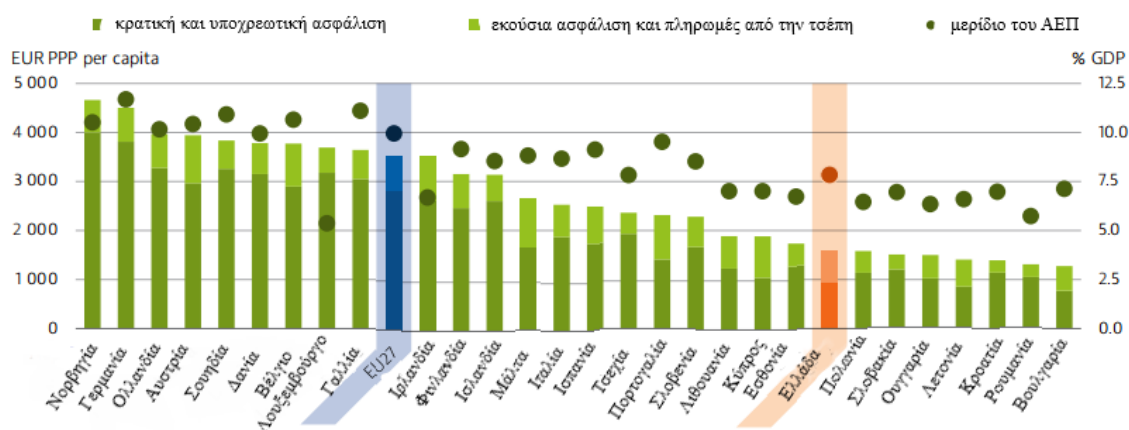
Το μοντέλο Semashko, ιστορικά γνωστό ως μοντέλο κεντρικού σχεδιασμού, προέκυψε μετά την Οκτωβριανή Επανάσταση του 1917 στη Σοβιετική Ένωση. Βασίστηκε σε πενταετή σχέδια που ενορχηστρώνονταν από τον κεντρικό μηχανισμό, ο οποίος ήταν υπεύθυνος για τον συντονισμό όλων των πτυχών του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της χρηματοδότησης, της ανάπτυξης υποδομών και της εκπαίδευσης του ιατρικού προσωπικού. Από τη δεκαετία του 1950, παραλλαγές του μοντέλου Semashko έχουν εφαρμοστεί σε διάφορες χώρες, κυρίως υπό τη διακυβέρνηση της "λαϊκής εξουσίας" (Heinrich, 2022).

1.4. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα

Από το 2011, η Ελλάδα έχει εφαρμόσει ένα συγκεντρωτικό μοντέλο μικτού συστήματος υγείας, το οποίο χαρακτηρίζεται από την ενσωμάτωση ενός μοναδικού ασφαλιστικού φορέα υγείας που συγκεντρώνει εισφορές, οι οποίες ενισχύονται από σημαντική χρηματοδότηση από την κεντρική κυβέρνηση. Η διαχείριση αυτού του συστήματος εποπτεύεται από τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), ο οποίος διαχειρίζεται ένα ενιαίο ταμείο ασφάλισης υγείας. Το ταμείο αυτό αξιοποιείται για την προμήθεια δημοσίων χρηματοδοτούμενων υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Επιπλέον, ο ΕΟΠΥΥ συνάπτει συμβάσεις με ιδιώτες παρόχους, κυρίως για την παροχή πρωτοβάθμιας και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, καθώς και διαγνωστικών υπηρεσιών. Το Υπουργείο Υγείας αναλαμβάνει σημαντικό ρόλο στη συνολική ρύθμιση του όλου συστήματος. Επιπλέον, το Υπουργείο έχει διαδραματίσει καθοριστικό ρόλο στην αντιμετώπιση της πανδημίας COVID-19 από τη χώρα (OECD, 2021).

Το έτος 2019, η Ελλάδα διέθεσε το 7,8% του ΑΕΠ της για την υγειονομική περίθαλψη, ποσοστό σημαντικά χαμηλότερο από το 9,9% που παρατηρείται σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση. Σε κατά κεφαλήν βάση, η Ελλάδα δαπάνησε 1.603 ευρώ (προσαρμοσμένα για τις διαφορές αγοραστικής δύναμης), δηλαδή λιγότερο από το ήμισυ του μέσου όρου της ΕΕ που είναι 3.523 ευρώ (Εικόνα 1). Ιστορικά, η Ελλάδα διατήρησε τις δαπάνες υγείας κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ, ενώ σημαντικά μέτρα περιορισμού του κόστους και αποδοτικότητας, που εφαρμόστηκαν μετά την οικονομική κρίση του 2009, οδήγησαν σε σημαντικές μειώσεις. Ωστόσο, αρχής

γενομένης από το 2015, υπήρξε σταδιακή αντιστροφή αυτής της τάσης, η οποία χαρακτηρίζεται από μέτριες αλλά σταθερές αυξήσεις των δαπανών υγείας. Επιπλέον, η κρίση COVID-19 το 2020 προκάλεσε πρόσθετες χρηματοδοτικές ενέσεις για την ενίσχυση του τομέα της υγείας (OECD, 2021).

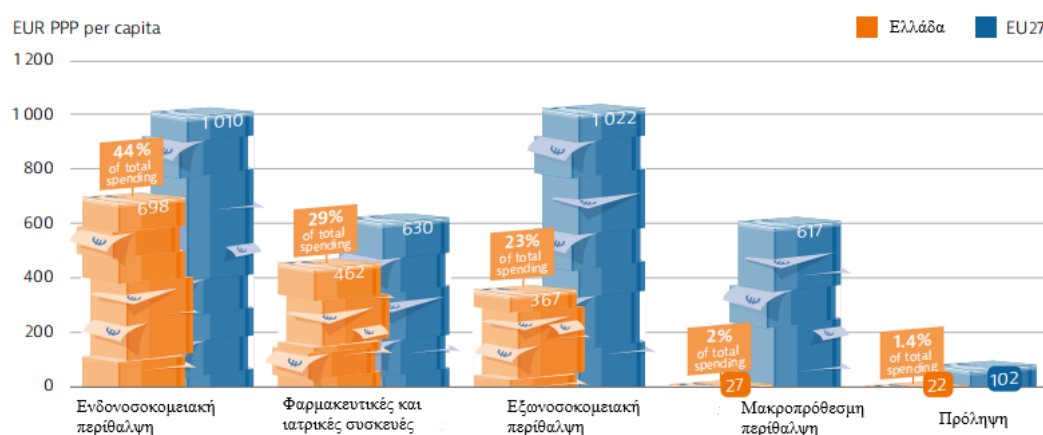


Εικόνα 1 Οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας στην Ελλάδα είναι περίπου οι μισές από τον μέσο όρο της ΕΕ Προσαρμογή από: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4ab8ea73-en.pdf?expires=1695997543&id=id&accname=guest&checksum=9F612F62377529DFF106497826D9FCF4>

Το 2019, η δημόσια χρηματοδότηση αποτελούσε το 60% των συνολικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα, σημειώνοντας το δεύτερο χαμηλότερο ποσοστό, το οποίο ξεπερνά μόνο η Κύπρος. Το ποσοστό αυτό ήταν σημαντικά χαμηλότερο από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης που ήταν 80%. Κατά συνέπεια, ένα σημαντικό μέρος των δαπανών υγείας (35%) επωμίστηκαν τα νοικοκυριά μέσω πληρωμών από την τσέπη τους. Οι πληρωμές αυτές περιελάμβαναν κυρίως συμμετοχές για φαρμακευτικά προϊόντα, άμεσες πληρωμές για υπηρεσίες που δεν καλύπτονταν από το πακέτο παροχών, διαβουλεύσεις με ιδιώτες ειδικούς, νοσηλευτική φροντίδα και οδοντιατρικές υπηρεσίες. Οι άτυπες πληρωμές, ένα σημαντικό μέρος αυτών των εξόδων εκτός τσέπης, αντιπροσώπευαν περισσότερο από το ένα τέταρτο του συνόλου (WHO, 2021). Επιπλέον, η προαιρετική ασφάλιση υγείας διαδραμάτισε μικρό ρόλο, συμβάλλοντας μόνο στο 5% των συνολικών δαπανών υγείας (OECD, 2021).

Το 2019, οι χαμηλότερες συνολικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα μεταφράζονται σε χαμηλότερες κατά κεφαλήν δαπάνες σε όλες τις λειτουργίες του συστήματος υγείας. Η διαφορά αυτή ήταν ιδιαίτερα αισθητή στα εξωτερικά ιατρεία και τη μακροχρόνια περίθαλψη σε σύγκριση με τους μέσους όρους σε ολόκληρη την

ΕΕ, όπως φαίνεται στην εικόνα 2. Αξίζει να σημειωθεί ότι το 44% των συνολικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα κατανεμήθηκε στην ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, σημειώνοντας το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό στην ΕΕ, πίσω μόνο από τη Ρουμανία (ο μέσος όρος της ΕΕ είναι 29%). Επιπλέον, σχεδόν το 30% των κονδυλίων κατευθύνθηκε στη λιανική πώληση φαρμάκων και ιατρικών ειδών, ποσοστό σημαντικά υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ που είναι 18%. Αυτό το υψηλότερο ποσοστό αντανακλά εν μέρει τις σημαντικές πληρωμές που πραγματοποιούν τα νοικοκυριά από την τσέπη τους. Τα κονδύλια που διέθεσε η Ελλάδα για τη μακροχρόνια περίθαλψη ήταν αξιοσημείωτα χαμηλά, αντιπροσωπεύοντας μόνο το 1,7% των συνολικών δαπανών, σε πλήρη αντίθεση με τον μέσο όρο της ΕΕ που είναι 16,3%. Επιπλέον, οι δαπάνες για προληπτική περίθαλψη στην Ελλάδα (1,4%) ήταν από τις χαμηλότερες, ενώ ο μέσος όρος της ΕΕ ήταν 2,9% (OECD, 2021).



Εικόνα 2 Η Ελλάδα δαπανά σημαντικά λιγότερα για εξωνοσοκομειακή και μακροχρόνια περίθαλψη από ό,τι οι περισσότερες χώρες της ΕΕ Προσαρμογή από: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4ab8ea73-en.pdf?expires=1695997543&id=id&accname=guest&checksum=9F612F62377529DFF106497826D9FCF4>

Το 2016, η Ελλάδα διεύρυνε την κάλυψη των υπηρεσιών που χρηματοδοτούνται από το δημόσιο, ώστε να συμπεριλάβει ομάδες που δεν ήταν προηγουμένως ασφαλισμένες. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας παρέχει πλέον πρόσβαση σε ένα ολοκληρωμένο πακέτο παροχών, το οποίο περιλαμβάνει πρωτοβάθμια περίθαλψη, διαγνωστικά, εξειδικευμένη εξωνοσοκομειακή και νοσοκομειακή περίθαλψη. Ωστόσο, από το 2012, η κυβέρνηση έχει επιβάλει όρια στον αριθμό των επισκέψεων ασθενών που αποζημιώνονται από τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής

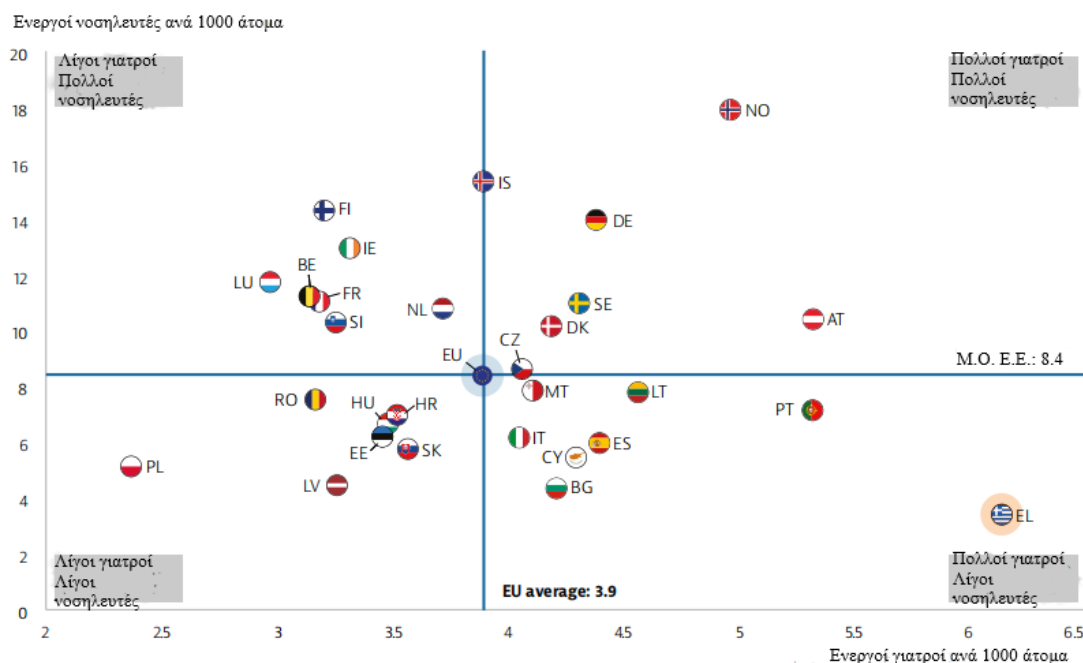
Υπηρεσιών Υγείας για τους γιατρούς. Το μέτρο αυτό αποσκοπούσε στην αντιμετώπιση του ζητήματος της ζήτησης που προκαλείται από την προσφορά. Κατά συνέπεια, ορισμένοι ασθενείς αντιμετώπισαν προκλήσεις, όπως καθυστέρηση της περίθαλψης, αναζήτηση εναλλακτικών παρόχων ή πληρωμή των επισκέψεων από την τσέπη τους, είτε επίσημα είτε με ανεπίσημα μέσα (OECD, 2021).

Οι υπηρεσίες και οι εγκαταστάσεις υγείας συγκεντρώνονται κυρίως σε αστικές περιοχές. Πριν από την πανδημία, η χώρα διέθετε κατά μέσο όρο 4,2 νοσοκομειακές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους, αριθμός σημαντικά χαμηλότερος από τον μέσο όρο της ΕΕ που είναι 5,3. Τα ποσοστά των νοσοκομειακών κλινών και η μέση διάρκεια παραμονής (επί του παρόντος κοντά στον μέσο όρο της ΕΕ των 7,4 ημερών) έχουν παραμείνει σχετικά σταθερά από το 2013. Ωστόσο, ο αριθμός των εξιτηρίων ασθενών μειώθηκε ελαφρώς, καθώς ανήλθε σε 13.719 ανά 100.000 κατοίκους το 2015, ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά στην ΕΕ (OECD, 2021).

Κατά τη διάρκεια του δεύτερου κύματος της πανδημίας COVID-19 το 2020, όταν τα κρούσματα αυξήθηκαν σημαντικά, ορισμένες περιοχές που επλήγησαν σε μεγάλο βαθμό αντιμετώπισαν έλλειψη νοσοκομειακών κλινών. Ως αποτέλεσμα, οι περιοχές αυτές αναζήτησαν πρόσθετη δυναμικότητα στον ιδιωτικό τομέα και το υπάρχον απόθεμα κλινών μονάδων εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) επεκτάθηκε σημαντικά για την αντιμετώπιση της κρίσης (OECD, 2021).

Η Ελλάδα παρουσιάζει τον υψηλότερο κατά κεφαλήν αριθμό γιατρών μεταξύ των χωρών της ΕΕ, στατιστικό στοιχείο που επηρεάζεται από τη συμπερίληψη όλων των αδειούχων γιατρών και όχι μόνο των επαγγελματικά ενεργών (Εικόνα 3). Αντίθετα, η χώρα έχει τον χαμηλότερο αριθμό νοσοκομειακών νοσηλευτών ανά πληθυσμό, με την καταμέτρηση να λαμβάνει υπόψη μόνο τους νοσοκομειακούς νοσηλευτές. Οι περισσότεροι γιατροί στην Ελλάδα ειδικεύονται σε διάφορους τομείς, με τους γενικούς γιατρούς να αποτελούν μόλις το 7% του συνόλου, ποσοστό σημαντικά χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ που ανέρχεται σε 26%. Η πρόκληση της διασφάλισης επαρκούς προσφοράς γενικών ιατρών ήταν εξέχουσα στις προσπάθειες επέκτασης των τοπικών μονάδων υγείας (TOMY) και των κέντρων υγείας που ξεκίνησαν στο πλαίσιο μιας μεγάλης μεταρρύθμισης το 2017 (Myloneros και Sakellariou, 2021). Η μεταρρύθμιση αυτή αποσκοπεί στη βελτίωση της πρόσβασης, στην ενίσχυση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε κοινοτικό επίπεδο και στην ενίσχυση των υπηρεσιών προαγωγής της υγείας και πρόληψης. Ο γενικός της στόχος είναι η εξέλιξη προς ένα ολοκληρωμένο μοντέλο υγειονομικής περίθαλψης.

Ομοίως, ο περιορισμένος αριθμός νοσηλευτών, ιδίως κοινοτικών νοσηλευτών, σε συνδυασμό με την αναδιάταξή τους κατά τη διάρκεια της κρίσης COVID-19, εμπόδισε τη δημιουργία αυτών των αναβαθμισμένων μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης.



Εικόνα 3 Υπάρχει έντονη ανισορροπία στη διαθεσιμότητα των γιατρών σε σύγκριση με τους νοσηλευτές Προσαρμογή από: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4ab8ea73-en.pdf?expires=1695997543&id=id&accname=guest&checksum=9F612F62377529DFF106497826D9FCF4>

1.4.1. Αποτελεσματικότητα

Το ποσοστό της θνησιμότητας που μπορεί να προληφθεί στην Ελλάδα παρουσίασε οριακή μείωση κατά την τελευταία πενταετία, αλλά παραμένει σημαντικά χαμηλότερο από ό,τι στην πλειονότητα των χωρών της ΕΕ. Η κύρια αιτία της θνησιμότητας που μπορεί να προληφθεί είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, που αντιπροσωπεύει περίπου το 30% των πρόωρων θανάτων το 2018. Η ισχαιμική καρδιοπάθεια και τα ατυχήματα συμβάλλουν επίσης σημαντικά σε αυτούς τους θανάτους. Η επιμονή των υψηλών ποσοστών καπνίσματος, ιδίως μεταξύ των ανδρών, συνεπάγεται ότι ουσιαστική βελτίωση των εν λόγω ποσοστών θνησιμότητας είναι απίθανη χωρίς σημαντικές αλλαγές στη συμπεριφορά (Karaniolos et al., 2018).

Το 2018, η θνησιμότητα από θεραπεύσιμες αιτίες στην Ελλάδα ήταν ελαφρώς χαμηλότερη από τον μέσο όρο της ΕΕ, σε 90 ανά 100.000 κατοίκους, σε σύγκριση με το ποσοστό 92 ανά 100.000 κατοίκους σε ολόκληρη την ΕΕ. Ωστόσο, τα δεδομένα τάσεων και τα ερευνητικά στοιχεία (Karanikolos et al., 2018) υποδηλώνουν αντιστροφή των μειούμενων ποσοστών θνησιμότητας που παρατηρήθηκαν από το 2000, με τα ποσοστά να αυξάνονται μεταξύ 2013 και 2016 πριν επιστρέψουν σε πτωτική πορεία. Οι πρόωροι θάνατοι από ισχαιμική καρδιοπάθεια και εγκεφαλοαγγειακές διαταραχές, καταστάσεις που θεωρούνται προλήψιμες και θεραπεύσιμες, αποτελούσαν το 36% των θανάτων από θεραπεύσιμες αιτίες. Αυτό οφείλεται εν μέρει στις ελλείψεις στη διάγνωση και τη θεραπεία καρδιαγγειακών ασθενών υψηλού κινδύνου και στη διαχείριση ατόμων με ισχαιμική καρδιακή νόσο.

Η Ελλάδα υφίσταται επί του παρόντος εκτεταμένες μεταρρυθμίσεις στο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, με στόχο όχι μόνο την επέκταση της εμβέλειας των υπηρεσιών που παρέχονται από το δημόσιο, αλλά και την παροχή αποτελεσματικότερης, έγκαιρης και συντονισμένης θεραπείας για τους ασθενείς με χρόνιες παθήσεις. Η πρόωγη θνησιμότητα που οφείλεται στον καρκίνο του παχέος εντέρου και του μαστού αντιπροσωπεύει επίσης λίγο περισσότερο από το ένα πέμπτο των θανάτων από θεραπεύσιμες αιτίες, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για συνεχείς προσπάθειες για την ενίσχυση της ανίχνευσης και τη διασφάλιση της έγκαιρης θεραπείας (OECD, 2021).

Ιστορικά, η Ελλάδα δεν ήταν ισχυρή στην εφαρμογή παρεμβάσεων δημόσιας υγείας, με εξαίρεση τις ενημερωτικές εκστρατείες για την κατάχρηση ουσιών, τη χρήση καπνού και την κατανάλωση αλκοόλ. Μέχρι πρόσφατα, δεν υπήρχαν εθνικές στρατηγικές σε αυτούς τους τομείς. Ωστόσο, υπήρξε σημαντική αλλαγή με την εισαγωγή του ολοκληρωμένου Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2021-25. Το εν λόγω σχέδιο σηματοδοτεί έναν θεμελιώδη μετασχηματισμό των υπηρεσιών δημόσιας υγείας στην Ελλάδα, εστιάζοντας σε μια σειρά από προληπτικές, διατομεακές πολιτικές και πολιτικές προαγωγής της υγείας. Οι βασικοί τομείς εστίασης περιλαμβάνουν τον εντοπισμό των συμπεριφορικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου για την υγεία του πληθυσμού, τη διαχείριση ασθενειών με υψηλό φορτίο νοσηρότητας μέσω της εφαρμογής εθνικών σχεδίων δράσης, ιδίως στην περίπτωση του καρκίνου, και τη διασφάλιση της υγείας των ευάλωτων ομάδων (OECD, 2021).

Επιπλέον, εκτός από την ενισχυμένη αντικαπιλιστική νομοθεσία το 2019, η Ελλάδα δρομολόγησε το 2020 την εθνική στρατηγική πρόληψης για τη δημόσια υγεία "Σπύρος Δοξιάδης". Η στρατηγική αυτή καλύπτει 15 επιχειρησιακούς τομείς και περιλαμβάνει 95 εθνικά έργα, σηματοδοτώντας μια συντονισμένη προσπάθεια για την πρόληψη σε διάφορους τομείς. Οι πρωτοβουλίες αυτές αντικατοπτρίζουν μια προληπτική προσέγγιση του Υπουργείου Υγείας της Ελλάδας για την ενίσχυση της δημόσιας υγείας και της ευημερίας εντός της χώρας (Υπουργείο Υγείας, 2021).

1.4.2. Προσβασιμότητα

Κατά την τελευταία δεκαετία, η Ελλάδα ανέφερε σταθερά υψηλότερα επίπεδα ανεκπλήρωτων αναγκών ιατρικής περίθαλψης σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ. Το 2019, η Ελλάδα είχε το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό στην ΕΕ, ξεπερνώντας μόνο την Εσθονία: το 8,1% του ελληνικού πληθυσμού ανέφερε ανεκπλήρωτες ανάγκες λόγω παραγόντων όπως το κόστος, η απόσταση ταξιδιού ή ο χρόνος αναμονής, σε αντίθεση με τον μέσο όρο της ΕΕ που ήταν 1,7%. Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης έφθασαν στο μέγιστο 13,1% το 2016 και στη συνέχεια μειώθηκαν σταδιακά κατά περίπου 15% κάθε χρόνο. Ωστόσο, ακόμη και το 2019, η Ελλάδα παρουσίασε τη μεγαλύτερη ανισότητα στις ανεκπλήρωτες ανάγκες μεταξύ των εισοδηματικών ομάδων στην ΕΕ. Το ποσοστό για τα νοικοκυριά στο χαμηλότερο πεμπτημόριο εισοδήματος (18,1%) ήταν 20 φορές υψηλότερο από το αντίστοιχο ποσοστό για τα νοικοκυριά στο υψηλότερο πεμπτημόριο (0,9%).

Ο κύριος λόγος για τις ανεκπλήρωτες ανάγκες ήταν το κόστος, που αναφέρθηκε από το 7,5% των ερωτηθέντων, το οποίο ήταν το υψηλότερο ποσοστό στην ΕΕ, όπου ο μέσος όρος ήταν 0,9%. Σύμφωνα με την έρευνα του Eurofound, η οποία διεξήχθη κατά τους πρώτους 12 μήνες της πανδημίας COVID-19, το 24% των Ελλήνων ερωτηθέντων ανέφεραν ανεκπλήρωτες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης, σε σύγκριση με το 21% σε ολόκληρη την ΕΕ. Η αύξηση αυτή οφείλεται πιθανότατα στην αναβολή των μη απαραίτητων υπηρεσιών από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και στον φόβο των ασθενών να μολυνθούν από το COVID-19 (Eurofound, 2021).

Η Ελλάδα έχει επιτύχει καθολική πληθυσμιακή κάλυψη για τις δημόσια χρηματοδοτούμενες υπηρεσίες, διασφαλίζοντας ότι οι πρόσφυγες, οι αιτούντες άσυλο

με ειδικές συνθήκες υγείας ή αναπηρίες και όσοι βρίσκονται σε μονάδες κοινωνικής φροντίδας έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες ανεξαρτήτως νομικού καθεστώτος από το 2016. Ωστόσο, εξακολουθούν να υπάρχουν πρακτικές προκλήσεις, ιδίως για τα άτομα που βρίσκονται σε καταυλισμούς προσφύγων ή στα σύνορα της ΕΕ, τα οποία αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην εξασφάλιση ιατρικών ραντεβού, οι οποίες επιδεινώθηκαν κατά τη διάρκεια της επιδημίας COVID-19. Η αναστολή της έκδοσης αριθμών υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής ασφάλισης σε αιτούντες άσυλο τον Ιούλιο του 2019 εμπόδισε περαιτέρω την πρόσβαση στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (EuropeanPublicHealthAlliance, 2020). Στο πλαίσιο της αντιμετώπισης του COVID-19, όλες οι σχετικές διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν.

Το πακέτο παροχών που καλύπτεται από τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας περιλαμβάνει την πρόληψη ασθενειών, την προαγωγή της υγείας, την πρωτοβάθμια / περιπατητική υγειονομική περίθαλψη, τη νοσοκομειακή περίθαλψη και τις διαγνωστικές εξετάσεις και διαδικασίες. Ωστόσο, υπάρχουν πρακτικοί περιορισμοί, ιδίως στην οδοντιατρική περίθαλψη, όπου η απουσία λειτουργικών συμβάσεων μεταξύ του ασφαλιστικού ταμείου και των ιδιωτών οδοντιάτρων δυσχεραίνει ακόμη και τις περιορισμένες επιστρεπτές υπηρεσίες. Αν και τα κέντρα υγείας προσφέρουν δωρεάν οδοντιατρικές υπηρεσίες για παιδιά έως 18 ετών και επείγουσα θεραπεία για όλες τις ηλικίες, συχνά στερούνται προσωπικού και δυναμικότητας. Κατά συνέπεια, το κοινό στερείται κάλυψης για το σύνολο σχεδόν της οδοντιατρικής περίθαλψης, καθιστώντας αναγκαία την πληρωμή από την τσέπη του (OECD, 2021).

Επιπλέον, η Ελλάδα παρουσιάζει σχετικά χαμηλή δημόσια κάλυψη για φαρμακευτικά προϊόντα και υπηρεσίες εξωτερικών ιατρείων. Από το 2012 ισχύουν μηνιαία ανώτατα όρια όγκου για τις χρηματοδοτούμενες από τον ΕΟΠΥΥ επισκέψεις ανά γιατρό, τα παραπεμπτικά για διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις και τις συνταγές (ανά αξία). Ενώ οι ποσοτώσεις αυτές αποσκοπούν στον περιορισμό πιθανής υπερθεραπείας και στην αντιμετώπιση της ζήτησης που προκαλείται από την προσφορά, ενδέχεται επίσης να αναγκάσουν τους ασθενείς, σε ορισμένες περιπτώσεις, να αναβάλουν την περίθαλψη, να αναζητήσουν εναλλακτικούς παρόχους ή να πληρώσουν τις επισκέψεις από την τσέπη τους (OECD, 2021).

Το 2019, η Ελλάδα παρουσίασε σημαντικές δαπάνες «από την τσέπη» (out-of-pocket, OOP), ιδίως σε φάρμακα και ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, καθιστώντας την

τρίτη υψηλότερη στην ΕΕ όσον αφορά τις πληρωμές OOP ως ποσοστό των δαπανών υγείας. Οι πληρωμές OOP της Ελλάδας αντιστοιχούσαν στο 35% των δαπανών υγείας, υπερδιπλάσιες του μέσου όρου της ΕΕ που ήταν 15,4%. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι δαπάνες OOP για φαρμακευτικά προϊόντα αποτελούσαν το 13% του συνόλου των δαπανών υγείας στην Ελλάδα, έναντι μόλις 4% στην ΕΕ. Επιπλέον, οι πληρωμές των νοικοκυριών για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη αντιπροσώπευαν ένα σημαντικό μέρος των δαπανών υγείας, καθώς ανέρχονταν στο 11% των συνολικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα, σε αντίθεση με μόλις 1% στην ΕΕ. Οι πληρωμές αυτές αφορούσαν κυρίως ιδιωτικές νοσοκομειακές υπηρεσίες, αν και ορισμένα έμμεσα στοιχεία υποδηλώνουν ότι οι άτυπες πληρωμές μπορεί να είναι επίσης διαδεδομένες στα δημόσια νοσοκομεία (Thomson et al., 2019).

Παρά την έλλειψη δημόσιας κάλυψης, το σχετικά χαμηλό ποσοστό OOP για οδοντιατρικές υπηρεσίες θα μπορούσε να υποδηλώνει σημαντικές ανεκπλήρωτες ανάγκες. Η Ελλάδα κατέγραψε το 2019 το τρίτο υψηλότερο ποσοστό ανεκπλήρωτων αναγκών για οδοντιατρική περίθαλψη στην ΕΕ, με έναν στους δώδεκα ανθρώπους να αντιμετωπίζει ανεκπλήρωτες οδοντιατρικές ανάγκες. Το ποσοστό αυτό ήταν ακόμη υψηλότερο (ένα στα έξι άτομα) στην ομάδα με το χαμηλότερο εισόδημα. Οι άτυπες πληρωμές προς τους επαγγελματίες υγείας παραμένουν συχνές, αποτελώντας περίπου το ένα τέταρτο όλων των πληρωμών OOP. Αυτές οι άτυπες πληρωμές δημιουργούν εμπόδια στην ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες και στην οικονομική προστασία. Πρόσφατη έρευνα του Ευρωβαρόμετρου υπογράμμισε ότι το 14% του πληθυσμού πραγματοποίησε άτυπες πληρωμές σε γιατρούς, νοσηλευτές ή νοσοκομεία τον Δεκέμβριο του 2019 και το 81% των ερωτηθέντων θεωρούσε ότι η πρακτική αυτή είναι ευρέως διαδεδομένη στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (European Commission, 2020).

Κεφάλαιο 2ο: Σύστημα αμοιβών των Ιατρών

2.1. Μέθοδοι αποζημίωσης

Η σύγχρονη έμφαση στον περιορισμό του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης κατευθύνεται κυρίως προς την πλευρά της προσφοράς, κυρίως μέσω της εφαρμογής οικονομικών κινήτρων για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Οι επικρατέστεροι τρόποι αποζημίωσης των παρόχων περιλαμβάνουν την επιστροφή πάγιας αμοιβής, την επιστροφή ανά συναλλαγή, την κατά κεφαλήν επιστροφή ανά ασφαλισμένο ή συνδυασμό αυτών (Park et al., 2007).

Πιο συγκεκριμένα, στο πλαίσιο της αποζημίωσης με σταθερή αμοιβή, οι ιατροί λαμβάνουν ένα μηνιαίο σταθερό μισθό, ο οποίος συσχετίζεται με συγκεκριμένες ώρες εργασίας για τις παρεχόμενες υπηρεσίες (Σουλιώτης et al., 2013). Κατά συνέπεια, η αποζημίωση είναι ανεξάρτητη από τον όγκο των δραστηριοτήτων υγειονομικής περίθαλψης και τον αριθμό των ασθενών που παρακολουθούνται. Ενώ αυτό το μοντέλο αμοιβής εξασφαλίζει μια σταθερή και προβλέψιμη πηγή εισοδήματος για τους γιατρούς, ταυτόχρονα αποτελεί κίνητρο για τον περιορισμό της παροχής φροντίδας. Οι μισθοί χρησιμεύουν ως αποτελεσματικός μηχανισμός για την προσέλκυση και τη διατήρηση ιατρών σε αραιοκατοικημένες περιοχές, και οι σταθερές πληρωμές συμβάλλουν στη μείωση του διοικητικού κόστους εντός του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, ενώ παράλληλα μετριάζουν τα κίνητρα για επαγόμενη ζήτηση. Ωστόσο, υπάρχει δυνητικός κίνδυνος μειωμένης παραγωγικότητας λόγω της απουσίας οικονομικών κινήτρων (Rudmik et al., 2014).

Η κατά κεφαλήν αμοιβή ανά εγγεγραμμένο ασθενή θεωρείται η πιο αποτελεσματική προσέγγιση για τη συγκράτηση των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης και τη συνετή κατανομή των πόρων (Σουλιώτης et al., 2013). Στο πλαίσιο αυτού του συστήματος, οι πάροχοι λαμβάνουν ένα σταθερό ποσό με βάση τον αριθμό των εγγεγραμμένων ασθενών στους καταλόγους τους, καλύπτοντας ένα φάσμα υπηρεσιών (Park et al., 2007). Η μέθοδος αυτή δίνει κίνητρα για την ενίσχυση, την αναβάθμιση και την οργάνωση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, ώστε να αυξηθεί ο αριθμός των εγγεγραμμένων ασθενών και, κατά συνέπεια, το εισόδημα του ιατρού, χωρίς ταυτόχρονη αύξηση της ποσότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών

υγειονομικής περίθαλψης. Παρ' όλα αυτά, η παράμετρος αυτή μπορεί να οδηγήσει σε κλιμάκωση των παραπομπών ασθενών σε νοσοκομεία για υπηρεσίες που θα μπορούσαν να έχουν χορηγηθεί από τον παραπέμποντα ιατρό (Rudmik et al., 2014).

Η μέθοδος αποζημίωσης ανά πρακτική, που υιοθετείται ευρέως στις χώρες του ΟΟΣΑ, αναδεικνύεται ως το επικρατέστερο μέσο αποζημίωσης των ιατρών και θεωρείται το καταλληλότερο σύστημα αποζημίωσης για τους ιατρούς λόγω των οικονομικών κινήτρων που προσφέρει. Συγκεκριμένα, το εισόδημα των ιατρών συνδέεται άμεσα με την ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, προωθώντας το κίνητρο για την άσκηση σημαντικού όγκου δραστηριοτήτων υγείας, με τους σχετικούς οικονομικούς κινδύνους να αναλαμβάνονται από τον πληρωτή (Rudmik et al., 2014). Οι καταναλωτές-ασθενείς διατηρούν το δικαίωμα επιλογής παρόχου υγειονομικής περίθαλψης βάσει κοινωνικοοικονομικών κριτηρίων και η πληρωμή μπορεί να είναι άμεση ή, εναλλακτικά, να διεκπεραιώνεται εκ των υστέρων από τον ασφαλιστικό φορέα, εάν ο ιατρός είναι συμβεβλημένος με το ασφαλιστικό ταμείο. Ωστόσο, έχει διαπιστωθεί ότι η μέθοδος αυτή ευνοεί τη δημιουργία επαγόμενης ζήτησης, η οποία απορρέει από την ασύμμετρη πληροφόρηση μεταξύ ασθενών-καταναλωτών και ιατρών-παρόχων σχετικά με τη χρησιμότητα των παρεμβάσεων. Τέτοιες παρεμβάσεις συμβάλλουν σε αδικαιολόγητη αύξηση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης, καθοδηγούμενες από τα οικονομικά κίνητρα των παρόχων εις βάρος των ασθενών και του κοινωνικού συνόλου, με αποτέλεσμα την απώλεια ευημερίας (Ξένος et al., 2014).

Τα τελευταία χρόνια, το πρόγραμμα "Πληρωμή για απόδοση" (Pay for Performance - P4P) χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο ως εργαλείο για τη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών (Lester et al., 2013). Η αποζημίωση με βάση την απόδοση θεωρείται αποτελεσματική όταν επιτυγχάνεται βελτίωση της ποιότητας ή της ποσότητας της φροντίδας με ίσο ή χαμηλότερο κόστος ή όταν η ίδια ποιότητα ή ποσότητα φροντίδας επιτυγχάνεται με λιγότερους οικονομικούς πόρους (Turcotte-Tremblay et al., 2016). Το αναφερόμενο πρόγραμμα δεν αντιπροσωπεύει μια ξεχωριστή μέθοδο πληρωμής αυτή καθαυτή, αλλά αποτελεί μάλλον μια προσέγγιση που χρησιμοποιείται για την ενίσχυση των παραδοσιακών μεθόδων πληρωμής (Brouwer et al., 2014).

2.2. Η αμοιβή για απόδοση στην ΠΦΥ

Η αξιοποίηση της αμοιβής για απόδοση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη έχει γνωρίσει σημαντική ανάπτυξη την τελευταία δεκαετία, με τους γιατρούς να λαμβάνουν οικονομικά κίνητρα για την επίτευξη δεικτών ποιότητας που συνδέονται με συγκεκριμένους στόχους (Saint-Lary et al., 2015). Υπάρχει σημαντική διακύμανση στο μέγεθος της αποζημίωσης βάσει επιδόσεων μεταξύ των χωρών, η οποία κυμαίνεται από 1-25% στην Ευρώπη (Brouwer et al., 2014). Δεδομένης της ποικιλομορφίας της χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας και της οργάνωσης της πρόσβασης στην περίθαλψη, η δυνατότητα μεταφοράς των αποτελεσμάτων των κινήτρων από το ένα σύστημα στο άλλο δημιουργεί προκλήσεις. Για παράδειγμα, το επικρατέστερο μοντέλο αμοιβής για την παροχή υπηρεσιών για τους περισσότερους γενικούς γιατρούς στη Γαλλία και τις ΗΠΑ έρχεται σε αντίθεση με τις κατά κεφαλήν πληρωμές που χρησιμοποιούνται στο Ηνωμένο Βασίλειο (Saint-Lary et al., 2015). Για να διευκολυνθεί η δημιουργία ενός παρόμοιου συστήματος πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα, παρουσιάζονται εμπειρίες από συστήματα που εφαρμόστηκαν σε άλλες χώρες.

Το πιο διαρκές και ολοκληρωμένο πρόγραμμα, το Πλαίσιο Ποιότητας και Αποτελεσμάτων (Quality and Outcomes Framework - QOF), εισήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο το 2004, συγκεντρώνοντας την εθελοντική συμμετοχή του 99,6% των οικογενειακών γιατρών το 2006 (Campbell et al., 2009). Αποτιμώμενο σε 691 εκατομμύρια λίρες το 2016/2017, το πρόγραμμα απονέμει αμοιβή απόδοσης με βάση την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων απόδοσης (Kondo et al., 2016). Οι πάροχοι λαμβάνουν μια κατά κεφαλήν πληρωμή στο πλαίσιο της σύμβασης, η οποία καθορίζεται από παράγοντες όπως η ηλικία των ασθενών, το φύλο, η νοσηρότητα, και μια πρόσθετη προσαύξηση 25% για την επίτευξη των στόχων. Οι δείκτες επιδόσεων περιλαμβάνουν την κλινική αποτελεσματικότητα, τις οργανωτικές πτυχές, την εμπειρία των ασθενών, την παροχή ολιστικής φροντίδας, την παροχή προληπτικών υπηρεσιών και την πρόσβαση των ασθενών στη φροντίδα (Campbell et al., 2009). Η αξιολόγηση των Άγγλων ιατρών βασίζεται σε μεγάλο βαθμό σε ηλεκτρονικούς ιατρικούς φακέλους με προτροπές για μέτρα απόδοσης.

Στη Γαλλία, ένα μοντέλο αποζημίωσης για τους γιατρούς βάσει επιδόσεων εφαρμόστηκε πιλοτικά το 2009, με 97% συμμετοχή μέχρι το 2012 (Saint-Lary et al., 2015). Οι δείκτες επιδόσεων καλύπτουν τα μέτρα διαδικασίας, δομής και

αποτελέσματος, εστιάζοντας στην πρόληψη, τη διαχείριση χρόνιων ασθενειών, την αποδοτική συνταγογράφηση και τις οργανωτικές πτυχές (Πολύζος, 2013).

Στη Σουηδία, η χρηματοδότηση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης προέρχεται κυρίως από τον φόρο εισοδήματος σε επίπεδο νομού, ενώ οι γιατροί του ιδιωτικού τομέα αμείβονται μέσω ενός συνδυασμού μεθόδων ανά κάτοικο και ανά ιατρείο, ενώ οι γιατροί του δημόσιου τομέα λαμβάνουν μισθό. Τα κίνητρα συνδέονται με τους στόχους συνταγογράφησης, την ικανοποίηση των ασθενών, την εγγραφή σε μητρώα ποιότητας και τα ποσοστά εμβολιασμού, ενώ η αμοιβή βάσει επιδόσεων αντιστοιχούσε στο 1-5% της συνολικής αποζημίωσης το 2012 (Ellegård et al., 2018).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, έχουν αναπτυχθεί διάφορα συστήματα αμοιβής για την απόδοση μέσω των κέντρων υπηρεσιών Medicare και Medicaid και της ιδιωτικής ασφάλισης, με την Καλιφόρνια να φιλοξενεί το μεγαλύτερο τέτοιο πρόγραμμα. Οι γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης, οι οποίοι είναι κατά κύριο λόγο οργανωμένοι στο πλαίσιο μεγαλύτερων οργανώσεων γιατρών, λαμβάνουν πληρωμές κινήτρων που σχετίζονται με δείκτες όπως η αποτελεσματικότητα της συνταγογράφησης. Αξίζει να σημειωθεί ότι το ποσό που λαμβάνουν οι γιατροί στις ΗΠΑ είναι σημαντικά χαμηλότερο από εκείνο στο Ηνωμένο Βασίλειο. Αντίθετα, η Γερμανία έχει εφαρμόσει ένα σύστημα πληρωμών βάσει πρακτικών και περιπτώσεων, το οποίο συνδέεται με μειωμένες πληρωμές για τους γιατρούς που υπερβαίνουν προκαθορισμένα όρια δαπανών (Λιονής et al., 2016).

Δυστυχώς, η Ελλάδα δεν διαθέτει ένα σύστημα στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη που να βασίζεται στην ολοκληρωμένη, συντονισμένη και συνεχή φροντίδα των ασθενών και των οικογενειών τους. Η απουσία ενός τέτοιου συστήματος συμβάλλει σε νοσηλείες που μπορούν να προληφθούν, σε συνδυασμό με την ανεπαρκή εποπτεία, τη μέτρηση της χρήσης των πόρων με βάση την αποτελεσματικότητα της υγειονομικής περίθαλψης και την αξιολόγηση των ιατρικών πρακτικών (Γκουλιαβέρας και Νιάκας, 2022).

2.3. Η αποζημίωση των ιατρών στην Ελλάδα

Οι γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης λαμβάνουν αποζημίωση μέσω ενός συνδυασμού διαφόρων μεθόδων πληρωμής. Συγκεκριμένα, οι επαγγελματίες που εργάζονται σε δημόσιες μονάδες υγειονομικής περίθαλψης στην πρωτοβάθμια

περίθαλψη, όπως τα κέντρα υγείας, το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), τα περιφερειακά ιατρεία, ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) και η Τοπική Μονάδα Υγείας (ΤΟΜΥ), λαμβάνουν αποζημίωση βάσει σταθερού μισθού. Αντίθετα, οι ιδιώτες ιατροί αμείβονται κατά περίπτωση, είτε μέσω συμβάσεων με τον ΕΟΠΥΥ με μηνιαίο ανώτατο όριο επισκέψεων είτε μέσω άμεσης αποζημίωσης από τους ασθενείς (Economou et al., 2017). Αυτή η δομή αποζημίωσης για τους ιατρούς σε δημόσιες δομές στερείται κινήτρων παραγωγικότητας, ενώ για τους συμβεβλημένους ιατρούς εισάγει κίνητρα για προκαλούμενη ζήτηση, αποτυγχάνοντας έτσι να ενθαρρύνει τη συγκράτηση του κόστους και τη βελτίωση των υπηρεσιών (Λιονής et al., 2016). Επιπλέον, οι μισθολογικές ανισότητες προκύπτουν από τις διαφορετικές εργασιακές σχέσεις. Ειδικότερα, η Ελλάδα παρουσιάζει χαμηλότερο αριθμό γενικών ιατρών (3.800) σε σύγκριση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (8.140), ενώ η αντίθετη τάση παρατηρείται στον αριθμό των διακριτών ιατρικών ειδικοτήτων, που έφθασαν τις 42.687 το 2014, έναντι 20.283 κατά μέσο όρο στη ζώνη του ευρώ. Υπό το πρίσμα αυτών των συνθηκών, προτείνεται η επανεξέταση των μεθόδων αποζημίωσης των ιατρών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, με την εισαγωγή δομών που βασίζονται σε κίνητρα (Γκουλιαβέρας και Νιάκας, 2022).

Κεφάλαιο 3ο: Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού

3.1. Ορισμός

Ο οικογενειακός ιατρός, σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Οικογενειακών Ιατρών (WONCA, 2023), ενσωματώνει ορισμένα χαρακτηριστικά και πρακτικές στο πλαίσιο του κλάδου της γενικής ιατρικής/οικογενειακής ιατρικής. Πρώτα απ' όλα, χρησιμεύουν ως το αρχικό σημείο ιατρικής επαφής εντός του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, προσφέροντας ανοικτή και απεριόριστη πρόσβαση στους χρήστες, ενώ αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, τα φύλα και άλλα ατομικά χαρακτηριστικά. Οι οικογενειακοί γιατροί χρησιμοποιούν αποτελεσματικά τους πόρους της υγειονομικής περίθαλψης συντονίζοντας τη φροντίδα, συνεργαζόμενοι με άλλους επαγγελματίες στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και διαχειριζόμενοι τις διεπαφές με άλλες ειδικότητες, ενώ παράλληλα υπερασπίζονται τον ασθενή όταν είναι απαραίτητο. Επιπλέον, οι οικογενειακοί γιατροί αναπτύσσουν μια ανθρωποκεντρική προσέγγιση που είναι προσανατολισμένη προς το άτομο, την οικογένειά του και την κοινότητά του. Προωθούν την ενδυνάμωση των ασθενών, καθιερώνοντας μια μοναδική διαδικασία διαβούλευσης που προάγει μια σχέση με την πάροδο του χρόνου μέσω της αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ γιατρού και ασθενούς. Οι οικογενειακοί γιατροί φέρουν την ευθύνη για την παροχή διαχρονικής συνέχειας της φροντίδας με βάση τις ανάγκες του ασθενούς. Η διαδικασία λήψης αποφάσεων είναι συγκεκριμένη για την επικράτηση και τη συχνότητα εμφάνισης ασθενειών στην κοινότητα, επιτρέποντάς τους να διαχειρίζονται ταυτόχρονα τόσο οξεία όσο και χρόνια προβλήματα υγείας. Η ειδικότητα της γενικής ιατρικής/οικογενειακής ιατρικής επεκτείνεται στους γενικούς ιατρούς/οικογενειακούς ιατρούς, οι οποίοι είναι ειδικευμένοι ιατροί εκπαιδευμένοι στις αρχές του κλάδου. Αυτοί οι προσωπικοί γιατροί είναι κατά κύριο λόγο υπεύθυνοι για την παροχή ολοκληρωμένης και συνεχούς φροντίδας σε άτομα που αναζητούν ιατρική φροντίδα, ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου ή ασθένειας. Λειτουργούν στο πλαίσιο της οικογένειας του ασθενούς, της κοινότητας, του πολιτισμού και της ολοκληρωμένης υγείας του πλανήτη, σεβόμενοι την αυτονομία του ασθενούς, αναγνωρίζοντας παράλληλα την επαγγελματική τους ευθύνη απέναντι στην κοινότητα και το περιβάλλον. Κατά τη διαπραγμάτευση των

σχεδίων διαχείρισης με τους ασθενείς τους, οι γενικοί γιατροί/οικογενειακοί γιατροί ενσωματώνουν διάφορους παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία, όπως σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, πολιτιστικές, υπαρξιακές και πλανητικές εκτιμήσεις. Προάγουν την υγεία, προλαμβάνουν την ασθένεια και παρέχουν θεραπεία, περίθαλψη ή ανακούφιση, ενώ δίνουν έμφαση στην ενδυνάμωση και την αυτοδιαχείριση των ασθενών για το αμοιβαίο όφελος της ατομικής και της πλανητικής υγείας. Αναγνωρίζοντας τον ρόλο τους ως πρότυπα, προωθούν ενεργά έναν βιώσιμο τρόπο ζωής. Άμεσα ή μέσω των υπηρεσιών άλλων, βοηθούν τους ασθενείς να έχουν πρόσβαση στους απαραίτητους πόρους μέσα στην κοινότητα. Επιπλέον, οι οικογενειακοί γιατροί αναλαμβάνουν την ευθύνη για συνεχή ανάπτυξη δεξιοτήτων, προσωπικής ισορροπίας και αξιών, ώστε να εξασφαλίζουν αποτελεσματική και ασφαλή φροντίδα των ασθενών. Όπως και άλλοι επαγγελματίες υγείας, πρέπει να παρακολουθούν, να διατηρούν και να βελτιώνουν συνεχώς τις κλινικές πτυχές, τις υπηρεσίες, την οργάνωση, την ασφάλεια των ασθενών και την ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα που παρέχουν (WONCA, 2023).

Ο ορισμός του κλάδου της γενικής/οικογενειακής ιατρικής και ο ρόλος του ειδικού οικογενειακού ιατρού οδηγούν άμεσα στον προσδιορισμό των βασικών ικανοτήτων του γενικού/οικογενειακού ιατρού. Οι βασικές ικανότητες θεωρούνται απαραίτητες για τον κλάδο, ανεξάρτητα από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στο οποίο εφαρμόζονται. Οι ικανότητες αυτές προκύπτουν από τα δώδεκα κεντρικά χαρακτηριστικά που ορίζουν τον κλάδο, τα οποία με τη σειρά τους αντιστοιχούν σε δώδεκα ικανότητες που πρέπει να κατέχει κάθε ειδικός οικογενειακός γιατρός. Οι ικανότητες αυτές μπορούν να ομαδοποιηθούν σε έξι βασικές ικανότητες, που ευθυγραμμίζονται με τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά.

- i. Η πρώτη βασική ικανότητα αφορά τη διαχείριση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η οποία περιλαμβάνει την αποτελεσματική χρήση των πόρων υγειονομικής περίθαλψης μέσω του συντονισμού της περίθαλψης και της συνεργασίας με άλλους επαγγελματίες στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.
- ii. Η δεύτερη ικανότητα επικεντρώνεται στην ανθρωποκεντρική φροντίδα, δίνοντας έμφαση στην ανάπτυξη μιας ανθρωποκεντρικής προσέγγισης προσανατολισμένης προς το άτομο, την οικογένειά του και την κοινότητά του. Αυτό περιλαμβάνει την προώθηση της ενδυνάμωσης των ασθενών, την αποτελεσματική επικοινωνία και την οικοδόμηση σχέσεων με την πάροδο του χρόνου.

- iii. Η τρίτη βασική ικανότητα δίνει έμφαση σε συγκεκριμένες δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, εξετάζοντας την ικανότητα του οικογενειακού γιατρού να διαχειρίζεται τόσο τα οξέα όσο και τα χρόνια προβλήματα υγείας μεμονωμένων ασθενών μέσω μιας μοναδικής διαδικασίας λήψης αποφάσεων.
- iv. Η τέταρτη ικανότητα επικεντρώνεται σε μια ολοκληρωμένη προσέγγιση, αντιμετωπίζοντας την ασθένεια στις σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, πολιτιστικές, περιβαλλοντικές και υπαρξιακές διαστάσεις της.
- v. Η πέμπτη ικανότητα υπογραμμίζει τον προσανατολισμό στην κοινότητα, τονίζοντας την ευθύνη του οικογενειακού γιατρού για την υγεία της κοινότητας και του περιβάλλοντος.
- vi. Η τελευταία ικανότητα είναι η ολιστική μοντελοποίηση, η οποία περιλαμβάνει την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας και την εξέταση διαφόρων διαστάσεων.

Η βελτίωση της ποιότητας θεωρείται θεμελιώδης ικανότητα, ιδίως σε σχέση με τις ικανότητες 1 και 3. Επιπλέον, ως ανθρωποκεντρικός επιστημονικός κλάδος, τρία βασικά χαρακτηριστικά - το πλαίσιο, η στάση και η επιστήμη - θεωρούνται κρίσιμα για την εφαρμογή των βασικών ικανοτήτων. Το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό περιλαμβάνει την κατανόηση του πλαισίου των ιατρών και του περιβάλλοντος στο οποίο εργάζονται, συμπεριλαμβανομένων των συνθηκών εργασίας, της κοινότητας, της κουλτούρας, των οικονομικών και κανονιστικών πλαισίων. Το συμπεριφορικό χαρακτηριστικό βασίζεται στις επαγγελματικές ικανότητες, τις αξίες και τη δεοντολογία του γιατρού. Το επιστημονικό χαρακτηριστικό απαιτεί την υιοθέτηση μιας κριτικής και βασισμένης στην έρευνα προσέγγισης της πρακτικής και τη διατήρησή της μέσω της συνεχούς μάθησης και της βελτίωσης της ποιότητας (WONCA, 2023).

Ο ορισμός τόσο της επιστήμης της γενικής ιατρικής/οικογενειακής ιατρικής όσο και του ρόλου του ειδικού οικογενειακού γιατρού είναι απαραίτητος για τη δημιουργία ενός ακαδημαϊκού θεμελίου και πλαισίου. Αυτό το θεμέλιο ενημερώνει την ανάπτυξη της εκπαίδευσης, της έρευνας και της βελτίωσης της ποιότητας, ενώ ο ειδικός οικογενειακός γιατρός μεταφράζει αυτόν τον ακαδημαϊκό ορισμό σε πρακτική εφαρμογή στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σε όλη την Ευρώπη (WONCA, 2023).

Τα χαρακτηριστικά του κλάδου της γενικής ιατρικής/οικογενειακής ιατρικής περιλαμβάνουν διάφορες βασικές πτυχές. Πρώτον, χρησιμεύει συνήθως ως το

πρωταρχικό σημείο ιατρικής επαφής εντός του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, προσφέροντας ανοικτή και απεριόριστη πρόσβαση στους χρήστες για την αντιμετώπιση όλων των προβλημάτων υγείας. Αν και το "συνήθως" υποδεικνύει εξαιρέσεις σε περιπτώσεις όπως το σοβαρό τραύμα, γενικά αναμένεται να είναι το αρχικό σημείο επαφής, χωρίς εμπόδια στην πρόσβαση. Οι οικογενειακοί γιατροί είναι επιφορτισμένοι με τη διαχείριση των προβλημάτων υγείας των ατόμων σε διάφορες δημογραφικές ομάδες, δίνοντας έμφαση στη συμμετοχικότητα του γενικού ιατρού ως βασικού και πρωταρχικού πόρου (WONCA, 2023).

Η αποτελεσματική χρήση των πόρων υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό που επιτυγχάνεται μέσω του συντονισμού της φροντίδας, της συνεργασίας με άλλους επαγγελματίες στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και της αποτελεσματικής διαχείρισης των διεπαφών με άλλες ειδικότητες. Αυτός ο συντονιστικός ρόλος είναι ζωτικής σημασίας για τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας της υψηλής ποιότητας πρωτοβάθμιας περίθαλψης, διασφαλίζοντας ότι οι ασθενείς λαμβάνουν φροντίδα από τον πλέον κατάλληλο επαγγελματία υγείας για τις συγκεκριμένες ανάγκες τους. Η γενική ιατρική μπορεί να εκπληρώσει αυτόν τον καίριο ρόλο, εφόσον το επιτρέπουν οι διαρθρωτικές συνθήκες. Η ανάπτυξη ομαδικής εργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας με επίκεντρο τον ασθενή συμβάλλει στην ενίσχυση της ποιότητας της περίθαλψης (WONCA, 2023).

Επιπλέον, ο κλάδος διακρίνεται για τη διαχείριση της διασύνδεσης με άλλες ειδικότητες, επιτρέποντας σε όσους χρειάζονται υπηρεσίες υψηλής τεχνολογίας που βασίζονται στη δευτεροβάθμια περίθαλψη να έχουν κατάλληλη πρόσβαση σε αυτές. Η συνηγορία διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο, προστατεύοντας τους ασθενείς από ενδεχόμενη βλάβη λόγω περιττών ελέγχων, εξετάσεων και θεραπειών. Ο οικογενειακός γιατρός καθοδηγεί επίσης τους ασθενείς μέσα από τις πολυπλοκότητες του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Ο κλάδος αναγνωρίζει την ευθύνη του να παρακολουθεί και να αξιολογεί συστηματικά την ποιότητα και την ασφάλεια της φροντίδας που παρέχεται από τους γενικούς ιατρούς και τα ιατρεία, αναλαμβάνοντας δράση για τη βελτίωση της ποιότητας (WONCA, 2023).

Η ανθρωποκεντρική προσέγγιση είναι κεντρική στην οικογενειακή ιατρική, εστιάζοντας στα άτομα, τις οικογένειές τους και τις κοινότητες. Σε αντίθεση με την αντιμετώπιση απρόσωπης παθολογίας ή "περιστατικών", η οικογενειακή ιατρική αντιμετωπίζει τους ανθρώπους και τα προβλήματά τους στο πλαίσιο των συνθηκών της ζωής τους. Η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι ασθενείς αντιμετωπίζουν και

βλέπουν την ασθένειά τους θεωρείται εξίσου σημαντική με τη διαχείριση της ίδιας της διαδικασίας της νόσου. Ο κλάδος αναγνωρίζει τη μοναδικότητα του κάθε ατόμου, λαμβάνοντας υπόψη τις πεποιθήσεις, τους φόβους, τις προσδοκίες και τις ανάγκες του (WONCA, 2023).

Η οικογενειακή ιατρική διαδραματίζει καίριο ρόλο στην προώθηση της ενδυνάμωσης και της αυτοδιαχείρισης των ασθενών. Τοποθετημένη στρατηγικά, αξιοποιεί τη διαχρονική φροντίδα, μια διεπιστημονική προσέγγιση και μια ισχυρή σχέση που βασίζεται στην αποτελεσματική επικοινωνία και την εμπιστοσύνη. Τα στοιχεία αυτά αποτελούν τη βάση για μια συνεχή εκπαιδευτική διαδικασία που αποσκοπεί στην ενδυνάμωση του ασθενούς να αναλάβει ενεργό ρόλο στην υγεία και την ευημερία του. Ο κλάδος χρησιμοποιεί μια μοναδική διαδικασία διαβούλευσης που χαρακτηρίζεται από την εγκαθίδρυση μιας σχέσης με την πάροδο του χρόνου μέσω της αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ του γιατρού και του ασθενούς. Κάθε αλληλεπίδραση συμβάλλει σε μια εξελισσόμενη αφήγηση και η θεραπευτική αξία της προσωπικής σχέσης εξαρτάται από τις επικοινωνιακές δεξιότητες του οικογενειακού γιατρού. Αυτή η έμφαση στη συνέχεια και τη δημιουργία σχέσεων χρησιμεύει ως θεμέλιο για την παροχή ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης φροντίδας. Η ευθύνη για την παροχή διαχρονικής συνέχειας της φροντίδας ανήκει στην οικογενειακή ιατρική, εξασφαλίζοντας μια σταθερή προσέγγιση από τη γέννηση (και μερικές φορές πριν) μέχρι το θάνατο (και μερικές φορές μετά). Η δέσμευση αυτή περιλαμβάνει την παρακολούθηση των ασθενών καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους, γεγονός που αποδεικνύεται από τον ιατρικό φάκελο που χρησιμεύει ως αντικειμενική μνήμη των διαβουλεύσεων. Οι οικογενειακοί γιατροί επωμίζονται την ευθύνη της παροχής υγειονομικής περίθαλψης όλο το εικοσιτετράωρο, αναθέτοντας και συντονίζοντας τη φροντίδα όταν δεν είναι σε θέση να την παράσχουν προσωπικά (WONCA, 2023).

Η διαδικασία λήψης αποφάσεων στην οικογενειακή ιατρική διαμορφώνεται από τον επιπολασμό και τη συχνότητα των ασθενειών στην κοινότητα. Διαφέροντας σημαντικά από τις παρουσιάσεις στη δευτεροβάθμια περίθαλψη, τα προβλήματα στην κοινότητα αντιμετωπίζονται με ξεχωριστό τρόπο. Ο επιπολασμός και η συχνότητα των ασθενειών στην κοινότητα καθιστούν αναγκαία μια διαδικασία λήψης αποφάσεων βασισμένη στις πιθανότητες, η οποία βασίζεται σε μια βαθιά κατανόηση των ασθενών και της κοινότητας. Η προγνωστική αξία των κλινικών σημείων ή των διαγνωστικών δοκιμών έχει μοναδική βαρύτητα στην οικογενειακή ιατρική και οι οικογενειακοί γιατροί συχνά βρίσκονται να καθησυχάζουν άτομα με ανησυχίες για

την ασθένεια αφού διαπιστώσουν ότι δεν υπάρχουν τέτοιες ανησυχίες. Η οικογενειακή ιατρική διαχειρίζεται με μοναδικό τρόπο ταυτόχρονα τόσο τα οξέα όσο και τα χρόνια προβλήματα υγείας των μεμονωμένων ασθενών. Αυτή η ολοκληρωμένη προσέγγιση αναγνωρίζει ότι ο ασθενής συχνά παρουσιάζει πολλαπλά παράπονα, αριθμός που τείνει να αυξάνεται με την ηλικία. Η ταυτόχρονη αντιμετώπιση πολλών αιτημάτων απαιτεί ιεραρχική διαχείριση των προβλημάτων, λαμβάνοντας υπόψη τόσο τις προτεραιότητες του ασθενούς όσο και την επαγγελματική κρίση του γιατρού (WONCA, 2023).

Κατά τη διαχείριση των ασθενειών, η οικογενειακή ιατρική διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στην αντιμετώπιση παρουσιάσεων που δεν είναι διαφοροποιημένες και συχνά εμφανίζονται στα πρώιμα στάδια της εξέλιξης, απαιτώντας επείγουσα παρέμβαση. Οι ασθενείς συχνά αναζητούν περίθαλψη κατά την έναρξη των συμπτωμάτων, γεγονός που αποτελεί πρόκληση για την έγκαιρη και ακριβή διάγνωση λόγω των περιορισμένων διαθέσιμων πληροφοριών. Αυτή η μοναδική πτυχή της παρουσίας υπογραμμίζει τη σημασία της διαχείρισης του κινδύνου στον κλάδο. Οι αποφάσεις πρέπει να λαμβάνονται υπό συνθήκες αβεβαιότητας, γεγονός που συχνά οδηγεί σε μια προσεκτική προσέγγιση αποκλεισμού άμεσων σοβαρών αποτελεσμάτων και επιλογής της επανεξέτασης της προόδου του ασθενούς. Επιπλέον, η οικογενειακή ιατρική υπερβαίνει τις ατομικές ανησυχίες για την υγεία και προωθεί ενεργά την υγεία και την ευημερία των ασθενών και των οικοσυστημάτων στα οποία ζουν. Οι παρεμβάσεις στο πλαίσιο αυτού του επιστημονικού κλάδου διέπονται από τις αρχές της καταλληλότητας, της αποτελεσματικότητας και της εξάρτησης από αξιόπιστες αποδείξεις, όποτε αυτό είναι δυνατόν (WONCA, 2023).

Επιπλέον, η οικογενειακή ιατρική φέρει ιδιαίτερη ευθύνη για την υγεία τόσο της κοινότητας όσο και του περιβάλλοντος. Αγκαλιάζοντας την έννοια της μίας υγείας, ο κλάδος αναγνωρίζει τη διπλή δέσμευσή του έναντι των μεμονωμένων ασθενών και της ευρύτερης κοινότητας κατά την αντιμετώπιση των θεμάτων υγειονομικής περίθαλψης. Ενώ αυτή η ολοκληρωμένη προσέγγιση είναι απαραίτητη, μπορεί περιστασιακά να οδηγήσει σε εντάσεις και συγκρούσεις συμφερόντων, που απαιτούν κατάλληλη διαχείριση. Τέλος, η οικογενειακή ιατρική υιοθετεί μια ολιστική προοπτική στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας, αναγνωρίζοντας ταυτόχρονα τις σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, πολιτιστικές, περιβαλλοντικές και υπαρξιακές διαστάσεις τους. Ο κλάδος αναγνωρίζει τις ποικίλες επιρροές αυτών των διαστάσεων στη συμπεριφορά της ασθένειας και στα πρότυπα της νόσου. Είναι

σημαντικό ότι οι παρεμβάσεις στο πλαίσιο της οικογενειακής ιατρικής προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τη ρίζα των προβλημάτων των ασθενών, ελαχιστοποιώντας τον κίνδυνο δυστυχίας που προκαλούν οι παρεμβάσεις που δεν λαμβάνουν υπόψη τους ολοκληρωμένα αυτές τις πολύπλευρες πτυχές (WONCA, 2023).

Οι γενικοί γιατροί/οικογενειακοί γιατροί αποτελούν μια ομάδα εξειδικευμένων γιατρών που γνωρίζουν καλά τις θεμελιώδεις αρχές του κλάδου. Λειτουργώντας ως προσωπικοί γιατροί, φέρουν την κύρια ευθύνη για την παροχή ολοκληρωμένης και συνεχούς φροντίδας σε άτομα που αναζητούν ιατρική φροντίδα, χωρίς διακρίσεις με βάση την ηλικία, το φύλο ή την πάθηση. Η προσέγγισή τους επεκτείνεται πέρα από το άτομο, λαμβάνοντας υπόψη το οικογενειακό, κοινοτικό, πολιτισμικό και περιβαλλοντικό πλαίσιο, διατηρώντας με συνέπεια την αυτονομία του ασθενούς. Οι γενικοί ιατροί αναγνωρίζουν το επαγγελματικό τους καθήκον απέναντι στην ευρύτερη κοινότητα (WONCA, 2023).

Κατά τη διαμόρφωση σχεδίων διαχείρισης σε συνεργασία με τους ασθενείς τους, οι γενικοί ιατροί ενσωματώνουν φυσικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, πολιτιστικούς και υπαρξιακούς παράγοντες. Η ενσωμάτωση αυτή διευκολύνεται από τη γνώση και την εμπιστοσύνη που καλλιεργείται μέσω επανειλημμένων αλληλεπιδράσεων. Λειτουργώντας στο πλαίσιο της επαγγελματικής ευθύνης, οι γενικοί γιατροί/οικογενειακοί γιατροί συμμετέχουν ενεργά στην προαγωγή της υγείας, την πρόληψη ασθενειών, τα θεραπευτικά μέτρα, την παροχή φροντίδας, την ανακούφιση και την ενθάρρυνση της ενδυνάμωσης και της αυτοδιαχείρισης των ασθενών. Οι προσπάθειες αυτές ευθυγραμμίζονται με τις αρχές της μίας υγείας, της πλανητικής υγείας και των στόχων βιώσιμης ανάπτυξης. Οι γενικοί ιατροί εκτελούν τους επαγγελματικούς τους ρόλους είτε άμεσα είτε ενορχηστρώνοντας τη χρήση των σχετικών υπηρεσιών, προσαρμόζοντας την προσέγγισή τους στις ανάγκες υγείας και τους διαθέσιμους πόρους στις κοινότητες που εξυπηρετούν. Επιπλέον, φέρουν την ευθύνη της καλλιέργειας και διατήρησης των δεξιοτήτων, της προσωπικής τους ισορροπίας και των αξιών τους, ώστε να στηρίζουν την αποτελεσματική και ασφαλή φροντίδα των ασθενών (WONCA, 2023).

Αυτός ο ορισμός του ρόλου του οικογενειακού γιατρού πλαισιώνει τα χαρακτηριστικά του κλάδου, που περιγράφηκαν παραπάνω, εντός του πρακτικού πεδίου του ασκούμενου γιατρού. Σηματοδοτεί ένα επιδιωκόμενο ιδανικό που ισχύει για όλους τους οικογενειακούς γιατρούς, με ορισμένα στοιχεία που αφορούν καθολικά το ιατρικό επάγγελμα. Ωστόσο, η ειδικότητα της γενικής

ιατρικής/οικογενειακής ιατρικής ενσαρκώνει μοναδικά την ικανότητα εφαρμογής όλων των πτυχών αυτού του ολοκληρωμένου ρόλου. Μια ενδεικτική κοινή ευθύνη είναι η διατήρηση των δεξιοτήτων, η οποία μπορεί να θέτει ιδιαίτερες προκλήσεις για τους οικογενειακούς γιατρούς που δραστηριοποιούνται συχνά σε απομονωμένα περιβάλλοντα (WONCA, 2023).

3.2. Ιστορική εξέλιξη

Το 1967, οι γενικοί ιατροί από τις έξι χώρες που αποτελούσαν την Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα (ΕΟΚ) συνήλθαν στο Παρίσι, ιδρύοντας την Ευρωπαϊκή Ένωση Ιατρών Οικογενειακής Ιατρικής. Η ένωση αυτή έδωσε τη δυνατότητα στους γενικούς ιατρούς να διεκδικήσουν την επιρροή τους στις κοινωνικές και πολιτικές αποφάσεις του συστήματος υγείας. Παρά την απουσία επίσημης αναγνώρισης της ιατρικής τους ειδικότητας εκείνη την εποχή (Σαράντου, 2017), η επιδίωξή τους για αναγνώριση οδήγησε στη δημιουργία του Παγκόσμιου Οργανισμού Εθνικών Κολλεγίων, Ακαδημιών και Ακαδημαϊκών Ενώσεων Γενικών Ιατρών-Οικογενειακών Ιατρών, κοινώς γνωστού ως Παγκόσμιος Οργανισμός Οικογενειακών Ιατρών, που ιδρύθηκε το 1972 στη Σιγκαπούρη. Η WONCA συνεργάζεται με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και διατηρεί πολυάριθμα παραρτήματα παγκοσμίως (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014).

Το 1974, ένα σημαντικό έγγραφο με τίτλο "TheGeneralPractitionerinEurope" (Ο Γενικός Οικογενειακός Ιατρός στην Ευρώπη) εκπονήθηκε από την WONCAEurope, με έδρα το Άμστερνταμ, σηματοδοτώντας μια κομβική στιγμή κατά την οποία η Γενική-Οικογενειακή Ιατρική άρχισε να αναγνωρίζεται ως επιστημονικός κλάδος. Κατά τη διάρκεια των τριών δεκαετιών που ακολούθησαν, ο ιατρικός αυτός τομέας γνώρισε σημαντική ανάπτυξη, ξεπερνώντας άλλους τομείς του ιατρικού επαγγέλματος. Σήμερα, η Γενική-Οικογενειακή Ιατρική αποτελεί θεμελιώδη συνιστώσα των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως, με τη σημασία της να αυξάνεται συνεχώς, όπως αναγνωρίζουν οι ειδικοί σε θέματα υγείας. Ο αξιοσημείωτος ρόλος της Γενικής-Οικογενειακής Ιατρικής αναδεικνύεται στην έκθεση του 1998 από το Τμήμα Ευρώπης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η οποία υπογραμμίζει την εισαγωγή της στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης

πολλών χωρών της πρώην Σοβιετικής Ένωσης κατά τη διάρκεια των συστημικών μεταρρυθμίσεων (Βραχάτης και Παπαδόπουλος, 2012).

Στο πλαίσιο της Ελλάδας, η θεμελιώδης νομοθεσία για το Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι ο νόμος 1397/1983, ο οποίος εισάγει αρχικά την έννοια του οικογενειακού γιατρού. Τα μεταγενέστερα νομικά πλαίσια, δηλαδή οι νόμοι 2519/1997, 3235/2004 και 4238/2014, εξειδικεύουν την εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού. Ιδιαίτερη σημασία έχει ο νόμος 4486/2017, ένα κομβικό νομοθέτημα που προωθεί την ίδρυση τοπικών μονάδων υγείας, οι οποίες προβλέπεται να εδράζονται στο ρόλο του οικογενειακού γιατρού (Μακράκης, 2018). Όπως προβλέπεται από το άρθρο 6 της εν λόγω νομοθεσίας, ο ειδικός τομέας των εν λόγω ιατρών χαρακτηρίζεται ως γενική ιατρική. Η υπουργική απόφαση Γ5α/ΓΠοικ.45856/12-6-2019, που εκδόθηκε το 2019, εξειδικεύει περαιτέρω την ειδικότητα αυτή ως Γενική-Οικογενειακή Ιατρική Παθολογία ή Παιδιατρική για ενήλικες και παιδιά, αντίστοιχα. Οι προβλεπόμενες αναλογίες ιατρών προς ασθενείς οριοθετούνται ως 1 ιατρός ανά 2250 ενήλικες και 1 παιδίατρος ανά 1500 παιδιά. Αυτοί οι καθορισμένοι γιατροί μπορούν να συνδέονται με το ΕΣΥ, τα Κέντρα Υγείας και άλλες μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ή εναλλακτικά, μπορούν να συνάπτουν συμβατικές συμφωνίες με τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) διατηρώντας ένα συγκεκριμένο πελατολόγιο. Παρά τον κομβικό ρόλο που διαδραματίζουν οι οικογενειακοί γιατροί στο σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, το θεσμικό τους πλαίσιο αντιμετωπίζει στασιμότητα και πιθανή υποβάθμιση. Στους παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτή την κατάσταση περιλαμβάνονται η επικρατούσα εστίαση του Υπουργείου Υγείας στην πανδημία COVID-19, η απουσία κεντρικού σχεδιασμού, η έλλειψη κινήτρων για την προσέλκυση επιπλέον οικογενειακών ιατρών και η αντιληπτή έλλειψη πολιτικής δέσμευσης.

3.3. Ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού

Σύμφωνα με την προηγούμενη συζήτηση, είναι προφανές ότι οι οικογενειακοί γιατροί στο πλαίσιο του συστήματος πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης αναλαμβάνουν κυρίως συμβουλευτικό και καθοδηγητικό ρόλο. Ο ρόλος αυτός συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης για τους

ασθενείς με παράλληλη βελτιστοποίηση των οικονομικών και ανθρώπινων πόρων. Η αποτελεσματικότητα αυτών των παρεμβάσεων προκύπτει από τις μεθοδολογίες και τις τεχνικές που χρησιμοποιεί ο ιατρός κατά την αλληλεπίδρασή του με τους ασθενείς, καθώς και από την εξελισσόμενη σχέση μεταξύ του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης και της πελατείας του (Βραχνέλη, 2017).

Χαρακτηριστικό γνώρισμα αυτών των ιατρών είναι η δέσμευσή τους να παρέχουν μακροπρόθεσμη υγειονομική περίθαλψη προσαρμοσμένη στις συγκεκριμένες ανάγκες των ασθενών τους. Κατά συνέπεια, η δέσμευση του ιατρού με τον ασθενή εκτείνεται από τη γέννηση έως το τέλος της ζωής του. Αυτό υπογραμμίζει τη σημασία της σχέσης γιατρού-ασθενούς, η οποία υπαγορεύει τη συνεπή και αποτελεσματική παροχή φροντίδας, μαζί με τη συστηματική παρακολούθηση των ασθενών καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους (Ζέρβας, 2020). Αυτή η διαρκής σχέση, σε συνδυασμό με την ολοκληρωμένη αξιοποίηση του ιατρικού ιστορικού του ασθενούς, γεννά μια βαθιά κατανόηση των αναγκών του ασθενούς και του οικογενειακού του πλαισίου, οδηγώντας τελικά σε ακριβέστερες και εγκυρότερες διαγνώσεις των ασθενειών και των υποκείμενων αιτιών τους.

Η συμβιωτική σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς καλλιεργεί αυξημένη ευαισθητοποίηση και υπευθυνότητα εκ μέρους του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης, που επεκτείνεται όχι μόνο στους μεμονωμένους ασθενείς αλλά και στον ευρύτερο πληθυσμό κατά την αντιμετώπιση των θεμάτων που σχετίζονται με την υγεία. Αυτή η ολοκληρωμένη προσέγγιση αναφέρεται συχνά ως "πανοραμική" στρατηγική. Μια πρόσθετη πτυχή αυτής της προσέγγισης έγκειται στην ταυτόχρονη διαχείριση από τον ιατρό ποικίλων θεμάτων υγείας, που περιλαμβάνει τόσο οξείες όσο και χρόνιες καταστάσεις, αντί να επικεντρώνεται μονοσήμαντα στη συγκεκριμένη πάθηση για την οποία ο ασθενής ζητά συμβουλές (Θανασάς, 2019).

Σε ορισμένα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, ο οικογενειακός γιατρός αναλαμβάνει το ρόλο του φύλακα (gatekeeper), υποδηλώνοντας τη θέση του ως επόπτη της πύλης εισόδου στο σύστημα υγείας. Ο όρος αυτός ενσωματώνει διπλή χροιά. Πρώτον, δηλώνει την καθοδήγηση που παρέχει ο γιατρός στους ασθενείς κατά τις αρχικές τους αλληλεπιδράσεις με το σύστημα υγείας, διευκολύνοντας την πρόσβασή τους σε έγκαιρη και κατάλληλη θεραπεία. Δεύτερον, υπογραμμίζει το ρόλο του ιατρού στη διαφύλαξη του συστήματος υγείας, αποτρέποντας τη σπατάλη ανθρώπινων και υλικών πόρων, περιορίζοντας έτσι τις προκλήσεις πλοήγησης των

ασθενών στην αναζήτηση λύσεων για τα προβλήματα υγείας που τους απασχολούν (Κυριόπουλος, 2013).

Η σημασία των οικογενειακών γιατρών για τη διευκόλυνση της εισόδου των ασθενών στο σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας τεκμηριώνεται από στοιχεία που προέρχονται από χώρες που έχουν καταφέρει να απασχολούν οικογενειακούς γιατρούς με τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά. Μέσω αυτής της προσέγγισης, η πλειονότητα των ασθενών λαμβάνει άμεση και ταχεία εξυπηρέτηση, μετριάζοντας έτσι την εμφάνιση κορεσμού και καθυστερήσεων περιστατικών που απαιτούν την προσοχή εξειδικευμένων επαγγελματιών υγείας και εγκαταστάσεων περίθαλψης ανώτερης βαθμίδας. Ο μηχανισμός αυτός είναι ιδιαίτερα επωφελής για τους ασθενείς που αντιμετωπίζουν προκλήσεις στην πρόσβαση σε υψηλότερα επίπεδα περίθαλψης, κυρίως λόγω οικονομικών περιορισμών (Μπεζεβέγκη, 2017).

Από τη σκοπιά του ιατρού, το θετικό αποτέλεσμα έγκειται στη διατήρηση ασθενών των οποίων τα συμπτώματα δεν δικαιολογούν περαιτέρω ιατρικές, εργαστηριακές ή απεικονιστικές εξετάσεις. Αυτό, με τη σειρά του, επιτρέπει στους γιατρούς να διαχειρίζονται λιγότερους ασθενείς και αποτρέπει τη σπατάλη υλικών και ανθρώπινων πόρων που θα μπορούσε να επιβαρύνει το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Συγκρίσιμα αποτελέσματα σε άλλες χώρες υπογραμμίζουν περαιτέρω την αποτελεσματικότητα αυτού του συστήματος, ιδίως όσον αφορά τη μείωση της συχνότητας των επισκέψεων σε ειδικούς. Συγκεκριμένα, στην Ελλάδα, ο ετήσιος αριθμός επισκέψεων σε ειδικούς ιατρούς ανέρχεται σε 5, ενώ σε χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο και η Δανία, οι αριθμοί είναι 1,2 και 0,6 επισκέψεις ανά έτος, αντίστοιχα. Κατά συνέπεια, η Ελλάδα παρουσιάζει σημαντικά υψηλότερο ποσοστό επισκέψεων σε ειδικούς σε σύγκριση με τις χώρες που εφαρμόζουν το σύστημα της Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής. Η εφαρμογή αυτού του συστήματος αποφέρει αξιοσημείωτα οφέλη, όπως η μείωση του συνωστισμού, ιδίως στα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων, η συνακόλουθη μείωση των εισαγωγών ασθενών και η αξιοσημείωτη ελάφρυνση του συνολικού φόρτου εργασίας για τους γιατρούς και το προσωπικό των νοσοκομείων (Μακράκης, 2018).

3.4. Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα

Σε αντίθεση με τους γενικούς ιατρούς σε άλλα ευρωπαϊκά έθνη, ο ρόλος του γενικού ιατρού στην Ελλάδα δεν έχει ευθυγραμμιστεί πλήρως με τις ολοκληρωμένες ανάγκες και προσδοκίες των πολιτών της (Κυριόπουλος et al., 2000). Ενώ ο θεσμός του γενικού ιατρού έχει επιτύχει την παροχή αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, δεν έχει μείνει ανεπηρέαστος από την κριτική τόσο των επαγγελματιών υγείας όσο και του κοινού. Η κριτική αυτή προέρχεται κυρίως από τη σύνδεση του ελληνικού δημόσιου συστήματος υγείας με αδιαφανείς πρακτικές σύναψης συμβάσεων, αυξημένες αμοιβές και τη διαιώνιση πελατειακών σχέσεων, με αποτέλεσμα την παροχή μη βέλτιστων υπηρεσιών υγείας τις τελευταίες δεκαετίες. Παρά τις μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας, υποστηρίζεται ότι οι αλλαγές αυτές επιδείνωσαν την κρίση εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, η οποία επιδεινώθηκε περαιτέρω λόγω των οικονομικών προκλήσεων που αντιμετωπίζει η χώρα και των επιπτώσεων των τεσσάρων μνημονίων που επιβλήθηκαν από τους δανειστές. Τα μνημόνια αυτά συνεπάγονται μειώσεις στις δαπάνες υγείας και στους μισθούς των επαγγελματιών υγείας. Οι λειτουργικές προκλήσεις που αντιμετωπίζει ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού είναι πολύπλευρες και περιλαμβάνουν την απουσία στρατηγικού σχεδιασμού, την ανεπαρκή διοικητική και οικονομική υποστήριξη από τον κρατικό μηχανισμό και την εμμονή στερεοτυπικών ιδεολογιών από το παρελθόν (Μακράκης, 2018).

Τα τελευταία χρόνια, η ειδικότητα των Γενικών Οικογενειακών Ιατρών δεν έχει συγκεντρώσει ουσιαστική υποστήριξη από την ευρύτερη επιστημονική κοινότητα, γεγονός που καθιστά αναγκαία την επανεξέταση των κινήτρων για την ενθάρρυνση της μεγαλύτερης συμμετοχής νέων ιατρών (Μακράκης, 2018). Η εφαρμογή της οικογενειακής ιατρικής στην Ελλάδα είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την παροχή φροντίδας στους ηλικιωμένους, υπογραμμίζοντας την ανάγκη ανάπτυξης και ακαδημαϊκής ενδυνάμωσης του κλάδου της γηριατρικής (Wright et al., 2007). Ταυτόχρονα, οι κοινωνικές ανησυχίες και οι καχυποψίες απέναντι στην οικογενειακή ιατρική συμβάλλουν στην επικρατούσα αρνητική στάση γύρω από τον τομέα (Μακράκης, 2018).

Για τη διευκόλυνση της παροχής υψηλής ποιότητας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και τον εξορθολογισμό των λειτουργιών των εξωτερικών ιατρείων για την αποτελεσματική λειτουργία του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, με αποτέλεσμα

τη βελτίωση και την αμεσότερη εξυπηρέτηση και φροντίδα των ασθενών, μπορούν να επισημανθούν πολλά πλεονεκτήματα που ενυπάρχουν σε αυτόν τον θεσμό. Το μοντέλο του οικογενειακού γιατρού διακρίνεται για την παροχή ολοκληρωμένης και συνεχούς φροντίδας με έντονη εστίαση στο άτομο και όχι σε μεμονωμένα ζητήματα υγείας. Επιπλέον, η ύπαρξη του θεσμού του οικογενειακού γιατρού έχει τη δυνατότητα να συμβάλει σημαντικά στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας σε ένα ευρύτερο τμήμα του πληθυσμού. Παράλληλα, διευκολύνει την άμεση εξυπηρέτηση των ασθενών εντός των δομών υγείας, μειώνει αισθητά τους χρόνους αναμονής για ραντεβού, ελαχιστοποιεί τη σπατάλη πόρων και ανακουφίζει την επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας, περιορίζοντας τις επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία (Ποτήρης και Σαράφης, 2014).

Η σχολαστική τήρηση του Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας του ασθενούς, που ενημερώνεται επιμελώς από τον οικογενειακό ιατρό, αποκτά κομβική σημασία, εξασφαλίζοντας πιο ορθολογική παροχή υπηρεσιών, μετριάζοντας την άσκοπη συνταγογράφηση και την πολυφαρμακία και ανακουφίζοντας τελικά το σύστημα υγείας. Παρά τα σημαντικά οφέλη που συνδέονται με το θεσμό του οικογενειακού γιατρού, η αποτελεσματικότητά του εξαρτάται από την υποστήριξη της επιστημονικής κοινότητας. Η υποστήριξη αυτή είναι επιβεβλημένη για την ενδυνάμωση της επίδρασης του θεσμού, προωθώντας την προαγωγή της υγείας και τη βέλτιστη λειτουργία δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που προσφέρουν στους ασθενείς ένα ολοκληρωμένο φάσμα υπηρεσιών υγείας (Μακράκης, 2018).

3.5. Παράγοντες που επηρεάζουν τον θεσμό

Η ίδρυση των ΤΟΜΥ το 2017 αποτέλεσε την εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού στην Ελλάδα, ασκώντας σημαντική επιρροή στη διακυβέρνηση του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, στην οικονομική βιωσιμότητά του και στη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού (Καραγιάννη et al., 2017). Οι όροι που περιγράφονται στο μνημόνιο που επιβλήθηκε από τους δανειστές στην Ελλάδα αποσκοπούσαν στην ενίσχυση της αποτελεσματικότητας της ΠΦΥ, καθιστώντας τη λειτουργία του θεσμού του οικογενειακού γιατρού απαραίτητη προϋπόθεση για την εξυγίανση του συστήματος υγείας. Η μεταρρύθμιση είχε υποχρεωτικό χαρακτήρα και η καθορισμένη ημερομηνία έναρξης λειτουργίας του

θεσμού ορίστηκε για την 1η Ιανουαρίου 2018, με στόχο τη μείωση του συνολικού αριθμού των συμβάσεων με ιδιώτες οικογενειακούς γιατρούς. Ωστόσο, ο ανεπαρκής χρόνος που διατέθηκε για τον στρατηγικό σχεδιασμό του θεσμού του οικογενειακού γιατρού εμπόδισε τη δυνατότητα υλοποίησής του μέχρι την καθορισμένη προθεσμία.

Η παροχή υπηρεσιών περίθαλψης και η αποτελεσματικότητα των οικογενειακών γιατρών παρεμποδίζονται από την απουσία ενιαίου συστήματος πληροφοριών, γεγονός που τους εμποδίζει να παρακολουθούν την πρόοδο των ασθενών στο δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης (Καραγιάννη et al., 2017). Η εξέταση των οικονομικών παραγόντων που επηρεάζουν τη λειτουργία του θεσμού του οικογενειακού γιατρού αποκαλύπτει ότι οι οικονομικοί περιορισμοί, η μειωμένη διαθεσιμότητα υλικοτεχνικών πόρων και η αδυναμία παροχής εκπαιδευτικής υποστήριξης στο ιατρικό προσωπικό σε θέματα δημόσιας υγείας, πρόληψης και γηριατρικής έχουν παρεμποδίσει σημαντικά την εφαρμογή του θεσμού (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2017).

3.6. Ο θεσμός του Οικογενειακού Ιατρού

Το 1978, η Διακήρυξη της Άλμα Άτα σηματοδότησε μια μετασχηματιστική στιγμή στον τομέα της υγείας, καθώς υπογράμμισε τη σημασία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ως αναπόσπαστο στοιχείο των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η ΠΦΥ εδράζεται στις αρχές της προληπτικής ιατρικής, η οποία ασκείται κυρίως από οικογενειακούς γιατρούς (Χριστοδούλου, 2018). Ο γενικός ιατρός χρησιμεύει ως το αρχικό σημείο επαφής για τους πολίτες στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της χώρας τους και έχει την ευθύνη να κατευθύνει τους ασθενείς σε πιο εξειδικευμένες μονάδες υγειονομικής περίθαλψης, προωθώντας ένα ασθενοκεντρικό περιβάλλον στα νοσοκομεία (Μακράκης, 2018). Συμπληρωματικά με τους οικογενειακούς γιατρούς είναι οι νοσηλευτές, οι οποίοι διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην παροχή πληροφοριών και βοήθειας στους ασθενείς μέσω κατ' οίκον επισκέψεων (Χριστοδούλου, 2018). Οι περισσότεροι οικογενειακοί γιατροί, που βρίσκονται κυρίως στον ιδιωτικό τομέα, προσφέρουν διαθεσιμότητα όλο το εικοσιτετράωρο στον ασφαλισμένο πληθυσμό εντός των καθορισμένων περιοχών τους (Πετρέλης και Δομάγερ, 2016).

Στη Σουηδία, ένα σχολαστικά οργανωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης διαθέτει 1200 Κέντρα Υγείας, με τα 300 να υπάγονται στην ομπρέλα του ιδιωτικού τομέα. Τα κέντρα αυτά περιλαμβάνουν διάφορες ειδικότητες γενικών ιατρών, διατηρώντας μια αναλογία 1 στα 2500 άτομα. Από το 1994, τα άτομα έχουν την αυτονομία να επιλέγουν τον οικογενειακό τους γιατρό, με περιορισμούς στην αλλαγή, εκτός αν αυτό δικαιολογείται από επιτακτικό λόγο. Η πρωταρχική εστίαση του οικογενειακού γιατρού είναι να ενθαρρύνει τους ασθενείς να αναζητήσουν περαιτέρω ιατρική φροντίδα και να συνεργάζεται με συναδέλφους από διάφορες ειδικότητες, όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο (Γιανασμίδης και Τσιαούση, 2012).

Η Ολλανδία υιοθετεί ένα υβριδικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, το οποίο ενσωματώνει στοιχεία τόσο δημόσιας όσο και ιδιωτικής ασφάλισης. Εδώ, ο οικογενειακός γιατρός αναλαμβάνει το ρόλο του "gatekeeper" για το δευτεροβάθμιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Πετρέλης και Δομάγερ, 2016). Οι ασθενείς διαθέτουν το δικαίωμα να επιλέγουν τον οικογενειακό τους γιατρό, με τη δέσμευση να εξυπηρετούνται εντός 15 λεπτών. Κατά τη διάρκεια των διακοπών, τα κέντρα οικογενειακών ιατρών παρέχουν υπηρεσίες. Επιπλέον, εάν ο οικογενειακός γιατρός δεν εκδώσει παραπεμπτικό σε ειδικό, οι ασθενείς δεν γίνονται δεκτοί. Μετά το 2000, οι παραϊατρικές ειδικότητες, συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών και των φυσιοθεραπευτών, έχουν ενσωματωθεί στα ιατρεία οικογενειακών ιατρών, αναλαμβάνοντας ρόλους στην προληπτική φροντίδα και στις πρακτικές συνταγογράφησης (Χριστοδούλου, 2018).

Η Ρουμανία, ως άλλη ευρωπαϊκή χώρα, έχει καθιερώσει ένα σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης με επίκεντρο τον θεσμό του οικογενειακού γιατρού. Ο οικογενειακός γιατρός διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στην κατεύθυνση των ασθενών προς ανώτερα επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης, όταν αυτό είναι απαραίτητο, συμμετέχοντας στη λήψη αποφάσεων σε συνεργασία σχετικά με τα σχέδια θεραπείας. Οι ασθενείς έχουν την αυτονομία να επιλέγουν το γιατρό ή το νοσηλευτή τους χωρίς γεωγραφικούς περιορισμούς και αυτή η ευελιξία έχει ως αποτέλεσμα τη συγκέντρωση ασθενών από απομακρυσμένες περιοχές στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Η δυνατότητα αλλαγής του οικογενειακού γιατρού είναι διαθέσιμη έξι μήνες μετά την αρχική επιλογή (Vlădescu et al., 2016).

Στην Πολωνία, ο οικογενειακός γιατρός θεωρείται θεμελιώδες δικαίωμα των πολιτών. Ωστόσο, για να έχουν πρόσβαση σε νοσοκομειακή περίθαλψη, οι ασθενείς συνήθως απαιτούν παραπεμπτικό από τον οικογενειακό τους γιατρό, εκτός από

επείγουσες περιπτώσεις που απαιτούν άμεση θεραπεία. Πέρα από τον οικογενειακό γιατρό, οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν νοσηλεύτη, σχολικό γιατρό ή μαία (Sagan et al., 2011).

Στο Λουξεμβούργο, η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη δεν είναι ένας ισχυρός θεσμός, με τον οικογενειακό γιατρό να διαδραματίζει περιορισμένο ρόλο στις παραπομπές σε άλλες ειδικότητες ή στη δευτεροβάθμια περίθαλψη. Η νομοθεσία που ψηφίστηκε το 2010 αποσκοπούσε στην ενίσχυση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης μέσω ενός πιλοτικού προγράμματος για τη φροντίδα των χρονίως πασχόντων ασθενών, επιτρέποντας στα άτομα να επιλέγουν τον συντονιστή της φροντίδας τους και να διαχειρίζονται τον προσωπικό τους ιατρικό φάκελο. Ωστόσο, η βιωσιμότητα αυτής της εφαρμογής ήταν περιορισμένη (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2017).

Στην Τσεχική Δημοκρατία, οι πολίτες έχουν το δικαίωμα να αναζητούν ιατρική περίθαλψη από οποιαδήποτε ειδικότητα χωρίς να απαιτείται προηγούμενη έγκριση από τον οικογενειακό γιατρό. Σημαντικό μέρος των δομών πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Τσεχική Δημοκρατία υπάγεται στον ιδιωτικό τομέα, με αποτέλεσμα οι αμοιβές των πολιτών να είναι συγκριτικά υψηλότερες (Χριστοδούλου, 2018).

Το σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης της Λετονίας αποτελεί το αρχικό σημείο επαφής των πολιτών με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, που ιδρύθηκε το 1991, δίνει τη δυνατότητα στους πολίτες να επιλέγουν ελεύθερα τον προσωπικό τους γιατρό, ο οποίος, όταν είναι απαραίτητο, τους κατευθύνει σε πιο εξειδικευμένους ιατρούς. Σύμφωνα με έρευνα του 2006, ο μέγιστος χρόνος αναμονής των πολιτών για να λάβουν υπηρεσίες αναφέρεται ότι είναι πέντε ημέρες (Tragakes et al., 2008).

Είναι προφανές ότι η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη στις ευρωπαϊκές χώρες δίνει έμφαση στα μέτρα πρόληψης και προαγωγής της υγείας, στοχεύοντας ειδικά σε ασθένειες που σχετίζονται με τις επιπτώσεις του τρόπου ζωής, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα (Χριστοδούλου, 2018).

Το θεμελιώδες πλαίσιο του συστήματος πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης, τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό, είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με το ρόλο του οικογενειακού γιατρού. Στη χώρα μας, η καθιέρωση του θεσμού αυτού ανάγεται στον ιδρυτικό νόμο του Εθνικού Συστήματος Υγείας, και συγκεκριμένα στον νόμο 1397/1983, άρθρο 18, όπου περιγράφονται αναλυτικά οι λεπτομέρειες λειτουργίας του (Ποτήρης και Σαράφης, 2014). Ο οικογενειακός γιατρός αποτελεί το αρχικό

σημείο επαφής των ατόμων στο σύστημα υγείας της χώρας μας, με κύριο μέλημα την καθοδήγηση και την καθοδήγηση των πολιτών στη διαχείριση της πρωτοβάθμιας υγειονομικής τους περίθαλψης. Επιπλέον, ο οικογενειακός γιατρός προσφέρει υποστήριξη όταν οι πολίτες χρειάζονται περαιτέρω ιατρική φροντίδα. Εφαρμόζοντας μια προσωποκεντρική προσέγγιση, ο οικογενειακός γιατρός εμβαθύνει στις μοναδικές ανάγκες κάθε ατόμου που έχει υπό τη φροντίδα του, επιδεικνύοντας ακλόνητο σεβασμό στις προσωπικές πεποιθήσεις (Allen et al., 2002).

Πέρα από τις κλινικές του αρμοδιότητες, ο οικογενειακός γιατρός διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην πρόληψη διαφόρων ασθενειών, διατηρώντας ενημερωμένους ατομικούς ηλεκτρονικούς φακέλους υγείας. Η καθιέρωση του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας το 2014, μέσω του νόμου 4238/2014, άρθρο 51, παρ. 4, που κύρωσε προγενέστερες διατάξεις του νόμου 2472/1997 και του νόμου 3471/2006 (ΦΕΚ 38/Α/17-02-2014), θέτει την ευθύνη της συμπλήρωσης των φακέλων αυτών εξ ολοκλήρου στον οικογενειακό γιατρό. Η πρωτοβουλία αυτή αποσκοπεί στη διασφάλιση της πρόσβασης των πολιτών στις πληροφορίες υγείας που παρέχονται από το κράτος, στην παρακολούθηση των ατομικών δαπανών και στην εποπτεία των υπηρεσιών που προσφέρει ο ιατρικός τομέας, επιδιώκοντας τελικά τη μείωση των ποσοστών θνησιμότητας που σχετίζονται με κληρονομικές ασθένειες (Ποτήρης και Σαράφης, 2014).

Για τους ανήλικους ασθενείς, ο οικογενειακός γιατρός αναλαμβάνει τον έλεγχο των προγραμμάτων εμβολιασμού και πραγματοποιεί προσωπικά τους εμβολιασμούς, αξιοποιώντας μια ολοκληρωμένη κατανόηση του ιστορικού των ασθενών και των παραγόντων που επηρεάζουν την έγκαιρη ανίχνευση ασθενειών. Επιπλέον, ο οικογενειακός γιατρός στέκεται ως πηγή συμβουλών και υποστήριξης των γονέων κατά τη διάρκεια των αναπτυξιακών σταδίων των παιδιών τους (ΦΕΚ 115/Α/07-08-2017).

Οι γενικοί ιατροί μπορούν να υπηρετούν ως οικογενειακοί ιατροί, ειδικότητα που χαρακτηρίζεται επίσης ως Γενική Οικογενειακή Ιατρική το 2019 με την Υπουργική Απόφαση Γ5α/ΓΠοικ.45856/12-6-2019 (σε ισχύ) όπως δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ 2661 Β/1-7-2019 - Διόρθωση σφαλμάτων στο ΦΕΚ 3065 Β/31-7-19. Οι παθολόγοι για τους ενήλικες και οι παιδίατροι για τους ανήλικους μπορούν επίσης να εκπληρώνουν το ρόλο του οικογενειακού γιατρού. Η κατανομή της ευθύνης για την καταγραφή των ασθενών καθορίζεται από μια αναλογία, όπου κάθε ενήλικος

οικογενειακός γιατρός είναι υπεύθυνος για 2250 ενήλικες και κάθε παιδίατρος για 1500 παιδιά (ΦΕΚ 115/Α/07-08-2017).

Στη χώρα μας, τα άτομα μπορούν να επιλέξουν τον οικογενειακό τους γιατρό είτε μέσω του πληροφοριακού συστήματος ΗΔΙΚΑ (Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης) είτε με την υποβολή αίτησης σε ένα ιατρείο. Για τη διαδικασία εγγραφής απαιτούνται βασικά έγγραφα, όπως φωτοτυπία εγγράφου ταυτότητας και απόδειξη κατοικίας. Οι πολίτες έχουν την ευελιξία να αλλάξουν τον οικογενειακό τους γιατρό έξι μήνες μετά την ολοκλήρωση της αρχικής εγγραφής (Οδηγός του Πολίτη, 2018).

Οι οικογενειακοί γιατροί στη χώρα μας μπορούν να βρεθούν να εργάζονται σε Τοπικές Μονάδες Υγείας και ιδιωτικά ιατρεία. Οι Τοπικές Μονάδες Υγείας, ως αποκεντρωμένες μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, έχουν σχεδιαστεί για να παρέχουν ολοκληρωμένη και συντονισμένη φροντίδα στους πολίτες, ανεξάρτητα από τον τύπο ασφάλισής τους. Οι μονάδες αυτές αποτελούνται από δωδεκαμελή ομάδα, η οποία αποτελείται από τέσσερις γενικούς οικογενειακούς γιατρούς ή γενικούς γιατρούς, έναν παιδίατρο, δύο νοσηλευτές, έναν κοινωνικό λειτουργό, δύο διοικητικούς υπαλλήλους και δύο επισκέπτες υγείας (ΦΕΚ 115/Α/07-08-2017).

Μια αξιοσημείωτη πτυχή των Τοπικών Μονάδων Υγείας είναι η ικανότητά τους να διεξάγουν κατ' οίκον επισκέψεις και να υλοποιούν κοινοτικές πρωτοβουλίες για την προάσπιση της υγείας. Αυτό περιλαμβάνει την εκπαίδευση του κοινού και την προώθηση πιο υγιεινών συνθηκών διαβίωσης στην κοινότητα.

Σε σύγκριση με άλλα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η χώρα μας φαίνεται να μην έχει ασχοληθεί πλήρως με το ρόλο του οικογενειακού γιατρού και τις σύγχρονες απαιτήσεις που τίθενται σε αυτό το επάγγελμα (Κυριόπουλος et al., 2000). Ενώ ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού και η παροχή πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας παρουσιάζουν αξιέπαινες πτυχές στην εφαρμογή τους, υπάρχουν αρκετές αδυναμίες που μπορεί να προκαλέσουν αντιδράσεις τόσο από τους επαγγελματίες υγείας όσο και από τους πολίτες. Οι βασικές αιτίες αυτών των αντιδράσεων πηγάζουν κυρίως από την έλλειψη διαφάνειας στο δημόσιο σύστημα υγείας της χώρας μας, που χαρακτηρίζεται από εσφαλμένες διαδικασίες προμηθειών, πελατειακές σχέσεις και έχει ως αποτέλεσμα την ανεπαρκή παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Οι μεταρρυθμίσεις που αναλήφθηκαν όχι μόνο δεν κατάφεραν να παράσχουν βοήθεια, αλλά επιδείνωσαν την κατάσταση, οδηγώντας σε κρίση το σύστημα υγείας. Η επακόλουθη οικονομική κρίση επιδείνωσε περαιτέρω τις προκλήσεις λόγω των

εκτεταμένων περικοπών στον τομέα της υγείας. Οι διοικητικές αδυναμίες του θεσμού περιστρέφονται κυρίως γύρω από την απουσία ολοκληρωμένου σχεδίου και την ανεπαρκή συνολική διοικητική και οικονομική στήριξη από το κράτος (Μακράκης, 2018). Ως εκ τούτου, η εισαγωγή μηχανισμών στήριξης των οικογενειακών γιατρών, που προσφέρουν κίνητρα και ενισχύουν τον θεσμό του οικογενειακού γιατρού, είναι επιτακτική ανάγκη. Η ενσωμάτωση της οικογενειακής ιατρικής στην καθημερινή πρακτική, ιδίως όσον αφορά την εξυπηρέτηση των ηλικιωμένων, καθιστά αναγκαία την πρόσθετη εκπαίδευση των ιατρών στη γηριατρική (Wright et al., 2007). Επιπρόσθετα, οι κοινωνικοί φορείς και οι αντιδράσεις τους, καθώς και η συμπεριφορά των ασθενών, των επαγγελματιών υγείας και της ευρύτερης κοινότητας, μπορούν να δημιουργήσουν δυσκολίες και κενά στην ορθή εφαρμογή του θεσμού, οδηγώντας σε ακατάλληλη αντιμετώπιση και καχυποψία (Μακράκης, 2018). Η βιωσιμότητα του θεσμού του οικογενειακού γιατρού για την ελάφρυνση του φόρτου εργασίας και την ενίσχυση της φροντίδας των ασθενών εξαρτάται από την εικοσιτετράωρη λειτουργία των κέντρων υγείας. Ο οικογενειακός γιατρός υιοθετεί μια ανθρωποκεντρική προσέγγιση, με στόχο την ενίσχυση του τρόπου ζωής και την πρόληψη πιθανών προβλημάτων υγείας. Τα ηλεκτρονικά παραπεμπτικά επιτρέπουν την αποτελεσματική εξυπηρέτηση των ασθενών σε διαφορετικές μονάδες υγείας, ελαχιστοποιώντας τους χρόνους αναμονής για ραντεβού και βελτιστοποιώντας τη χρήση των νοσοκομειακών υπηρεσιών για την πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης (Μακράκης, 2018). Η διατήρηση ενός καλά ενημερωμένου Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας (Α.Η.Φ.Υ.) διασφαλίζει την καλύτερη παροχή υπηρεσιών, μειώνει τον αριθμό των συνταγών, μετριάξει την πολυφαρμακία και, κατά συνέπεια, ανακουφίζει τη συμφόρηση του συστήματος υγείας (Κυριόπουλος et al., 2000). Ενώ ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού έχει δρομολογήσει θετικές αλλαγές, η συνεχής υποστήριξη είναι απαραίτητη για να αποφέρει ακόμη πιο ευνοϊκά αποτελέσματα. Αυτό προϋποθέτει τη θεμελίωση σε αυξημένη κοινωνική ευαισθητοποίηση και εκπαιδευτικές προσπάθειες για να υπογραμμιστεί η σημασία της υγείας στη ζωή των ατόμων και η αξία των ισχυρών δομών πρωτοβάθμιας περίθαλψης για την κοινωνία μας (Ποτήρης και Σαράφης, 2014).

Κεφάλαιο 4ο: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

4.1. Ορισμός

Η έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) έχει υποστεί πολλαπλές επανερμηνείες και επαναπροσδιορισμούς από το 1978, με αποτέλεσμα να επικρατεί σύγχυση σχετικά με τον όρο και την πρακτική εφαρμογή του. Για να υπάρξει σαφήνεια και να καθοδηγηθούν οι μελλοντικές προσπάθειες ΠΦΥ σε παγκόσμιο, εθνικό και τοπικό επίπεδο, έχει καθιερωθεί ένας σαφής και συνοπτικός ορισμός: «Η ΠΦΥ είναι μια ολοκληρωμένη κοινωνική προσέγγιση της υγείας, με στόχο την επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας και ευημερίας, που κατανέμεται δίκαια. Δίνει προτεραιότητα στις ανάγκες των ανθρώπων κατά μήκος της συνέχειας από την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών έως τη θεραπεία, την αποκατάσταση και την παρηγορητική φροντίδα, τοποθετημένη όσο το δυνατόν πιο κοντά στο καθημερινό περιβάλλον των ανθρώπων» (WHO, 2021b).

Η ΠΦΥ περιλαμβάνει τρεις αλληλένδετες και αλληλοενισχυόμενες συνιστώσες: ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας που περιλαμβάνουν την πρωτοβάθμια περίθαλψη και βασικές υπηρεσίες δημόσιας υγείας- πολυτομεακές πολιτικές και πρωτοβουλίες που αφορούν ευρύτερους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας- και ενεργή εμπλοκή και ενδυνάμωση των ατόμων, των οικογενειών και των κοινοτήτων, προωθώντας την κοινωνική συμμετοχή, την αυτοφροντίδα και την αυτοδυναμία στην υγεία (WHO, 2021b).

Βασισμένη στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης, της ισότητας, της αλληλεγγύης και της συμμετοχής, η ΠΦΥ υποστηρίζει ότι το δικαίωμα να απολαμβάνουν το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας είναι εγγενές σε όλους τους ανθρώπους χωρίς διακρίσεις (WHO, 2021b).

Για να επιτευχθεί πραγματικά καθολική υγειονομική κάλυψη (ΚΥΚ), είναι επιτακτική η στροφή από τα συστήματα υγείας που επικεντρώνονται στις ασθένειες και τους θεσμούς σε συστήματα σχεδιασμένα για τους ανθρώπους, από τους ανθρώπους. Η ΠΦΥ απαιτεί από τις κυβερνήσεις σε όλα τα επίπεδα να δώσουν έμφαση στη δράση πέραν του τομέα της υγείας, υιοθετώντας μια ολιστική κυβερνητική προσέγγιση της υγείας, ενσωματώνοντας τις πτυχές της υγείας σε όλες

τις πολιτικές. Η προσέγγιση αυτή δίνει έμφαση στην ισότητα και στις παρεμβάσεις που καλύπτουν ολόκληρη τη διάρκεια της ζωής (WHO, 2021b).

Η ΠΦΥ εμβαθύνει στους ευρύτερους προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας, περιλαμβάνοντας τις ολοκληρωμένες και αλληλένδετες πτυχές της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας και ευημερίας. Παρέχει ολιστική φροντίδα για τις ανάγκες υγείας σε όλη τη διάρκεια της ζωής, αντιμετωπίζοντας όχι μόνο συγκεκριμένες ασθένειες αλλά και τη συνολική υγεία και ευημερία των ατόμων. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εξασφαλίζει ότι τα άτομα λαμβάνουν ολοκληρωμένη φροντίδα υψηλής ποιότητας, από την προαγωγή και την πρόληψη έως τη θεραπεία, την αποκατάσταση και την ανακουφιστική φροντίδα, η οποία βρίσκεται όσο το δυνατόν πιο κοντά στο καθημερινό τους περιβάλλον (WHO, 2021b).

Τα κράτη μέλη έχουν δεσμευτεί να ανανεώσουν και να εφαρμόσουν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως το θεμελιώδες στοιχείο ενός βιώσιμου συστήματος υγείας, αναπόσπαστο στοιχείο για την επίτευξη της ΚΥΚ, των στόχων βιώσιμης ανάπτυξης (ΣΒΑ) που σχετίζονται με την υγεία και της ασφάλειας της υγείας. Η δέσμευση αυτή έχει επαναβεβαιωθεί σε σημαντικά έγγραφα, όπως η Διακήρυξη της Αστάνα, το ψήφισμα 72/2 της Παγκόσμιας Συνέλευσης Υγείας, η Παγκόσμια Έκθεση Παρακολούθησης του 2019 για την ΚΥΚ και η συνάντηση υψηλού επιπέδου της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών για την ΚΥΚ. Αν και φιλόδοξοι, οι στόχοι της ΚΥΚ, οι ΣΒΑ που σχετίζονται με την υγεία και η ασφάλεια της υγείας είναι εφικτοί. Η επείγουσα επιτάχυνση της προόδου είναι απαραίτητη και η ΠΦΥ χρησιμεύει ως μέσο για την επίτευξη αυτού του στόχου (WHO, 2021b).

Η ΠΦΥ ξεχωρίζει ως η πιο περιεκτική, δίκαιη, οικονομικά αποδοτική και αποτελεσματική προσέγγιση για την ενίσχυση της σωματικής και ψυχικής υγείας, μαζί με την κοινωνική ευημερία. Τα αυξανόμενα παγκόσμια στοιχεία καταδεικνύουν τον εκτεταμένο αντίκτυπο των επενδύσεων στην ΠΦΥ, ιδίως κατά τη διάρκεια κρίσεων όπως η πανδημία COVID-19 (WHO, 2021b).

Οι επενδύσεις στην ΠΦΥ σε παγκόσμιο επίπεδο ενισχύουν την ισότητα και την προσβασιμότητα, βελτιώνουν τις επιδόσεις της υγειονομικής περίθαλψης, ενισχύουν τη λογοδοσία του συστήματος υγείας και βελτιώνουν τα αποτελέσματα της υγείας. Ειδικότερα, πέρα από τις υπηρεσίες υγείας, ένα πλήθος παραγόντων, συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής προστασίας, των επισιτιστικών συστημάτων, της εκπαίδευσης και των περιβαλλοντικών παραμέτρων, επηρεάζουν βαθιά την υγεία και την ευημερία (WHO, 2021b).

Επιπλέον, η ΠΦΥ διαδραματίζει καίριο ρόλο στην ενίσχυση της ανθεκτικότητας του συστήματος υγείας κατά τη διάρκεια κρίσεων, βοηθώντας στην έγκαιρη ανίχνευση επιδημιών και επιτρέποντας την προληπτική αντιμετώπιση της αυξημένης ζήτησης υπηρεσιών. Αν και τα στοιχεία εξελίσσονται, υπάρχει ομόφωνη αναγνώριση της ΠΦΥ ως το πρωταρχικό σημείο εισόδου στο σύστημα υγείας, που αποτελεί το θεμέλιο για την ενίσχυση των βασικών λειτουργιών δημόσιας υγείας για την αντιμετώπιση εκτάκτων καταστάσεων δημόσιας υγείας όπως η COVID-19 (WHO, 2021b).

4.2. Διακηρύξεις της Άλμα Άτα και της Αστάνα

Τον Σεπτέμβριο του 1978, η Σοβιετική Σοσιαλιστική Δημοκρατία διοργάνωσε μια διεθνή διάσκεψη για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στο Αλμάτι (πρώην Άλμα-Άτα), τονίζοντας την επείγουσα ανάγκη για παγκόσμια δράση των κυβερνήσεων και της διεθνούς κοινότητας για τη διαφύλαξη και την ενίσχυση της υγείας όλων των ατόμων. Αυτό σηματοδότησε την πρώτη διεθνή αναγνώριση της κοινωνικής σημασίας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι αρχές της Άλμα-Άτα έγιναν επίσης αποδεκτές από τα σημαντικότερα μέλη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Σε παγκόσμιο επίπεδο, ο πρωταρχικός στόχος της διάσκεψης ήταν η προώθηση της συνεργασίας για την εισαγωγή, την ανάπτυξη και τη διατήρηση της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης για όλους (Behera και Prasad, 2022).

Το πρώτο τμήμα της διακήρυξης της Άλμα-Άτα υιοθετεί τον ορισμό του ΠΟΥ για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: "μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας". Ο ορισμός αυτός ενσωματώνει κοινωνικές και οικονομικές πτυχές στην επιδίωξη της υγείας και επιβεβαιώνει την υγεία ως θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα (Behera και Prasad, 2022).

Η δεύτερη ενότητα απορρίπτει την έννοια της ανισότητας της κατάστασης της υγείας μεταξύ αναπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών, θεωρώντας την πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά απαράδεκτη (Behera και Prasad, 2022).

Η τρίτη ενότητα υπογραμμίζει τη συμβιωτική σχέση μεταξύ της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης και το ρόλο τους στην προώθηση της παγκόσμιας ειρήνης μέσω της προώθησης και

της διαφύλαξης της δημόσιας υγείας. Δίνει έμφαση στη συμμετοχή των ατόμων, είτε συλλογικά είτε ατομικά, στο σχεδιασμό και την εκτέλεση της υγειονομικής τους περίθαλψης, υποστηρίζοντας ότι αυτό αποτελεί τόσο ανθρώπινο δικαίωμα όσο και καθήκον (Behera και Prasad, 2022).

Η τέταρτη ενότητα υπογραμμίζει την ευθύνη και την αφοσίωση των κρατών μελών στην παροχή επαρκών μέτρων υγείας και κοινωνικών μέτρων. Ευθυγραμμισμένα με την πρωτοβουλία του ΠΟΥ "Υγεία για όλους", τα κράτη μέλη καλούνται να υποστηρίξουν την καθολική υγειονομική κάλυψη. Η διακήρυξη καλεί τις κυβερνήσεις, τους διεθνείς οργανισμούς και την παγκόσμια κοινότητα να αντιληφθούν την πρόκληση αυτή ως κοινωνικό στόχο θεμελιωμένο στην κοινωνική δικαιοσύνη (Behera και Prasad, 2022).

Το πέμπτο τμήμα περιγράφει την ευθύνη των κυρίαρχων κρατών για την παροχή άφθονων υγειονομικών και κοινωνικών μέτρων για την ευαισθητοποίηση σχετικά με την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη και υποστηρίζει την έκκληση του ΠΟΥ για "Υγεία για όλους" (Behera και Prasad, 2022).

Η έκτη ενότητα υπογραμμίζει τα οφέλη του συστήματος πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης. Η Margaret Chan, Γενική Διευθύντρια του ΠΟΥ κατά την περίοδο 2000-2017, επιβεβαίωσε την αποτελεσματικότητα και τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας της προσέγγισης της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης. Τόνισε τα ενθαρρυντικά παγκόσμια αποτελέσματα που προκύπτουν από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, υπογραμμίζοντας το χαμηλό κόστος και τα υψηλά ποσοστά ικανοποίησης (Behera και Prasad, 2022).

Η έβδομη ενότητα εμβαθύνει στις συνιστώσες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι επόμενες ενότητες προτρέπουν τις κυβερνήσεις να εφαρμόσουν μια προσέγγιση πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στα συστήματα υγείας τους και τάσσονται υπέρ της διεθνούς συνεργασίας για τη βελτιστοποίηση των παγκόσμιων πόρων (Behera και Prasad, 2022).

Στον απόηχο της διακήρυξης της Άλμα-Άτα, παγκόσμιοι οργανισμοί όπως ο ΠΟΥ και η UNICEF, μαζί με πολυμερείς και διμερείς οργανισμούς, μη κυβερνητικές οργανώσεις, φορείς χρηματοδότησης, επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και τη διεθνή κοινότητα, επέδειξαν ενδιαφέρον για μια καθολική προσέγγιση στην εφαρμογή της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης. Το ενδιαφέρον αυτό οδήγησε σε αυξημένη οικονομική και τεχνική υποστήριξη, ιδίως στις αναπτυσσόμενες χώρες (Behera και Prasad, 2022).

Η συνολική επανεκκίνηση και αναζωογόνηση της ΠΦΥ πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια του Παγκόσμιου Συνεδρίου, που διοργάνωσαν από κοινού ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η UNICEF, στις 25-26 Οκτωβρίου 2018, στην Αστάνα, την πρόσφατα ανακηρυχθείσα πρωτεύουσα της Δημοκρατίας του Καζακστάν. Πάνω από 120 χώρες συμμετείχαν σε αυτό το σημαντικό γεγονός. Η Διακήρυξη της Αστάνα επιβεβαιώνει εκ νέου την αρχή ότι η υγεία αποτελεί ουσιώδες ανθρώπινο δικαίωμα που συνδέεται άρρηκτα με την επιδίωξη της καθολικής υγειονομικής κάλυψης, βασικού στόχου που περιγράφεται στους στόχους βιώσιμης ανάπτυξης (ΣΒΑ) των Ηνωμένων Εθνών. Ταυτόχρονα, εισάγει νέες έννοιες, συμπεριλαμβανομένης της επέκτασης της παραδοσιακής τριάδας της πρόληψης, της θεραπείας και της αποκατάστασης ώστε να περιλαμβάνει την προαγωγή της υγείας και την παρηγορητική φροντίδα. Η διακήρυξη αναγνωρίζει επίσης τη σημασία της αντιμετώπισης των οικονομικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών καθοριστικών παραγόντων της υγείας, μαζί με τους σχετικούς παράγοντες κινδύνου. Επιπλέον, υπογραμμίζει την επιτακτική ανάγκη η ΠΦΥ να συνεργάζεται με πρωτοβουλίες δημόσιας υγείας και να εμπλέκει ενεργά τις κοινότητες σε όλη τη διαδικασία της υγειονομικής περίθαλψης(Φιλαλήθης, 2021).

4.3. Η ΠΦΥ στην Ευρώπη

4.3.1. Μεγάλη Βρετανία

Μια κομβική στιγμή στα χρονικά του βρετανικού κράτους πρόνοιας συνέβη τον Δεκέμβριο του 1942 με την έκδοση της έκθεσης του SirWilliamBeveridge, η οποία υποστήριζε ένα σύστημα πρόνοιας σχεδιασμένο για την εξάλειψη της φτώχειας και προϋπέθετε τη δημιουργία ολοκληρωμένων υπηρεσιών πρόνοιας και αποκατάστασης (Benassi, 2010). Στη συνέχεια, τον Ιούλιο του 1948, εγκαινιάστηκε η Εθνική Υπηρεσία Υγείας (NHS) για την παροχή καθολικής, ολοκληρωμένης και δωρεάν υγειονομικής περίθαλψης με κρατική ευθύνη, αποτελώντας ένα από τα πιο εμβληματικά συστήματα που χρηματοδοτούνται από τη γενική φορολογία. Το NHS εξυπηρετεί με παρόμοιο τρόπο την Αγγλία, τη Σκωτία και την Ουαλία, ενώ το NHS της Βόρειας Ιρλανδίας λειτουργεί ημιαυτόνομα (Cylus et al., 2015).

Το NHS αναλαμβάνει τρεις πρωταρχικούς ρόλους (Cylus et al., 2015):

- I. Λειτουργεί ως το αρχικό σημείο επαφής όταν ένα άτομο αντιμετωπίζει ένα ζήτημα υγείας.
- II. Διασφαλίζει τη συνέχεια της περίθαλψης για τις επικρατούσες παθήσεις και τραυματισμούς.
- III. Λειτουργεί ως η κύρια οδός για το πρώτο σημείο επαφής όσον αφορά τις κοινές ασθένειες και τους τραυματισμούς, λειτουργώντας επιπλέον ως φύλακας για την εξειδικευμένη περίθαλψη.

Η θεσμοθέτηση των Γενικών Ιατρών αποτελεί παράδοση που στηρίζει την οργάνωση και τη λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Οι γενικοί ιατροί διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στην εφαρμογή του συστήματος φύλαξης πυλών, στο πλαίσιο του οποίου επιβλέπουν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Οι αρμοδιότητές τους επεκτείνονται πέρα από την παροχή πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης και περιλαμβάνουν την προμήθεια υπηρεσιών δευτεροβάθμιας περίθαλψης από τα νοσοκομεία. Επιτυγχάνοντας σχεδόν 99% πληθυσμιακή κάλυψη, οι πολίτες απολαμβάνουν την ελευθερία επιλογής του γενικού ιατρού τους με βάση τη γεωγραφική περιοχή κατοικίας τους. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι υπηρεσίες γενικών ιατρών είναι διαθέσιμες 24 ώρες το 24ωρο, καλλιεργώντας μακροχρόνιες σχέσεις με τους ασθενείς τους (Γιανασμίδης και Τσιαούση, 2012).

Στη δεκαετία του 1990, στο πλαίσιο πρωτοβουλιών που σχετίζονται με τον έλεγχο του ανταγωνισμού, τη συγκράτηση του κόστους και τη βελτίωση της ποιότητας, θεσπίστηκε στην Αγγλία και τη Βόρεια Ιρλανδία ο διαχωρισμός μεταξύ αγοραστών και προμηθευτών, ενώ στη Σκωτία και την Ουαλία δεν υπάρχει τέτοιος διαχωρισμός (Cylus et al., 2015).

Το έτος 1991, σημειώθηκε μια καίρια αλλαγή με την έναρξη της μεταρρύθμισης της "εσωτερικής αγοράς", η οποία οδήγησε στη δημιουργία 294 ταμείων γενικών ιατρών. Οι φορείς αυτοί, αποτελούμενοι από οικογενειακούς γιατρούς που διαχειρίζονταν πάνω από 11.000 ασθενείς, προμηθεύονταν υπηρεσίες υγείας από νοσοκομεία για τους ασθενείς τους, χρησιμοποιώντας κεφάλαια από τον ετήσιο προϋπολογισμό τους. Τα πλεονάσματα, εάν υπήρχαν, στο τέλος του οικονομικού έτους κατευθύνονταν για την ενίσχυση και τον εξοπλισμό των κλινικών τους (Γιανασμίδης και Τσιαούση, 2012). Ωστόσο, το μοντέλο του κατόχου ταμείου διακόπηκε το 1999 και αντικαταστάθηκε από τη δημιουργία 481 Ομάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Primary Care Groups, PCGs) που κάλυπταν πληθυσμούς από 46.000 έως 257.000 κατοίκους. Συμμετέχοντας στη διαχείριση των

PCGs, οι φορείς αυτοί, που προηγουμένως ήταν κάτοχοι ταμείων, συνεργάστηκαν με τις τοπικές υγειονομικές αρχές για την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Εκτελούσαν προγράμματα με στόχο τη βελτίωση της υγείας και παρείχαν συμβουλευτική υγειονομικής περίθαλψης, καταπολεμώντας ενεργά τις ανισότητες. Το 2002, τα PCGs διαδέχθηκαν τα PrimaryCareTrusts (PrimaryCareTrusts, PCTs), με στόχο την ελάφρυνση των χρόνων αναμονής στα νοσοκομεία και τη βελτίωση της συνολικής ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης (Γιαννασμίδης και Γσιαούση, 2012).

Για τη διασφάλιση της αποτελεσματικής παροχής υπηρεσιών υγείας, λειτουργούν 10 Διευθύνσεις Στρατηγικού Χαρακτήρα σε επίπεδο περιφέρειας. Επιπλέον, σε τοπικό επίπεδο, 151 PCTs, ενεργώντας ως παραγγελιοδότες, συνάπτουν συμβάσεις με Γενικούς Ιατρούς και άλλους παρόχους υπηρεσιών. Η κατανομή των πόρων του NHS κατευθύνεται κατά κύριο λόγο προς τις PCTs, που ορίζονται ως η πρωτοβάθμια Αρχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου, και είναι σταθμισμένη ανά κάτοικο (Weightcapitation). Παράγοντες όπως η ηλικία, οι γεωγραφικές περιοχές και τα κοινωνικά και υγειονομικά προφίλ θεωρούνται δείκτες σε αυτή τη διαδικασία κατανομής (Πετρέλης και Δομάγερ, 2016).

Η αναλογία γιατρών προς νοσηλευτές, με 2,8 γιατρούς ανά 1.000 κατοίκους και 7,8 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους, είναι συγκριτικά χαμηλότερη από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ που είναι 3,5 και 8,8, αντίστοιχα. Παρά τις πρόσφατες αυξήσεις στον αριθμό των γιατρών, η αναλογία των γενικών γιατρών είναι χαμηλότερη στη Σκωτία και τη Βόρεια Αγγλία (OECD, 2019). Άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν στις υπηρεσίες ΠΦΥ περιλαμβάνουν δωρεάν τηλεφωνικές υπηρεσίες που στελεχώνονται από νοσηλευτές 24 ώρες το 24ωρο, όπως το NHS Direct (ξεκίνησε το 1998 και αντικαταστάθηκε από το NHS 111 το 2014), καθώς και τα Walk-inCentres (Cylus et al., 2015). Η αναλογία γιατρών προς νοσηλευτές και η αναλογία γενικών ιατρών ποικίλλει γεωγραφικά, καθώς είναι χαμηλότερη στη Σκωτία και τη Βόρεια Αγγλία. Τα Walk-inCentres, που λειτουργούν από το 2000, έχουν ως στόχο να ενισχύσουν την πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες ΠΦΥ, παρέχοντας συμβουλές, θεραπεία για μικροπάθειες και προάγοντας την αυτοφροντίδα. Ωστόσο, στην Αγγλία, μετά το 2010, οι τοπικοί επίτροποι αποφάσισαν είτε να κλείσουν είτε να μετατρέψουν 50 Κέντρα Walk-in σε κέντρα επείγουσας περίθαλψης, λόγω ανησυχιών ότι μπορεί να επιβαρύνουν τους πόρους των υπηρεσιών υγείας, αποσπώντας τους από άλλες κρίσιμες προτεραιότητες (Monitor, 2014).

Η πορεία της υγειονομικής περίθαλψης για έναν ασθενή στο Ηνωμένο Βασίλειο που χρειάζεται χειρουργική επέμβαση, όπως αντικατάσταση ισχίου για αρθρίτιδα, περιλαμβάνει διάφορα στάδια. Αρχικά, ο ασθενής προγραμματίζει μια δωρεάν διαβούλευση με τον εγγεγραμμένο γενικό ιατρό του, ο οποίος αξιολογεί την ανάγκη για την επέμβαση και συνταγογραφεί τα απαραίτητα φάρμακα. Εάν η χειρουργική επέμβαση κριθεί απαραίτητη, ο γενικός ιατρός παραπέμπει τον ασθενή στο ορθοπεδικό τμήμα ενός νοσοκομείου. Στη συνέχεια, ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να επιλέξει ένα δημόσιο νοσοκομείο ή, σε ορισμένες περιπτώσεις, ένα ιδιωτικό νοσοκομείο στην περιοχή. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση αυτή περιλαμβάνουν τους χρόνους αναμονής και άλλα σχετικά κριτήρια, τα οποία είναι προσβάσιμα μέσω των αντίστοιχων διαδικτυακών πηγών. Εναλλακτικά, ο ασθενής μπορεί να επιλέξει ένα ιδιωτικό νοσοκομείο, όπου τα ιατρικά έξοδα είτε βαρύνουν την τσέπη του είτε καλύπτονται από την ιδιωτική ιατρική ασφάλιση, εφόσον υπάρχει. Μετά από ένα προγραμματισμένο ραντεβού, μια ομάδα ειδικών αξιολογεί την περίπτωση του ασθενούς και διενεργεί τις απαραίτητες διαγνωστικές εξετάσεις. Μετά την ολοκλήρωση της χειρουργικής επέμβασης και της αρχικής αποκατάστασης στο νοσοκομείο, ο ασθενής επιστρέφει στο σπίτι του, όπου τη συνεχή φροντίδα διαχειρίζεται ο γενικός γιατρός του και μια ομάδα κοινοτικών νοσηλευτών. Ο γενικός ιατρός αναλαμβάνει την ευθύνη για την παρακολούθηση της προόδου του ασθενούς, με πρόσβαση στη σύνοψη εξόδου από το νοσοκομείο. Παραπομπές για πρόσθετη φροντίδα, όπως φυσιοθεραπεία, γίνονται ανάλογα με τις ανάγκες. Αξίζει να σημειωθεί ότι η παροχή αυτών των υπηρεσιών είναι αναπόσπαστο μέρος της υγειονομικής κάλυψης που προσφέρει το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Cylus et al., 2015).

Στην Αγγλία, οι χρεώσεις μπορεί να εφαρμόζονται με τη μορφή τελών συνταγογράφησης, με εξαιρέσεις που χορηγούνται για συγκεκριμένες ιατρικές παθήσεις (NHS, 2019). Αντίθετα, τα τέλη συνταγογράφησης έχουν καταργηθεί στη Σκωτία, την Ουαλία και τη Βόρεια Ιρλανδία. Η κυρίαρχη πηγή χρηματοδότησης του NHS είναι οι δημόσιοι πόροι, οι οποίοι συνεισφέρουν το 83% μέσω της φορολογίας και των εισφορών εθνικής ασφάλισης. Το τμήμα των ασφαλισμένων καλύπτει το 10% του κόστους, ενώ ένα επιπλέον 35% υποστηρίζεται από την ιδιωτική ασφάλιση (Πετρέλης και Δομάγεφ, 2016).

Οι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης στο Ηνωμένο Βασίλειο αποτελούν το 10% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος και αναμένεται να αυξηθούν στο 11,4% έως το 2030 (OECD, 2019). Η χρηματοδότηση κατανέμεται απευθείας στην Αγγλία, η

οποία με τη σειρά της επιδοτεί τη Σκωτία, την Ουαλία και τη Βόρεια Ιρλανδία, σχεδιάζοντας την υγειονομική περίθαλψη σε ευθυγράμμιση με τις αντίστοιχες πολιτικές τους. Ωστόσο, αυτή η αποκέντρωση των αρμοδιοτήτων δεν υποστηρίζεται από ένα ενιαίο σύστημα καταγραφής δεδομένων, εμποδίζοντας τις συγκρίσεις μεταξύ των χωρών εντός του Ηνωμένου Βασιλείου (Cylus et al., 2015).

Με την πάροδο των δεκαετιών, το προσδόκιμο ζωής στο Ηνωμένο Βασίλειο αυξήθηκε από 73,7 έτη το 1980 σε 81 έτη το 2013. Παρόλα αυτά, τα άτομα βιώνουν περισσότερα χρόνια σε κακή υγεία, ιδίως στη Σκωτία (Cylus et al., 2015). Ενώ τα ποσοστά θνησιμότητας από ασθένειες του κυκλοφορικού συστήματος και καρκίνους έχουν παρουσιάσει μείωση, άλλες χρόνιες ασθένειες και η αναπηρία δεν ακολουθούν τις ευνοϊκές τάσεις που παρατηρούνται σε άλλες δυτικοευρωπαϊκές χώρες. Ειδικότερα, η άνοια έχει ποσοστό επιπολασμού 17,5 ανά 1000 άτομα. Επιπλέον, στους επίμονους παράγοντες κινδύνου για την υγεία περιλαμβάνονται η παχυσαρκία (64% των ενηλίκων και το ένα τρίτο των παιδιών ηλικίας 5-9 ετών) και η κατανάλωση αλκοόλ (10 λίτρα ετησίως). Το αναδυόμενο ζήτημα της κατάχρησης οπιοειδών είναι εμφανές, με αξιοσημείωτη αύξηση των θανάτων από το 2006 (41 θάνατοι ανά εκατομμύριο πληθυσμού) έως το 2011 (28 θάνατοι στην Αγγλία και την Ουαλία) (OECD, 2019).

Οι γενικοί γιατροί του Ηνωμένου Βασιλείου αντιμετωπίζουν αυξημένο άγχος από το 1998, με την έλλειψη εργατικού δυναμικού να δημιουργεί ανησυχίες. Πολλοί γενικοί ιατροί εξετάζουν το ενδεχόμενο να εγκαταλείψουν το επάγγελμα λόγω επαγγελματικής εξουθένωσης και διαταραχών της ψυχικής υγείας, μια κατάσταση που είναι πιο έντονη μεταξύ των γενικών ιατρών από ό,τι σε άλλους επαγγελματίες υγείας. Μια έρευνα στην οποία συμμετείχαν 232 γενικοί ιατροί στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον Μάρτιο του 2016 έως τον Αύγουστο του 2017 αποκάλυψε ότι το 93,8% των γενικών ιατρών είναι πιθανό να βιώνει μια ήπια ψυχιατρική διαταραχή. Η επαγγελματική εξουθένωση επικρατεί στο 94,7% των γενικών γιατρών, με το 22% να βιώνει ήπια επαγγελματική εξουθένωση και το 72,7% να αντιμετωπίζει σοβαρή επαγγελματική εξουθένωση. Επιπλέον, το 86,8% εμφανίζει ήπια (37,9%) ή σοβαρή (48,9%) αποσύνδεση. Η επαγγελματική εξουθένωση συνδέεται με υψηλό αριθμό ασθενών ανά ημέρα, εκτεταμένα διοικητικά καθήκοντα και έλλειψη υποστήριξης, με επιπτώσεις στην ασφάλεια των ασθενών. Η αντιμετώπιση αυτού του ζητήματος απαιτεί βελτιώσεις στις συνθήκες εργασίας και ατομικά προληπτικά μέτρα (Hall et al., 2019).

Η οικονομική αμοιβή των γενικών γιατρών διευκολύνεται μέσω της σύμβασης General Medical Services (GMS), μιας συμφωνίας με διαπραγμάτευση μεταξύ του Βρετανικού Ιατρικού Συλλόγου και των εργοδοτών του NHS, ειδικά σχεδιασμένης για μη ατομικές πρακτικές. Ολοένα και περισσότερο, οι γενικοί ιατροί επιλέγουν τοπικές συμβάσεις προσωπικών ιατρικών υπηρεσιών (Personal Medical Services, PMS), οι οποίες διαπραγματεύονται σε τοπικό επίπεδο, απαλλαγμένες από την παρέμβαση του Υπουργείου Υγείας και του Βρετανικού Ιατρικού Συλλόγου. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην Ουαλία και τη Βόρεια Ιρλανδία, οι συμβάσεις PMS δεν ισχύουν (Cylus et al., 2015).

Στους γενικούς ιατρούς παρέχονται ποικίλες μορφές αποζημίωσης, οι οποίες περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, τους παιδικούς εμβολιασμούς, τις μικροχειρουργικές επεμβάσεις, την απασχόληση σε υποβαθμισμένες περιοχές και τις κατ' οίκον επισκέψεις κατά τις νυχτερινές ώρες (Γιανασμίδης και Τσιαούση, 2012).

Οι γενικοί ιατροί λειτουργούν είτε σε ατομικά ιατρεία είτε σε ομαδικά ιατρεία, κυρίως σε ιδιωτικές εγκαταστάσεις γνωστές ως ιατρεία γενικών ιατρών (WHO, 2015) (Γιανασμίδης και Τσιαούση, 2012). Ενώ τα ατομικά ιατρεία μειώνονται, τα ομαδικά ιατρεία και εκείνα που παρέχονται από ιδιωτικές εταιρείες, όπου οι γενικοί ιατροί εργάζονται ως μισθωτοί υπάλληλοι, αυξάνονται (Freund et al., 2015). Σε αυτές τις ιδιωτικές εγκαταστάσεις, οι συνεργατικές προσπάθειες μεταξύ των γενικών ιατρών είναι πιο διαδεδομένες. Το φάσμα των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας επεκτείνεται πέρα από τους γενικούς ιατρούς και περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, γυναικολόγους, ορθοπεδικούς, ψυχιάτρους, φυσιοθεραπευτές, νοσηλευτές, μαιές, επισκέπτες υγείας, που δραστηριοποιούνται στην κοινότητα (Cylus et al., 2015).

4.3.2. Γαλλία

Την 1η Ιανουαρίου 2020, ο πληθυσμός της Γαλλίας ανερχόταν σε 67,1 εκατομμύρια κατοίκους, γεγονός που την καθιστά τη δεύτερη πολυπληθέστερη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, την οποία ξεπερνά μόνο η Γερμανία. Αξίζει να σημειωθεί ότι μεγάλες περιοχές της χώρας παραμένουν αραιοκατοικημένες, με σχεδόν το ήμισυ του πληθυσμού να συγκεντρώνεται σε λίγο περισσότερο από το 15% της επικράτειας. Με την πάροδο των ετών, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση έχει σημειώσει

αύξηση σχεδόν πέντε ετών από το 1995, φθάνοντας τα 82,5 έτη το 2021. Ωστόσο, η πανδημία Covid-19 έχει εισάγει προσωρινές διακυμάνσεις στο προσδόκιμο ζωής, εμποδίζοντας την επιστροφή του στα προ της πανδημίας επίπεδα. Αξιοσημείωτο είναι το χάσμα μεταξύ των δύο φύλων στο προσδόκιμο ζωής, με στοιχεία 79,3 για τους άνδρες και 85,4 για τις γυναίκες, τοποθετώντας τη Γαλλία μεταξύ των χωρών με τα υψηλότερα χάσματα μεταξύ των δύο φύλων παγκοσμίως. Οι γεωγραφικές και κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στο προσδόκιμο ζωής εξακολουθούν να υφίστανται στο εσωτερικό της χώρας (WorldHealthOrganization, 2023).

Το 2017, ο τυποποιημένος δείκτης θνησιμότητας από όλες τις αιτίες ανήλθε σε 829,6 ανά 100.000 κατοίκους. Ειδικότερα, ο καρκίνος (28,4%) και οι ασθένειες του κυκλοφορικού συστήματος (23,8%) ήταν οι επικρατέστερες αιτίες θανάτου, αποκλίνοντας από την τάση που παρατηρείται στις περισσότερες χώρες της ΕΕ, όπου οι ασθένειες του κυκλοφορικού συστήματος συνήθως βρίσκονται στην κορυφή του καταλόγου. Ο επιπολασμός του καθημερινού καπνίσματος και της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ στη Γαλλία ξεπερνά τον μέσο όρο της ΕΕ, παρά την κάποια μείωση του καπνίσματος που αποδίδεται σε παρεμβάσεις δημόσιας υγείας. Το γαλλικό σύστημα υγείας ακολουθεί ένα μικτό μοντέλο, δομικά θεμελιωμένο σε μια προσέγγιση κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Ευθυγραμμίζεται με τους στόχους του Εθνικού Συστήματος Υγείας, ενσωματώνοντας στοιχεία του μοντέλου του ενιαίου δημόσιου φορέα πληρωμής, της εξάρτησης από φορολογικά έσοδα για τη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης, της ισχυρής κρατικής παρέμβασης και των παροχών που συνδέονται με την κατοικία. Η κοινωνική ασφάλιση υγείας (statutory health insurance, SHI), που λειτουργεί με διάφορα συστήματα, επεκτείνει σήμερα την κάλυψη σχεδόν στο 100% του μόνιμου πληθυσμού. Η παροχή περίθαλψης περιλαμβάνει μια συνεργατική προσπάθεια μεταξύ ιδιωτών ιατρών με αμοιβή για υπηρεσία (fee-for-service, FFS), άλλων επαγγελματιών υγείας, ιδιωτικών κερδοσκοπικών νοσοκομείων, ιδιωτικών μη κερδοσκοπικών νοσοκομείων και δημόσιων νοσοκομείων (WorldHealthOrganization, 2023).

Η διακυβέρνηση και η ηγεσία της πολιτικής υγείας, καθώς και η ρύθμιση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης στη Γαλλία, κατανέμονται μεταξύ διαφόρων φορέων, όπως το κράτος (κοινοβούλιο, κυβέρνηση και Υπουργείο Υγείας), η κοινωνική ασφάλιση υγείας και, σε μικρότερο βαθμό, οι τοπικές αρχές (départements). Κατά την τελευταία δεκαετία έχουν καταβληθεί προσπάθειες για την αποκέντρωση της διακυβέρνησης και της λήψης αποφάσεων στην πολιτική υγείας,

ιδίως στους τομείς του σχεδιασμού, σε περιφερειακό επίπεδο. Οι περιφερειακές υπηρεσίες υγείας, γνωστές ως Agence régionale de santé (ARS), διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διασφάλιση της ευθυγράμμισης της παροχής υγειονομικής περίθαλψης με τις ανάγκες του πληθυσμού. Το Υπουργείο Υγείας και η ARS μοιράζονται από κοινού την ευθύνη για τον προγραμματισμό των πόρων και των ικανοτήτων του συστήματος υγείας, με στόχο την ενίσχυση της ανταπόκρισης των περιφερειακών αρχών στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού (WorldHealthOrganization, 2023).

Εν μέσω της κλιμάκωσης των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης, του αυξανόμενου ελλείμματος της SHI και των προκλήσεων στο ευρύτερο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, ο ρόλος του κράτους στην καθοδήγηση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης μέσω ρυθμιστικών μέτρων έχει ενταθεί από τις αρχές της δεκαετίας του 1990. Η ρυθμιστική διαδικασία περιλαμβάνει διαπραγματεύσεις μεταξύ των εκπροσώπων των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης (συμπεριλαμβανομένων των νοσοκομείων και των επαγγελματιών υγείας), του κράτους (που εκπροσωπείται από τα υπουργεία Υγείας και Προϋπολογισμού και Δημοσίων Λογαριασμών) και της SHI. Οι πάροχοι συνήθως αμείβονται είτε από την SHI είτε απευθείας από τους ασθενείς, με επακόλουθη επιστροφή χρημάτων. Οι διαπραγματεύσεις μεταξύ των παρόχων και της SHI καθορίζουν τα νόμιμα τιμολόγια, τα οποία υπόκεινται στην έγκριση του Υπουργείου Υγείας. Η ποιότητα της περίθαλψης ρυθμίζεται σε εθνικό επίπεδο (WorldHealthOrganization, 2023).

Το σύστημα SHI στη Γαλλία έχει σχεδιαστεί για να είναι καθολικό, προσφέροντας ένα ολοκληρωμένο πακέτο παροχών, αν και απαιτείται συμμετοχή στο κόστος για βασικές υπηρεσίες. Ενώ η ιδιωτική συμπληρωματική ασφάλιση χρησιμοποιείται συνήθως από τον πληθυσμό για την κάλυψη αυτών των εξόδων από την τσέπη, δημιουργεί ανησυχίες σχετικά με την αλληλεγγύη, την οικονομική ανακατανομή και τη συνολική αποτελεσματικότητα στο πλαίσιο του συστήματος υγείας (WorldHealthOrganization, 2023).

Κατά την τελευταία δεκαετία, σημειώθηκε μείωση κατά 5% του αριθμού των κλινών νοσηλείας, η οποία συνοδεύτηκε από ταυτόχρονη αύξηση των περιπατητικών και των κατ' οίκον νοσηλευόμενων κλινών. Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, ιδίως κατά τη διάρκεια της πανδημίας Covid-19, επέδειξε προσαρμοστικότητα, η οποία χαρακτηρίστηκε από την ταχεία αύξηση της δυναμικότητας εντατικής θεραπείας και τη δημιουργία συμπράξεων δημόσιου και ιδιωτικού τομέα για την

αντιμετώπιση της αυξημένης ζήτησης. Επισημαίνονται οι συνεχιζόμενες εξελίξεις στις ψηφιακές καινοτομίες, συμπεριλαμβανομένων των ηλεκτρονικών συνταγών και των κοινών ιατρικών φακέλων, με πρόσφατες σημαντικές επενδύσεις που αποσκοπούν στην ενίσχυση των συστημάτων ηλεκτρονικής υγείας. Η πανδημία επιτάχυνε τις μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας, όπως αποδεικνύεται ιδίως από τη σημαντική αύξηση των τηλεδιαβουλεύσεων (WorldHealthOrganization, 2023).

Ενώ ο συνολικός αριθμός των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης αυξήθηκε την τελευταία δεκαετία σε διάφορα επαγγέλματα, συμπεριλαμβανομένων των ειδικών ιατρών, παρατηρείται μια τάση μείωσης του αριθμού των γενικών ιατρών ανά κάτοικο, η οποία προβλέπεται να διατηρηθεί τουλάχιστον μέχρι το 2028. Η αναλογία νοσηλευτών προς τον πληθυσμό είναι συγκριτικά υψηλή σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ- ωστόσο, το πεδίο εφαρμογής και οι αρμοδιότητες των νοσηλευτών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη παραμένουν περιορισμένες. Η γεωγραφική κατανομή των γενικών γιατρών και των ειδικών αποκαλύπτει μια έντονη ανισορροπία, με τους επαγγελματίες να είναι συχνά συγκεντρωμένοι σε εύπορες αστικές περιοχές και όχι στρατηγικά ευθυγραμμισμένοι με τις ανάγκες του πληθυσμού. Οι προσπάθειες να δοθούν κίνητρα στους γιατρούς να ασκήσουν το επάγγελμά τους σε υποβαθμισμένες περιοχές, συμπεριλαμβανομένων των οικονομικών κινήτρων, έχουν δείξει περιορισμένη επιτυχία, γεγονός που προτρέπει στη διερεύνηση εναλλακτικών παρεμβάσεων, όπως οι διεπιστημονικές ομαδικές πρακτικές, οι οποίες παρουσιάζουν πιθανή απήχηση στους νεότερους γενικούς γιατρούς, ιδίως σε αγροτικές και κοινωνικοοικονομικά υποβαθμισμένες περιοχές (WorldHealthOrganization, 2023).

Η πανδημία της Covid-19 υπογράμμισε την επί δεκαετία υποεπένδυση στα δημόσια νοσοκομεία και ανέδειξε τις δύσκολες συνθήκες εργασίας για τους νοσηλευτές και τους συναφείς επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι ιστορικά λάμβαναν συγκριτικά χαμηλότερες αμοιβές σε σύγκριση με τους Ευρωπαίους συναδέλφους τους. Μια δέσμη μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας το 2021 οδήγησε σε σημαντική αύξηση των μισθών για 1,5 εκατομμύριο επαγγελματίες υγείας- ωστόσο, οι επίμονες προκλήσεις, συμπεριλαμβανομένων των απαιτητικών συνθηκών εργασίας, της ανεπαρκούς αυτονομίας και της ανεπαρκούς αναγνώρισης, ιδίως στη μακροχρόνια φροντίδα, εμποδίζουν τις προσπάθειες πρόσληψης. Παρόλο που η καθιέρωση μιας θέσης προχωρημένου νοσηλευτή το 2019 είχε ως στόχο να διευρύνει τις αρμοδιότητες των νοσηλευτών και να διευκολύνει την αλλαγή καθηκόντων, η

πρόοδος στην ομαδική εργασία και την αλλαγή καθηκόντων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας παραμένει σταδιακή. Το κυρίαρχο μοντέλο αμοιβής για τους επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης εξακολουθεί να αποτελεί πρωταρχικό εμπόδιο για την αποτελεσματική μετατόπιση καθηκόντων, καθώς η ανάθεση καθηκόντων σε νοσηλευτές μπορεί να συνεπάγεται απώλεια εισοδήματος για τους γιατρούς (WorldHealthOrganization, 2023).

Η πλειονότητα των ιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης λειτουργεί ως αυτοαπασχολούμενες οντότητες και ιστορικά λάμβανε αποζημίωση μέσω ενός μοντέλου πληρωμών FFS. Ενώ η SHI ρυθμίζει αυστηρά τις τιμές των υπηρεσιών, υπάρχει έλλειψη ρύθμισης όσον αφορά τον όγκο των παρεχόμενων περιπατητικών υπηρεσιών και συνταγών. Αυτή η απουσία ρύθμισης οδήγησε τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να αυξήσουν ενδεχομένως τον όγκο των υπηρεσιών για να διατηρήσουν ή να αυξήσουν τα έσοδά τους. Επιπλέον, η δομή πληρωμών FFS παρέχει περιορισμένα κίνητρα για τους γενικούς ιατρούς να συμμετέχουν σε δραστηριότητες προαγωγής της υγείας και πρόληψης ασθενειών ή να τηρούν στόχους αποδοτικότητας (WorldHealthOrganization, 2023).

Η μεταρρύθμιση του 2004, η οποία αποσκοπούσε στην ενίσχυση του ρόλου των γενικών γιατρών ως παρόχων πρωτοβάθμιας περίθαλψης για καλύτερο συντονισμό της περίθαλψης και αποτελεσματικότητα, δεν άλλαξε τον τρόπο πληρωμής των γενικών γιατρών, αλλά εισήγαγε νέους μηχανισμούς πληρωμής. Οι γενικοί ιατροί που λειτουργούν ως "παραπέμποντες ιατροί" λαμβάνουν ετήσια αμοιβή 40 ευρώ για τη δημιουργία πρωτοκόλλου περίθαλψης για ασθενείς με χρόνιες παθήσεις. Από το 2013, λαμβάνουν επίσης 5 ευρώ ετησίως για κάθε ασθενή στο μητρώο τους. Παρά τις αλλαγές αυτές, η μεταρρύθμιση του gatekeeping παρουσίασε ελάχιστο διακριτό αντίκτυπο στις ιατρικές πρακτικές των γενικών ιατρών όσον αφορά τις συνταγογραφικές συνήθειες, τις προληπτικές δράσεις και την τήρηση των κατευθυντήριων οδηγιών (WorldHealthOrganization, 2023).

Ως απάντηση, η SHI εισήγαγε μια σύμβαση πληρωμής για την ποιότητα (P4Q) (Contrat d'amélioration des pratiques individuelles, CAPI) το 2009 για την ενίσχυση της ποιότητας της κλινικής περίθαλψης, την ενθάρρυνση της πρόληψης και την προώθηση της συνταγογράφησης γενόσημων φαρμάκων. Αρχικά προσφέρθηκε σε γιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε εθελοντική βάση, η σύμβαση αυτή επεκτάθηκε αργότερα σε όλους τους γενικούς γιατρούς με την εθνική συλλογική σύμβαση του 2011, συνδέοντας τις πληρωμές των παρόχων πρωτοβάθμιας

περίθαλψης με την απόδοσή τους. Το σύστημα P4Q, το οποίο μετονομάστηκε σε "πληρωμή για στόχους δημόσιας υγείας" (Rémunérationsurobjectifsdesanté publique, ROSP) το 2012, επεκτάθηκε ώστε να συμπεριλάβει και ειδικούς ιατρούς. Αν και ορισμένοι στόχοι είναι κοινοί για όλους τους γιατρούς, άλλοι είναι ειδικοί για τους γενικούς γιατρούς. Οι γιατροί μπορούν να επιλέξουν να εξαιρεθούν από αυτό το σύστημα εντός τριών μηνών από την έγκριση της εθνικής συλλογικής σύμβασης εργασίας (WorldHealthOrganization, 2023).

Το 2020, η SHI ανέφερε ότι περίπου 74.000 ιατροί, με περισσότερα από τα δύο τρίτα να είναι γενικοί ιατροί, έλαβαν κάποια αμοιβή απόδοσης, κατά μέσο όρο περίπου 3.700 ευρώ (περίπου 5.000 ευρώ κατά μέσο όρο για τους γενικούς ιατρούς) εκείνο το έτος. Η P4Q εκτιμάται ότι αποτελούσε το 13% των αμοιβών των γενικών ιατρών το 2017, από 6% το 2008. Ωστόσο, ο αντίκτυπος αυτών των πρόσθετων πληρωμών στην ποιότητα της περίθαλψης παραμένει ανεκτίμητος και τα επιτεύγματα όσον αφορά την πρόληψη και την αποτελεσματική συνταγογράφηση φαρμάκων θεωρούνται μέτρια (WorldHealthOrganization, 2023).

Επιπλέον, ένας αυξανόμενος αριθμός γενικών γιατρών επιλέγει μισθωτές θέσεις σε κέντρα υγειονομικής περίθαλψης. Το 2021, το 19% των γενικών γιατρών εργάζονταν με μισθό σε νοσοκομεία και το 16% απασχολούνταν σε άλλες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης, όπως ιατρικά κέντρα ή οίκους μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων και ατόμων με αναπηρία (WorldHealthOrganization, 2023).

4.3.3. Γερμανία

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Γερμανίας εξυπηρετεί έναν πληθυσμό 83 εκατομμυρίων κατοίκων, αποτελώντας τη μεγαλύτερη και προοδευτικά αναπτυσσόμενη οικονομία της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το κατά κεφαλήν Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν έφτασε τα 40.329 ευρώ το 2018, αντανακλώντας το αυξημένο βιοτικό επίπεδο. Παρά το εκτεταμένο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, υπήρξε αξιοσημείωτη αύξηση των εισοδηματικών και περιουσιακών ανισοτήτων κατά την τελευταία δεκαετία. Το δημογραφικό τοπίο στη Γερμανία αντικατοπτρίζει τις ευρύτερες τάσεις της ΕΕ, που χαρακτηρίζεται από γήρανση του πληθυσμού, με έναν στους πέντε Γερμανούς να είναι ηλικίας 65 ετών και άνω και περίπου το 6% να

ξεπερνά τα 80 έτη. Αυτή η τάση γήρανσης αναμένεται να συνεχιστεί (Blümel et al., 2020).

Το μέσο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση έχει αυξηθεί κατά σχεδόν τρία χρόνια από το 2000, φθάνοντας τα 81 έτη το 2018, υπερβαίνοντας ελαφρώς τον μέσο όρο της ΕΕ. Ωστόσο, οι διαφορές στο προσδόκιμο ζωής εξακολουθούν να υφίστανται κατά φύλο, κοινωνικοοικονομικές και περιφερειακές διαστάσεις. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής προέρχεται κυρίως από τη μείωση των ποσοστών θνησιμότητας. Αν και το συνολικό ποσοστό θνησιμότητας στη Γερμανία ήταν υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ το 2017, παρατηρείται συνεχής βελτίωση, με τη διαφορά να μειώνεται σταδιακά. Οι παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος και οι κακοήθειες νεοπλασίες (καρκίνοι) αποτελούν τις κύριες αιτίες θνησιμότητας, συμβάλλοντας στο 60% περίπου του συνόλου των θανάτων. Ακολουθούν οι ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος, η νόσος του Alzheimer, άλλες άνοσες και οι ασθένειες του πεπτικού συστήματος (Blümel et al., 2020).

Ο τρόπος ζωής και οι συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία, συμπεριλαμβανομένων των διατροφικών συνηθειών, του καπνίσματος και της κατανάλωσης αλκοόλ, ασκούν σημαντική επίδραση στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα του πληθυσμού. Ενώ τα ποσοστά καπνίσματος έχουν μειωθεί την τελευταία δεκαετία, παραμένουν σχετικά αυξημένα τόσο μεταξύ των ενηλίκων όσο και μεταξύ των εφήβων. Οι διατροφικοί παράγοντες κινδύνου, ιδίως η παχυσαρκία, εκτιμάται ότι ευθύνονται για το 19% περίπου του συνόλου των θανάτων στη Γερμανία (Blümel et al., 2020).

Η Γερμανία, υπό την καγκελαρία του Όττο φον Μπίσμαρκ το 1883, πρωτοστάτησε στην καθιέρωση ενός συστήματος SHI. Από την ίδρυσή του, το γερμανικό σύστημα υγείας έχει υποστεί συνεχή ανάπτυξη και πολυάριθμες μεταρρυθμίσεις, ωστόσο οι θεμελιώδεις αρχές, όπως η ισχυρή αρχή της αλληλεγγύης, παραμένουν αναπόσπαστες. Μια ιδιαίτερη πτυχή του γερμανικού συστήματος υγείας είναι η συνύπαρξη της SHI και της υποκατάστατης ιδιωτικής ασφάλισης υγείας (privatehealthinsurance, PHI), εξασφαλίζοντας ουσιαστικά την καθολική υγειονομική κάλυψη. Ένα μικρό τμήμα του πληθυσμού, με βάση το εισόδημα, έχει τη δυνατότητα να επιλέξει μεταξύ της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας και της υποκατάστατης ασφάλισης υγείας, ενώ η πλειονότητα υπάγεται στο υποχρεωτικό σύστημα (Blümel et al., 2020).

Η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας λειτουργεί ως σύστημα πολλαπλών πληρωτών (multi-payer) με 105 ταμεία ασθενείας, ενώ 42 ιδιωτικές εταιρείες ασφάλισης υγείας παρέχουν PHI. Οι ασφαλισμένοι της SHI μπορούν να επιλέγουν ελεύθερα τα ταμεία ασθενείας, ενώ οι δικαιούχοι της PHI έχουν την ευελιξία να επιλέγουν ιδιωτικές εταιρείες ασφάλισης υγείας. Παρά τις διαθέσιμες πληροφορίες και τους οργανισμούς καθοδήγησης, οι ασθενείς αντιμετωπίζουν προκλήσεις κατά την πλοήγηση και την αξιολόγηση της ποιότητας των πληροφοριών. Η διακυβέρνηση του συστήματος υγείας είναι περίπλοκη και αποκεντρωμένη, περιλαμβάνοντας τόσο ομοσπονδιακό όσο και κρατικό επίπεδο, μαζί με κορπορατιστικά όργανα αυτοδιοίκησης. Ενώ το ομοσπονδιακό επίπεδο καθορίζει το γενικότερο νομικό πλαίσιο, οι κυβερνήσεις των πολιτειών είναι υπεύθυνες για τον προγραμματισμό των νοσοκομείων και τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Η λήψη αποφάσεων στο πλαίσιο του συστήματος SHI ανατίθεται σε μεγάλο βαθμό σε σωματειακά όργανα, όπως ενώσεις ταμείων ασθενείας και παρόχων, που συνεδριάζουν στην ομοσπονδιακή μεικτή επιτροπή για τη διαμόρφωση λεπτομερών κανονισμών (Blümel et al., 2020).

Διαφορετικά νομοθετικά πλαίσια διέπουν τους διάφορους τομείς περίθαλψης στο γερμανικό σύστημα υγείας, οδηγώντας σε οργανωτικές, οικονομικές και αποζημιωτικές διακρίσεις. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την κατακερματισμένη παροχή υπηρεσιών, με ανησυχίες σχετικά με τον συντονισμό μεταξύ των τομέων, τη διασφάλιση της ποιότητας και την έλλειψη ολοκληρωμένων πληροφοριών για την υγεία στις συζητήσεις για την πολιτική υγείας. Η ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική στη Γερμανία, με κάλυψη που παρέχεται είτε στο πλαίσιο του συστήματος SHI είτε στο πλαίσιο της υποκατάστατης PHI. Οι εργαζόμενοι εγγράφονται συνήθως στην SHI, ενώ όσοι έχουν εισόδημα πάνω από ένα καθορισμένο όριο ή ανήκουν σε συγκεκριμένες επαγγελματικές ομάδες μπορούν να επιλέξουν την PHI. Περίπου το 87% του πληθυσμού καλύπτεται από το σύστημα SHI, περίπου το 11% έχει υποκατάστατη κάλυψη PHI και ειδικά προγράμματα καλύπτουν το υπόλοιπο 2% (π.χ. στρατιώτες). Η SHI περιλαμβάνει ένα ολοκληρωμένο καλάθι παροχών, που εκτείνεται πέρα από τις βασικές υπηρεσίες, με ενιαίες παροχές για όλους τους ασφαλισμένους. Τα άτομα που καλύπτονται από την υποκατάστατη ΠΦΥ απολαμβάνουν γενικά παροχές συγκρίσιμες ή μεγαλύτερες από αυτές που παρέχει η ΠΦΥ. Οι νομικοί ορισμοί των παροχών της SHI σε ομοσπονδιακό επίπεδο καθοδηγούν τις αποφάσεις σχετικά με τις νέες τεχνολογίες, τα φαρμακευτικά προϊόντα ή τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα, οι οποίες καθορίζονται από την Ομοσπονδιακή Κοινή Επιτροπή μέσω δομημένων

αξιολογήσεων τεχνολογιών υγείας, οι οποίες είναι δεσμευτικές για όλους τους ενδιαφερόμενους (Blümel et al., 2020).

Ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί σημαντική πηγή απασχόλησης στη Γερμανία, απασχολώντας σχεδόν 5,7 εκατομμύρια άτομα, αποτελώντας το 12,3% της συνολικής απασχόλησης. Το 2018, το εργατικό δυναμικό υγείας της Γερμανίας, με μέσο όρο 431 ασκούμενων ιατρών και 1322 ασκούμενων νοσηλευτών ανά 100.000 κατοίκους, ξεπέρασε τους μέσους όρους της ΕΕ που είναι 3,7 και 8,4, αντίστοιχα (OECD, 2020). Παρά τη σημαντική αύξηση του αριθμού των επαγγελματιών υγείας τις τελευταίες δύο δεκαετίες, οι ανισότητες στην πυκνότητα των ιατρών εξακολουθούν να υφίστανται μεταξύ των κρατών. Το 2017, το Υπουργείο Εργασίας ανέφερε κρίσιμη έλλειψη εργαζομένων στον τομέα της υγείας, ιδίως στους τομείς των ιατρών, των οδοντιάτρων, των νοσηλευτών, του προσωπικού επείγουσας φροντίδας και των μαιών. Οι τομείς της υγειονομικής περίθαλψης στη Γερμανία παρουσιάζουν σημαντικό διαχωρισμό και διακριτές οργανωτικές δομές όσον αφορά τον προγραμματισμό, τη χρηματοδότηση, την οργάνωση και τη διακυβέρνηση. Αυτός ο κατακερματισμός έχει επιπτώσεις στον συντονισμό, την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα της υγειονομικής περίθαλψης (Blümel et al., 2020).

Οι δραστηριότητες δημόσιας υγείας αναλαμβάνονται από διάφορους φορείς σε δημοτικό, κρατικό και ομοσπονδιακό επίπεδο. Ωστόσο, η παροχή υπηρεσιών είναι κυρίως ευθύνη των κρατών, ενώ οι επιχειρησιακές αρμοδιότητες συχνά ανατίθενται στους δήμους. Σε εθνικό επίπεδο, το Ινστιτούτο RobertKoch χρησιμεύει ως η κύρια αρχή για την επιτήρηση των μεταδοτικών ασθενειών και έχει διαδραματίσει κεντρικό ρόλο στην παρακολούθηση και αξιολόγηση βασικών δεδομένων που σχετίζονται με τον αριθμό των κρουσμάτων, τα ποσοστά μετάδοσης και τη θνησιμότητα κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 από την έναρξή της στις αρχές του 2020. Τα προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης, συμπεριλαμβανομένων των προσυμπτωματικών ελέγχων και των παιδικών εμβολιασμών, διεξάγονται κατά κύριο λόγο από ιατρούς της SHI (Blümel et al., 2020).

Η πλειονότητα των παρόχων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στη Γερμανία απευθύνεται σε άτομα που καλύπτονται τόσο από το σύστημα SHI όσο και από το PHI. Οι ασθενείς απολαμβάνουν την ελευθερία να επιλέγουν τους γιατρούς τους, συμπεριλαμβανομένων των γενικών γιατρών και των ειδικών γιατρών. Ενώ οι γενικοί ιατροί χρησιμεύουν συχνά ως το αρχικό σημείο επαφής με το σύστημα υγείας και έχουν καταβληθεί προσπάθειες για την ενίσχυση των ικανοτήτων τους στον

συντονισμό των ασθενών μέσω μοντέλων περίθαλψης με επίκεντρο τον γενικό ιατρό, δεν λειτουργούν επισήμως ως φύλακες. Τόσο οι εθνικές όσο και οι διεθνείς πηγές δεδομένων υποδεικνύουν υψηλά ποσοστά χρήσης τόσο της εξωνοσοκομειακής όσο και της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης. Σε γενικές γραμμές, υπάρχει καλή διαθεσιμότητα παρόχων, αν και ορισμένες περιοχές αναφέρουν υποπροσφορά, ιδίως στις αγροτικές περιοχές (Blümel et al., 2020).

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat από το 2018, η Γερμανία παρουσίασε μια αναλογία άνω του μέσου όρου, 431 ασκούμενους ιατρούς ανά 100.000 κατοίκους, ξεπερνώντας τον μέσο όρο της ΕΕ που είναι 369 ανά 100.000 κατοίκους. Παρά τη συνεχή αύξηση του συνολικού αριθμού των ιατρών τα τελευταία χρόνια, έχει διαφανεί μια ανησυχητική τάση μείωσης των γενικών ιατρών, τόσο όσον αφορά τον πληθυσμό όσο και, κυρίως, σε σχέση με τη συνολική ομάδα ιατρών. Η τελευταία μειώθηκε από 27% το 2000 σε 23% (WorldHealthOrganization, 2023b).

Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στη Γερμανία παρέχονται κυρίως από ιδιωτικούς κερδοσκοπικούς παρόχους, οι οποίοι περιλαμβάνουν διάφορους επαγγελματίες όπως γιατρούς, οδοντιάτρους, φαρμακοποιούς, ψυχοθεραπευτές, μαιές και συναφείς επαγγελματίες υγείας όπως φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ιατρικούς πεντικιούρ και τεχνικούς. Η πρωτοβάθμια εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, την οποία διαχειρίζονται οι γενικοί ιατροί, και η δευτεροβάθμια περίθαλψη που παρέχεται από ειδικούς ιατρούς με έδρα το ιατρείο αποτελούν την εξωνοσοκομειακή ιατρική περίθαλψη. Οι χώροι ενδονοσοκομειακής περίθαλψης συνήθως φιλοξενούν νοσοκομειακές υπηρεσίες και τριτοβάθμια περίθαλψη. Οι ασθενείς απολαμβάνουν την ελευθερία να επιλέγουν τους γιατρούς, τους ψυχοθεραπευτές, τους οδοντιάτρους, τους φαρμακοποιούς και τις υπηρεσίες επείγουσας/εκτάκτου φροντίδας. Ενώ οι ασθενείς που καλύπτονται από την SHI μπορούν επίσης να επιλέξουν άλλους συναφείς επαγγελματίες υγείας, η πρόσβαση σε αποζημιούμενη περίθαλψη απαιτεί παραπομπή από ιατρό (Blümel et al., 2020).

Περίπου το 42% του συνόλου των ιατρών που συνδέονται με την SHI ασχολούνται με την οικογενειακή ιατρική περίθαλψη και την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Αν και οι γενικοί ιατροί αποτελούν συνήθως το αρχικό σημείο επαφής με το σύστημα υγείας, δεν λειτουργούν ως επίσημοι φύλακες. Παρόλα αυτά, οι συντονιστικές αρμοδιότητες των γενικών ιατρών έχουν ενισχυθεί τα τελευταία χρόνια. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ομοσπονδιακής Ένωσης Ιατρών Υγειονομικής Περίθαλψης, από τους 402.118 ενεργούς ιατρούς στη Γερμανία τον Δεκέμβριο του

2019, το 44% (177.826) εργαζόταν σε συμβεβλημένη με την Υγειονομική Περίθαλψη. Εντός αυτής της ομάδας, 127.636 λειτουργούσαν ως ιατροί διαπιστευμένοι από την SHI (συμπεριλαμβανομένων των μη ιατρικά ειδικευμένων ψυχοθεραπευτών), 40.828 ως έμμισθοι ιατροί και επιπλέον 9.362 ως νοσοκομειακοί ιατροί με άδεια παροχής εξειδικευμένης εξωνοσοκομειακής περίθαλψης (Blümel et al., 2020).

Τα ατομικά ιατρεία εξακολουθούν να κυριαρχούν στο τοπίο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αλλά μια διακριτή τάση κατά την τελευταία δεκαετία δείχνει μια στροφή προς περισσότερα ομαδικά ιατρεία και γενικούς ιατρούς που συμμετέχουν σε διεπιστημονικά κέντρα ιατρικής περίθαλψης (Medizinische Versorgungszentren - MVZ). Μεταξύ 2009 και 2018, ο αριθμός των ατομικών ιατρείων που προσφέρουν οικογενειακή περίθαλψη μειώθηκε κατά 16,5%, ενώ ο αριθμός των γενικών γιατρών που εργάζονται σε ομαδικά ιατρεία και κέντρα ιατρικής περίθαλψης αυξήθηκε κατά 3% και 117%, αντίστοιχα (KBV, 2022). Κατά συνέπεια, ο αριθμός των μισθωτών γενικών ιατρών σε κέντρα ιατρικής περίθαλψης ή ομαδικά ιατρεία παρουσίασε ταχύτερη αύξηση σε σύγκριση με τον αριθμό των αυτοαπασχολούμενων γενικών ιατρών που είναι διαπιστευμένοι από το SHI (BMG, 2020).

Το 2019, από τους 149.710 ιατρούς περιπατητικής περίθαλψης (εξαιρουμένων των μη ιατρικά ειδικευμένων ψυχοθεραπευτών), το 42% (63.097) απασχολήθηκε ως οικογενειακός ιατρός. Η ομάδα αυτή περιελάμβανε 34.757 ειδικούς με προσόντα γενικής ιατρικής, 4.203 practitioners (ιατροί χωρίς προσόντα ειδικότητας που ασκούν οικογενειακή ιατρική), 16.305 οικογενειακούς παθολόγους (ειδικούς στην εσωτερική ιατρική) και 7.832 παιδίατρους. Ο αριθμός των ιατρών γενικής ιατρικής παρουσίασε οριακή μείωση 1% μεταξύ 2010 και 2019, ενώ ο αριθμός των ιατρών χωρίς ειδικότητα στη γενική ιατρική μειώθηκε κατά 38% κατά την ίδια περίοδο. Κατά την περίοδο από το 2010 έως το 2019, ο συνολικός αριθμός των ιατρών που ασχολούνται με την οικογενειακή ιατρική αυξήθηκε κατά 4%, σε αντίθεση με τον συνολικό αριθμό των ειδικευμένων ιατρών, ο οποίος παρουσίασε αύξηση 11%. Η μετατόπιση αυτή επιβεβαιώνεται επίσης από μια έκθεση του Συμβουλευτικού Συμβουλίου για την Αξιολόγηση των Εξελίξεων στην Υγεία (Sachverständigenrat im Gesundheitswesen - SVR), η οποία τονίζει την αυξανόμενη τάση υποεξειδίκευσης στο πλαίσιο της σχέσης μεταξύ οικογενειακών ιατρών και ειδικών (Herr και Lessing, 2015).

Στα χρόνια που προηγήθηκαν της αλλαγής της χιλιετίας, το 60% των ιατρών εξωτερικής περίθαλψης ήταν αφιερωμένο στην οικογενειακή περίθαλψη, ενώ το 40%

ήταν εξειδικευμένοι πάροχοι περίθαλψης. Ωστόσο, μέχρι το 2019, η αναλογία αυτή είχε αντιστραφεί. Οι πρωτοβουλίες που δρομολογήθηκαν από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση στις αρχές της δεκαετίας του 2000 αποσκοπούσαν στην αναβάθμιση της θέσης των οικογενειακών ιατρών. Μετά από νομικές διατάξεις που επέτρεπαν σε γιατρούς με εξειδίκευση στην εσωτερική ιατρική και την παιδιατρική να εργάζονται ως οικογενειακοί γιατροί (Hausärzte) και όχι ως ειδικοί γιατροί (Fachärzte), το ποσοστό των οικογενειακών γιατρών γνώρισε προσωρινή αύξηση. Στη συνέχεια, οι οικογενειακοί γιατροί και οι ειδικευμένοι γιατροί υπόκειντο σε διαφορετικά προφίλ αποζημιούμενων υπηρεσιών, ξεχωριστές ομάδες αποζημίωσης και ξεχωριστή εκπροσώπηση στις συνελεύσεις των αντιπροσώπων και στα διοικητικά συμβούλια των περιφερειακών συλλόγων γιατρών του SHI. Ο νόμος για τις δομές περίθαλψης της SHI (2012) ενίσχυσε περαιτέρω την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, εισάγοντας οικονομικά κίνητρα, ιδίως για τους οικογενειακούς γιατρούς, ώστε να ασκούν το επάγγελμα του ιατρού που συνδέεται με την SHI σε υποεφοδιασμένες και αγροτικές περιοχές. Αυτό επιτεύχθηκε με την άρση των ποσοτικών περιορισμών, όπως ο όγκος των τυποποιημένων υπηρεσιών με βάση το ιατρείο, και με την εισαγωγή προσαυξήσεων για ειδικές υπηρεσίες. Παρά τις προσπάθειες αυτές, η έλλειψη γενικών ιατρών εξακολουθεί να υφίσταται στις αγροτικές περιοχές και η διασφάλιση της φροντίδας των οικογενειακών ιατρών στην κοινότητα παραμένει αβέβαιη (Blümel et al., 2020).

4.3.4. Σουηδία

Από το 1995, ο πληθυσμός της Σουηδίας έχει αυξηθεί κατά περίπου 20%, ξεπερνώντας τα 10,4 εκατομμύρια το 2021, γεγονός που οφείλεται κυρίως στη μετανάστευση, ιδίως μεταξύ 2010 και 2020. Ενώ το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω αυξάνεται, ο ρυθμός αύξησης επιβραδύνθηκε μετά το 2015, γεγονός που αποδίδεται κυρίως στην αυξημένη καθαρή μετανάστευση. Το 2021, το 82% του πληθυσμού ηλικίας 65 ετών και άνω παρουσιάζει χρόνιες ασθένειες. Αν και η θνησιμότητα λόγω ηλικίας για τα επικρατούντα αίτια παραμένει συγκριτικά χαμηλή, οι δημογραφικές αλλαγές θέτουν σημαντικές προκλήσεις για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, δεδομένου ότι τα άτομα με χρόνιες παθήσεις συμβάλλουν στο 80-85% των συνολικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης (Janlöv et al., 2023).

Η Σουηδία διαθέτει ένα από τα υψηλότερα προσδόκιμα ζωής παγκοσμίως, με τα στοιχεία να φτάνουν τα 84,8 έτη για τις γυναίκες και τα 81,2 έτη για τους άνδρες το 2021. Ειδικότερα, οι Σουηδοί άνδρες παρουσιάζουν ευνοϊκότερο προσδόκιμο ζωής σε σύγκριση με πολλές άλλες χώρες. Παρά τη σταθερή αύξηση του μέσου προσδόκιμου ζωής, η οποία διακόπηκε μόνο από μια μικρή μείωση κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, εξακολουθούν να υφίστανται διακριτές ανισότητες στην υγεία όσον αφορά το προσδόκιμο ζωής και την αυτοαξιολογούμενη κατάσταση της υγείας σε διάφορα κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Ενώ οι γυναίκες στη Σουηδία τείνουν να ζουν περισσότερο από τους άνδρες, το ποσοστό των γυναικών που δηλώνουν καλή υγεία είναι οριακά χαμηλότερο από εκείνο των ανδρών. Επιπλέον, οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς σε χρόνιες παθήσεις (Janlön et al., 2023).

Οι κύριες αιτίες θανάτου το 2021 και για τα δύο φύλα ήταν οι ασθένειες του κυκλοφορικού συστήματος και ο καρκίνος, που συνολικά αποτελούσαν πάνω από το ήμισυ του συνόλου των θανάτων. Η Σουηδία επέδειξε χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας από ασθένειες του κυκλοφορικού συστήματος και καρκίνο το 2017 σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ, καταγράφοντας 307 και 230 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους, αντίστοιχα, σε αντίθεση με τον μέσο όρο της ΕΕ που είναι 368 και 252 ανά 100.000. Η σημαντική μείωση της θνησιμότητας από κυκλοφοριακές νόσους κατά τη διάρκεια τεσσάρων δεκαετιών συμβάλλει σημαντικά στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Ενώ η θνησιμότητα από καρκίνο έχει μειωθεί κατά 27% στους άνδρες και κατά 17% στις γυναίκες σε διάστημα δύο δεκαετιών, η προσαρμοσμένη στην ηλικία επίπτωση του καρκίνου έχει εκτοξευθεί κατά περίπου 40% από τη δεκαετία του 1970. Αντίθετα, παρατηρείται αξιοσημείωτη αύξηση του επιπολασμού των προβλημάτων ψυχικής υγείας, με σχεδόν τις μισές από τις συνεχιζόμενες περιπτώσεις αναρρωτικών αδειών να αποδίδονται σε κατάθλιψη και άγχος. Οι πρωταρχικοί παράγοντες κινδύνου που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας συνδέονται με τις ανθυγιεινές συνήθειες του τρόπου ζωής, που περιλαμβάνουν τη χρήση καπνού και τις κακές διατροφικές πρακτικές (Janlön et al., 2023).

Η Σουηδία εμφανίζει σχετικά υψηλό αριθμό ιατρών και νοσηλευτών ανά κάτοικο εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ο οποίος ανέρχεται σε περίπου 430 ασκούμενους ιατρούς και 1.085 ασκούμενους νοσηλευτές ανά 100.000 κατοίκους το 2019. Παρά τη γενική αύξηση του ιατρικού δυναμικού από το 2000, ορισμένες περιοχές αναφέρουν ελλείψεις, ιδίως στον τομέα των γενικών ιατρών. Επιπλέον, το ποσοστό των ιατρών που ειδικεύονται στη γενική ιατρική είναι χαμηλότερο στη

Σουηδία σε σύγκριση με ανάλογες χώρες. Ο αριθμός των κατά κεφαλήν εγγεγραμμένων νοσηλευτών παρουσιάζει μείωση από το 2015, με τις περιφέρειες να αναφέρουν ελλείψεις εγγεγραμμένων νοσηλευτών, ιδίως εκείνων που διαθέτουν εξειδικευμένες ικανότητες. Σημαντικές περιφερειακές διαφορές υπάρχουν στην πυκνότητα των επαγγελματιών υγείας ανά κάτοικο, ιδίως για τους γενικούς ιατρούς, παρουσιάζοντας διακυμάνσεις που κυμαίνονται από 55 έως 65 ανά 100.000 κατοίκους μεταξύ των διαφόρων περιοχών. Οι αγροτικές περιοχές αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη συχνότητα κενών θέσεων εργασίας σε σχέση με τη συνολική απασχόληση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Οι περιφέρειες φέρουν την ευθύνη για τον προγραμματισμό τόσο των φυσικών όσο και των ανθρώπινων πόρων. Η απουσία εθνικού σχεδιασμού μπορεί να προκαλέσει αναποτελεσματικότητα, η οποία εκδηλώνεται ως ανεπαρκής προσφορά ορισμένων ειδικοτήτων, ιδίως γενικών ιατρών, και περιφερειακές ανισορροπίες. Η αναλογία των κατοίκων ανά γενικό ιατρό υπερβαίνει το συνιστώμενο σήμερα όριο των 1100 κατοίκων ανά γενικό ιατρό, και ταυτόχρονα, η συχνότητα των κενών θέσεων είναι σημαντική. Επιπλέον, το ποσοστό των ιατρών που ειδικεύονται στη γενική ιατρική στη Σουηδία είναι χαμηλότερο σε σύγκριση με ανάλογες χώρες όπως η Δανία και η Ολλανδία, γεγονός που υποδηλώνει ιστορική έμφαση στις νοσοκομειοκεντρικές εξελίξεις (AHCSA, 2022).

4.4. Η ΠΦΥ στην Ελλάδα

Το σύστημα πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα έχει αξιολογηθεί ως αδύναμο και χαρακτηρίζεται από ελλείψεις τόσο στη δομή της πρωτοβάθμιας περίθαλψης όσον αφορά τις οικονομικές πτυχές και την ανάπτυξη του εργατικού δυναμικού, όσο και στη διαδικασία παροχής υπηρεσιών όσον αφορά την πρόσβαση, τη συνέχεια και την πληρότητα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Kringos et al., 2013). Χρόνια ζητήματα όπως η υποεπένδυση στη δημόσια ΠΦΥ, ο κατακερματισμός στην παροχή δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας και η αντιλαμβανόμενη από τους ασθενείς χαμηλότερη ποιότητα των δημόσιων υπηρεσιών υγείας οδήγησαν στην παθητική ιδιωτικοποίηση του τομέα της ΠΦΥ στην Ελλάδα (Economou et al., 2017).

Η επικρατούσα παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας μέσω ιδιωτικών καναλιών και η ιστορική έμφαση στη νοσοκομειακή περίθαλψη εμπόδισαν την

ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου δημόσιου συστήματος πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης. Ελλείπει μηχανισμού παραπομπής, οι ασθενείς μπορούν να έχουν άμεση πρόσβαση στις υπηρεσίες δευτεροβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης (ΔΥΥ), συμπεριλαμβανομένων των εξωτερικών ιατρείων και των τμημάτων επειγόντων περιστατικών στα δημόσια νοσοκομεία (Economou et al., 2015). Η πρακτική αυτή μπορεί να οδηγήσει σε περιττή επιβάρυνση του τομέα ΔΥΥ, καθώς ορισμένα ιατρικά περιστατικά που θα μπορούσαν να έχουν αντιμετωπιστεί σε πρωτοβάθμιο επίπεδο κλιμακώνονται στη δευτεροβάθμια περίθαλψη. Για την αντιμετώπιση των υφιστάμενων ελλείψεων στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και την καλύτερη κάλυψη των αναγκών του ελληνικού πληθυσμού, η δημιουργία ενός ισχυρού τομέα ΠΦΥ αποτελεί θεμελιώδη λύση. Η προσέγγιση αυτή ευθυγραμμίζεται με τον κοινό στόχο πολλών ευρωπαϊκών συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, με στόχο τη μείωση των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης, τον μετριασμό των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας, τη βελτίωση της συνολικής λειτουργικότητας του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και τελικά τη διασφάλιση της βιωσιμότητας των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Σύμφωνα με τον εθνικό στρατηγικό στόχο της μεταρρύθμισης του τομέα της ΠΦΥ, όλες οι εθνικές δημόσιες υπηρεσίες ΠΦΥ μεταφέρθηκαν από τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας στα Πρωτοβάθμια Εθνικά Δίκτυα Υγείας (ΠΕΔΥ) το 2014. Οι υπηρεσίες αυτές συντονίστηκαν από τις Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ) με στόχο τη δημιουργία ενός συστήματος δύο επιπέδων και την εφαρμογή της λειτουργίας του gatekeeping από το 2017 έως το 2020 (Economou et al., 2017).

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα αντιμετωπίζει κοινωνικο-οικονομικές προκλήσεις παρόμοιες με πολλές αντίστοιχες παγκόσμιες. Τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία δείχνουν ότι η Ελλάδα αντιμετωπίζει μια ταχεία γήρανση του πληθυσμού, που ξεπερνά τον μέσο όρο της ΕΕ-15. Μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ, η Ελλάδα παρουσιάζει τη μικρότερη βελτίωση στην πρόωρη θνησιμότητα από ισχαιμικές καρδιακές παθήσεις, τάση που αποδίδεται σε διάφορους παράγοντες, όπως ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής, ιδίως τα υψηλά ποσοστά καπνίσματος, η παραμέληση των προληπτικών μέτρων και η αργή εξέλιξη της υγειονομικής περίθαλψης. Οι προκλήσεις αυτές, που προϋπήρχαν της οικονομικής ύφεσης, επιδεινώθηκαν από την παρατεταμένη και έντονη ελληνική κρίση, καθιστώντας όλο και πιο δύσκολη τη βελτίωση των συνθηκών υγείας και την ευθυγράμμιση των δεικτών υγείας με τις ευρωπαϊκές τάσεις. Αυτές οι κοινωνικο-δημογραφικές αλλαγές συνδέονται στενά με

την επικράτηση των χρόνιων ασθενειών, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για ένα ολοκληρωμένο, διεπιστημονικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, όπου η πρωτοβάθμια περίθαλψη αναλαμβάνει στρατηγικό ρόλο. Αυτή η αναγκαιότητα ολοκλήρωσης καθίσταται ακόμη πιο ζωτικής σημασίας στην τρέχουσα εποχή της πανδημίας COVID-19 (Emmanouilidou, 2021).

Κατά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, η Ελλάδα γνώρισε σημαντική μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας κατά 28% μεταξύ 2009 και 2015. Έκτοτε, οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία έχουν σταθεροποιηθεί στο 5% περίπου του ΑΕΠ. Ωστόσο, σε αυτό το περιορισμένο οικονομικό περιβάλλον, οι υποχρεώσεις μετά την έξοδο από το πρόγραμμα δράσης για την υγεία συνεπάγονται δυνητικούς περαιτέρω περιορισμούς στις μελλοντικές δαπάνες δημόσιας υγείας. Ταυτόχρονα, οι υψηλές ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία, κυρίως με τη μορφή πληρωμών από την τσέπη, επιβάλλουν σημαντικές οικονομικές επιβαρύνσεις στους ασθενείς και επιτείνουν την άνιση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Αξίζει να σημειωθεί ότι τουλάχιστον το 10% του ελληνικού πληθυσμού αναφέρει ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης λόγω οικονομικών περιορισμών, αποστάσεων ταξιδιού ή παρατεταμένων χρόνων αναμονής, με τα οικονομικά εμπόδια να αποτελούν το κύριο εμπόδιο στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat (Emmanouilidou, 2021).

Το ΕΑΠ περιέγραψε ένα χρονοδιάγραμμα μεταρρύθμισης της ΠΦΥ για το 2017/18, με στόχο τη δημιουργία 240 ΤΟΜΥ έως τον Ιούνιο του 2018. Αυτός ο φιλόδοξος στόχος αναδιάρθρωσης αντιμετώπισε προκλήσεις, ιδίως όσον αφορά την πρόσληψη του απαραίτητου ιατρικού προσωπικού. Η πλήρης εφαρμογή της μεταρρύθμισης μετατέθηκε για την περίοδο 2018-2020. Ο στόχος κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης ήταν η επίτευξη κάλυψης του πληθυσμού κατά 25%, με επακόλουθο στόχο την επίτευξη κάλυψης του πληθυσμού κατά 80% μεταξύ 2021 και 2027 (Emmanouilidou, 2021).

Τον Αύγουστο του 2017, η κυβέρνηση του ΣΥΡΙΖΑ στην Ελλάδα θέσπισε τη μεταρρύθμιση της ΠΦΥ (νόμος 4486/2017), βασιζόμενη στις βέλτιστες διεθνείς πρακτικές, ιδίως στις κατευθυντήριες γραμμές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και της ΕΕ, οι οποίες υποστηρίζουν την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ με βάση την κοινότητα στις εθνικές πολιτικές υγείας (Emmanouilidou, 2021).

Η μεταρρύθμιση αυτή εισήγαγε δύο βασικούς πυλώνες της ΠΦΥ. Ο πρώτος πυλώνας περιελάμβανε τις νεοσύστατες ΤΟΜΥ, ενώ ο δεύτερος πυλώνας

περιελάμβανε τα υφιστάμενα Κέντρα Υγείας (ΚΥ) που εξυπηρετούν κυρίως αγροτικές περιοχές και είναι προσβάσιμα 24 ώρες το 24ωρο, καθώς και τις μονάδες ΠΕΔΥ, οι οποίες επίσης μετονομάστηκαν σε ΚΥ. Η μεταρρύθμιση αναβάθμισε το ρόλο των ΕΚ, ενισχύοντας τη λειτουργία τους, διευρύνοντας τις αρμοδιότητές τους και μετατρέποντάς τα σε εξειδικευμένους και διαγνωστικούς φορείς παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Αυτά τα αναζωογονημένα ΗC διαχειρίζονταν πλέον πιο περίπλοκες καταστάσεις υγείας, προσφέροντας εξειδικευμένες υπηρεσίες πρόληψης, διαγνωστικές και απεικονιστικές εξετάσεις, φροντίδα μητέρας και παιδιού, οδοντιατρικές υπηρεσίες και χειρουργικές θεραπείες. Επιπλέον, μπορούσαν να αξιολογούν περιπτώσεις και να τις παραπέμπουν για περαιτέρω αξιολόγηση σε δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης (Emmanouilidou, 2021).

Κεντρικό ρόλο στη μεταρρύθμιση της ΠΦΥ διαδραμάτισε η εισαγωγή της TOMY ως πλαισίου παροχής πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης. Αυτή η προσέγγιση, που είχε προταθεί νωρίτερα για το ελληνικό πλαίσιο, αποκέντρωσε την ΠΦΥ σε κέντρα υγείας με βάση την κοινότητα που βρίσκονται στις γειτονίες. Κάθε TOMY, υπό τη διακυβέρνηση του αντίστοιχου ΕΚ στον γεωγραφικό του τομέα, στελεχωνόταν από μια διεπιστημονική ομάδα έως 12 μελών. Οι TOMY προσέφεραν διάφορες υπηρεσίες υγείας, συμπεριλαμβανομένης της προληπτικής φροντίδας, του προγραμματισμού περιοδικών εξετάσεων, της ολοκληρωμένης φροντίδας ασθενών, της θεραπείας χρόνιων ασθενειών, των παραπομπών, της διαχείρισης επειγόντων μη σοβαρών θεμάτων και των δημόσιων υπηρεσιών, όπως ο εμβολιασμός και η κατ' οίκον φροντίδα. Ένα κρίσιμο στοιχείο της TOMY ήταν ο ρόλος του "οικογενειακού γιατρού", συνήθως γενικού ιατρού ή παθολόγου, που ενεργούσε ως φύλακας και καθοδηγούσε τους ασθενείς στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Αυτοί οι οικογενειακοί γιατροί, υπεύθυνοι για έναν πληθυσμό 1500 έως 2500 ασθενών, διαχειρίζονταν χρόνιες ασθένειες και προωθούσαν προληπτικές παρεμβάσεις. Όταν οι πολίτες εγγράφονταν σε μια τοπική TOMY, ο οικογενειακός γιατρός δημιουργούσε τον Προσωπικό Φάκελο Υγείας του ασθενούς, ένα θεμελιώδες εργαλείο που ενισχύει την παροχή υπηρεσιών και διασφαλίζει τη συνέχεια της περίθαλψης σε όλα τα επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης. Αυτή η δομή προσωπικού φακέλου υγείας αποτελεί τη βάση για την αποτελεσματική ολοκληρωμένη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή, δίνοντας έμφαση στην προληπτική προαγωγή της υγείας, στην αυτοδυναμία των ασθενών στη διαχείριση των χρόνιων παθήσεων και στην απρόσκοπτη

ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ όλων των επιπέδων περίθαλψης (Emmanouilidou, 2021).

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, η Ελλάδα παρουσιάζει σταθερά υψηλές ιδιωτικές δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη, οι οποίες έφτασαν το 38% το 2016, με περίπου 35% να αποδίδεται σε δαπάνες OOP για φάρμακα, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και νοσοκομειακές υπηρεσίες (OECD, 2019). Λόγω των χαμηλών επιπέδων ικανοποίησης και της σημαντικής δυσπιστίας προς τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, οι Έλληνες ασθενείς επιλέγουν παραδοσιακά την ταχύτερη και καλύτερη πρόσβαση στην περίθαλψη με ιδιωτικά μέσα, τα οποία διευκολύνονται από τις άμεσες πληρωμές (World Health Organization Regional Office for Europe, 2019). Σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης παρέχονται κατά κύριο λόγο από τον ιδιωτικό τομέα. Συγκεκριμένα, οι περισσότεροι πάροχοι πρωτοβάθμιας περίθαλψης λειτουργούν ως ειδικοί σε εξωτερικά ιατρεία, στα οποία οι ασθενείς μπορούν να έχουν πρόσβαση χωρίς παραπομπή. Ομοίως, τα διαγνωστικά κέντρα είναι κατά κύριο λόγο ιδιωτικά, με τον τομέα αυτό να αποτελεί τον μοναδικό πάροχο σε ορισμένες μικρές πόλεις και νησιά. Για τις διαγνωστικές υπηρεσίες, απαιτείται καταβολή συνεισφοράς 15% όταν υποβάλλονται σε εξετάσεις σε ιδιωτικά συμβεβλημένα κέντρα, ενώ είναι απαραίτητη η πλήρης πληρωμή OOP σε μη συμβεβλημένες εγκαταστάσεις (World Health Organization Regional Office for Europe, 2019). Στο πλαίσιο των συνεχιζόμενων οικονομικών προκλήσεων, το κόστος της ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί σημαντικό εμπόδιο για ένα μέρος του ελληνικού πληθυσμού, ιδίως για τα νοικοκυριά με χαμηλό εισόδημα, οδηγώντας σε περιορισμένη πρόσβαση. Το 2017, το 10% των νοικοκυριών αντιμετώπιζε καταστροφικές δαπάνες για την υγεία και σχεδόν το 20% των φτωχότερων νοικοκυριών είχε ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας (OECD, 2019). Η διαδεδομένη πρακτική των άτυπων πληρωμών, που αποτελούν περίπου το ένα τέταρτο των δαπανών OOP, επιδεινώνει αυτή τη διαφορά (Emmanouilidou, 2021).

Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, η παρούσα εργασία υπογραμμίζει τον καθοριστικό ρόλο των γενικών ιατρών στα συστήματα υγείας και στα ευρύτερα κοινωνικά πλαίσια. Η ολοκληρωμένη διερεύνηση των συστημάτων υγείας, της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, των συστημάτων αμοιβής των ιατρών και του μοναδικού θεσμού του οικογενειακού ιατρού αποκαλύπτει ότι οι γενικοί ιατροί διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στην παροχή ολοκληρωμένης και προσβάσιμης υγειονομικής περίθαλψης.

Η συζήτηση σχετικά με τα θεωρητικά μοντέλα και τις πρακτικές εκφάνσεις υπογραμμίζει την κεντρική σημασία της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, τοποθετώντας τους γενικούς ιατρούς ως πρόσωπα-κλειδιά στην προώθηση της προληπτικής φροντίδας, της έγκαιρης παρέμβασης και των ασθενοκεντρικών προσεγγίσεων. Η εξέταση των συστημάτων αμοιβής, ιδίως των μοντέλων αμοιβής για την απόδοση, υπογραμμίζει την ανάγκη παροχής κινήτρων στους γενικούς ιατρούς για τη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας της περίθαλψης. Αναγνωρίζοντας το σημερινό τοπίο αποζημίωσης στην Ελλάδα, οι στρατηγικές τροποποιήσεις είναι επιβεβλημένες για την ενίσχυση των κινήτρων παραγωγικότητας και κόστους-αποτελεσματικότητας, εξασφαλίζοντας επαρκή κίνητρα για τους γενικούς ιατρούς στον κομβικό τους ρόλο.

Η διερεύνηση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, που εκτείνεται στην ιστορική εξέλιξη και τη σύγχρονη δυναμική, υπογραμμίζει τις πολύπλευρες ευθύνες των γενικών γιατρών. Πέρα από την ιατρική εμπειρογνωμοσύνη, οι γενικοί ιατροί είναι αναπόσπαστο μέρος της ολιστικής φροντίδας των ασθενών, ενεργούν ως συνήγοροι της δημόσιας υγείας και διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στην πρόληψη των ασθενειών και την προαγωγή της υγείας.

Από κοινωνική άποψη, οι γενικοί ιατροί αναδεικνύονται σε βασικούς πυλώνες που αντιμετωπίζουν τόσο τις άμεσες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης όσο και συμβάλλουν σημαντικά στη συνολική ευημερία και ανθεκτικότητα των κοινοτήτων. Η προσβασιμότητα, η συνέχεια της περίθαλψης και η εμπλοκή τους στην κοινότητα καθιστούν τους γενικούς ιατρούς ουσιαστικούς στην αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία, στην προώθηση της ισότητας στην υγεία και στην προώθηση μιας προληπτικής κουλτούρας υγειονομικής περίθαλψης.

Ουσιαστικά, η παρούσα διπλωματική εργασία υπογραμμίζει την επείγουσα ανάγκη να αναγνωριστεί και να ενισχυθεί ο ρόλος των γενικών γιατρών ως απαραίτητων συντελεστών σε ισχυρά συστήματα υγείας και επιδραστικών παραγόντων στη διαμόρφωση μιας πιο υγιούς και ανθεκτικής κοινωνίας. Μέσω στρατηγικών εκτιμήσεων πολιτικής και συνεχούς υποστήριξης, η κοινωνία μπορεί να αξιοποιήσει πλήρως το δυναμικό των γενικών γιατρών στην πλοήγηση στις πολυπλοκότητες της υγειονομικής περίθαλψης και στην ικανοποίηση των εξελισσόμενων αναγκών των ατόμων και των κοινοτήτων.

Περαιτέρω έρευνα σε επόμενο επίπεδο, θα ήταν χρήσιμο να εξετάσει τις απόψεις και τις εμπειρίες των γενικών ιατρών σχετικά με την επαγγελματική τους κατάσταση. Ακόμη, σχετικά με την κατάσταση στο εξωτερικό, η έρευνα θα μπορούσε να περιλαμβάνει τις απόψεις των γενικών ιατρών ως προς το φαινόμενο brain drain και εάν οι ίδιοι θα σκέφτονταν να φύγουν στο εξωτερικό για καλύτερες εργασιακές συνθήκες, και εάν ναι, σε ποιά χώρα.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση

AHCSA (2022). *Nationelluppföljningavhälso- ochsjukvården 2022*. [online] www.vardanalys.se. Προσβάσιμοστο: <https://www.vardanalys.se/rapporter/nationell-uppfoljning-av-halso-och-sjukvarden-2022/> [Accessed 14 Nov. 2023].

Allen, J., Gay, B., Crebolder, H., Heyrman, J., Svab, I. and Ram, P. (2002). The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, [online] 52(479), pp.526–527. Προσβάσιμοστο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12051237/> [Accessed 14 Nov. 2023].

Barker, C. (1996). *The health care policy process*. London: Sage.

Behera, B.K. and Prasad, R. (2022). Primary health-care goal and principles. *Healthcare Strategies and Planning for Social Inclusion and Development*, 1, pp.221–239. doi:<https://doi.org/10.1016/b978-0-323-90446-9.00008-3>.

Benassi, D. (2010). ‘Father of the Welfare State’? Beveridge and the Emergence of the Welfare State. *Sociologia*, (3). doi:<https://doi.org/10.2383/33647>.

Beveridge, W. (1942). *Beveridge Report*. [online] UK Parliament. Προσβάσιμοστο:<https://www.parliament.uk/about/living-heritage/transformingsociety/livinglearning/coll-9-health1/coll-9-health/>.

Blümel, M., Spranger, A., Achstetter, K., Maresso, A. and Busse, R. (2020). *Germany Health System Review 2020*. [online] World Health Organization. Προσβάσιμοστο: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341674/HiT-22-6-2020-eng.pdf?sequence=1>.

BMG (2020). *Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz*. [online] www.bundesgesundheitsministerium.de. Προσβάσιμοστο: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/intensivpflegegesetz.html> [Accessed 14 Nov. 2023].

Brouwer, W., Maeseneer, J.D., Lehtonen, L., Marušič, D. and Thomson, S. (2014). *Report of the EXPERT PANEL ON EFFECTIVE WAYS OF INVESTING IN HEALTH (EXPH) on Definition of a Frame of Reference in relation to Primary Care with a special emphasis on Financing Systems and Referral Systems*. [online] Προσβάσιμο στο: https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-11/004_definitionprimarycare_en_0.pdf.

Campbell, S.M., Reeves, D., Kontopantelis, E., Sibbald, B. and Roland, M. (2009). Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England. *New England Journal of Medicine*, 361(4), pp.368–378. doi:<https://doi.org/10.1056/nejmsa0807651>.

Chung, M. (2017). *Health Care Reform: Learning From Other Major Health Care Systems | Princeton Public Health Review*. [online] Princeton.edu. Προσβάσιμο σε: <https://pphr.princeton.edu/2017/12/02/unhealthy-health-care-a-cursory-overview-of-major-health-care-systems/>.

Cylus, J., Richardson, E., Findley, L., Longley, M., O’Neill, C. and Steel, D. (2015). United Kingdom: Health System Review. *Health Systems in Transition*, [online] 17(5), pp.1–126. Προσβάσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27049966/>.

Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M. and Maresso, A. (2017). Greece: Health System Review. *Health Systems in Transition*, [online] 19(5), pp.1–166. Προσβάσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29972131/>.

Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M. and Maresso, A. (2017). Greece: Health System Review. *Health Systems in Transition*, [online] 19(5), pp.1–166. Προσβάσιμο σε: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29972131/>.

Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Maresso, A. and Sissouras, A. (2015). *The impact of the crisis on the health system and health in Greece*. [online] Nih.gov. Προσβάσιμο σε: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK447857/>.

Ellegård, L.M., Dietrichson, J. and Anell, A. (2018). Can pay-for-performance to primary care providers stimulate appropriate use of antibiotics? *Health Economics*, 27(1), pp.e39–e54. doi:<https://doi.org/10.1002/hec.3535>.

Elrick, H. (1980). A new definition of health. *Journal of the National Medical Association*, [online] 72(7), pp.695–9. Προσβάσιμωση: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2552511/> [Accessed 15 Jun. 2023].

Emmanouilidou, M. (2021). The 2017 Primary Health Care (PHC) reform in Greece: Improving access despite economic and professional constraints? *Health Policy*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.12.017>.

Eurofound (2021). *Living, working and COVID-19 e-survey | European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*. [online] www.eurofound.europa.eu. Προσβάσιμωση: <https://www.eurofound.europa.eu/en/surveys/living-working-and-covid-19-e-survey>

European Commission (2020). *Special Eurobarometer 502: Corruption*. [online] data.europa.eu. Προσβάσιμωση: https://data.europa.eu/data/datasets/s2247_92_4_502_eng?locale=en.

European Public Health Alliance (2020). *Access to health is a luxury for stranded refugees in Greece*. [online] <https://epha.org/>. Προσβάσιμωση: <https://epha.org/access-to-health-is-a-luxury-for-stranded-refugees-in-greece/>.

Evans, R.G. (1997). Health care reform: who's selling the market, and why? *Journal of Public Health*, 19(1), pp.45–49. doi:<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.pubmed.a024586>.

Figueras, J. and McKee, M. (2012). *Assessing the case for investing in health systems*. [online] Προσβάσιμωση: <https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/studies---external/health-wealth-social-wellbeing.pdf>.

Freund, T., Everett, C., Griffiths, P., Hudon, C., Naccarella, L. and 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? *International Journal of Nursing Studies*, [online] 52(3), pp.727–743. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.014>.

Gilson, L. (2003). Trust and the development of health care as a social institution. *Social Science & Medicine*, 56(7), pp.1453–1468. doi:[https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00142-9](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00142-9).

Hall, L.H., Johnson, J., Watt, I. and O'Connor, D.B. (2019). Association of GP wellbeing and burnout with patient safety in UK primary care: a cross-sectional survey. *British Journal of General Practice*, 69(684), pp.e507–e514. doi:<https://doi.org/10.3399/bjgp19x702713>.

Heinrich, A. (2022). The Emergence of the Socialist Healthcare Model After the First World War. *International Impacts on Social Policy*, pp.35–46. doi:https://doi.org/10.1007/978-3-030-86645-7_4.

Herr, D. and Lessing, C. (2015). Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, [online] 68(6), pp.7–14. doi:<https://doi.org/10.5771/1611-5821-2014-6-7>.

Himmelstein, D.U., Warren, E., Thorne, D. and Woolhandler, S. (2005). Illness And Injury As Contributors To Bankruptcy. *Health Affairs*, 24(Suppl1), pp.W5-63W5-73. doi:<https://doi.org/10.1377/hlthaff.w5.63>.

Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Horst, H. v. d., Jadad, A.R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M.I., Meer, J.W.M. v. d., Schnabel, P., Smith, R., Weel, C. v. and Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, [online] 343(343), pp.d4163–d4163. doi:<https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>.

ILO (2008). *Social Health Protection An ILO strategy towards universal access to health care*. [online] Προσβάσιμο σε:https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_secsoc_5956.pdf.

Janlöv, N., Blume, S., Glenngård, A., Hanspers, K., Anell, A. and Merkur, S. (2023). Health system review Sweden. *Health Systems in Transition*, [online] 25(4). Προσβάσιμο στο: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/372708/9789289059473-eng.pdf?sequence=8>.

Karanikolos, M., Mackenbach, J.P., Nolte, E., Stuckler, D. and McKee, M. (2018). Amenable mortality in the EU—has the crisis changed its course? *European Journal of Public Health*, 28(5), pp.864–869. doi:<https://doi.org/10.1093/eurpub/cky116>.

KBV (2022). *Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister*. [online] www.kbv.de. Προσβάσιμο στο: <https://www.kbv.de/html/bundesarztregister.php> [Accessed 14 Nov. 2023].

Kondo, K.K., Damberg, C.L., Mendelson, A., Motu'apuaka, M., Freeman, M., O'Neil, M., Relevo, R., Low, A. and Kansagara, D. (2016). Implementation Processes and Pay for Performance in Healthcare: A Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine*, 31(S1), pp.61–69. doi:<https://doi.org/10.1007/s11606-015-3567-0>.

Kringos, D., Boerma, W., Bourgueil, Y., Cartier, T., Dedeu, T., Hasvold, T., Hutchinson, A., Lember, M., Oleszczyk, M., Pavlic, D.R., Svab, I., Tedeschi, P., Wilm, S., Wilson, A., Windak, A., Van der Zee, J. and Groenewegen, P. (2013). The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *British Journal of General Practice*, [online] 63(616), pp.e742–e750. doi:<https://doi.org/10.3399/bjgp13x674422>.

Last, J.M. (2007). *A dictionary of public health*. 1st ed. Oxford: Oxford University Press.

Lester, H., Matharu, T., Mohammed, M.A., Lester, D. and Foskett-Tharby, R. (2013). Implementation of pay for performance in primary care: a qualitative study 8 years after introduction. *British Journal of General Practice*, 63(611), pp.e408–e415. doi:<https://doi.org/10.3399/bjgp13x668203>.

McCoy, D. and Allotey, P. (2021). *An Introduction to Health Systems*. [online] Cambridge University Press. Προσβάσιμο σε: <https://www.cambridge.org/core/books/systems-thinking-analyses-for-health-policy-and-systems-development/an-introduction-to-health-systems/2910546A898D34D6C96092A5042F8311>.

McDonald, R., Harrison, S. and Checkland, K. (2008). Incentives and control in primary health care: findings from English pay-for-performance case studies. *Journal of Health Organization and Management*, 22(1), pp.48–62. doi:<https://doi.org/10.1108/14777260810862407>.

Monitor (2014). *Walk-in centre review: final report and recommendations*. [online] Προσβάσιμο στο:

<https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a750a5be5274a59fa716ed2/WalkInCentreFinalReportFeb14.pdf> [Accessed 14 Nov. 2023].

Myloneros, T. and Sakellariou, D. (2021). The effectiveness of primary health care reforms in Greece towards achieving universal health coverage: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 21(1). doi:<https://doi.org/10.1186/s12913-021-06678-9>.

NHS (2019). *Free NHS prescriptions | NHSBSA*. [online] [Nhsbsa.nhs.uk](https://www.nhs.uk). Προσβάσιμο στο: <https://www.nhsbsa.nhs.uk/help-nhs-prescription-costs/free-nhs-prescriptions>.

OECD (2019). *Greece: Country Health Profile 2019 | en | OECD*. [online] www.oecd.org. Προσβάσιμο σε: <https://www.oecd.org/publications/greece-country-health-profile-2019-d87da56a-en.htm>.

OECD (2019). *Health at a Glance*. OECD. doi:<https://doi.org/10.1787/19991312>.

OECD (2020). *Health at a Glance: Europe*. [online] www.oecd.org. Προσβάσιμο στο: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe/>.

OECD (2021). *Greece: Country Health Profile 2021. State of Health in the EU*. OECD. doi:<https://doi.org/10.1787/4ab8ea73-en>.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017). *Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017 | READ online*. [online] oecd-ilibrary.org. OECD Publishing. Προσβάσιμο στο: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/da-f-e-a-2017_9789264285224-el [Accessed 14 Nov. 2023].

Park, M., Braun, T.K., Carrin, G. and Evans, D.B. (2007). *Provider payments and cost-containment lessons from OECD countries*. OECD.

Popham, F. (2015). Deprivation is a relative concept? Absolutely! *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(3), pp.199–200. doi:<https://doi.org/10.1136/jech-2013-203734>.

Rudmik, L., Wranik, D. and Rudisill-Michaelsen, C. (2014). Physician payment methods: a focus on quality and cost control. *Journal of Otolaryngology - Head & Neck Surgery*, [online] 43(1). doi:<https://doi.org/10.1186/s40463-014-0034-6>.

Sagan, A., Panteli, D., Borkowski, W., Dmowski, M., Domanski, F., Czyzewski, M., Gorynski, P., Karpacka, D., Kiersztyn, E., Kowalska, I., Ksiezak, M., Kuszewski, K., Lesniewska, A., Lipska, I., Maciag, R., Madowicz, J., Madra, A., Marek, M., Mokrzycka, A. and Poznanski, D. (2011). Poland health system review. *Health Systems in Transition*, [online] 13(8), pp.1–193. Προσβάσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22551527/> [Accessed 27 Oct. 2022].

Saint-Lary, O., Leroux, C., Dubourdiou, C., Fournier, C. and François-Pursell, I. (2015). Patients' views on pay for performance in France: a qualitative study in primary care. *The British Journal of General Practice*, [online] 65(637), pp.e552–e559. doi:<https://doi.org/10.3399/bjgp15X686149>.

Smółka, J. (2022). *Institutional Analysis of Healthcare Systems in Selected Developed Countries*. [online] brill.com. Προσβάσιμο σε: <https://brill.com/display/book/9789004517295/BP000012.xml>.

Starfield, B. (2001). Basic Concepts in Population Health and Health Care. *Journal of Epidemiology & Community Health*, [online] 55(7), pp.452–454. doi:<https://doi.org/10.1136/jech.55.7.452>.

Thomson, S., Cylus, J. and Evetovits, T. (2019). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. *Eurohealth*, [online] 25(3), pp.41–46. Προσβάσιμο σε: <https://iris.who.int/handle/10665/332516>

Tragakes, E., Brigis, G., Karaskevica, J., Rurane, A., Stuburs, A. and Zusmane, E. (2008). Latvia Health system review. *Health Systems in Transition*, 10(2).

Turcotte-Tremblay, A.-M., Spagnolo, J., De Allegri, M. and Ridde, V. (2016). Does performance-based financing increase value for money in low- and middle- income countries? A systematic review. *Health Economics Review*, 6(1). doi:<https://doi.org/10.1186/s13561-016-0103-9>.

Vladescu, C., Scintee, S.G., Olsavszky, V., Hernandez-Quevedo, C. and Sagan, A. (2016). Romania: Health System Review. *Health Systems in Transition*, [online] 18(4), pp.1–170. Προσβάσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27603897/>.

Walt, G. and Gilson, L. (1994). Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*, 9(4), pp.353–370. doi:<https://doi.org/10.1093/heapol/9.4.353>.

WHO (2000). *The world health report 2000*. [online] www.who.int. Προσβάσιμο σε:<https://www.who.int/publications/i/item/924156198X>.

WHO (2001). *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. [online] www.who.int. Προσβάσιμο σε:<https://www.who.int/publications/i/item/924154550X>

WHO (2006). *Constitution of the World Health Organization*. [online] Προσβάσιμο σε:https://www.afro.who.int/sites/default/files/pdf/generic/who_constitution_en.pdf.

WHO (2007). *Everybody's business -- strengthening health systems to improve health outcomes*. [online] www.who.int. Προσβάσιμο σε:<https://www.who.int/publications/i/item/everybody-s-business----strengthening-health-systems-to-improve-health-outcomes>.

WHO (2021a). *European Observatory on Health Systems and Policies*. [online] eurohealthobservatory.who.int. Προσβάσιμο σε:<https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/hsrm/overview>.

WHO (2021b). *Primary health care*. [online] Προσβάσιμο σε:<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>.

WHO (2023). *First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986*. [online] World Health Organization. Προσβάσιμο σε:<https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>.

WHO, World Bank (2005). *Dying for change : Poor people's experience of health and ill-health*. [online] World Bank. Προσβάσιμο σε:<https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/123521468332446432/dying-for-change-poor-peoples-experience-of-health-and-ill-health>

WONCA (2023). *THE EUROPEAN DEFINITION OF GENERAL PRACTICE / FAMILY MEDICINE*. [online] Προσβάσιμο στο: <https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine>.

World Health Organization (2023a). *France: health system review 2023*. [online] eurohealthobservatory.who.int. Προσβάσιμο στο: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/france-health-system-review-2023>.

World Health Organization (2023b). *Global Health Observatory data repository: Medical doctors*. [online] Who.int. doi:<https://doi.org/MINERVA%20URL%20TO%20PAGE>.

World Health Organization Regional Office for Europe (2019). Monitoring and documenting systemic and health effects of health reforms in Greece: assessment report. *iris.who.int*. [online] Προσβάσιμο σε: <https://iris.who.int/handle/10665/346262?locale-attribute=de&show=full>

Wright, B., Lockyer, J., Fidler, H. and Hofmeister, M. (2007). Roles and responsibilities of family physicians on geriatric health care teams. *Canadian Family Physician*, [online] 53(11), pp.1954–1955. Προσβάσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2231491/>.

Ελληνική

Αντεριώτη, Π. and Αντωνίου, Γ. (2014). Ικανοποίηση ασθενών από τη φροντίδα υγείας. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, [online] 1(1), pp.62–68. Προσβάσιμο στο: https://www.spnj.gr/articlefiles/volume3_issue1/316.pdf.

Βραχάτης, Δ.Α. and Παπαδόπουλος, Α. (2012). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και Προοπτικές. *Νοσηλευτική*, 51(1), pp.10–17.

Βραχνέλη, Α. (2017). *Πρωτοβάθμια Περίθαλψη και Σύστημα Υγείας: Μεταρρυθμιστικές Προσπάθειες, Προβλήματα και προοπτικές*. Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης.

Γιανασμίδης, Α. and Τσιαούση, Μ. (2012a). 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), pp.106–115.

Γιανασμίδης, Α. and Τσιαούση, Μ. (2012b). 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), pp.106–115.

Γκουλιαβέρας, Β. and Νιάκας, Δ. (2022). Μέθοδοι αποζημίωσης ιατρών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας Πρόταση τροποποίησης των μεθόδων πληρωμής βάσει κινήτρων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 39(4), pp.500–507.

Ζέρβας, Δ. (2020). Εννοιολογική προσέγγιση της ποιότητας και προσδιορισμός της στις υπηρεσίες υγείας. *InterscientificHealthCare*, 12(1), pp.8–21.

Θανασάς, Ι.Κ. (2019). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. *Επιστημονικά Χρονικά*, 24(3), pp.347–361.

Καραγιάννη, Μ., Σηφάκη-Πιστόλλα, Δ., Χατζέα, Β.Ε., Τριγώνη, Μ., Κούτης, Α., Πιτέλου, Ε. and Λιονής, Χ. (2017). Διασύνδεση δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα Μελέτη υφιστάμενης κατάστασης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 34(3), pp.343–362.

Κυριόπουλος, Γ. (2013). *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως 'Πύλη Εισόδου' των διαρθρωτικών αλλαγών στην υγεία*. ΕΣΔΥ.

Κυριόπουλος, Γ., Λιόντης, Χ., Δημολιάτης, Γ., Μερκούρης, Μ.-Π., Οικονόμου, Χ., Τσάκος, Γ. and Φιλαλήτης, Α. (2000). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 12(4), pp.169–188.

Λιονής, Χ., Θηραίος, Ε. and Παπανικολάου, Ν. (2016). *Ποιότητα και αποδοτικότητα στην ΠΦΥ – Αξιολόγηση και σχεδιασμός των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ*. [online]

Ιατρική Εταιρεία Αθηνών. Προσβάσιμο στο:
https://www.mednet.gr/externals/wow/tinymce/source/2016%20klinika/Klin_1_Lionis-Thiraios-Papanikolaou_HR.pdf [Accessed 14 Nov. 2023].

Μακράκης, Α. (2018). Τα οφέλη στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και στον ασθενή από την εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού. *Το βήμα του Ασκληπείου*, [online] 17(2), pp.88–101. doi:<https://doi.org/10.5281/zenodo.1211003>.

Μπεζεβέγκη, Α. (2017). *Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φρο-ντίδας υγείας από την πλευρά των εξυπηρετούμενων στο ΠΕΔΥ – Κέντρο Υγείας Βόνιτσας*.

Ξένος, Π., Νεκτάριος, Μ., Πολύζος, Ν. and Υφαντόπουλος, Ι. (2014). Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(2), pp.172–185.

Οδηγός του Πολίτη (2018). *Οικογενειακοί ιατροί συμβεβλημένοι με ΕΟΠΥΥ από 01-08-2018*. [online] Οδηγός του Πολίτη. Προσβάσιμο στο: <https://www.odigostoupoliti.eu/oikogeneiakoi-iatroi-symvevlimenoi-me-eopyy-aro-01-08-2018/> [Accessed 14 Nov. 2023].

Πετρέλης, Μ. and Δομάγερ, Φ.Ρ. (2016). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. *Το βήμα του Ασκληπείου*, 15(4), pp.365–379.

Πολύζος, Ν. (2013). *Μελέτη Οργάνωσης-Χρηματοδότησης Μονάδων ΠΦΥ που Συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ*. Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.

Ποτήρης, Α. and Σαράφης, Π. (2014). Ανασκόπηση του νομοθετικού πλαισίου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – Προτάσεις βελτίωσης. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 6(3), pp.116–121.

Σαράντου, Π. (2017). *Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και χρόνιες παθήσεις*.

Σουλιώτης, Κ., Θηραίος, Ε., Καϊτελίδου, Δ., Παπαδακάκη, Μ., Τσαντίλας, Π., Τσιρώνη, Μ. and Ψαλτοπούλου, Θ. (2013). *Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. Επιστημονική Επιτροπή για την υποστήριξη της μεταρρύθμισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Υπουργείο Υγείας (2021). *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2021-2025*. [online] Υπουργείο Υγείας. Προσβάσιμο σε:<https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/ethnika-sxeda-drashs/8776-ethniko-sxedio-drashs-gia-th-dhmosia-ygeia-2021-2025>.

Φιλαλήθης, Α. (2021). Ορόσημα στην εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, [online] 38(5). Προσβάσιμο σε:
<https://www.mednet.gr/archives/2021-5/675per.html>.

Χριστοδούλου, Π. (2018). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα και την Ευρώπη. *Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδας*, 14(2), pp.46–54.