



**ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ:  
ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ**



**Φοιτήτρια  
ΣΑΜΑΡΙΚΑ ΧΡΙΣΤΙΝΑ (Α.Μ. 17041)**

**Επιβλέπουσα καθηγήτρια:  
Δρ. Πηνελόπη Σωτηροπούλου**

**ΑΘΗΝΑ, 2021**

**Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή**

**Αθήνα: 15/07/2021**

**ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ**

1. Επιβλέπουσα καθηγήτρια

Πηνελόπη Σωτηροπούλου

Επίκουρη Καθηγήτρια

2. Μέλος επιτροπής

Δήμητρα Περηφάνου

Λέκτορας

3. Μέλος επιτροπής

Βενετία Νοταρά

Επίκουρη Καθηγήτρια

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ/ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η Χριστίνα Σαμαρίκα του Ιωάννη, με αριθμό μητρώου 17041 φοιτητής/τρια του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Τμήματος Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας, δηλώνω υπεύθυνα ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της πτυχιακής/διπλωματικής 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



*Στην οικογένειά μου*

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Αρχικά, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην επιβλέπουσα καθηγήτρια της διπλωματικής μου εργασίας, Δρ. Πηνελόπη Σωτηροπούλου, Επίκουρη Καθηγήτρια Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Τμήματος Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλαν ώστε να ολοκληρωθεί η εργασία αυτή και όλους εκείνους που με βοήθησαν και μου συμπαραστάθηκαν με οποιονδήποτε τρόπο, κατά τη διάρκεια της φοίτησής μου στο Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής.

Τέλος, επιθυμώ να εκφράσω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου, η οποία με στήριξε ψυχολογικά, αλλά και οικονομικά καθ' όλη τη διάρκεια του Προπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών και είναι πάντα δίπλα μου σε κάθε μου απόφαση.

*«Κάλλιον το προλαμβάνειν  
ή το θεραπεύειν»*

*«Η πρόληψη είναι καλύτερη  
από τη θεραπεία»*

*Ιπποκράτης ο Κώος , 460 - 370 π.χ.*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το θέμα αυτής της εργασίας είναι η παρούσα κατάσταση και οι προοπτικές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Πιο συγκεκριμένα, δίνονται κάποιοι βασικοί ορισμοί σχετικά με την υγεία και την ΠΦΥ. Γίνεται ακόμη αναφορά στις υπηρεσίες που παρέχει η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στις Τοπικές Μονάδες Υγείας, στην Ομάδα Υγείας, στον/στην Επισκέπτη/τρια Υγείας, στα Κέντρα Υγείας και στο σύστημα υγείας. Έπειτα, επισημαίνεται πως οι μεταρρυθμίσεις που έχει υποστεί η ΠΦΥ στην Ελλάδα, από την ίδρυση του κράτους μέχρι και σήμερα, φαίνεται ότι συνδέονται στενά με τις αλλαγές στον κοινωνικό και πολιτικό τομέα. Επίσης, τονίζεται ότι η κάθε χώρα οργανώνει το σύστημα υγείας της με διαφορετικούς τρόπους από τις άλλες, όσον αφορά τη χρηματοδότηση, την οργάνωση, τη λειτουργία, τον προγραμματισμό και τον συντονισμό. Έτσι, διαμορφώνονται τα χαρακτηριστικά, οι στόχοι, οι βασικές λειτουργίες και η οργανωτική δομή και καθορίζονται τα είδη των συστημάτων υγείας, τα οποία περιγράφονται παρακάτω. Χαρακτηριστικά παραδείγματα χωρών σχετικά με τα παραπάνω είδη συστημάτων υγείας είναι το Ηνωμένο Βασίλειο, η Σουηδία, η Ισπανία, ο Καναδάς και οι ΗΠΑ, κάποιες από τις οποίες, κατά την πανδημία COVID-19, εφάρμοσαν αλλαγές στην οργάνωση και στη λειτουργία του συστήματός τους. Τέλος, στην παρούσα εργασία παρουσιάζεται το Ελληνικό σύστημα υγείας ως μεικτό σύστημα, ενώ αξιολογείται ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στη χώρα μας αντιμετωπίζει αρκετά ζητήματα και, για αυτό το λόγο, παρατίθενται σχετικές προτάσεις. Σκοπός της εργασίας αυτής, λοιπόν, είναι να προσεγγιστεί και να αποτυπωθεί η παρούσα κατάσταση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ενώ στόχος της είναι να εντοπιστούν κάποιες ανάγκες σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί και είναι οργανωμένη η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα, ώστε να σκιαγραφηθούν, αντίστοιχα, προοπτικές.

**Λέξεις Κλειδιά:** Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, συστήματα υγείας, ιστορική αναδρομή, COVID-19, Ελληνικό σύστημα υγείας

## **ABSTRACT**

The subject of this thesis is the current situation and prospects of Primary Health Care in Greece. More specifically, some basic definitions are given regarding health and PHC. Reference is also made to the services provided by Primary Health Care to the Local Health Units, the Health Team, the Health Visitor, the Health Centers and the health system. Then, it is pointed out that the reforms the PHC in Greece has undergone, from the establishment of the state until today, seem to be closely linked to the changes in the social and political sector. It is also emphasized that each country organizes its health system in different ways from the others, in terms of funding, organization, operation, planning and coordination. Thus, the characteristics, the goals, the basic functions and the organizational structure are formed and the types of health systems are defined, which are described below. Typical examples of countries with the above types of health systems are the United Kingdom, Sweden, Spain, Canada and the United States, some of which, during the COVID-19 pandemic, implemented changes in the organization and functioning of their system. Finally, in the present thesis, the Greek health system is presented as a mixed system, while it is noteworthy that Primary Health Care in our country faces several issues and, for this reason, relevant proposals are presented. The purpose of this thesis, therefore, is to approach and capture the current state of Primary Health Care, while its aim is to identify some needs regarding the way Primary Health Care operates and is organized in Greece, in order to outline, respectively, the prospects.

**Keywords:** Primary Health Care, Health Systems, historical background, COVID-19, Greek health system



## ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

### ΕΛΛΗΝΙΚΑ

ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΦΚΑ	Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης
ΙΚΑ	Ίδρυμα Κοινωνικής Ασφαλίσεως
ΚΕΠΕ	Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών
ΜΕΘ	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΤΟΜΥ	Τοπικές Μονάδες Υγείας
ΥΠΕ	Υγειονομικές Περιφέρειες Ελλάδας
ΠΕΔΥ	Πρωτοβάθμια Εθνικά Δίκτυα Υγείας

### ΔΙΕΘΝΗ

CQC	Care Quality Commission
GPs	General Practitioners
HPA	Health Protection Agency
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NHS	National Health System
NICs	National Insurance Contributions
PCTs	Primary Care Trusts
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
SHAs	Strategic Health Authorities
SNS	Spanish National System
UHC	Universal Health Coverage
WHO	World Health Organisation

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	12
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ</b> .....	14
<b>ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ</b> .....	14
1.1. ΟΡΙΣΜΟΙ .....	14
1.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΦΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	19
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ</b> .....	23
<b>ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ</b> .....	23
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	23
2.1. ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	23
2.2. ΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	24
2.3. ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ .....	25
2.4. Η ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ .....	26
2.5. ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ .....	27
2.5.1. ΤΟ ΦΙΛΕΛΕΥΘΕΡΟ ΣΥΣΤΗΜΑ Ή ΣΥΣΤΗΜΑ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ.....	27
2.5.2. ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΥΠΟΥ BEVERIDGE ..29	
2.5.3. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ Ή ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΥΠΟΥ BISMARCK.....	31
2.5.4. ΤΟ ΜΕΙΚΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ .....	32
2.6. ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΛΛΩΝ ΧΩΡΩΝ .....	33
2.6.1. ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ/ΑΓΓΛΙΑ .....	33
2.6.2. ΣΟΥΗΔΙΑ .....	35
2.6.3. ΙΣΠΑΝΙΑ .....	36
2.6.4. ΚΑΝΑΔΑΣ .....	37
2.6.5. ΗΠΑ.....	38
2.7. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19 / ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΤΙΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΧΩΡΕΣ.....	41
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ</b> .....	43
<b>ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΠΦΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ</b> .....	43
3.1. ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	43
3.2. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	46
3.3. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	51

<b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ</b> .....	55
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	56
<b>ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	56
<b>ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	65
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ</b> .....	68
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1</b> .....	69
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2</b> .....	74

### ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

A/A	Περιγραφή	Σελ.
1.1	Υπηρεσίες που παρέχονται από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	15
2.1	Βασικές λειτουργίες των συστημάτων υγείας	24
3.1	Αδυναμίες και προβλήματα του Ελληνικού Συστήματος Υγείας	44
3.2	Προβλήματα οργάνωσης και λειτουργίας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα	49

### ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

A/A	Περιγραφή	Σελ.
3.1	Κέντρα υγείας, κλίνες και προσωπικό (ιατρικό και λοιπό) για τα έτη 2014 – 2018	46

### ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

A/A	Περιγραφή	Σελ.
3.1	Η χρηματοδότηση στο πρότυπο του Εθνικού Συστήματος Υγείας	43

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το θέμα που πραγματεύεται αυτή η εργασία είναι η παρούσα κατάσταση και οι προοπτικές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα και επιλέχθηκε για διάφορους λόγους. Κατ'αρχήν, την τελευταία δεκαετία, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας του Ελληνικού συστήματος υγείας έχει μετασηματιστεί ριζικά και αναπτύσσεται και κατευθύνεται με αργούς ρυθμούς προς τη διαμόρφωση ενός πιο σύγχρονου, αποτελεσματικού και βιώσιμου συστήματος (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2019).

Κατά δεύτερον, είκοσι χρόνια μετά την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και παρόλο που πραγματοποιήθηκαν κάποιες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, δεν καλύπτονται ισότιμα και καθολικά οι υγειονομικές ανάγκες και δεν παρέχονται ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Λόγω, λοιπόν, της οικονομικής κρίσης των τελευταίων ετών, μια από την αιτία της οποίας αποτελεί και η υπογραφή των μνημονίων σε συνδυασμό με τη λήψη μέτρων για την εξυγίανση των δημοσίων οικονομικών με αξιοσημείωτη μείωση των διαθέσιμων πόρων, προκαλούνται σημαντικές αλλαγές, όσον αφορά την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, ενώ απειλείται άμεσα η υγεία του πληθυσμού. Παράλληλα, αυτή η κατάσταση στο χώρο της υγείας υπογραμμίζει την ανάγκη για μία συστημική προσέγγιση ως προς την αναδιαμόρφωση της φροντίδας υγείας στην Ελλάδα (Patelarou, Kleisiaris et al., 2016). Ακόμη, ενώ οι δαπάνες υγείας αυξάνονται, δεν υφίσταται η ανάλογη βελτίωση των βασικών δεικτών του προσδόκιμου επιβίωσης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την δημιουργία αναποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας και της αβεβαιότητας για μελλοντικούς δείκτες υγείας (Νιάκας, 2014; Φρεγγίδου et al., 2017).

Επιπλέον, η παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας δεν είναι ανθρωποκεντρική. Μάλιστα, από ελληνική μελέτη που δημοσιεύτηκε πριν από μερικά χρόνια διαπιστώθηκε ότι ο Έλληνας ασθενής επιθυμεί να έρχεται σε επαφή με τον γιατρό του, ο οποίος θα πρέπει να γνωρίζει το ιστορικό του, να του δίνεται ο απαραίτητος χρόνος και να του συμπεριφέρονται όχι ως πρόβλημα αλλά ως πρόσωπο (Lionis et al., 2017; Τούντας et al., 2020).

Επιπρόσθετα, τους τελευταίους μήνες, δίνεται προσοχή στην αντιμετώπιση της πανδημίας, ιδιαίτερα στο επίπεδο των νοσοκομείων και των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, χωρίς, όμως, να συμμετέχουν ενεργά οι δημόσιες μονάδες ΠΦΥ. Έτσι, αυτό είχε ως αποτέλεσμα τις ακάλυπτες υγειονομικές ανάγκες είτε πασχόντων από χρόνια νοσήματα και σοβαρές παθήσεις που είχαν ανεπαρκή παρακολούθηση και φροντίδα, είτε πολιτών που είχαν έρθει σε επαφή με τον νέο κορωνοϊό και δεν είχαν πρόσβαση σε υπηρεσίες κλινικής εκτίμησης της κατάστασής τους και έγκαιρης διάγνωσης μιας ενδεχόμενης επιδείνωσής της (ΒΟΥΛΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ, 2020).

Επίσης, στη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα αυξήθηκε λιγότερο από το αναμενόμενο λόγω περίπου 270 επιπλέον θανάτων κάθε μήνα που οφείλονται στην οικονομική κρίση (Laliotis et al., 2016) και είναι λίγο υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (Ευρωπαϊκή Ένωση). Ωστόσο, συνεχίζουν να υφίστανται ανισότητες στον τομέα της υγείας ως προς το φύλο και την κοινωνική θέση – κοινωνικοοικονομική κατάσταση (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2019). Όσον αφορά τη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες, αυτή εμφάνισε σταδιακές μειώσεις στο διάστημα 2009-2017, αλλά με πιο αργούς ρυθμούς σε σχέση με τις περισσότερες χώρες της ΕΕ λόγω της οικονομικής κρίσης (Filippidis, Gerovasili, Millet & Tountas, 2017). Τέλος, κατά την περίοδο 2009-2018 αυξήθηκε κατά 30% ο αριθμός των εξιτηρίων από τα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα (Τούντας et al., 2020).

Η δομή της εργασίας έχει ως εξής:

- Στο πρώτο κεφάλαιο δίνονται κάποιοι εννοιολογικοί προσδιορισμοί, με βασικότερο εκείνο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και περιγράφεται η ιστορική αναδρομή της ΠΦΥ και του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα.
- Στο δεύτερο κεφάλαιο παρατίθενται τα χαρακτηριστικά, οι στόχοι, οι βασικές λειτουργίες, η οργανωτική δομή και τα είδη των συστημάτων υγείας, καθώς και η οργάνωση και η λειτουργία τους, και κατά την πανδημία COVID-19, σε διάφορες χώρες.
- Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, αλλά και οι προτάσεις για το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας.
- Τέλος, η εργασία ολοκληρώνεται με την απόδοση των συμπερασμάτων που προκύπτουν.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

## ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

### 1.1. ΟΡΙΣΜΟΙ

Αρχικά, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) (1948), ο θετικός ορισμός της υγείας περιλαμβάνει «μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας». Στη συνέχεια, όμως, στον ορισμό αυτό προστέθηκε ο αρνητικός ορισμός της υγείας: δηλαδή, γράφτηκε ότι ένα άτομο, εάν πρόκειται να θεωρηθεί υγιές, δεν πρέπει να πάσχει από οποιαδήποτε ασθένεια (... "και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας") (Sartorius, 2006).

Δεύτερον, στο Διεθνές Συνέδριο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που διεξήχθηκε στην Άλμα – Άτα της πρώην Σοβιετικής Ένωσης το Σεπτέμβριο του 1978 προσδιορίστηκε η έννοια του όρου Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Σύμφωνα με τη Διακήρυξη της Άλμα-Άτα, το συνολικό σύστημα υγείας και η γενική κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη της κοινότητας συναποτελούν την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Μαστρογιάννη, 2016). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 2008) τονίζει πως η φροντίδα υγείας εξαρτάται από τα οικονομικά, πολιτισμικά και πολιτικά χαρακτηριστικά μιας χώρας, παρέχει υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης σε επίπεδο κοινότητας, καθώς και εκπαίδευση σε βασικά θέματα υγείας, παροτρύνει το άτομο και την κοινότητα να συμμετέχουν ενεργά στο σχεδιασμό, στην οργάνωση και στη λειτουργία της Π.Φ.Υ., ενώ αυτή πρέπει να παρέχεται ολοκληρωμένα (διασύνδεση όμοιων επιπέδων φροντίδας και διασύνδεση διαφορετικών επιπέδων φροντίδας, π.χ. διασύνδεση πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας) από άρτια εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας και να είναι προσβάσιμη από όλους (Καλοκαιρινού–Αναγνωστοπούλου, 2015; Καρακόλιας, 2016).

Γενικά, στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) περιλαμβάνεται το δίκτυο των δομών, των τεχνολογιών και του ανθρώπινου κεφαλαίου που παρέχει υπηρεσίες υγείας στην κοινότητα (Πολύζος, 2013). Όπως επισημαίνεται από το Υπουργείο Υγείας (2017), ο όρος Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αναφέρεται στο «ενιαίο, ολοκληρωμένο και αποκεντρωμένο σύστημα που οργανώνεται, διοικείται και λειτουργεί σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 1 του κεφαλαίου 1 του Σχεδίου Νόμου «ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ» και που έχει

ως σκοπό την παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας». Επίσης, ο Πολύζος (2013) υποστηρίζει ότι παράλληλα αποτελεί και το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το χώρο της υγείας και αναπόσπαστο μέρος της συνολικής κοινωνικοοικονομικής δομής της κοινότητας. Με αυτό τον τρόπο, μπορεί να λειτουργεί και ως φίλτρο που επιτρέπει την πρόσβαση στη νοσοκομειακή περίθαλψη (Υπουργείο Υγείας, 2017; Πετρέλης και Δομάγερ, 2016). Ακόμη, σύμφωνα με τον Νόμο 3235/2004 (ΦΕΚ 53/18-2-2004 – Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας), ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) νοείται «το σύστημα παροχής δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο» (Πολύζος, 2013). Τέλος, σύμφωνα με τους Βραχάτης & Παπαδόπουλος (2011), βασικές αρχές της ΠΦΥ είναι η κοινωνική δικαιοσύνη, η ισότητα, η προσπελασιμότητα και η διαθεσιμότητα, ενώ η ΠΦΥ στηρίζεται και στην ενεργή συμμετοχή του πληθυσμού, στην αποκέντρωση των δομών της και στη διατομεακή οργάνωση των κοινωνικών υπηρεσιών (Πρίφτη, 2017).

Όσον αφορά τη διάρθρωση, την ανάπτυξη, την οργάνωση και τη λειτουργία των υπηρεσιών Π.Φ.Υ., όπως διευκρινίζεται από το Υπουργείο Υγείας (2017), αυτές βασίζονται σε συγκεκριμένες αρχές: α) δωρεάν υγειονομική κάλυψη όλου του πληθυσμού, β) πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας χωρίς διακρίσεις και με ίσες ευκαιρίες, γ) ευθύνη και λογοδοσία των παρόχων υπηρεσιών υγείας, δ) τομεοποίηση, ε) ιατρική, νοσηλευτική ή άλλη επαγγελματική δεοντολογία και στ) συνεργασία με τοπικούς, κοινωνικούς και επιστημονικούς φορείς πάνω σε διάφορους τομείς.

Ακόμη, οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ., οι οποίες είναι απαραίτητο να παρέχονται από το κράτος στο σύνολο του πληθυσμού με σεβασμό στα δικαιώματα και τις ανάγκες του, πρέπει να είναι ποιοτικές. Γενικά, οι υπηρεσίες που παρέχει η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνουν την πρόληψη της νόσου, την προαγωγή και αγωγή υγείας, τη διάγνωση, τη θεραπεία και την αποκατάσταση και τη συνέχεια αυτής, οι οποίες στοχεύουν στην βελτίωση για ποιότητα ζωής και στην ευεξία που είναι σχετικές με τη φυσική και ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, την ανεξαρτησία του και τις κοινωνικές του σχέσεις. Στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 1.1.), καταγράφονται συγκεκριμένα οι υπηρεσίες που παρέχονται από την Π.Φ.Υ. (Υπουργείο Υγείας, 2017).



**Πίνακας 1.1**

<b>Υπηρεσίες που παρέχονται από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας</b>
Υπηρεσίες υγείας για τις οποίες δεν χρειάζεται εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα
Εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών και σχεδιασμό και εφαρμογή μέτρων και προγραμμάτων για την πρόληψη των νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας
Οικογενειακός προγραμματισμός
Απαραίτητες υποδομές μέσω των οποίων εξασφαλίζονται και διαχειρίζονται οι ιατρικές πληροφορίες και τα δεδομένα του πληθυσμού
Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική και Ορθοδοντική φροντίδα με έμφαση στην προληπτική οδοντιατρική
Υπηρεσίες επείγουσας προνοσοκομειακής και μετανοσοκομειακής φροντίδας και αποκατάστασης, εγγύτητα αυτών στον τόπο διαμονής, κατοικίας και εργασίας και διασφάλιση της ποιότητας και ασφάλειάς τους
Τακτική παρακολούθηση και διαχείριση χρονίως πασχόντων για τους οποίους δεν είναι απαραίτητη η νοσηλεία σε νοσοκομείο
Υπηρεσίες ανακουφιστικής και παρηγορητικής κοινωνικής φροντίδας
Καθολική εφαρμογή εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα
Παραπομπή, παρακολούθηση και κατά περίπτωση συνδιαχείριση περιστατικών στη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα
Υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού

ΠΗΓΗ: Πολύζος, 2013; Υπουργείο Υγείας, 2017

Επιπρόσθετα, στο πρωτοβάθμιο επίπεδο περιλαμβάνονται υπηρεσίες Π.Φ.Υ. που παρέχονται από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.), τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Περιφερειακά Πολυδύναμα Ιατρεία, τα Περιφερειακά Ειδικά Ιατρεία, τα Τοπικά Ιατρεία και τις Μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. Σε δευτεροβάθμιο επίπεδο παρέχονται υπηρεσίες περιπατητικής φροντίδας από τα Κέντρα Υγείας (Υπουργείο Υγείας, 2017).

Στη συνέχεια, ως Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.), όπως ορίζει το Υπουργείο Υγείας (2017), νοούνται «οι αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας με κοινές

αποφάσεις των Υπουργών Οικονομικών, Διοικητικής Ανασυγκρότησης και Υγείας μετά από εισήγηση του Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας και σύμφωνη γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγειονομικών Περιφερειών». Οι Τ.Ο.Μ.Υ. λειτουργούν ως μονάδες οικογενειακής ιατρικής, με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης και η στελέχωσή τους γίνεται με μία Ομάδα Υγείας (Υπουργείο Υγείας, 2017).

Επιπρόσθετα, οι Τοπικές Μονάδες Υγείας δημιουργήθηκαν για συγκεκριμένους σκοπούς. Πρώτον, είναι υπεύθυνες για την προαγωγή και αγωγή υγείας του πληθυσμού που καλύπτουν (οικογένεια, εργαζόμενοι, μέλη σχολικής κοινότητας και γενικά το σύνολο των δομών κοινωνικής φροντίδας και αλληλεγγύης), την συμβουλευτική και την υποστήριξή του. Δεύτερον, ένας άλλος λόγος-σκοπός της δημιουργίας τους είναι η πρόληψη, η εκτίμηση και η διαχείριση κινδύνου για μεταδιδόμενα ή μη νοσήματα σε ομάδες ή άτομα του πληθυσμού σε συνεργασία με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας και η συστηματική παρακολούθηση της υγείας τους, καθώς και η αντιμετώπιση οξέων προβλημάτων υγείας και η παραπομπή στα Κέντρα Υγείας ή στα Νοσοκομεία. Τρίτον, η προγραμματισμένη φροντίδα ενηλίκων και παιδιών, η παρακολούθηση και διαχείριση χρόνιων νοσημάτων, η εκπαίδευση και καθοδήγηση ατόμων και οικογενειών για τη διαχείρισή τους και η φροντίδα υγείας στη μονάδα και κατ' οίκον αποτελούν δύο ακόμη από τους σκοπούς των Τ.Ο.Μ.Υ. Τέλος, οι Τοπικές Μονάδες Υγείας αναλαμβάνουν την αναγνώριση και την ανίχνευση ψυχικών παθήσεων και εξαρτήσεων σε συνεργασία με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας, ενώ συλλέγουν και αξιοποιούν τα στοιχεία επιδημιολογικής επιτήρησης, σύμφωνα με το Διεθνή Υγειονομικό Κανονισμό σε συνεργασία με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας (Υπουργείο Υγείας, 2017).

Σε συνέχεια του ορισμού των Το.Μ.Υ., ως Ομάδα Υγείας (η οποία και στελεχώνει μία Το.Μ.Υ.) ορίζεται «η ομάδα που αποτελείται από γιατρούς ειδικοτήτων Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας, Παιδιατρικής, από Νοσηλεύτη/-τρια, Επισκέπτη/-τρια Υγείας, Κοινωνικό/-ή Λειτουργό και από διοικητικό προσωπικό, με ελάχιστη σύνθεση έναν Οικογενειακό γιατρό, ένα Νοσηλεύτη ή Επισκέπτη Υγείας και έναν διοικητικό υπάλληλο», όπως επισημαίνεται από το Υπουργείο Υγείας (2017).

Επιπρόσθετα, όσον αφορά τον επισκέπτη υγείας που ανήκει στην Ομάδα Υγείας, οι επιστημονικές του αρμοδιότητες περιλαμβάνουν την μείωση των ανισοτήτων υγείας, τη βελτίωση των όρων ποιότητας ζωής της κοινότητας, την υλοποίηση δράσεων

προαγωγής υγείας και την αξιολόγηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Επίσης, συμβάλλει στην χάραξη πολιτικών υγείας, ενώ σχεδιάζει και εφαρμόζει προγράμματα αγωγής και προαγωγής υγείας και προγράμματα εμβολιασμού στην κοινότητα (Υπουργείο Υγείας, 2017).

Επιπλέον, τα Κέντρα Υγείας είναι κέντρα τα οποία έχουν ως κύριο σκοπό την παροχή υπηρεσιών. Οι υπηρεσίες αυτές περιλαμβάνουν την ειδικευμένη περιπατητική φροντίδα για όλους τους ασθενείς που είτε επισκέπτονται με δική τους θέληση τα Κέντρα Υγείας, είτε παραπέμπονται από τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ., τα έκτακτα και επείγοντα περιστατικά και τον εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο. Άλλες υπηρεσίες είναι η οδοντιατρική φροντίδα ενηλίκων και παιδιών, η φροντίδα μητέρας, παιδιού και εφήβων, η εξειδικευμένη πρόληψη, η φυσικοθεραπεία, η εργοθεραπεία και η λογοθεραπεία, η ιατρική της εργασίας και η κοινωνική ιατρική και η δημόσια υγεία (Υπουργείο Υγείας, 2017).

Επίσης, κύριο έργο του Επισκέπτη Υγείας συνιστά η προαγωγή και αγωγή υγείας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας, η ενημέρωση των μελών της κοινότητας με σκοπό τη διευκόλυνση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, η ψυχολογική υποστήριξη ατόμων και οικογενειών, η διασύνδεση των ατόμων με τις δομές παροχής υπηρεσιών υγείας, η πραγματοποίηση δράσεων και παρεμβάσεων στην κοινότητα για θέματα Π.Φ.Υ. και Δημόσιας Υγείας και η προστασία των ευπαθών και ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού έναντι της άνισης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Οι ως άνω υπηρεσίες δύναται να παρέχονται κατ' οίκον, στην κοινότητα ή στις δημόσιες δομές/μονάδες στις οποίες εργάζονται οι Επισκέπτες Υγείας (Υπουργείο Υγείας, 2017).

Τέλος, ως σύστημα υγείας νοείται ένα σύνολο υγειονομικών μονάδων που συνεργάζονται συνεχώς και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, έτσι ώστε να διατηρείται και να προάγεται η υγεία του πληθυσμού, στην οποία επιδρά η κοινωνικο-οικονομική και πολιτική δομή μιας χώρας, η οικολογική υπάρχουσα ισορροπία, το πολιτισμικό σύστημα που επικρατεί και φυσικά το επιδημιολογικό πρότυπο και οι ανάγκες υγείας ενός πληθυσμού. Το σύστημα υγείας αποτελείται από τρία υποσυστήματα: α) το πρώτο υποσύστημα σχετίζεται με τους παράγοντες που καθορίζουν και διαμορφώνουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, β) το δεύτερο υποσύστημα περιλαμβάνει την

παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών υγείας και γ) το τρίτο υποσύστημα αφορά στους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών υγείας (Σκανδάλη και Μαλλιώτης, 2016).

## **1.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΦΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Κάνοντας μια ιστορική διαδρομή σχετικά με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα, παρατηρούμε ότι η ΠΦΥ είναι στενά συνδεδεμένη με τις γενικότερες μεταρρυθμίσεις της πολιτικής υγείας στη χώρα μας και, σύμφωνα με τον Σισσούρα (2012), ότι οι αλλαγές στον κοινωνικό και πολιτικό τομέα επιδρούσαν στην διαμόρφωση του κοινωνικού αιτήματος για υγειονομική και κοινωνική φροντίδα (Σκανδάλη και Μαλλιώτης, 2016; Σωτηριάδου et al., 2011; Κρίνα, 2017).

Ακόμη, πρέπει να τονιστεί πως η ΠΦΥ στην Ελλάδα αποτελεί μια έννοια παρεξηγημένη και αλλοιωμένη και δεν αφορά σε ένα σύγχρονο σύστημα που καλύπτει τις ανάγκες του πληθυσμού (Σωτηριάδου et al., 2011).

Πιο συγκεκριμένα, για το χρονικό διάστημα από την ίδρυση του ελληνικού κράτους μέχρι και το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, η ΠΦΥ στην Ελλάδα δραστηριοποιούνταν κυρίως στον τομέα της αντιμετώπισης των λοιμωδών νόσων και της έξαρσης των επιδημιών (Γαβρίλη, 2017). Στις αρχές του 20ου αιώνα και στα χρόνια του μεσοπολέμου για να αντιμετωπίσει το κράτος τις επιπτώσεις του πολέμου, αλλά και την εγκατάσταση των προσφύγων στην Ελλάδα λήφθηκε μια σειρά πρωτοβουλιών και πραγματοποιήθηκαν ορισμένες θεσμικές παρεμβάσεις (Κρίνα, 2017).

Πρέπει, επίσης, να επισημανθεί ότι όπως και τότε έτσι και σήμερα η ιατρική περίθαλψη και η παροχή φροντίδα υγείας σχετίζονται με την κοινωνική ασφάλιση, της οποίας ο κύριος στόχος είναι η εξασφάλιση συντάξεων, χωρίς, όμως, να έχει αποκτήσει ένα αυτόνομο μηχανισμό λειτουργίας (Σισσούρας Α., 2012; Κρίνα, 2017).

Επιπρόσθετα, το 1850 με την ευθύνη των δήμων και με δωρεές ιδρύθηκαν ασφαλιστικά ταμεία για τους ναυτικούς, τους μεταλλωρύχους, τους στρατιωτικούς και τους δημοσίου υπαλλήλους, όπως τονίζει ο Οικονόμου (2004). Ακόμη, όπως αναφέρει ο Οικονόμου (2004), το περιεχόμενο του ρόλου του Υπουργείου Υγείας ανά διαστήματα μεταβαλλόταν, χωρίς, όμως, να χάνει το Υπουργείο τον επιτελικό του ρόλο στην διοίκηση των υπηρεσιών υγείας. Πιο ειδικά, το Υπουργείο Υγείας με τον νόμο

3937/1917 έλαβε την ονομασία «Υπουργείο Περίθαλψης», ενώ με τον νόμο 2882/1920 μετονομάστηκε σε Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας, αν και δεν εφαρμόστηκε. Στη συνέχεια, με νομοθετικό διάταγμα της 31/12/1922 άλλαξε την ονομασία του σε Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως, που αποτελούσε μέρος του Υπουργείου Εσωτερικών, ενώ, τελικά, επανιδρύθηκε το 1926 ως Υπουργείο Υγείας, ονομασία που διατηρεί μέχρι και σήμερα (Κρίνα, 2017). Τέλος, σημαντική παρέμβαση ήταν η ψήφιση του νομοσχεδίου «περί οργάνωσης της περιφερειακής υγειονομικής υπηρεσίας» το 1923 (Γαβρίλη, 2017).

Επιπλέον, το 1969 ο τέως υπουργός υγείας Λουκάς Πάτρας πρότεινε το «Σχεδιασμό της Κοινωνικής Πολιτικής» που προέβλεπε τη δημιουργία ενός συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με επίκεντρο τους γενικούς ιατρούς και «ενός ενιαίου φορέα προστασίας της υγείας και περιθάλψεως ασθενείας» (Γεωργακόπουλος, 2014). Το 1974 εξετάστηκε το ενδεχόμενο δημιουργίας ενός εθνικού συστήματος υγείας, όπως αυτό λειτουργούσε στις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες (Πρίφτη, 2017), ενώ το 1976 αποτελέσματα έρευνας του Κέντρου Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (ΚΕΠΕ) στο χώρο της υγείας, απέδειξαν ότι για να αναπτυχθεί η ΠΦΥ, κρίθηκε απαραίτητο να υφίσταται ένα ενιαίο ταμείο υγείας (Γαβρίλη, 2017).

Εν συνεχεία, με την διακήρυξη της Alma-Ata το Σεπτέμβριο του 1978 καθορίστηκε η εξέλιξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Για πρώτη φορά στην έννοια της ΠΦΥ εντάχθηκε η υγειονομική, η κοινωνική, η κοινοτική και η οικονομική διάσταση, που προέβλεπε τη δημιουργία ενός νέου πλαισίου προγραμματισμού των υγειονομικών αναγκών (Σκανδάλη και Μαλλιώτης, 2016; Σωτηριάδου et al., 2011). Αργότερα, τον Οκτώβριο 2018 με την διακήρυξη της Astana, επιβεβαιώθηκαν οι δεσμεύσεις που εκφράστηκαν στην διακήρυξη της Alma-Ata του 1978 και στην Ατζέντα του 2030 για την Αειφόρο Ανάπτυξη, στο πλαίσιο της Υγείας για Όλους (WHO, 2018).

Το 1980 έγινε μια ακόμη σημαντική προσπάθεια για τη δημιουργία ενός σύγχρονου συστήματος υγείας, το οποίο θα ενίσχυε την ΠΦΥ, με την κατάθεση στη Βουλή του νομοσχεδίου «Μέτρα Προστασίας της Υγείας». Η πίεση, όμως, από γιατρούς και πολιτικά κόμματα ήταν μεγάλη και, γι αυτό το λόγο, το σημαντικό αυτό νομοσχέδιο δεν ψηφίστηκε και δεν εφαρμόστηκε ποτέ, σύμφωνα με τους Θεοδώρου et al. (2001) (Γαβρίλη, 2017; Πρίφτη, 2017).

Ένα χρόνο αργότερα εφαρμόστηκε ένα ριζοσπαστικό πρόγραμμα κοινωνικών μεταρρυθμίσεων, με στόχο την αναδιανομή του εισοδήματος τόσο σε χρήματα όσο και σε είδος (Πρίφτη, 2017), ενώ με τους νόμους 1397/1983, έγινε προσπάθεια εφαρμογής και εξέλιξης του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), το οποίο θα ήταν ολοκληρωμένο και θα εστίαζε στην ΠΦΥ και στην παροχή υπηρεσιών υγείας από γενικούς γιατρούς σε κέντρα υγείας (170 κέντρα υγείας) (Γαβρίλη, 2017). Το 1983 πραγματοποιήθηκε η πρώτη μεγάλη μεταρρύθμιση με την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, με το οποίο θεσμοθετήθηκε η κρατική ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες και η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, με τη σύσταση και λειτουργία των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων, καθώς και η εγκαθίδρυση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού (Πρίφτη, 2017; Σκανδάλη και Μαλλιώτης, 2016).

Ωστόσο, η αυστηρή πολλές φορές αντιμετώπιση του ιδιωτικού νοσοκομειακού τομέα στην περίοδο από το 1983 και μετά, οδήγησε, όχι μόνο στην αριθμητική μείωση των ιδιωτικών κλινικών, αλλά και στην κακή ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν. Τέλος, με τον Νόμο 2071/92 ο ιδιωτικός τομέας άρχισε να αποδεσμεύεται από τον έλεγχο του κράτους (Πρίφτη, 2017) και διευρύνθηκε η έννοια του όρου Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, με τη λειτουργία κινητών μονάδων και υγειονομικών σταθμών και την κατ' οίκον νοσηλεία (Σκανδάλη και Μαλλιώτης, 2016). Ακόμη, η μοναδική περίοδος στην οποία εφαρμόστηκαν σωστές οικονομικές πολιτικές ήταν το διάστημα 1986-1987, που υιοθετήθηκε το σταθεροποιητικό πρόγραμμα (Πρίφτη, 2017).

Επιπρόσθετα, το 1997 με τον Νόμο 2519 δόθηκε η δυνατότητα να συμπραχθούν οι ασφαλιστικοί φορείς με ιδιωτικές κλινικές ή με νοσοκομειακούς οργανισμούς του εξωτερικού (Πρίφτη, 2017). Τον Ιούλιο του 2000, ο τότε Υπουργός Υγείας δημοσιοποίησε ένα σχέδιο μεταρρύθμισης με τίτλο «Υγεία για τον Πολίτη», μέσα στο οποίο, στηριζόμενος σε διάφορες προηγούμενες νομοθετικές προτάσεις, τόνισε τις δυσκολίες που υπήρχαν στο σύστημα υγείας, όπως επισημάνθηκε από τον Υφαντόπουλο (2003) (Πρίφτη, 2017). Επίσης, με το νόμο 2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας» πραγματοποιήθηκε απόπειρα υλοποίησης αποκέντρωσης της διοίκησης του συστήματος μέσω συγκρότησης των Περιφερειακών Συστημάτων υγείας. Η αποκέντρωση αυτή συνδεόταν με ένα σύνολο πολιτικών που ήταν σχετικές με τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των μονάδων

υγείας με κύριο στόχο την συγκράτηση του κόστους περίθαλψης και ταυτόχρονη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών (Γεωργακόπουλος, 2014).

Στη συνέχεια, το 2010 η Ελλάδα υπέγραψε το πρώτο μνημόνιο, το οποίο υποχρέωσε την χώρα να λάβει μέτρα λιτότητας για να περιοριστούν οι πόροι μέσω μεταρρυθμίσεων, μη αφήνοντας ανεπηρέαστο τον τομέα της υγείας (Κρίνα, 2017). Το 2011 με το νόμο 3918, επέρχονται καταλυτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας. Οι σημαντικότερες εξ αυτών ήταν η δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), η ένταξη των νοσοκομείων του Ιδρύματος Κοινωνικής Ασφάλισης (ΙΚΑ) στο ΕΣΥ, οι αλλαγές στο σύστημα προμηθειών και στα φάρμακα και η ενσωμάτωση των ασφαλιστικών ταμείων στον ΕΟΠΥΥ (Γαβρίλη, 2017; Ντουνιάς, 2019; Κρίνα, 2017).

Το 2014 με τον νόμο 4238 η υπόσταση του ΕΟΠΥΥ αλλάζει, δηλαδή είναι πλέον μόνο αγοραστής υπηρεσιών υγείας τόσο από τον δημόσιο όσο και τον ιδιωτικό τομέα (Κρίνα, 2017), ενώ, σύμφωνα με το νόμο αυτό, όλες οι δομές ΠΦΥ του ΕΟΠΥΥ και τα αστικά Κέντρα Υγείας λειτουργούν υπό την επίβλεψη των Υγειονομικών Περιφερειών Ελλάδας (ΥΠΕ) και των αντίστοιχων Πρωτοβάθμιων Εθνικών Δικτύων Υγείας (ΠΕΔΥ). Η μεταρρύθμιση αυτή προέβλεπε τη λειτουργία των δομών σε εικοσιτετράωρη βάση και επτά μέρες την εβδομάδα (Γαβρίλη, 2017; Ντουνιάς, 2019).

Όμως, φαίνεται ότι από τον Ιανουάριο του 2017 και μετά, τα δεδομένα μεταβλήθηκαν και με βάση τον νόμο 4387/2016 (Α85, 2016), το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ εντάχθηκε στον Ενιαίο Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ), ο οποίος προέκυψε από την συγχώνευση όλων των ασφαλιστικών φορέων που υπήρχαν στην χώρα (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΕΤΑΤ, ΤΑΥΤΕΚΩ, ΝΑΤ, ΕΤΑΠ-ΜΜΕ, ΕΤΑΑ). Η συγχώνευση αυτή είχε σκοπό την απλούστευση των διαδικασιών ασφάλισης και την πιο εύρυθμη λειτουργία του ασφαλιστικού συστήματος με τη βοήθεια και χρήση της τεχνολογίας και νέων εφαρμογών (ΕΦΚΑ, 2017; Γαβρίλη, 2017).

Τέλος, ο ίδιος νόμος προέβλεπε την εφαρμογή ενός νέου συστήματος ΠΦΥ, το οποίο βασιζόταν στον θεσμό του οικογενειακού γιατρού, το οποίο τελικά τέθηκε σε εφαρμογή το 2017 (Γαβρίλη, 2017). Αυτό το νέο σύστημα στηρίζεται στον Καταστατικό Χάρτη της Οτάβα (Διεθνές Συνέδριο για την Προαγωγή υγείας, Νοέμβριος 1986), ο οποίος βασίστηκε στην πρόοδο που επετεύχθη μετά τη Διακήρυξη της Alma-Ata για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Δαρβίρη, 2014).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ**

### **ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ**

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Αρχικά πρέπει να τονιστεί πως διαφορετικές μεταξύ τους χώρες παρουσιάζουν μεγάλες διαφορές ως προς το εισόδημα και την ανάπτυξη, καθώς και στην ανάπτυξη και εξειδίκευση του εργατικού δυναμικού, οδηγώντας στην εμφάνιση μίας σειράς προβλημάτων υγείας του πληθυσμού. Επομένως, οργανώνουν το σύστημα υγείας με διαφορετικούς τρόπους, δείχνοντας διαφορές που σχετίζονται με τη χρηματοδότηση, την οργάνωση, τη λειτουργία, τον προγραμματισμό και τον συντονισμό, αλλά και τις ανάγκες που καλούνται να καλύψουν. Σε αυτό το σημείο, πρέπει να τονιστεί ότι η ποιότητα της περίθαλψης που παρέχεται από το σύστημα υγείας αντικατοπτρίζεται στην υγειονομική κάλυψη των πολιτών, την προσβασιμότητα, την ισότητα, τον βαθμό χρηματοδότησης, την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα (Doncho et al., 2013), ενώ η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω του εθνικού προϋπολογισμού και των ιδιωτικών ιδρυμάτων (Τζουμελέκα, 2020).

Ακόμη, πρέπει να επισημανθεί ότι η κατανομή των πόρων, κατά επίπεδο, τομέα φροντίδας και γεωγραφική περιφέρεια κλπ., είναι απαραίτητο να προσπαθήσει να εξασφαλίσει το συνδυασμό των επιπέδων φροντίδας που έχει ως στόχο το καλύτερο υγειονομικό αποτέλεσμα, με το ελάχιστο κόστος και τη μείζονα ικανοποίηση του ασθενή. Οι πολίτες πρέπει να έχουν το δικαίωμα της επιλογής του οικογενειακού τους ιατρού και του ειδικού ιατρού ή του νοσοκομείου, στο οποίο θα παραπεμφθούν, ενώ οι ιατροί και οι άλλοι προμηθευτές υγείας είναι αναγκαίο να έχουν σχετική αυτονομία, κυρίως σχετικά με τα ιατρικά θέματα. Εντούτοις, η επίτευξη αυτών των στόχων επηρεάζεται από τις ιδιαιτερότητες κάθε χώρας και του Υγειονομικού της Συστήματος και κάποιος από αυτούς μπορεί να αλληλοσυγκρούονται (Πρίφτη, 2017).

#### **2.1. ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Η μορφή ή ο τύπος του Συστήματος Υγείας είναι στενά συνδεδεμένη με τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας του Συστήματος Υγείας, το ιδιοκτησιακό καθεστώς των υποδομών, τον τρόπο και τις πηγές χρηματοδότησης, τον τρόπο αμοιβής των ιατρών



και των άλλων επαγγελματιών υγείας και ένα σύνολο μικρής ή μεγάλης σημασίας θεμάτων (Πρίφτη, 2017).

Τα χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας είναι τα εξής:

1. Η ίση κατανομή των φαρμάκων σε όλο το πληθυσμό αλλά και η παροχή περίθαλψης ανεξαρτήτου τάξης η καταγωγής.
2. Η στήριξη και η χρηματοδότησή τους προέρχεται σε ένα βαθμό μέσα από τα έσοδα του κράτους και τις εισφορές που πληρώνουν στο κράτος οι εργοδότες και οι εργαζόμενοι.
3. Το σύστημα υγείας μιας χώρας δε στηρίζεται μόνο στους δημόσιους ασφαλιστικούς φορείς.
4. Ο έλεγχος της υγείας ανήκει από το κράτος.
5. Οι πολίτες μιας χώρας οφείλουν να ασφαρίζονται σε κρατικούς μη κερδοσκοπικούς Οργανισμούς.
6. Η κυριότητα των συντελεστών παραγωγής μπορεί να είναι δημόσια ή ιδιωτική.
7. Επιλογή του χρήστη-καταναλωτή για ένταξη ή όχι στο σύστημα υγείας της χώρας του.
8. Είναι δικαίωμα του γιατρού ή του νοσοκομείου να τοποθετηθεί εκεί που πιστεύει ότι θα μπορεί να εξυπηρετήσει καλύτερα τους πολίτες και να ορίσει την οργανωτική του δομή, αλλά και την αμοιβή του.
9. Η παροχή υπηρεσιών και οι τιμές εξαρτώνται από τη προσφορά και ζήτηση.
10. Υφίσταται ένα ελεύθερο σύστημα υγείας όπου κυριαρχεί η ιδιωτική ασφάλιση (Πρίφτη, 2017).

## **2.2. ΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Μια παλιότερη μέλετη που διεξήχθηκε υπό την ευθύνη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας αποτίμησε την απόδοση των συστημάτων υγείας των χωρών μελών του και είχε ως κύριο σκοπό τη διερεύνηση του βαθμού στον οποίο κάθε σύστημα υγείας επιτυγχάνει την εκπλήρωση τριών στόχων. Οι στόχοι αυτοί είναι:

1. Η βελτίωση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού. Ο στόχος αυτός πρέπει να αποβλέπει στη διατήρηση αυτής της κατάστασης σε όλη τη διάρκεια της ζωής των ατόμων και περιλαμβάνει τη βελτίωση του μέσου επίπεδου υγείας όλου του πληθυσμού, καθώς και την ισότιμη κατανομή της καλής υγείας μεταξύ του πληθυσμού με επίκεντρο τις ανισότητες στον τομέα της υγείας.
2. Η ανταπόκριση του συστήματος υγείας απέναντι στις προσδοκίες των πολιτών. Οι προσδοκίες αυτές σχετίζονται με την καθημερινή επαφή των πολιτών με το σύστημα. Ο στόχος αυτός, δηλαδή, αφορά στο σεβασμό και στην αξιοπρεπή αντιμετώπιση των ασθενών από τις υπηρεσίες και τους επαγγελματίες της υγείας και στην ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών αυτών.
3. Η ισότιμη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και η προστασία των πολιτών έναντι του οικονομικού κινδύνου εξαιτίας της ύπαρξης κάποιας ασθένειας (Σκανδάλη και Μαλλιιώτης, 2016).

### **2.3. ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Σύμφωνα με τους Doncho et al. (2013), οι βασικές λειτουργίες των συστημάτων υγείας φαίνονται στον πίνακα 2.1.

**Πίνακας 2.1**

<b>Βασικές λειτουργίες των συστημάτων υγείας</b>
Η παροχή υπηρεσιών υγείας, η προστασία της δημόσιας υγείας, η πρόληψη, η παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών, η έρευνα
Η χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης και φροντίδας (κινητοποίηση και κατανομή πόρων)
Η δημιουργία υγειονομικών πόρων όπως δομών υγείας, η παραγωγή και διανομή φαρμακευτικών σκευασμάτων, η συντήρηση των κτιριακών εγκαταστάσεων, των υποδομών και του εξοπλισμού
Η εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού

Η έρευνα και ανάπτυξη τεχνολογιών και καινοτόμων προϊόντων

Ο ποιοτικός έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας

Η διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης μέσω της εκπόνησης προγραμμάτων, μέσω της χάραξης και υλοποίησης πολιτικών υγείας και μέσω δράσεων με διάφορους φορείς

Πηγή: Τζουμελέκα, 2020

#### **2.4. Η ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Για την αποτελεσματική λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, απαιτείται καλή οργάνωση. Έτσι, σε όλα τα συστήματα υγείας, υφίστανται δύο μορφές περίθαλψης και τέσσερα επίπεδα οργάνωσης (Σκανδάλη και Μαλλιώτης, 2016; Τζουμελέκα, 2020).

Ειδικότερα, όσον αφορά τις μορφές περίθαλψης, η πρώτη μορφή περίθαλψης είναι η εξωνοσοκομειακή, η οποία αναφέρεται στις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες και η δεύτερη μορφή χαρακτηρίζεται ως νοσοκομειακή ή κλειστή περίθαλψη, που περιλαμβάνει το δευτεροβάθμιο και το τριτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης, δηλαδή τις παρεχόμενες από τα νοσοκομεία υπηρεσίες (Σκανδάλη και Μαλλιώτης, 2016; Τζουμελέκα, 2020).

Σχετικά με τα επίπεδα οργάνωσης, αυτά είναι τα ακόλουθα:

1. Αυτοφροντίδα (παροχή υπηρεσιών υγείας στο επίπεδο της οικογένειας).
2. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), η οποία είναι το πρώτο σημείο επαφής μεταξύ του πολίτη και του συστήματος υγείας.
3. Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας, που παρέχει τις υπηρεσίες μέσα από τις Νοσοκομειακές μονάδες, με σκοπό την κάλυψη των βασικών προβλημάτων υγείας που χρήζουν ενδονοσοκομειακής περίθαλψης.
4. Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στην οποία διαχειρίζονται περίπλοκα ή εξειδικευμένα προβλήματα υγείας.

Η οργάνωση σε τέσσερα επίπεδα περίθαλψης εφαρμόζεται σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες και αντικατοπτρίζει τη σύγχρονη δομή και λειτουργία των συστημάτων υγείας,

όπως αναφέρουν και οι Βολιτάκη (2014) και οι Doncho et al. (2013) (Σκανδάλη και Μαλλιώτης, 2016; Τζουμελέκα, 2020).

## **2.5. ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Γενικά, είναι αναγκαίο να επισημανθεί πως η έννοια του φιλελευθερισμού βασίζεται στις αρχές της αγοράς, στους εμπορικούς κανόνες, στην υπεροχή της ατομικότητας και στην περιορισμένη κρατική παρέμβαση και αποδέχεται τον μηχανισμό αγοράς στην υπηρεσία υγείας και το σύστημα τιμών ως βασικό μηχανισμό διανομής υπηρεσιών. Ωστόσο, υφίστανται ιδέες και αρχές κοινωνικής δικαιοσύνης, αναδιανομή εισοδήματος, αρχές προώθησης των κοινωνικών συμφερόντων και συλλογική δράση, που αποδεικνύουν ότι δεν παρέχονται πάντα λύσεις από τους μηχανισμούς της αγοράς (Πρίφτη, 2017).

Τα συστήματα υγείας διακρίνονται σε τέσσερις βασικές κατηγορίες βάσει του τρόπου χρηματοδότησης, οργάνωσης, παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας: 1) το Φιλελεύθερο Σύστημα (ή Σύστημα Ιδιωτικής Ασφάλισης), 2) το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Σύστημα Τύπου Beveridge), 3) το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης (Σύστημα Bismarck) και 4) το Μεικτό Σύστημα (Βραχνέλη, 2017; Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας 2007; Τσιώτρας, 2016; Τζουμελέκα, 2020).

### **2.5.1. ΤΟ ΦΙΛΕΛΕΥΘΕΡΟ ΣΥΣΤΗΜΑ Ή ΣΥΣΤΗΜΑ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**

Το Φιλελεύθερο σύστημα υγείας λειτουργεί με τις δυνάμεις της αγοράς και με τη μικρότερη δυνατή κρατική παρέμβαση και βασίζεται στην πλήρη ελευθερία γιατρών και ασθενών, στην ελεύθερη επιλογή, στον περιορισμό της κρατικής δράσης και στην προώθηση της ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Στο εν λόγω σύστημα υγείας το κράτος καθορίζει βάσει κανόνων το θεσμικό πλαίσιο δημιουργίας του, λειτουργίας, αλλά και τον τρόπο που παρέχει τις υπηρεσίες υγείας στους πολίτες της εκάστοτε χώρας (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007; Τζουμελέκα, 2020; Βραχνέλη, 2017; Πρίφτη, 2017). Δηλαδή, αυτό το είδος συστήματος βασίζεται στο αξίωμα του Laissez-Faire και οργανώνουν το πλαίσιο παροχής των υπηρεσιών υγείας με βάση το σύστημα των τιμών, το οποίο καθορίζει εν τέλει την αγορά των υπηρεσιών υγείας, μέσω της

ισορροπίας των τριών αγορών, της νοσοκομειακής περίθαλψης, της εξωνοσοκομειακής και της φαρμακευτικής περίθαλψης (Πρίφτη, 2017).

Ειδικότερα, στο σύστημα αυτό ο καταναλωτής για να έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να μπορεί να καταβάλλει την τιμή των υπηρεσιών υγείας που έχει διαμορφωθεί στην αγορά από τη ζήτηση και την προσφορά υπηρεσιών υγείας (Σκανδάλη και Μαλλιώτης, 2016). Πιο συγκεκριμένα, η ζήτηση για υπηρεσίες παίζει καθοριστικό ρόλο στην διαμόρφωση της προσφοράς τους. Κύριες πηγές χρηματοδότησης του είναι η ιδιωτική ασφάλιση, καθώς και ο κρατικός προϋπολογισμός, για τις δαπάνες υγείας που αφορούν τις ευπαθείς κοινωνικά ομάδες, όπως τους ανέργους, τους ασθενείς που αντιμετωπίζουν χρόνιες ασθένειες κ.α. (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007; Τζουμελέκα, 2020). Έτσι, σημαντικός παράγοντας αποτελεί το εισόδημα των καταναλωτών, το οποίο και διαμορφώνει το επίπεδο ζήτησης και το μέγεθος της πληθυσμιακής σύνθεσης ενός τόπου. Επομένως, η παροχή των υπηρεσιών υγείας και η περιφεριακοποίηση τους ή όχι επηρεάζεται από την μέθοδο χρηματοδότησής τους (Πρίφτη, 2017).

Στο σύστημα αυτό, η υγεία είναι εμπόρευμα και όχι κοινωνικό αγαθό. Αυτό σημαίνει ότι η υγειονομική κάλυψη είναι εθελοντική και ανάλογη με την οικονομική κατάσταση του ατόμου. Έτσι, μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού παραμένει χωρίς ασφάλεια, ενώ δημιουργούνται έντονες υγειονομικές ανισότητες και ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού καθίσταται χωρίς κάλυψη. Τίθεται, λοιπόν, το ερώτημα κατά πόσο το σύστημα αυτό χαρακτηρίζεται από τις αρχές της ισότητας και της προσβασιμότητας από όλους τους χρήστες (Πρίφτη, 2017; Βραχνέλη, 2017).

Στη συνέχεια, είναι απαραίτητο να τονιστούν τα βασικά χαρακτηριστικά του φιλελεύθερου συστήματος υγείας. Πιο ειδικά, το πρώτο χαρακτηριστικό είναι η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας που καθορίζεται από τους χρήστες των υπηρεσιών αυτών, λαμβάνοντας υπόψη τις τιμές των σχετικών υπηρεσιών. Δεύτερον, το σύστημα αυτό στηρίζεται στην ιδιωτική ασφάλιση με αποτέλεσμα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού να παραμένει ανασφάλιστο. Τρίτον, το κράτος καθορίζει το θεσμικό πλαίσιο για την καλή λειτουργία της αγοράς, χωρίς να παρεμβαίνει στις συναλλαγές μεταξύ καταναλωτών και παραγωγών, ενώ στο σύστημα αυτό υφίστανται μεγάλες υγειονομικές ανισότητες. Τέταρτον, η χρηματοδότηση πηγάζει κυρίως από τους ασφαλιστικούς φορείς των πολιτών προς τους ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς, ενώ

εμφανίζεται το φαινόμενο της ασύμμετρης πληροφόρησης, το οποίο οδηγεί στην προκλητή ζήτηση για υπηρεσίες υγείας (Χλέτσος, 2011; Σκανδάλη και Μαλλιώτης, 2016).

Χαρακτηριστικό παράδειγμα χώρας, στην οποία εφαρμόζεται το ιδιωτικό σύστημα υγείας είναι οι ΗΠΑ. Οι περισσότερες υπηρεσίες υγείας παρέχονται από ιδιωτικούς φορείς, κερδοσκοπικούς και μη ή από συστήματα οργανωμένης φροντίδας «Managed care». Το «Managed care» παρέχει υπηρεσίες υγείας όπως: υπηρεσίες πρόληψης υγείας, προαγωγής υγείας, πρωτοβάθμιας φροντίδας, νοσοκομειακής περίθαλψης και αποκατάστασης και βασίζεται σε μηνιαία ή ετήσια συνδρομή (Τούντας, 2008; Γαβρίλη, 2019; Σκανδάλη και Μαλλιώτης, 2016).

### **2.5.2. ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΥΠΟΥ BEVERIDGE**

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας αναπτύχθηκε με βάση τις αρχές του Beveridge. Βασική αρχή αυτού του συστήματος υγείας είναι η καθολική και ισότιμη κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας στη βάση της λογικής του κοινωνικού δικαιώματος των πολιτών, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση (Βραχνέλη, 2017; Πρίφτη, 2017; Χλέτσος, 2011). Επιπρόσθετα, το σύστημα τύπου Beveridge βασίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη, η παραγωγή και η διανομή των υπηρεσιών ελέγχονται άμεσα από το κράτος, ενώ η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι ελεύθερη και δεν επιβαρύνονται το κόστος οι πολίτες (Υφαντόπουλος, 2003; Σκανδάλη και Μαλλιώτης, 2016). Τέλος, κρίνεται απαραίτητο να τονιστεί πως η κρατική παραγωγή και διανομή των υπηρεσιών υγείας συμβάλλει στο σχεδιασμό του κεντρικού προγραμματισμού των υπηρεσιών, που έχει ως αποτέλεσμα την ευκολότερη και αποτελεσματικότερη παρέμβαση για την επίτευξη των στόχων (Πρίφτη, 2017).

Το συγκεκριμένο σύστημα υγείας έχει ως βασική πηγή χρηματοδότησης τον προϋπολογισμό της γενικής κυβέρνησης (σοσιαλιστικές χώρες), μέσω της φορολογίας των πολιτών και την κοινωνική ασφάλιση και την τοπική φορολογία (Σουηδία). Για αυτό το λόγο, ο συγκεκριμένος τύπος συστήματος υγείας δεν αποκλείει τους πολίτες από την πρόσβαση σε αυτές (Τζουμελέκα, 2020).

Επίσης, είναι αναγκαίο να επισημανθεί ότι στα περισσότερα εθνικά συστήματα η προσφορά των υπηρεσιών υγείας διακρίνεται σε τρία επίπεδα με βάση τις ανάγκες του αστικού, ημι-αστικού και αγροτικού χώρου, που συνδέονται ιεραρχικά μεταξύ τους:

- ❖ Πρωτοβάθμια φροντίδα που αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής του ατόμου με τις υπηρεσίες υγείας, την πρόληψη, την αγωγή υγείας.
- ❖ Δευτεροβάθμια φροντίδα, η οποία αναφέρεται στην περίθαλψη του ατόμου σε νοσοκομεία που αφορούν στις βασικές ειδικότητες της ιατρικής και σε συνηθισμένα ιατρικά προβλήματα.
- ❖ Τριτοβάθμια περίθαλψη που σχετίζεται με τα σοβαρότερα ιατρικά προβλήματα, τα όποια χρήζουν υψηλού επιπέδου προσφοράς, γνώσεων και δεξιοτήτων (Πρίφτη, 2017).

Βασικό πλεονέκτημα του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι ο προσανατολισμός του στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Κύρια μειονεκτήματά του είναι η απεριόριστη και υπερβολική χρήση πόρων, τόσο από τους παρόχους υπηρεσιών υγείας, όσο και από τους ασθενείς, μέσω της αλόγιστης ζήτησης υπηρεσιών υγείας (Τζουμελέκα, 2020), καθώς και οι αυξημένες δαπάνες υγείας (βραχυχρόνια) σε σχέση με το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ) (Πρίφτη, 2017).

Επομένως, τα κύρια χαρακτηριστικά αυτού του συστήματος υγείας είναι η πλήρης και συλλογική κάλυψη του πληθυσμού που γίνεται με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού, ο διαχωρισμός των επιπέδων υγείας σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο και η κεντρική και ενιαία χρηματοδότηση που προέρχεται είτε από τη φορολογία, είτε από ασφαλιστικές εισφορές (Χλέτσος, 2011; Σκανδάλη και Μαλλιώτης, 2016).

Βασικοί εκπρόσωποι του μοντέλου Beveridge είναι το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ιρλανδία, η Νορβηγία, η Φινλανδία, η Δανία, η Σουηδία, η Ισλανδία, η Ισπανία, η Πορτογαλία, η Ιταλία, ο Καναδάς, η Αυστραλία και η Νέα Ζηλανδία (Τζουμελέκα, 2020). Όμως, κυριότερος εκπρόσωπος είναι το Ηνωμένο Βασίλειο, στο οποίο η ΠΦΥ οργανώνεται με γενικούς γιατρούς (General Practitioners, GP) και η αμοιβή των νοσοκομειακών γιατρών δίνεται κυρίως με μισθό (60%) αλλά και με συμβάσεις έργων ή μέσω της άσκησης ιδιωτικής ιατρικής (Γαβρίλη, 2019; Βραχνέλη, 2017; Χλέτσος, 2011).

### **2.5.3. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ Ή ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΥΠΟΥ BISMARCK**

Το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης είναι ένας από τους τέσσερις πιο σημαντικούς τύπους συστημάτων υγείας (Τζουμελέκα, 2020). Θεσπίστηκε από το Γερμανό Καγκελάριο Bismarck το 1880 και σε αυτό ισχύει ότι η ασφάλιση υγείας αποτελεί δικαίωμα για όλων και ότι ο υπολογισμός των εισφορών θα πρέπει να γίνεται με βάση την ικανότητα πληρωμής και όχι τον κίνδυνο της ασθένειας (Βραχνέλη, 2017; Πρίφτη, 2017). Η φιλοσοφία του συστήματος είναι ότι η κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας στηρίζεται στη λογική της ασφάλισης (Σκανδάλη και Μαλλιώτης, 2016).

Στο μοντέλο αυτό, η ΠΦΥ διακρίνεται από ελεύθερη επιλογή γενικού ή ειδικού γιατρού, δηλαδή κυρίαρχο ρόλο έχουν οι ιδιώτες γιατροί, που έχουν το δικό τους ιατρείο ή απασχολούνται σε πολυϊατρεία, ενώ το μικρότερο ποσοστό αυτών περιθάλπουν ασθενείς σε νοσοκομείο. Επίσης, σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, πρέπει να τηρούνται αυστηρά διαγνωστικά και θεραπευτικά ιατρικά πρωτόκολλα και να εφαρμόζονται αυστηρές ποινές για να αποφευχθεί η προκλητή ζήτηση (Γαβρίλη, 2019).

Ακόμη, βασικά χαρακτηριστικά αυτού του συστήματος υγείας αποτελούν η αλληλεγγύη, η συλλογική κάλυψη, η αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης, η χρηματοδότηση μέσω των εισφορών των εργοδοτών και των ασφαλισμένων με κριτήριο το εισόδημα (Υφαντόπουλος, 2005), η υποχρεωτική μορφή της ασφαλιστικής κάλυψης και η έντονη κρατική παρεμβατικότητα που έχει ως στόχο τη μέγιστη αποδοτικότητα του ασφαλιστικού φορέα (Πρίφτη, 2017).

Επιπλέον, κύριο κριτήριο για να καταβάλονται οι εισφορές είναι το ύψος του εισοδήματος και οι δυνατότητες πληρωμής των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, η υποχρεωτική συλλογική ασφαλιστική κάλυψη, οι παραγωγικοί συντελεστές που ανήκουν είτε στο Δημόσιο, είτε σε ιδιώτες, η έντονη κρατική παρέμβαση, η οποία έχει ως σκοπό τη μέγιστη δυνατή αποτελεσματικότητα, αναφορικά με την προσφορά των υπηρεσιών υγείας (Χλέτσος, 2011; Σκανδάλη και Μαλλιώτης, 2016). Τέλος, οι κυριότεροι εκπρόσωποι του μοντέλου Bismarck είναι η Γερμανία, η Ολλανδία, το Βέλγιο, η Γαλλία, η Αυστρία, η Ελβετία, το Ισραήλ και η Ιαπωνία (Τζουμελέκα, 2020).



#### 2.5.4. ΤΟ ΜΕΙΚΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Τις τελευταίες δεκαετίες, τα συστήματα υγείας έχουν την τάση να λαμβάνουν μία ενδιάμεση μορφή των βασικών μορφών με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένα νέο σύστημα υγείας, το μεικτό σύστημα, το οποίο είναι συνδυασμός του ιδιωτικού (φιλελεύθερου) και του δημόσιου (συστήματα τύπου Beveridge και Bismarck) μοντέλου. Παραδείγματα χωρών που λειτουργούν με μεικτό σύστημα υγείας είναι η Ελλάδα, η Μεγάλη Βρετανία και οι Σκανδιναβικές χώρες (Γαβρίλη, 2019). Τα συστήματα αυτά, όπως προαναφέρθηκε, στηρίζονται κυρίως στην κοινωνική ασφάλιση, στην αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης, στη συλλογική κάλυψη του πληθυσμού και στη χρηματοδότηση που πηγάζει από εισφορές οι οποίες υπολογίζονται ανάλογα με την οικονομική δυνατότητα του καθενός και όχι με τις ανάγκες υγείας που έχει (Βραχνέλη, 2017; Γαβρίλη, 2019).

Πιο συγκεκριμένα, στα περισσότερα μεικτά συστήματα υγείας οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται σε επίπεδο προμηθευτών από ένα μεικτό πλαίσιο, το οποίο περιλαμβάνει ιατρούς που ασκούν την ιατρική ως ελεύθεροι επαγγελματίες και αμείβονται κατά πράξη και ιατρούς που αμείβονται με μισθό και εκτείνεται σε νοσοκομειακές υπηρεσίες που παρέχονται είτε από δημόσια είτε από ιδιωτικά ιδρύματα (Πρίφτη, 2017).

Εκτός από τον τρόπο αποζημίωσης των γιατρών και τον τύπο ιδιοκτησίας των νοσοκομείων, μόνο οι κυβερνήσεις των χωρών έχουν το δικαίωμα να επεμβαίνουν και στον τρόπο αποζημίωσης και στον τρόπο ίδρυσης, λειτουργίας, οργάνωσης κάθε είδους ιδρύματος, αλλά και στον έλεγχο της εγκατάστασης της ιατρικής τεχνολογίας. Αυτό έχει ως σκοπό τον προγραμματισμό των υπηρεσιών και την κατεύθυνσή τους. Παράλληλα, μια σειρά παρεμβάσεων των κυβερνήσεων στο επίπεδο της χρηματοδότησης συμβάλλουν στην επίτευξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου περιφεριακοποίησης των υπηρεσιών (Πρίφτη, 2017).

Στο μεικτό σύστημα η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας πραγματοποιείται μέσω των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης και των πόρων που προέρχονται από τον κρατικό προϋπολογισμό (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007; Doncho et al., 2013; Τζουμελέκα, 2020).

Συμπερασματικά, σε αυτά τα συστήματα οι δυνατότητες της κυβερνητικής παρέμβασης για τον προγραμματισμό, οργάνωση, περιφεριακοποίηση των υπηρεσιών είναι πολύ περισσότερες σε σχέση με αυτές των άλλων συστημάτων και στηρίζονται

τόσο στην πλευρά της ζήτησης (χρηματοδότηση), όσο και στην πλευρά της προσφοράς (οι πολιτικές περιφερειακοποίησης των υπηρεσιών υγείας), σε μεγαλύτερο βαθμό, όμως, στην πλευρά της χρηματοδότησης. Αυτό συμβαίνει διότι η έννοια του προγραμματισμού των υπηρεσιών υγείας σχετίζεται με διαδικασίες και ενέργειες που συνυφάνονται με την αντίδραση των υποστηρικτών της ελεύθερης αγοράς (Πρίφτη, 2017).

## **2.6. ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΛΛΩΝ ΧΩΡΩΝ**

Μέσα από την συστηματική ανάλυση συγκεκριμένων συστημάτων ΠΦΥ βρέθηκε ότι σε διεθνές επίπεδο η κατάσταση έχει ενδεικτικά ως εξής, όσον αφορά στην οργάνωση και στην παροχή υπηρεσιών της ΠΦΥ συμμετέχουν οι οικογενειακοί γιατροί ατομικής ή ομαδικής πρακτικής (solo or group practice), οι ειδικευμένοι γιατροί, σε κοινοτικές υπηρεσίες/δομές (π.χ. κέντρα υγείας) ή εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων (από παραπομπή των οικογενειακών γιατρών) και άλλοι επαγγελματίες υγείας σε μια από τις δυο ανωτέρω μορφές, η συνολική διαχείριση ΠΦΥ (HMO type), η κεντρική και περιφερειακή διαχείριση και χρηματοδότηση (Πετρέλης και Δομάγερ, 2016; Πολύζος, 2013).

### **2.6.1. ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ/ΑΓΓΛΙΑ**

Το Βρετανικό Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης αποτελεί τον βασικότερο εκπρόσωπο των εθνικών συστημάτων υγείας. Γενικά, μπορεί να τονιστεί ότι το NHS (National Health System) βασίζεται στην ισότιμη και καθολική κάλυψη του πληθυσμού, ανεξάρτητα από την επαγγελματική τους κατάσταση και το ύψος του εισοδήματός τους (Πετρέλης και Δομάγερ, 2016; Πολύζος, 2013; Γαβρίλη, 2019).

Σε εθνικό επίπεδο, η πολιτική και οι προτεραιότητες καθορίζονται από το Υπουργείο Υγείας, στηριζόμενο από κάποιους οργανισμούς, όπως είναι η Care Quality Commission (CQC), ο ανεξάρτητος ρυθμιστής των NHS Foundation Trusts, το Health Protection Agency (HPA) και το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Κλινικής Αριστείας (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE) (Πολύζος, 2013).

Σε περιφερειακό επίπεδο, το Υπουργείο Υγείας λειτουργεί μέσα από τις 10 Διευθύνσεις Υγείας στρατηγικού χαρακτήρα (Strategic Health Authorities, SHAs) (Πολύζος, 2013).

Σε τοπικό επίπεδο, υπεύθυνοι για την διασφάλιση της παροχής υπηρεσιών υγείας είναι τα 151 Primary Care Trusts (PCTs). Οι υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονται πρωτίστως μέσα από τους γενικούς γιατρούς (General Practitioners, GPs), συνήθως αυτοαπασχολούμενους στα δικά τους ιατρεία ή απασχολούμενους σε άλλες δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (προληπτικές, διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες) και δευτερευόντως από επαγγελματίες υγείας, όπως νοσηλεύτριες, φυσιοθεραπευτές, οδοντίατρος, κ.ά., αλλά και από μια σειρά από διαφορετικές οντότητες, όπως είναι τα walking-in κέντρα, οι NHS Districts, οι κοινοτικές δομές, οι δομές του εθελοντικού τομέα, κ.ά. (Πολύζος, 2013).

Επιπρόσθετα, το υγειονομικό προσωπικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας στελεχώνεται με γενικούς νοσηλεύτες, επισκέπτες υγείας, εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας για μητέρες, παιδιά και ηλικιωμένους, που τους επισκέπτονται στο σπίτι παρέχοντας κυρίως συμβουλευτική στήριξη και ενημέρωση σε θέματα υγείας, αλλά και νοσηλευτική φροντίδα σε περιπτώσεις που απαιτείται κατ' οίκον νοσηλεία. Στην περίπτωση της Βρετανίας, η παροχή κοινωνικής φροντίδας αφορά υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας ιδρυματικού χαρακτήρα από μονάδες τοπικών αρχών όπως π.χ. οίκοι ευγηρίας και ιδρύματα για μακροχρόνια πάσχοντες, άτομα με ειδικές ανάγκες και αναπηρίες (Σκανδάλη και Μαλλιώτης, 2016).

Επιπλέον, η Νοσοκομειακή Φροντίδα που χρηματοδοτείται από το NHS παρέχεται από γιατρούς ειδικοτήτων (consultants) που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία (NHS trusts) και αμείβονται με μισθό, ενώ λειτουργούν κάποια ιδιωτικά νοσοκομεία (Πετρέλης και Δομάγερ, 2016; Πολύζος, 2013).

Στην πράξη, το NHS παρέχει υπηρεσίες υγείας σε όλους όσους διαμένουν νόμιμα στη χώρα («συνήθεις/κανονικοί κάτοικοι» - ordinarily residents), έστω και αν το 13% του πληθυσμού έχει επίσης και ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Ειδικότερα, παρέχει προληπτικές υπηρεσίες συμπεριλαμβανομένων διαλογών, εμβολιασμών και προγραμμάτων εμβολιασμού, νοσοκομειακή περίθαλψη και εξωτερικούς ασθενείς, φροντίδα μητρότητας, υπηρεσίες γιατρού, φάρμακα σε εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς, κλινικά απαραίτητη οδοντιατρική περίθαλψη, κάποια φροντίδα των ματιών, φροντίδα ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης της φροντίδας για άτομα με

μαθησιακές δυσκολίες, παρηγορητική φροντίδα, κάποια μακροχρόνια φροντίδα, αποκατάσταση, συμπεριλαμβανομένης της φυσικοθεραπείας (όπως φροντίδα μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο), επισκέψεις στο σπίτι από νοσηλευτές που βασίζονται στην κοινότητα και αναπηρικές καρέκλες, ακουστικά βαρηκοΐας και άλλες βοηθητικές συσκευές για εκείνους που θεωρούνται ότι χρειάζονται (Thorlby, 2020; Σκανδάλη και Μαλλιώτης, 2016).

Τέλος, το Βρετανικό σύστημα υγείας (NHS) χρηματοδοτείται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό και δευτερευόντως από εθνικές ασφαλιστικές εισφορές (National Insurance Contributions, NICs), μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, από τη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος κάποιων υπηρεσιών υγείας (user charges) και από άμεσες πληρωμές που γίνονται από τους ασθενείς στον ιδιωτικό τομέα. Οι εθνικές ασφαλιστικές εισφορές (NICs) καταβάλλονται υποχρεωτικά από τους εργαζόμενους και τους εργοδότες και χρησιμοποιούνται για να χρηματοδοτηθούν οι συντάξεις, τα επιδόματα ανεργίας, ασθένειας, ανικανότητας, μητρότητας, κ.λπ (Πετρέλης και Δομάγερ, 2016; Πολύζος, 2013; Γαβρίλη, 2019).

### **2.6.2. ΣΟΥΗΔΙΑ**

Η Σουηδία είναι μία από τις Σκανδιναβικές χώρες που διαθέτει ένα εθνικό σύστημα υγείας σοσιαλδημοκρατικού τύπου και καθολικής κάλυψης, συγκροτείται από τα 21 περιφερειακά συμβούλια και τους 290 δήμους με μεγάλες αρμοδιότητες και εξουσίες. Κεντρικό στοιχείο αποτελεί η αποεμπορευματοποίηση των παροχών στο μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού, χωρίς έλεγχο των μέσων διαβίωσης (Πολύζος, 2013). Η Π.Φ.Υ παρέχεται από τα 1200 κέντρα υγείας (1/3 ιδιωτικά), που στελεχώνονται από γενικούς ιατρούς (1 ανά 2500 κατοίκους), γυναικολόγους, ψυχίατρους, νοσηλεύτριες και φυσικοθεραπευτές (Mossialos et al., 2015; Γιανασμίδης και Τσιαούση, 2012; Anell et al., 2012; Πετρέλης και Δομάγερ, 2016; Πολύζος, 2013; Γαβρίλη, 2019). Παράλληλα, η κεντρική και κυρίως η τοπική αυτοδιοίκηση είναι επιβεβαρυνμένες με την οικονομική διαχείριση και αξιολόγηση του συστήματος κοινωνικής και υγειονομικής φροντίδας, ενώ το σύστημα χρηματοδοτείται πρωτίστως από δημοσιονομικά έσοδα, μολοντί γίνεται απόπειρα για να επεκταθεί ο ρόλος των κοινωνικών συνεισφορών (Πρίφτη, 2017).

Ειδικότερα, το σύστημα υγείας της Σουηδίας οργανώνεται σε τρία διακριτά επίπεδα που αντιστοιχούν στις τρεις βαθμίδες της κρατικής οργάνωσης: τοπικό, περιφερειακό και κεντρικό / εθνικό, τα οποία λειτουργούν διαφορετικά στο πεδίο της κοινωνικής προστασίας (Πολύζος, 2013).

Γενικά, το Υπουργείο λειτουργεί ως εγγυητής των επιπέδων κοινωνικής προστασίας για την προστασία της υγείας και της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, ενώ, ταυτόχρονα δίνεται η ελευθερία στις περιφερειακές και τοπικές αρχές να προστατεύουν την υγεία και τη φροντίδα του συνόλου των πολιτών (Πολύζος, 2013).

Σε περιφερειακό επίπεδο, το σύστημα υγείας στηρίζεται στα αυτοδιοικητικά όργανα, ενώ η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από μια ανάμειξη δημόσιων και ιδιωτικών μονάδων, οι οποίες έχουν κατά κύριο λόγο δημόσια χρηματοδότηση. Ακόμη, κάθε ασφαλισμένος έχει το δικαίωμα να επιλέξει μεταξύ των ιδιωτικών και των δημόσιων παρόχων. Οι ιδιώτες πάροχοι αδειοδοτούνται από τα τοπικά συμβούλια και παρέχουν τις υπηρεσίες τους κατά κύριο λόγο στις πυκνοκατοικημένες περιοχές και στις μεγάλες πόλεις και λειτουργούν μονάδες διαφόρων ειδικοτήτων με κυρίαρχη αυτή της γενικής ιατρικής, ενώ έχουν τη δυνατότητα να παραπέμπουν στη δευτεροβάθμια φροντίδα (Πολύζος, 2013).

Στη συνέχεια, στο επίπεδο του κράτους συγκεντρώνονται οι απαραίτητοι πόροι για τη βασική χρηματοδότηση των δημοσίων δαπανών (Πολύζος, 2013).

Επιπλέον, η πρωτοβάθμια φροντίδα οργανώνεται στο τοπικό επίπεδο σε χωρικές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας που αποτελούνται από 5.000 έως 50.000 κατοίκους, κάθε μία από τις οποίες εποπτεύει κατ' ελάχιστο ένα κέντρο υγειονομικής φροντίδας. Βασικό στοιχείο της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι οι Γενικοί Ιατροί, το έργο των οποίων συμπληρώνεται από μαίες και νοσηλευτικό προσωπικό. Αυτά τα κέντρα υγείας είναι επιφορτισμένα με τη διεξαγωγή προληπτικών ελέγχων υγείας και προστασίας του γενικού πληθυσμού, όπως είναι λ.χ. οι εμβολιασμοί (Πολύζος, 2013).

### **2.6.3. ΙΣΠΑΝΙΑ**

Το Spanish National System (SNS) αποτελεί ένα αυτόνομο πρότυπο οργάνωσης υπηρεσιών υγείας, που βασίζεται τόσο στη φιλοσοφία του Beveridge όσο και του Bismarck (Πρίφτη, 2017) και έχει καθολικό χαρακτήρα, ενώ υφίσταται σαφής

διαχωρισμός μεταξύ της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας (Πολύζος, 2013).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από δύο δίκτυα. Πρώτον, υπάρχει ένα δημόσιο ολοκληρωμένο σύστημα με δικές του εγκαταστάσεις και προσωπικό, το οποίο προσλαμβάνεται μετά από εξετάσεις και πληρώνεται με μισθό. Δεύτερον, υφίσταται και το παλαιότερο σύστημα που στηρίζεται σε γενικούς γιατρούς που ασκούν το έργο τους στα ιδιωτικά τους ιατρεία για κάποιες ώρες την ημέρα και αποζημιώνονται βάσει των εγγεγραμμένων πολιτών στην λίστα τους (Σκανδάλη και Μαλλιιώτης, 2016). Οι υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν, με μόνη εξαίρεση τη φαρμακευτική δαπάνη για άτομα κάτω των 65 ετών, στις 17 αυτόνομες περιφέρειες (ACs), ενώ σε εθνικό επίπεδο η παροχή γίνεται υπό τη διακυβέρνηση του Διαπεριφερειακού Συμβουλίου για το SNS, για ορισμένους στρατηγικούς τομείς, καθώς και για το γενικό συντονισμό του συστήματος υγείας και την παρακολούθηση της απόδοσης του συστήματος υγείας (Πολύζος, 2013; Βασιλείου, 2019).

Τέλος, οι πηγές χρηματοδότησης του συστήματος είναι ο προϋπολογισμός των αυτόνομων περιοχών μέσω της φορολόγησης, οι εφάπαξ χρηματοδοτήσεις από την κεντρική κυβέρνηση και κατά ένα πολύ μικρό ποσοστό τα ταμεία ασφάλισης των δημοσίων υπαλλήλων και οι ίδιοι οι ασθενείς (Πολύζος, 2013).

#### **2.6.4. ΚΑΝΑΔΑΣ**

Αναφορικά με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης του Καναδά, η οργάνωσή του καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από το Καναδικό Σύνταγμα, στο οποίο οι ρόλοι και οι ευθύνες κατανέμονται μεταξύ των ομοσπονδιακών και των επαρχιακών και εδαφικών κυβερνήσεων, με τις δύο τελευταίες να έχουν το μεγαλύτερο μέρος της ευθύνης για την παροχή υγείας και άλλων κοινωνικών υπηρεσιών. Από την άλλη πλευρά, η ομοσπονδιακή κυβέρνηση ευθύνεται για την παροχή υπηρεσιών για ορισμένες ομάδες ανθρώπων (Government of Canada, 2019).

Ειδικότερα, η δημόσια υγειονομική περίθαλψη χρηματοδοτείται με γενικά έσοδα που συγκεντρώνονται μέσω ομοσπονδιακής, επαρχιακής και εδαφικής φορολογίας, όπως προσωπικοί και εταιρικοί φόροι, φόροι πωλήσεων, εισφορές μισθοδοσίας

(διαπραγματεύσιμοι μισθοί μεταξύ των συνδικάτων και των εργοδοτών) και άλλα έσοδα (Government of Canada, 2019).

Επίσης, η ομοσπονδιακή κυβέρνηση στην υγειονομική περίθαλψη παρέχει πρωτογενείς και συμπληρωματικές υπηρεσίες σε ορισμένες ομάδες ανθρώπων, όπως μέλη των Καναδικών Ένοπλων Δυνάμεων, οι επιλεγμένοι βετεράνοι, οι τρόφιμοι σε ομοσπονδιακούς σωφρονιστικούς και οι ορισμένες ομάδες αιτούντων προσφύγων (Government of Canada, 2019).

Επιπλέον, οι επαρχίες είναι πιθανό να χρεώνουν ένα ασφάλιστρο υγείας στους κατοίκους τους για να ενισχύσουν οικονομικά τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που χρηματοδοτούνται από το δημόσιο (Government of Canada, 2019).

Όσον αφορά τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, αυτές παρέχονται κυρίως από τους οικογενειακούς γιατρούς και είναι η πρόληψη και θεραπεία κοινών ασθενειών και τραυματισμών, οι βασικές υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης, οι παραπομπές και η διασύνδεση με άλλα επίπεδα φροντίδας, όπως νοσοκομειακή και εξειδικευμένη περίθαλψη, η πρωτοβάθμια φροντίδα ψυχικής υγείας, η παρηγορητική φροντίδα, η προαγωγή της υγείας, η υγιής ανάπτυξη παιδιών, η πρωτοβάθμια φροντίδα μητρότητας και οι υπηρεσίες αποκατάστασης (Καρακόλιας, 2016; Government of Canada, 2019).

Τέλος, σχετικά με τις δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης αξίζει να σημειωθεί ότι μπορούν να παρέχονται στο σπίτι ή στην κοινότητα και σε ιδρύματα (κυρίως μακροχρόνια και χρόνια περίθαλψη). Επίσης, οι παραπομπές στην κοινότητα μπορούν να πραγματοποιηθούν από τους γιατρούς, τα νοσοκομεία, τους κοινοτικούς φορείς, τις οικογένειες και τους ίδιους τους ασθενείς, οι ανάγκες των οποίων αξιολογούνται από ιατρούς της φροντίδας, αλλά η φροντίδα παρέχεται από μια σειρά τυπικών, άτυπων (συχνά οικογενειών) και εθελοντών φροντιστών (Government of Canada, 2019).

#### **2.6.5. ΗΠΑ**

Το σύστημα υγείας στις ΗΠΑ βασίζεται κατά κύριο λόγο στην ιδιωτική ασφάλιση και δευτερευόντως στην κοινωνική ασφάλιση, δεδομένου ότι το 65% περίπου του πληθυσμού της έχουν ιδιωτική ασφάλιση και μόνο οι ευπαθείς ομάδες πληθυσμού όπως είναι οι ηλικιωμένοι και οι ανάπηροι έχουν κοινωνική ασφάλιση, γεγονός που

σημαίνει ότι καλύπτει ένα σχετικά μικρό ποσοστό του πληθυσμού, μέσα από κρατικές, πολιτειακές, δημοτικές και κοινοτικές δομές. Άλλωστε, οι εγκαταστάσεις υγείας στις Η.Π.Α. είναι σε μέγιστο βαθμό ιδιωτικές. Εντούτοις, υπάρχουν και περιπτώσεις κρατικών, πολιτειακών καθώς και δημοτικών δομών. Το χρηματικό ποσό που δίνεται από τους πολίτες για τις υπηρεσίες υγείας στις Η.Π.Α., όπως και οι συνολικές δαπάνες υγείας είναι οι υψηλότερες σε παγκόσμιο επίπεδο με τη δημόσια δαπάνη να ανέρχεται μεταξύ του 45% και 56% των συνολικών, ενώ ταυτόχρονα δεν υφίσταται καθολική δημόσια κάλυψη των αναγκών υγείας (Πολύζος, 2013; Γαβρίλη, 2019).

Ως προς την χρηματοδότηση του συστήματος, οι κύριες πηγές της είναι οι ιδιωτικές πληρωμές, δηλαδή από ασφαλιστικές εταιρείες ή από την συμμετοχή των ασθενών και οι δευτερεύουσες πηγές είναι οι δημόσιες δαπάνες, δηλαδή από την ομοσπονδιακή και τις πολιτειακές κυβερνήσεις (Πολύζος, 2013; Γαβρίλη, 2019).

Σχετικά με την κοινωνική ασφάλιση, αυτή περιλαμβάνει δύο προγράμματα, το Medicare, που καλύπτει πολίτες και μακροχρόνιους κατοίκους άνω των 65 ετών ή ανάπηρους, και το Medicaid που καλύπτει άτομα χαμηλού εισοδήματος διάφορων κατηγοριών (The Commonwealth Fund, 2020; Πολύζος, 2013; Σαράντου, 2017).

Όσον αφορά το Medicare, τα άτομα που είναι εγγεγραμμένα σε αυτό έχουν δικαίωμα στη νοσοκομειακή περίθαλψη (Μέρος Α), το οποίο περιλαμβάνει βραχυπρόθεσμη εξειδικευμένη περίθαλψη. Από την άλλη μεριά, το Medicare (Μέρος Β) καλύπτει υπηρεσίες ιατρών, ανθεκτικού ιατρικού εξοπλισμού, υπηρεσίες υγείας στο σπίτι, βραχυπρόθεσμη μετα-οξεία φροντίδα, όπως υπηρεσίες αποκατάστασης σε εξειδικευμένες νοσηλευτικές εγκαταστάσεις ή στο σπίτι. Το μειονέκτημά του είναι ότι παρέχει μόνο πολύ περιορισμένες ποσότητες συνταγογραφούμενων φαρμάκων για εξωτερικούς ασθενείς, συμπεριλαμβανομένων ενέσιμων ή εγχυμένων φαρμάκων που πρέπει να χορηγούνται από ιατρό σε περιβάλλον γραφείου. Για αυτό το λόγο, τα άτομα αναγκάζονται να αγοράσουν ιδιωτική κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Ένα άλλο μειονέκτημά του είναι πως δεν παρέχεται πλήρης κάλυψη για οδοντιατρικές υπηρεσίες και υπηρεσίες όρασης (The Commonwealth Fund, 2020) (Πολύζος, 2013).

Αναφορικά με το Medicaid, πρέπει να τονιστεί πως η κάθε ιατρική υπηρεσία αντιμετωπίζεται μεμονωμένα και πληρώνεται ξεχωριστά (Πολύζος, 2013), ενώ η χρηματοδότησή του προέρχεται από κοινού από την Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση και τις Πολιτείες. Ειδικότερα, η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση μισθώνει τις Πολιτείες με ένα



συγκεκριμένο ποσοστό, το οποίο καθορίζεται βάσει του κατά κεφαλήν εισοδήματος. Στη συνέχεια, κάθε Πολιτεία πληρώνει είτε απευθείας για τις προσφερόμενες υπηρεσίες με βάση τις τιμές της αγοράς, είτε υπογράφει συμφωνία με οργανισμούς που έχουν δίκτυα παροχής υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με τις ομοσπονδιακές οδηγίες, το Medicaid παρέχει υπηρεσίες σε νοσοκομειακούς και εξωτερικούς ασθενείς, μακροχρόνια περίθαλψη, εργαστηριακές και διαγνωστικές υπηρεσίες, οικογενειακός προγραμματισμός (The Commonwealth Fund, 2020; Πολύζος, 2013).

Επιπρόσθετα, τα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων είναι υποχρεωμένα να δέχονται όλα τα περιστατικά, πέρα από τη δυνατότητα πληρωμής των ασθενών, ωστόσο η πρόβλεψη αυτή δε συνοδεύεται από αντίστοιχη οικονομική ενίσχυση. Πρέπει να τονιστεί, επίσης, ότι ελάχιστοι γιατροί (Physicians) ακολουθούν τις ειδικότητες γενικής ιατρικής, καθώς προτιμώνται οι υψηλότερες αμοιβές των ειδικοτήτων, ενώ το σύστημα εστιάζει στη χρηματοδότηση περιπτώσιακών και ασυντόνιστων υπηρεσιών με αποτέλεσμα να υποστηρίζονται οι δαπανηρές και συχνά περιττές εξειδικευμένες θεραπείες εις βάρος της πρωτοβάθμιας φροντίδας (Πολύζος, 2013).

Επίσης, αξίζει να επισημανθεί πως ο όρος Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας δεν είναι γνωστός στο γενικό πληθυσμό των Η.Π.Α. Παρόλα αυτά, στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας συμπεριλαμβάνονται γενικοί γιατροί και άλλοι επαγγελματίες υγείας που συνεργάζονται με τους γιατρούς και παρέχουν υπηρεσίες υγείας σε ασθενείς όλων των ηλικιών μέσα στο δικό τους κοινωνικό περιβάλλον (Πολύζος, 2013).

Τέλος, τόσο στον πρωτοβάθμιο όσο και στο δευτεροβάθμιο τομέα υγείας εφαρμόζονται ένα σύνολο τεχνικών, με σκοπό τη μείωση του κόστους και την αύξηση της ποιότητας της παροχής υπηρεσιών (managed care) καθώς και για την εξασφάλιση ότι ο ανταγωνισμός μεταξύ των διαφορετικών παρόχων υγείας θα παραμείνει ενεργός προς όφελος του τελικού χρήστη (managed competition) (Πολύζος, 2013).

## **2.7. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19 / ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΤΙΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΧΩΡΕΣ**

Τους τελευταίους μήνες, κατέστη σαφές ότι ο κορωνοϊός αποτελεί σημαντική απειλή για την υγεία σε παγκόσμια επίπεδο. Ο ιός αυτός προκαλεί την ασθένεια COVID-19 που ονομάζεται Σοβαρό Οξύ Αναπνευστικό Σύνδρομο Κορωνοϊού 2 (SARS-CoV-2) και προσβάλλει κυρίως υγιή κύτταρα του αναπνευστικού συστήματος (European Data Portal, 2020).

Τα ακριβή ποσοστά νόσησης από τον ιό διαφέρουν ανά χώρα, αν και περίπου το 5-8% του μολυσμένου πληθυσμού χρειάζεται εισαγωγή σε μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), η οποία διαρκεί κατά μέσο όρο 3-4 εβδομάδες. Αυτό το γεγονός που οφείλεται στην ταχεία εξάπλωση του ιού, ειδικά πριν από την εφαρμογή των μέτρων lockdown, άσκησε μεγάλη πίεση στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες (European Data Portal, 2020).

Έτσι, λόγω αυτής της κατάστασης, δημιουργείται η έντονη ανάγκη των χωρών για αύξηση των κρεβατιών νοσοκομείου και μονάδων Εντατικής Θεραπείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 (European Data Portal, 2020).

Προκειμένου, λοιπόν, να παρακολουθείται η πίεση στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, είναι απαραίτητη και η παρακολούθηση της ζήτησης για νοσοκομειακά κρεβάτια και μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Γι αυτό το λόγο, αρκετές χώρες, όπως η Αυστρία, η Ολλανδία, η Ισπανία, η Ιταλία, η Γαλλία και η Γερμανία δημοσίευσαν εθνικά δεδομένα σχετικά με τη ζήτηση και τη διαθεσιμότητα νοσοκομειακών κλινών (European Data Portal, 2020).

Ειδικότερα, τα δεδομένα σχετικά με την COVID-19 δημοσιεύονται στο Ινστιτούτο Μετρήσεων και Αξιολόγησης Υγείας (IHME), που είναι ένα ανεξάρτητο παγκόσμιο ερευνητικό κέντρο υγείας στο Πανεπιστήμιο της Ουάσιγκτον. Στη συνέχεια, συλλέγονται από την Ευρωπαϊκή Πύλη Δεδομένων για να δημιουργηθεί μια διαδραστική απεικόνιση της ζήτησης για νοσοκομειακά κρεβάτια ανά ευρωπαϊκή χώρα και παρέχεται, έτσι, μια επισκόπηση των χωρών που υπερέβησαν τη μέγιστη χωρητικότητά τους στο κρεβάτι της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας τους τελευταίους μήνες (European Data Portal, 2020).

Επιπρόσθετα, θα πρέπει να σημειωθεί ότι αρκετές χώρες εφάρμοσαν μέτρα για τη μείωση της ζήτησης κλινών των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας για ασθενείς χωρίς COVID-19, για παράδειγμα, αναβάλλοντας χειρουργικές επεμβάσεις. Επίσης, οι περιορισμοί στο ταξίδι και στην κινητικότητα οδήγησαν σε λιγότερα ατυχήματα. Αυτό μπορεί να μειώσει την ανάγκη για κρεβάτια στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας ανά ημέρα γενικά, όχι μόνο για ασθενείς με COVID-19 (European Data Portal, 2020).

Συνεπώς, καθώς ο αριθμός των μολυσμένων ατόμων αυξήθηκε απότομα, η ζήτηση για νοσοκομειακές κλίνες και κλίνες Μονάδων Εντατικής Θεραπείας αυξήθηκε επίσης ραγδαία. Η ετοιμότητα όσον αφορά τα νοσοκομειακά κρεβάτια, το εξειδικευμένο προσωπικό και τον απαραίτητο εξοπλισμό διαφέρει σε μεγάλο βαθμό μεταξύ των χωρών (European Data Portal, 2020).

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα μιας καλά προετοιμασμένης χώρας είναι η Γερμανία, μολοντί επικρίθηκε στο παρελθόν για τον μεγάλο αριθμό κλινών ICU. Ωστόσο, αποδείχθηκε ότι κατά τη διάρκεια αυτής της πανδημίας είχε σχετικά μεγάλο αριθμό κλινών των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας ανά 100.000 άτομα και σχετικά χαμηλό αριθμό θανάτων που σχετίζονται με την COVID-19 (European Data Portal, 2020).

Ακόμη, στην Αγγλία, η NICE, συνεργαζόμενη με ομάδες ασθενών και επαγγελματικές ενώσεις, δημοσίευσε ένα σύνολο οδηγιών (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2020). Ειδικότερα, προτάθηκαν υπηρεσίες διεπιστημονικής αξιολόγησης, συγκεντρώνοντας γιατρούς με εμπειρία σε αυτές και πιο ειδικά στην εργασιακή θεραπεία, στη φυσιοθεραπεία, στην κλινική ψυχολογία και ψυχιατρική και στην ιατρική αποκατάσταση. Αυτές οι υπηρεσίες πρέπει να αποτελούν μέρος ενός μοντέλου φροντίδας που περιλαμβάνει ολοκληρωμένα πρότυπα διασύνδεσης μεταξύ πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και κοινοτικής περίθαλψης (Rajan et al., 2021).

Τέλος, στην Ισπανία, τα νοσοκομεία και τα κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρέχουν στους ασθενείς COVID-19 καθοδήγηση σχετικά με την αναπνευστική και φυσική αποκατάσταση για να αντιμετωπίσουν τις συνέπειες του COVID-19 και η Ισπανική Εταιρεία Γενικών Ιατρών έχει δημοσιεύσει οδηγίες σχετικά με τη θεραπεία αυτού του τύπου ασθενών σε περιβάλλον πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, 2020; Rajan et al., 2021).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

### ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΠΦΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

#### 3.1. ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Το Ελληνικό σύστημα υγείας εντάσσεται στην κατηγορία των μεικτών συστημάτων και ως προς την χρηματοδότησή του και ως προς τον τρόπο παροχής υπηρεσιών (Ρεκλείτη et al., 2015). Έτσι, όσον αφορά την προσφορά, είναι οργανωμένο με βάση το πρότυπο Beveridge, ενώ η ζήτηση προέρχεται από τα ασφαλιστικά ταμεία, δηλαδή ακολουθεί το πρότυπο Bismark. Αποτελεί, λοιπόν, συνύπαρξη υπηρεσιών υγείας που παρέχονται τόσο από ιδιωτικούς, όσο και από δημόσιους φορείς (Αθανασιάδης και Σταυράκη, 2017; Οικονόμου, 2012; Πεχλιβανίδου, 2017).

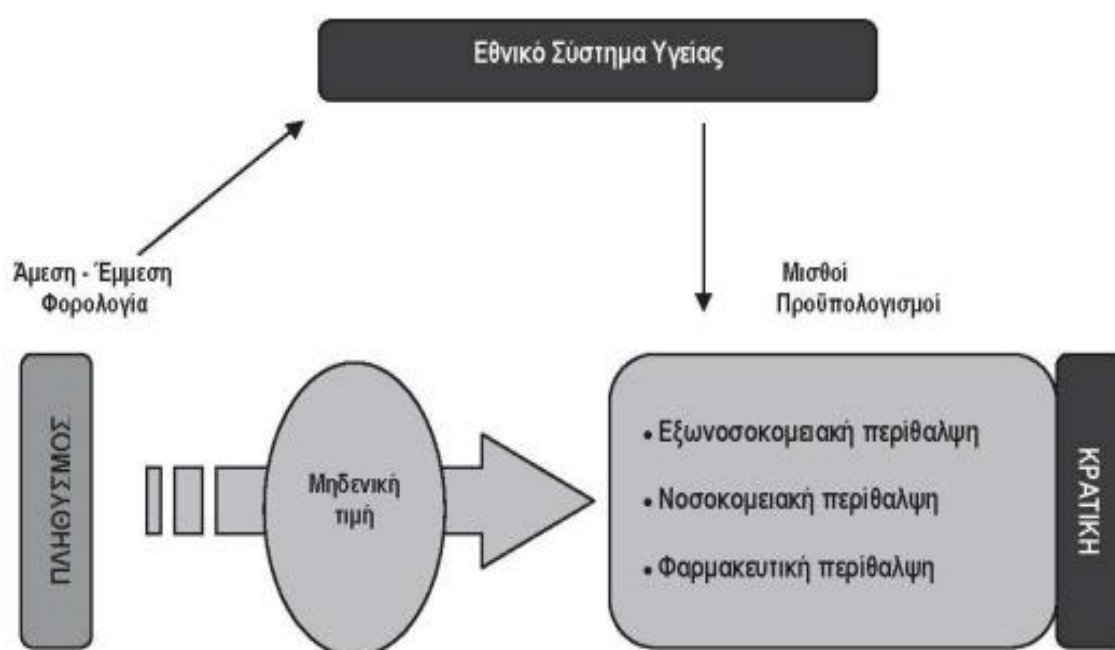
Σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί μία μίξη ολοκληρωμένων εθνικών συστημάτων υγείας, συμβολαιακών ασφαλιστικών συστημάτων και ασφαλιστικών συστημάτων αποζημίωσης, ενσωματώνοντας αρχές διαφορετικών οργανωτικών προτύπων (Αθανασιάδης και Σταυράκη, 2017; Οικονόμου, 2012; Πεχλιβανίδου, 2017; Τζουμελέκα, 2020).

Όσον αφορά το ανθρώπινο δυναμικό του υγειονομικού τομέα, αυτό περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα ειδικοτήτων, όπως γιατρούς, νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές, λογοθεραπευτές και άλλες παραϊατρικές ειδικότητες, διοικητικό προσωπικό, χειριστές ιατρικών μηχανημάτων, οι οποίες πρέπει να συντονίζονται και να συνεργάζονται και να έχουν υψηλή εξειδίκευση με σκοπό την βέλτιστη λειτουργία του συστήματος και την ορθολογική κατανομή των πόρων. Εντούτοις, στην Ελλάδα δεν υφίστανται συγκεκριμένες πολιτικές και στόχοι για την στελέχωση των μονάδων υγείας και πρόνοιας. Αυτό συμβαίνει διότι τα Υπουργεία Παιδείας και Υγείας δεν συνεργάζονται μεταξύ τους, αφού το Υπουργείο Παιδείας είναι αρμόδιο για την εκπαίδευση και την παραγωγή επαγγελματιών υγείας και το Υπουργείο Υγείας που ευθύνεται για την λειτουργία του υγειονομικού τομέα και για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας στην Ελλάδα δεν είναι ενημερωμένο σχετικά με τις ουσιαστικές ανάγκες για ανθρώπινο δυναμικό (Κρίνα, 2017; Πεχλιβανίδου, 2017).

Στην Ελλάδα, οι πηγές χρηματοδότησης για τις υπηρεσίες υγείας είναι ο κρατικός προϋπολογισμός, τα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία καλύπτουν μεγάλο μέρος των

εξωνοσοκομειακών εξόδων και της νοσοκομειακής περίθαλψης και οι ιδιωτικές πληρωμές που μπορεί να προέρχονται είτε από τους ίδιους τους ασφαλισμένους μέσω πληρωμών από το εισόδημα τους, είτε από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες (Πεχλιβανίδου, 2017; Κρίνα, 2017; Τζουμελέκα, 2020; Δημογέροντας et al., 2017; Μπαμπάση et al., 2013; Βασιλείου, 2019). Στην εικόνα 3.1. φαίνεται η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα.

**Εικόνα 3.1. Η χρηματοδότηση στο πρότυπο του Εθνικού Συστήματος Υγείας**



ΠΗΓΗ: Κονδύλης et al., 2009

Σύμφωνα με τους Δημογέροντα et al. (2017), κύριοι στόχοι της χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας είναι η εξάλειψη των οικονομικών κινδύνων, η αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος υγείας, η δίκαιη κατανομή των αναγκαίων πόρων, η προώθηση της διαφάνειας και της λογοδοσίας και η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας (Τζουμελέκα, 2020).

Ακόμη, ο τρόπος αποζημίωσης επιτυγχάνεται με δύο τρόπους. Στην πρώτη περίπτωση ο ασθενής λειτουργεί ως χρήστης και καταναλωτής υπηρεσιών υγείας, τις οποίες και πληρώνει ο ίδιος και στην συνέχεια η ασφαλιστική εταιρία του επιστρέφει τα χρήματα,

με την προϋπόθεση ο ασθενής να προσκομίσει την απόδειξη. Στην δεύτερη περίπτωση ο ασθενής δεν πληρώνει το κόστος των υπηρεσιών που κατανάλωσε, αλλά η ασφαλιστική εταιρεία αποζημιώνει απευθείας τον προμηθευτή μέσω συμβάσεων με τις συμβεβλημένες κλινικές είτε μέσω του τιμοκαταλόγου των μη συμβεβλημένων κλινικών (Κρίνα, 2017).

Παρατηρείται, όμως, ότι το Ελληνικό σύστημα υγείας υφίστανται κάποιες στρεβλώσεις και υποχρηματοδοτείται, γεγονός που το επηρεάζει. Συγκεκριμένα, υπάρχει αδυναμία πλήρους και καθολικής κάλυψης των αναγκών υγείας των πολιτών, ενώ λόγω του διπλού υποδείγματος δημόσιας χρηματοδότησης (φορολογία και κοινωνική ασφάλιση) εμφανίζεται υψηλό το διοικητικό κόστος, το κόστος του χρόνου που προκαλείται και το κοινωνικό κόστος γενικά στην καθυστέρηση στη ροή των πόρων. Επιπλέον, διατηρείται υψηλή αβεβαιότητα και κίνδυνος για τους πολίτες οι οποίοι επιλέγουν την οδό των άμεσων πληρωμών και παραπληρωμών κατά την ανάγκη. Ακόμη, διαμορφώνεται ένα περιοριστικό επενδυτικό περιβάλλον για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό του υγειονομικού τομέα. Παράλληλα, το ΕΣΥ χάνει την ανταγωνιστική τοποθέτησή του έναντι του ιδιωτικού τομέα, ενώ δεν πραγματοποιούνται συμπράξεις του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα (ΣΔΙΤ) (Τούντας, 2020).

Το ελληνικό σύστημα υγείας εμφανίζει, επίσης, αδυναμίες, οι οποίες οφείλονται στην χρηματοοικονομική κρίση που μαστίζει την χώρα τα τελευταία χρόνια, με επακόλουθα τη μείωση του εισοδήματος, την αύξηση της ανεργίας και την μείωση των δαπανών υγείας λόγω των δημοσίων ελλειμμάτων (Κυριόπουλος et al., 2011; Κρίνα, 2017). Οι αδυναμίες αυτές φαίνονται στον πίνακα 3.1.

### Πίνακας 3.1

<b>Αδυναμίες και προβλήματα του ελληνικού συστήματος Υγείας</b>
Έλλειψη οργανωμένης πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (κυρίως στα αστικά κέντρα) και προγραμμάτων Πρόληψης ή Προαγωγής Υγείας
Έλλειψη άρτιων υποδομών και υπηρεσιών σε αρκετά Νοσοκομεία
Σοβαρές ελλείψεις μη ιατρικού προσωπικού στα νοσοκομεία (κυρίως νοσηλευτικού)

Υποχρηματοδότηση του συστήματος
Υψηλές ιδιωτικές δαπάνες υγείας, με φαινόμενα παραοικονομίας
Ανεπαρκής διοίκηση
Αδυναμία τεχνολογικής συντήρησης διαγνωστικών μέσων
Έλλειψη αυστηρού και αξιόπιστου μηχανισμού ελέγχου
Έλλειψη εκπαίδευσης
Ανισότητα στην πρόσβαση και γεωγραφικές και οικονομικές ανισότητες
Μεγάλες λίστες αναμονής
Κατακερματισμός των ταμείων
Αύξηση των ασθενειών που αφορούν την ψυχική υγεία
Χαμηλή ανάπτυξη της ΠΦΥ
Περιορισμένη ελευθερία επιλογής ιατρού από τους ασθενείς

ΠΗΓΗ: Γιαννακοπούλου και Ζυγά, 2013; Τσιότρας, 2016; Πρίφτη, 2017; Κυριόπουλος et al., 2011; Παπαθεοδώρου και Μωυσίδου, 2011; Κρίνα, 2017; Βασιλείου, 2019

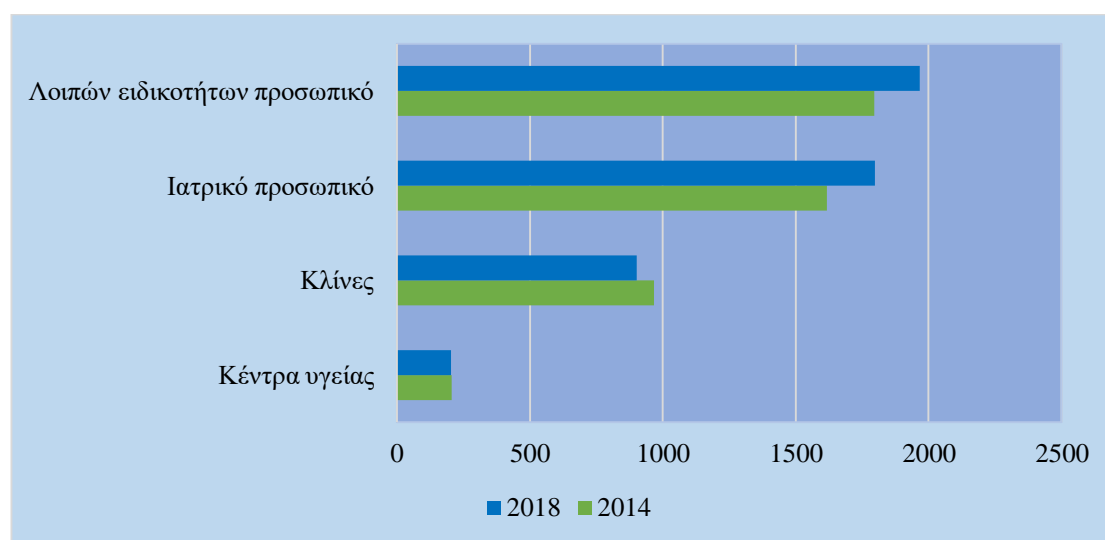
Τέλος, τα βασικά πλεονεκτήματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι, όπως αναφέρουν και οι Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας (2007), η ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας, η συλλογική και πλήρης κάλυψη του πληθυσμού, η έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας, η μειωμένη συμμετοχή πολιτών στο κόστος και η ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας (Βασιλείου, 2019).

### **3.2. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Αρχικά, είναι αναγκαίο να επισημανθεί ότι, όπως φαίνεται και στο γράφημα 3.1., στην Ελλάδα το 2014 ο αριθμός των κέντρων υγείας και των κλινών από 205 και 967, αντίστοιχα, μειώθηκε σε 204 κέντρα υγείας και 901 κλίνες το 2018. Ακόμη, το 2014 ο αριθμός του ιατρικού προσωπικού και του προσωπικού άλλων ειδικοτήτων από 1616 και 1795, αντίστοιχα, αυξήθηκε σε 1797 άτομα που ανήκουν στο ιατρικό προσωπικό

και 1967 άτομα που ανήκουν σε προσωπικό άλλων ειδικοτήτων το 2018 (ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ, 2019).

**Γράφημα 3.1.: Κέντρα υγείας, κλίνες και προσωπικό (ιατρικό και λοιπό) για τα έτη 2014 – 2018**



ΠΗΓΗ: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ - ΕΛΣΤΑΤ, 2019

Επιπρόσθετα, ο αριθμός του ιατρικού προσωπικού των Κέντρων Υγείας αυξήθηκε κατά 1,9% το 2019 από το 2018 και κατά 1,2% το 2018 από το 2017, σε όλη τη χώρα. Σχετικά με το προσωπικό λοιπών ειδικοτήτων των Κέντρων Υγείας, αυτό μειώθηκε το 2019 από το 2018 κατά 4,5% και αυξήθηκε το 2018 από το 2017 κατά 9,3% (ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ, 2020).

Πιο συγκεκριμένα, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται μέσω ενός συνδυασμού κρατικών υπηρεσιών υγείας από οικογενειακούς ιατρούς / ιατρούς, οι οποίοι αμοίβονται για την υπηρεσία σε ιδιόκτητα γραφεία (Groenewegen and Jurgutis, 2013; Souliotis, Golna et al., 2016).

Με βάση το διαχωρισμό των περιοχών σε αστικές και μη αστικές, το Δίκτυο Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας περιλαμβάνει:



- Στις μη αστικές περιοχές: Κέντρα Υγείας, Περιφερειακά Ιατρεία, Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείων, Ιδιωτικούς Ιατρούς.
- Στις αστικές περιοχές: τα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων (και των Στρατιωτικών νοσοκομείων και εκείνων που δεν είναι ενταγμένα στο ΕΣΥ π.χ. τα νοσοκομεία του ΙΚΑ και τα Πανεπιστημιακά), τα Υγειονομικά Κέντρα των Διευθύνσεων Υγιεινής, τα Δημοτικά Ιατρεία που ιδρύονται με πρωτοβουλία και ευθύνη των Δήμων και καλύπτουν τις ανάγκες των δημοτών, οι ιδιωτικοί γιατροί, τα ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια, τα Πολυϊατρεία του ΙΚΑ και άλλων ασφαλιστικών οργανισμών, οι περισσότεροι από τους οποίους εξυπηρετούν τις ανάγκες των ασφαλισμένων τους, οι Σταθμοί Άμεσης Βοήθειας του ΙΚΑ που λειτουργούν σε 24ωρη βάση και παρέχουν ιατρική φροντίδα στους ασφαλισμένους σε έκτακτες και επείγουσες καταστάσεις (Σκανδάλη και Μαλλιιώτης, 2016).

Ωστόσο, πρέπει να τονιστεί ότι οι δομές ΠΦΥ στη χώρα μας έχουν κατακερματιστεί με τη μορφή των Κέντρων Υγείας στις αγροτικές περιοχές, των ΠΕΔΥ και Τοπικών Μονάδων Υγείας (Το.Μ.Υ.) στις αστικές περιοχές, στις οποίες λειτουργούν αρκετά ιδιωτικά ιατρεία, ενώ έχει πραγματοποιηθεί ανάπτυξη και ενσωμάτωση των υπηρεσιών σε Δήμους ή άλλους οργανισμούς. Στα Κέντρα Υγείας οι υπηρεσίες παρέχονται σε εικοσιτετράωρη βάση, 7 μέρες την εβδομάδα (Kringos et al., 2013; Groenewegen and Jurgutis, 2013; Souliotis, Golna et al., 2016).

Ο ασθενής δεν αποτελεί το επίκεντρο της συζήτησης στην ΠΦΥ. Οι υπηρεσίες σχεδιάζονται χωρίς αναφορά στις προσδοκίες, τις επιθυμίες, τις αξίες και τις ανάγκες του, όπως τις αναζητά το Ινστιτούτο Υγείας στις ΗΠΑ όταν συζητά τον ορισμό της εστιασμένης στον ασθενή φροντίδας. Από ελληνική μελέτη που δημοσιεύτηκε πριν από λίγα χρόνια (Lionis et al., 2017) φάνηκε ότι ο Έλληνας ασθενής επιθυμεί να γνωρίζει τον γιατρό που θα επισκεφτεί, να του δίνεται ο χρόνος που χρειάζεται, να μην του συμπεριφέρονται ως πρόβλημα αλλά ως πρόσωπο και ο γιατρός του να γνωρίζει το ιστορικό του.

Σύμφωνα με τη μελέτη του Ινστιτούτου NIVEL, της οποίας αντικείμενο εξέτασης ήταν η ποιότητα των υπηρεσιών ΠΦΥ στις χώρες της Ευρώπης, αποδείχτηκε ότι η ποιότητα υπηρεσιών ΠΦΥ στη χώρα μας είναι χαμηλότερης κλίμακας σε όλες τις διαστάσεις που

μετρήθηκαν, όπως η πρόσβαση, η ολοκληρωμένη φροντίδα και η συνέχεια στη φροντίδα (Kringos et al., 2013).

Ειδικότερα, σχετικά με το έλλειμμα στην πρόσβαση ή στην πρώτη επαφή καλύτερα, η ΠΦΥ δεν επικεντρώνεται στη δυνατότητα μιας άμεσης, πρώτης επίσκεψης σε περίπτωση ανάγκης του χρήστη υπηρεσιών υγείας, αλλά κυρίως στην καταλληλότητα της πρώτης επικοινωνίας. Το πρόβλημα αυτό αφορά κυρίως τη διασύνδεση και τη λειτουργική απαρτίωση (integration) και πιθανόν να αποτελεί το σημαντικότερο θέμα του οποίου η θεσμική αντιμετώπιση απουσιάζει (Oikonomou & Tountas, 2011; Τούντας, 2020; Σκανδάλη και Μαλλιιώτης, 2016; Groenewegen and Jurgutis, 2013).

Όσον αφορά τη συνέχεια στη φροντίδα, αυτή δεν υφίσταται σε κανένα από τα επίπεδα της φροντίδας τόσο στις υπηρεσίες ΠΦΥ όσο και σε αυτές στα νοσοκομεία. Ως συνέχεια ορίζεται η παρακολούθηση από το ίδιο πρόσωπο ή από την ίδια ομάδα μέσα στον χρόνο, καθώς εξελίσσεται η ηλικία, η τεχνολογία αλλά και μεταβάλλονται ή εμφανίζονται τα προβλήματα υγείας (Τούντας, 2020). Μάλιστα, όπως τονίζουν οι Sifaki-Pistolla et al. (2017), στη χώρα μας μέχρι σήμερα κάποιο δεν έχει επιτευχθεί η συνύπαρξη και η συλλειτουργία όλων των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών και των παρόχων.

Αναφορικά με το έλλειμμα στην ολοκληρωμένη φροντίδα, αυτό συνδέεται στενά με το έλλειμμα στη συνέχεια. Ειδικότερα, η έννοια και το περιεχόμενο της ολοκληρωμένης (comprehensive) φροντίδας ως έννοια αλλά και ως περιεχόμενο δεν έχει αποτελέσει θέμα συζήτησης, τόσο στην ακαδημαϊκή κοινότητα, όσο και στους επιστημονικούς κλάδους που συναποτελούν την ΠΦΥ στη χώρα μας. Έτσι, η ολοκληρωμένη φροντίδα στην Ελλάδα δεν συνδέεται με τη συνεχή φροντίδα (διά βίου) του προσώπου από την ημέρα της γέννησης μέχρι το γήρας. Επιπλέον, η ΠΦΥ στη χώρα μας υπολειτουργεί και σε σχέση με το είδος των υπηρεσιών της ολοκληρωμένης φροντίδας αλλά και με το κατάλληλο μίγμα υπηρεσιών πρόληψης, προαγωγής υγείας, αποκατάστασης και παρηγορητικής (υποστηρικτικής) φροντίδας σε προχωρημένα στάδια (Τούντας, 2020; Groenewegen and Jurgutis, 2013).

Τέλος, τα κύρια προβλήματα οργάνωσης και λειτουργίας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα φαίνονται στον πίνακα 3.2.

### Πίνακας 3.2

<b>Προβλήματα οργάνωσης και λειτουργίας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα</b>
Η αδυναμία διερεύνησης των πραγματικών αναγκών υγείας του πληθυσμού
Η έλλειψη μηχανισμού αξιολόγησης της λειτουργίας των Κέντρων Υγείας
Η έλλειψη ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού από τα Κέντρα Υγείας
Η αδυναμία ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στις αστικές περιοχές
Η μειωμένη διαθεσιμότητα υπηρεσιών κατά τις απογευματινές και βραδινές ώρες με αποτέλεσμα την επιβάρυνση των νοσοκομείων ή προσφυγή σε ιδιώτες ιατρούς
Η συγκέντρωση ή η έλλειψη δομών σε συγκεκριμένες γεωγραφικές περιοχές
Η ατελής και αποσπασματική διασύνδεση των φορέων ΠΦΥ μεταξύ τους, αλλά και με τις υπόλοιπες δομές του συστήματος
Ο κατακερματισμός της χρηματοδοτικής διαδικασίας
Η ανακολουθία μεταξύ νομοθετικών ρυθμίσεων και πρακτικής εφαρμογής τους και στη διάθεση των πόρων σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού
Η ανισοκατανομή του προσωπικού στις μονάδες υγείας ανά τη χώρα
Η αδυναμία συντονισμού των περιστατικών
Η αποσπασματική διενέργεια των εμβολιασμών χωρίς συστηματική εκτίμηση του ποσοστού κάλυψης του πληθυσμού
Η απουσία οικογενειακών γιατρών/γιατρών αναφοράς και κατάρτισης και εκπαίδευσης του προσωπικού στελέχωσης των μονάδων ΠΦΥ για το ρόλο της ΠΦΥ στο σύστημα υγείας
Η απουσία σχεδιασμού, οργάνωσης, ανάπτυξης και υλοποίησης προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας και καταγραφής των επιδημιολογικών και νοσολογικών προτύπων του πληθυσμού

ΠΗΓΗ: Ναούμ, 2020; Economou, Kaitelidou et al., 2014; Μέγγουλη, 2019; Σκανδάλη και Μαλλιώτης, 2016

### **3.3. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρατεθούν προτάσεις για την ανάπτυξη του συστήματος υγείας στη χώρα μας. Αρχικά, το 1976 εκπονήθηκε από το Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών μια μελέτη για τον υγειονομικό τομέα, στην οποία δόθηκε μια ολοκληρωμένη πρόταση για μεταρρύθμιση. Στη μελέτη αυτή διευκρινίστηκαν τα σημαντικότερα προβλήματα του ελληνικού υγειονομικού συστήματος και τονίστηκε η απουσία ενιαίων κανόνων, σχετικά με την χρηματοδότηση και τις παροχές μεταξύ των ασφαλιστικών οργανισμών, που έχει ως επακόλουθο την αδυναμία εφαρμογής της οποιασδήποτε πολιτικής (Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης, 2001; Πρίφτη, 2017).

Για τη βελτίωση της κατάστασης και την αντιμετώπιση των παραπάνω προβλημάτων η μελέτη του ΚΕΠΕ πρότεινε τρεις εναλλακτικές λύσεις σε κεντρικό επίπεδο: πρώτον, τη δημιουργία μιας ενιαίας Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας, δεύτερον, την ενοποίηση των βασικών ασφαλιστικών φορέων (ΙΚΑ, ΟΓΑ και ΤΕΒΕ) και τρίτον, το συντονισμό και τη συνεργασία των υπαρχόντων ταμείων για την εξυπηρέτηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Επιπρόσθετα, έγινε πρόταση να αναπτυχθούν κέντρα υγείας, τα οποία θα ήταν στελεχωμένα με γιατρούς γενικής ιατρικής και να δημιουργηθούν νοσοκομειακές μονάδες στην περιφέρεια, οι οποίες θα συνεργαζόντουσαν με τα κέντρα υγείας. Τέλος, ζητήθηκε να γίνει σαφής η πολιτική του κράτους απέναντι στον ιδιωτικό τομέα υγείας, με κύρια ευθύνη του ίδιου του κράτους (Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης, 2001; Πρίφτη, 2017).

Στη συνέχεια, το Υπουργείο Υγείας (2013) είχε προτείνει ορισμένα χαρακτηριστικά, τα οποία πρέπει να έχουν οι υπηρεσίες υγείας:

1. Καθολική κάλυψη με τον προσδιορισμό μίας βασικής δέσμης υπηρεσιών προς όλους τους πολίτες που περιλαμβάνει φροντίδα, πρόληψη, διάγνωση
2. Πρόσβαση σε υπηρεσίες στις απομακρυσμένες γεωγραφικά περιοχές και χρήση του επικουρικού προσωπικού σε περιόδους αιχμής ή σε περίπτωση έλλειψης επαγγελματιών υγείας
3. Ποιότητα και συνέχεια στη φροντίδα με στόχο την βελτίωση δημόσιας υγείας
4. Ελεύθερη επιλογή από κατάλογο οικογενειακών ιατρών (γενικοί γιατροί, παθολόγοι, παιδίατροι και ιατροί άλλων ειδικοτήτων)

5. Έμφαση στην πολυεπιστημονική Ομάδα ΠΦΥ (οικογενειακός ιατρός, κοινοτικός νοσηλευτής, μαιευτής, επισκέπτης υγείας, φυσικοθεραπευτής κ.ά.), στην κατ' οίκον φροντίδα, στην υποχρεωτική παραπομπή στην εξειδικευμένη και δευτεροβάθμια φροντίδα και στην διασύνδεση με άλλες υπηρεσίες (ψυχικής υγείας, κοινωνικής φροντίδας, εκπαίδευσης, κ.ά.)
6. Οικονομικά προσιτές υπηρεσίες σε όλους
7. 24ωρη κάλυψη για έκτακτα περιστατικά, έγκαιρη αντιμετώπιση για μη Σχέδιο Δράσης για ένα καθολικό, ενιαίο και ολοκληρωμένο σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, 2013).

Επιπλέον, οι Ποτήρης και Σαράφης (2014) πρότειναν μέτρα τα οποία έχουν σαν κύριο στόχο την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών και την αλλαγή νοοτροπίας των πολιτών. Αναφορικά με την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών κρίνεται απαραίτητη η ανταπόκριση του νοσηλευτικού, ιατρικού και διοικητικού προσωπικού των κέντρων υγείας στις ανάγκες του πληθυσμού. Σε αντίθετη περίπτωση, πρέπει το κράτος να μεριμνά για την στελέχωση και την ορθή κατανομή του προσωπικού. Για τον ίδιο σκοπό είναι απαραίτητο να εφαρμόζεται η αξιολόγηση των δημοσίων και των ιδιωτικών δομών από τον ίδιο φορέα.

Όσον αφορά την αλλαγή της νοοτροπίας πρέπει να τεθεί άμεσα σε εφαρμογή και να ενισχυθεί ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, ο οποίος θα είναι η πύλη εισόδου στις δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας, αλλά και μέσω αυτού θα γίνεται η παραπομπή σε άλλες ειδικότητες, καθώς ο χρήστης υπηρεσιών θα εξετάζεται υποχρεωτικά από αυτόν. Επίσης, ο οικογενειακός ιατρός, πρέπει να αναλάβει τον βασικό ρόλο του εκφραστή της πρόληψης μέσω του προσυμπτωματικού ελέγχου. Για την επίτευξη αυτού του στόχου, πρέπει να δοθούν κίνητρα στους ιατρούς και να επιβληθεί χρηματική ποινή στους ασθενείς που επιβαρύνουν το σύστημα, μη πραγματοποιώντας τις προληπτικές εξετάσεις, συμμετέχοντας στο κόστος της νοσηλείας (Ποτήρης & Σαράφης, 2014).

Ακόμη, είναι γνωστό από την βιβλιογραφία πως η δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας επιβαρύνεται. Αυτό συμβαίνει λόγω της κακής οργάνωσης της ΠΦΥ. Γι αυτό το λόγο, προτείνεται η βελτίωση της ΠΦΥ, με βασικότερο στόχο την αποσυμφόρηση των νοσοκομείων και την εξοικονόμηση των πόρων (Gorantinis I., et al., 2014). Επίσης, για να συγκρατηθούν οι δαπάνες, χωρίς όμως να μειωθεί η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και να βελτιωθεί η λειτουργία του Ε.Σ.Υ προτείνεται η δημιουργία ενός

ενιαίου φορέα που θα διαχειρίζεται τους πόρους συγκεντρώνοντας όλες τις πηγές χρηματοδότησης (Niakas D., 2013; Κρίνα, 2017).

Στη συνέχεια, το 2015 έλαβε έγκριση για πρώτη φορά ένα σχέδιο για την περαιτέρω ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης από το Κυβερνητικό Συμβούλιο Κοινωνικής Πολιτικής. Στο σχέδιο αυτό προτάθηκε η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας μέσω τοπικών δικτύων πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης δύο επιπέδων που λειτουργούν σε μικρές κοινότητες με ολοκληρωμένο τρόπο (Economou, Kaitelidou et al., 2017).

Για να ανασυγκροτηθεί το σύστημα οργάνωσης της ΠΦΥ, είναι αναγκαίο να αναπτυχθεί ένα ανθρώπινο δυναμικό που εργάζεται στην ΠΦΥ, να δικτυωθούν οι φορείς και να χρηματοδοτηθεί το σύστημα και, κατά συνέπεια, να συνεργαστούν οι επαγγελματίες υγείας. Αυτά αποτελούν σημαντικό εργαλείο για την ολοκληρωμένη φροντίδα στην κοινότητα (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2015).

Σχετικά με τη λειτουργική ανασυγκρότηση της ΠΦΥ, αυτή συνδέεται άμεσα με την ανάλυση και μελέτη των αναγκών υγείας του πληθυσμού, την ποιοτική, επιστημονικά τεκμηριωμένη φροντίδα στην κοινότητα, την αποτελεσματική διαχείριση της πληροφορίας για το άτομο στην κοινότητα μέσω πληροφοριακών υποδομών και την αναβάθμιση της επικοινωνίας στο πλαίσιο της κοινότητας. Μετά από χρόνια αιτήματα, λοιπόν, δημιουργήθηκε ο Υγειονομικός Χάρτης (επιδημιολογική βάση δεδομένων), με σκοπό να διασαφηνιστούν οι ανάγκες υγείας του πληθυσμού και να βελτιωθεί η ανταποκρισιμότητα του συστήματος της ΠΦΥ (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2015).

Ακόμη, τα Κέντρα Υγείας / Περιφερειακά Ιατρεία, στο πλαίσιο βελτίωσης των πτωχών αποτελεσμάτων λειτουργικής διασύνδεσης, ως προς τη διαχείριση του συστήματος ΠΦΥ και την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, θα μπορούσαν να εστιάσουν σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου του πληθυσμού και να ασχοληθούν ολιστικά με την οικογένεια, αλλά και την κατ' οίκον φροντίδα του χρόνιου ασθενούς, με σκοπό την αύξηση της αποτελεσματικότητας, την αποδοχή της ΠΦΥ στην ελληνική κοινωνία, την αποτελεσματική διαχείριση των προβλημάτων υγείας του πληθυσμού, στον προσανατολισμό και στη βελτίωση της προσβασιμότητάς του στο σύστημα υγείας και στην ολοκληρωμένη ανατροφοδότηση (Καραγιάννη, Σηφάκη-Πιστόλλα et al., 2017). Με τον νόμο 4486/2017 που εκδόθηκε τον Αύγουστο του 2017, η κυβέρνηση

προέβλεπε τη μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης. Σύμφωνα με τις προτάσεις, η πρωτοβάθμια περίθαλψη θα πρέπει να παρέχεται δωρεάν, με ισότιμη πρόσβαση και θα πρέπει να λειτουργεί 12 ώρες την ημέρα σε περιοχές όπου υπάρχει επαρκής νοσοκομειακή κάλυψη και σε 24ωρη βάση, όπου λείπουν τέτοιες νοσοκομειακές υπηρεσίες (Economou, Kaitelidou et al., 2017).

Επιπλέον, στη Διακήρυξη της Astana (WHO, 2018) προτάθηκαν ορισμένα μέτρα με βάση την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και την καλύτερη οργάνωση του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Έτσι, οι προτάσεις αυτές είναι:

- ❖ Πρόσληψη ειδικά εκπαιδευμένου προσωπικού, όλων των αναγκαίων ειδικοτήτων για τη στελέχωση όλων των ΤΟΜΥ της χώρας
- ❖ Διεξαγωγή προγραμμάτων για την κατάρτιση και επανεκπαίδευση του προσωπικού που ήδη στελεχώνει τα υπό λειτουργία ΤΟΜΥ και προγραμμάτων ενημέρωσης των πολιτών και των μελών της κοινότητας για την αλλαγή της προσέγγισης της ΠΦΥ και για τον τρόπο λειτουργίας
- ❖ Παροχή των αναγκαίων πόρων και μηχανολογικού εξοπλισμού για την εύρυθμη και αποτελεσματική λειτουργία του συνόλου των δομών της ΠΦΥ
- ❖ Χρήση της τηλεϊατρικής και των Τεχνολογιών Πληροφορίας και Επικοινωνιών που διασύνδεουν μεταξύ τους όλες τις δομές της ΠΦΥ
- ❖ Εστίαση στην πρόληψη
- ❖ Προώθηση της συμμετοχής των πολιτών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, κατά τη διάρκεια της προσπάθειας επίλυσης των υγειονομικών προβλημάτων
- ❖ Συνεργασία με αναπτυγμένα οικονομικά κράτη για την εφαρμογή καλών πρακτικών στον τομέα της ΠΦΥ (Τζουμελέκα, 2020; WHO, 2018).

Τέλος, κατά την παρούσα πανδημία COVID-19, το Υπουργείο Υγείας (2021), προβλέπει και έχει προχωρήσει στην πρόσληψη επικουρικού ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού βοηθητικού προσωπικού και μετακίνηση προσωπικού των Τοπικών Μονάδων Υγείας (ΤΟ.Μ.Υ.), στην πρόσληψη προσωπικού ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού βοηθητικού προσωπικού του Ε.Ο.Δ.Υ., καθώς και στην παράταση συμβάσεων των οικογενειακών ιατρών και των ασκούντων καθήκοντα οικογενειακού ιατρού ιδιωτών ιατρών και τη μηνιαία αποζημίωσή τους σε ποσό δύο χιλιάδων ευρώ κατ' ανώτατο όριο (ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, 2021).

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Συμπερασματικά, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα φαίνεται ότι, παρόλο που έχουν γίνει μεταρρυθμίσεις και προσπάθειες για βελτίωση του συστήματος, αντιμετωπίζει ακόμη αρκετά προβλήματα, τόσο ως προς την οργάνωση και τη λειτουργία της, όσο και ως προς την ποιότητα, την αποδοτικότητα και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών που παρέχει και την ύπαρξη επαρκούς ανθρώπινου δυναμικού. Τα προβλήματα αυτά έγιναν πιο διακριτά στην πορεία του χρόνου, με τις διάφορες προκλήσεις που έχουν εμφανιστεί αλλά και κατά το τελευταίο χρονικό διάστημα, με την πανδημία COVID-19.

Γι αυτό το λόγο, κατά καιρούς, όπως αναφέρθηκε στο τρίτο κεφάλαιο, προτείνονται εναλλακτικές λύσεις για την ανάπτυξη του συστήματος παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, οι οποίες αφορούν την οργάνωση των ασφαλιστικών φορέων και των φορέων υψηλής ποιότητας παροχής υπηρεσιών, την αλλαγή νοοτροπίας των χρηστών υπηρεσιών υγείας, τη δημιουργία ενός ενιαίου φορέα που θα διαχειρίζεται τις δαπάνες, τη λειτουργική ανασυγκρότηση της ΠΦΥ και την πρόσληψη επιπλέον και επαρκούς προσωπικού που θα εργάζεται στις Τοπικές Μονάδες Υγείας.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αθανασιάδης, Α. και Σταυράκη, Σ. (2017). *Ο Δείκτης Τιμών Υγείας της ΕΛ.ΣΤΑΤ. και το κόστος της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας*. Διαθέσιμο στο σύνδεσμο: [http://iobe.gr/docs/research/RES\\_05\\_A\\_19042017\\_REP\\_GR.pdf](http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_19042017_REP_GR.pdf). [Ημερομηνία πρόσβασης: 22 Μαρτίου 2021].

Βασιλείου, Σ. (2019). *ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΩΝ ΧΩΡΩΝ*. Ανέκδοτη μεταπτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας. Διαθέσιμο στο σύνδεσμο: <https://dspace.lib.uom.gr/bitstream/2159/24054/3/VasileiouSofiaMsc2019.pdf> [Ημερομηνία πρόσβασης: 29 Απριλίου 2021].

Βολιτάκη, Σ. (2014). *«Η ανάθεση υπηρεσιών από τα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας σε εξωτερικούς φορείς τη χρονική περίοδο 2010-2013»*. Ανέκδοτη πτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Πειραιάς. Διαθέσιμο στο σύνδεσμο: [http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/8490/Volitaki\\_Stiliani.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/8490/Volitaki_Stiliani.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [Ημερομηνία πρόσβασης: 4 Ιουνίου 2021].

Βραχνέλη, Α. (2017). *ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ: ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ, ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ*. Ανέκδοτη πτυχιακή εργασία, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης, Αθήνα. Διαθέσιμο στο σύνδεσμο: [https://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies\\_esdd/24/037/1907.pdf](https://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/24/037/1907.pdf) [Ημερομηνία πρόσβασης: 4 Οκτωβρίου 2020].

ΒΟΥΛΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ (2019). *ΣΥΝΟΛΟΣ Α΄: ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΔΙΑΤΑΞΗ ΕΠΕΡΩΤΗΣΕΩΝ*. Διαθέσιμο στο σύνδεσμο: <https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/f78f7ced-5c30-47a7-99c0-8d11ece842f7/%CE%97%CE%9C%CE%95%CE%A1%CE%97%CE%A3%CE%99%CE%91%20%CE%94%CE%99%CE%91%CE%A4%CE%91%CE%9E%CE%97%>

20%CE%95%CE%A0%CE%95%CE%A1%CE%A9%CE%A4%CE%97%CE%A3%CE%95%CE%A9%CE%9D%2012-6-20%20%CE%B1.pdf [Ημερομηνία πρόσβασης: 20 Φεβρουαρίου 2021].

Γαβρίλη, Α. (2019). «ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΠΦΥ): Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ Τ.ΟΜ.Υ ΤΗΣ ΙΗΣ ΥΠΕ». Ανέκδοτη μεταπτυχιακή εργασία, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα. Διαθέσιμο στο σύνδεσμο: <https://pergamos.lib.uoa.gr/uoa/dl/frontend/file/lib/default/data/2876234/theFile> [Ημερομηνία πρόσβασης: 2 Ιουνίου 2021].

Γεωργακόπουλος, Ν. (2014). *Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ ΣΤΟ ΕΣΥ: ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ Η ΑΠΟΡΡΥΘΜΙΣΗ*. Ανέκδοτη μεταπτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Πειραιάς. Διαθέσιμο στο σύνδεσμο: <https://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/6538/DY1105.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Ημερομηνία πρόσβασης: 1 Ιουνίου 2021].

Γιανασμίδης, Α. και Τσιαούση, Μ. (2012). Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980–2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ*. 29 (1):106-115.

Γιαννακοπούλου, Γ. και Ζυγά, Σ. (2013). ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ. *ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*. 1(1): 3-12.

Δαρβίρη, Χ. (2014). *Προαγωγή Υγείας*. Λευκωσία: BROKEN HILL PUBLISHERS LTD. (Αρχική δημοσίευση 2007).

Δημογέροντας, Γ., Μπαλάσκα, Δ. και Μπιτσώρη, Ζ. (2017). Η χρηματοδότηση των ελληνικών δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων βάση των κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων (ΚΕΝ) και η επίδραση στη βιωσιμότητα τους. *ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*. 6 (2): 84-95.

Εθνικός Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ) (2017). *No Title*. Available at: <https://www.efka.gov.gr/el> [Ημερομηνία πρόσβασης: 2 Ιουνίου 2021].

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ (ΕΛΣΤΑΤ) (2019). *ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ: ΑΠΟΓΡΑΦΗ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ*

ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ: Έτη 2017-2018. Διαθέσιμο στο σύνδεσμο: <https://www.statistics.gr/documents/20181/cb37e046-8315-7afd-e416-ee16f98437ec> [Ημερομηνία πρόσβασης: 10 Μαρτίου 2021].

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ (ΕΛΣΤΑΤ) (2020). ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ: ΑΠΟΓΡΑΦΗ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ: Έτος 2019. Διαθέσιμο στο σύνδεσμο: <https://www.statistics.gr/documents/20181/b44866e3-2003-dd46-52df-69e8ba53859a> [Ημερομηνία πρόσβασης: 10 Μαρτίου 2021].

Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2019). Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ - ΕΛΛΑΔΑ - Προφίλ Υγείας 2019. Διαθέσιμο στο σύνδεσμο: [https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019\\_chp\\_gr\\_greece.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019_chp_gr_greece.pdf) [Ημερομηνία πρόσβασης: 6 Μαΐου 2021].

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., και Σούλης, Σ. (2001). *Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΠΑΖΗΣΗ.

Καλογεροπούλου, Μ. & Μουρδουκούτας, Π. (2007). *Υπηρεσίες Υγείας, Συστήματα Χρηματοδότηση-Αγορά*. Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδάριθμος.

Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου, Α. (2015). *Εφαρμογές Καλών Πρακτικών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Ρόλοι, Δραστηριότητες, Δεξιότητες Μελών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. Διαθέσιμο στο σύνδεσμο: [https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/3301/5/00\\_master\\_document.pdf](https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/3301/5/00_master_document.pdf) [Ημερομηνία πρόσβασης: 6 Μαΐου 2021].

Καραγιάννη, Μ., Σηφάκη-Πιστόλλα, Δ., Χατζέα, Β. Ε. et al. (2017). Διασύνδεση δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα: Μελέτη υφιστάμενης κατάστασης. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ*. 34(3): 343-362.

Καρακόλιας, Σ. (2016). *Συστήματα αποζημίωσης των παροχών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας: διεθνής εμπειρία και εφαρμογή στην ελληνική πραγματικότητα*. Διδακτορική Διατριβή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Κομοτηνή. Διαθέσιμο στο σύνδεσμο: <https://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/37785#page/1/mode/2up> [Ημερομηνία πρόσβασης: 3 Ιουνίου 2021].

Κονδύλης, Η., Αντωνοπούλου, Α. και Μπένος, Α. (2008). Συμπράξεις δημόσιου – ιδιωτικού τομέα στα νοσοκομεία. Ιδεολογική προτίμηση ή εμπειρικά βασιζόμενη επιλογή στην πολιτική υγείας. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ*. 25(4): 496-508.

Κρίνα, Ι. (2017). *Διοίκηση και δομή δημόσιων και ιδιωτικών φορέων υγείας στην Ελλάδα: Ένα μοντέλο βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών*. Ανέκδοτη μεταπτυχιακή εργασία, Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Πειραιά Τ. Τ., Πειραιάς. Διαθέσιμο στο σύνδεσμο: <http://oceanis.lib2.uniwa.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/3497/dmy-30.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Ημερομηνία πρόσβασης: 5 Ιουνίου 2021].

Κυριόπουλος, Γ., Μανιαδάκης, Μ. και Στουρνάρας, Γ. (2011). *Δαπάνες υγείας και πολιτικές υγείας την περίοδο του μνημονίου στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών.

Μαστρογιάννη, Α. (2016). *ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ*. Ανέκδοτη μεταπτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας. Διαθέσιμο στο σύνδεσμο: <https://dspace.lib.uom.gr/bitstream/2159/18842/6/MastrogianniAikateriniMsc2016.pdf> [Ημερομηνία πρόσβασης: 4 Οκτωβρίου 2020].

Μέγγουλη, Ε. Δ. (2019). *ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΙΧΜΗΣ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ*. Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Πειραιάς. Διαθέσιμο στο σύνδεσμο: [https://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/12101/Mengouli\\_ydo1201.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/12101/Mengouli_ydo1201.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [Ημερομηνία πρόσβασης: 3 Ιουνίου 2021].

Μπαμπάση, Κ., Ντίο, Ε. και Σταματίου, Γ. (2013). *Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ*. Ανέκδοτη πτυχιακή εργασία, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη. Διαθέσιμο στο σύνδεσμο: [http://eureka.teithe.gr/jspui/bitstream/123456789/8318/2/Bampasi\\_Stamatiou\\_Ntio.pdf](http://eureka.teithe.gr/jspui/bitstream/123456789/8318/2/Bampasi_Stamatiou_Ntio.pdf) [Ημερομηνία πρόσβασης: 4 Ιουνίου 2021].

Ναούμ, Σ. (2020). Στρατηγικός σχεδιασμός ανάπτυξης ενός δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε αστική περιοχή. *Επιστημονικά Χρονικά*. 25(1): 85-99.

Νιάκας, Δ. (2014). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας. *Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφής*. 5 (1): 3-7.

Οικονόμου, Χ. (2004). *Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και στις Ευρωπαϊκές κοινωνίες*. Αθήνα: Εκδόσεις Διόνικος.

Οικονόμου, Χ. (2012). *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα, ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.

Παπαθεοδώρου, Χ. και Μουσιδίου, Α. (2011). *Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα: Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας*. Αθήνα: Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων.

Πετρέλης, Μ. και Δομάγερ, Φ. Ρ. (2016). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. *Το ΒΗΜΑ του ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ*. 15 (4): 365-379.

Πεχλιβανίδου, Π. (2017). «ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ, ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ». Ανέκδοτη μεταπτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας. Διαθέσιμο στο σύνδεσμο: <https://dspace.lib.uom.gr/bitstream/2159/20105/3/PechlivanidouParthenaMsc2017.pdf> [Ημερομηνία πρόσβασης: 30 Απριλίου 2021].

Πολύζος, Ν. (Σεπτέμβριος – Οκτώβριος 2013). *Μελέτη Οργάνωσης – Χρηματοδότησης Μονάδων ΠΦΥ που Συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ*. Διαθέσιμο στο σύνδεσμο: <https://eclass.duth.gr/modules/document/file.php/OKA132/%CE%9C%CE%95%CE%9B%CE%95%CE%A4%CE%97%20%CE%9F%CE%A1%CE%93%CE%91%CE%9D%CE%A9%CE%A3%CE%97%CE%A3-%CE%A7%CE%A1%CE%97%CE%9C%CE%91%CE%A4%CE%9F%CE%94%CE%9F%CE%A4%CE%97%CE%A3%CE%97%CE%A3%20%CE%9C%CE%9F%CE%9D%CE%91%CE%94%CE%A9%CE%9D%20%CE%A0%CE%A6%CE%A5%20%CE%A0%CE%9F%CE%A5%20%CE%A3%CE%A5%CE%9C%CE%92%CE%91%CE%9B%CE%9B%CE%9F%CE%9D%CE%A4%CE%91%CE%99%20%CE%9C%CE%95%20%CE%A4%CE%9F%CE%9D%20%CE%95%CE%9F%CE%A0%CE%A5%CE%A5.pdf> [Ημερομηνία πρόσβασης: 20 Απριλίου 2021].

Ποτήρης, Α. και Σαράφης, Π. (2014). Ανασκόπηση του νομοθετικού πλαισίου για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα- προτάσεις βελτίωσης. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*. 6 (3): 116-121.

Πρίφτη, Μ. (2017). *ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ – ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ*. Ανέκδοτη μεταπτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Πειραιάς. Διαθέσιμο στο σύνδεσμο: [http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/11024/Prifti\\_Maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/11024/Prifti_Maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [Ημερομηνία πρόσβασης: 5 Ιανουαρίου 2021].

Ρεκλείτη, Μ., Τανανάκη, Μ., & Κυλούδης, Π. Γ. (2015). Οι δαπάνες υγείας στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα. *ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*. 1(1): 3-14.

Σισσούρας, Α. (2012). *Τα μετέωρα βήματα του ΕΣΥ*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

Σκανδάλη, Ε. και Μαλλιώτης, Ν. (2016). *Πρόσβαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*. Ανέκδοτη πτυχιακή εργασία, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Πελοποννήσου, Καλαμάτα. Διαθέσιμο στο σύνδεσμο: <http://nestor.teipel.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/18389/%20.pdf?sequence=1> [Ημερομηνία πρόσβασης: 4 Οκτωβρίου 2020].

Σωτηριάδου, Κ., Μαλλιάρου, Μ. και Σαράφης, Π. (2011). «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – κατάσταση και προοπτικές». *Περιοδικό Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*. 3 (4): 140-148.

Τζουμελέκα, Β. (2020). *Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ*. Ανέκδοτη μεταπτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Πρέβεζα. Διαθέσιμο στο σύνδεσμο: [https://apothetirio.lib.uoi.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/10878/Tzoumeleka%2C%20V.%20\\_MAF\\_2020.pdf?sequence=1](https://apothetirio.lib.uoi.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/10878/Tzoumeleka%2C%20V.%20_MAF_2020.pdf?sequence=1) [Ημερομηνία πρόσβασης: 5 Ιανουαρίου 2021].

Τούντας, Γ. (2008). *Υπηρεσίες Υγείας*. Edited by ΟΔΥΣΣΕΑΣ/ΝΕΑ ΥΓΕΙΑ.

Τούντας, Γ., Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ. et al. (2020). *Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Διαθέσιμο στο σύνδεσμο: [https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2020/02/health\\_system\\_final.pdf](https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2020/02/health_system_final.pdf) [Ημερομηνία πρόσβασης: 6 Μαΐου 2021].

Τσιώτρας, Γ. Δ. (2016). *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*. Nicosia, Cyprus: Broken Hill Publishers LTD.

Υπουργείο Υγείας (2013). *Σχέδιο Δράσης για ένα καθολικό, ενιαίο και ολοκληρωμένο σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. Διαθέσιμο στο σύνδεσμο: <https://www.otae.gr/wp-content/uploads/2013/11/TASK-FORCE-%CE%95%CE%99%CE%A3%CE%97%CE%93%CE%97%CE%A3%CE%97-%CE%93%CE%99%CE%91-%CE%A4%CE%97%CE%9D-%CE%91-%CE%92%CE%91%CE%98%CE%9C%CE%99%CE%91-%CE%A6%CE%A1%CE%9F%CE%9D%CE%A4%CE%99%CE%94%CE%91-%CE%A5%CE%93%CE%95%CE%99%CE%91%CE%A3.pdf> [Ημερομηνία πρόσβασης: 12 Μαΐου 2021].

Υπουργείο Υγείας (2017). *ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΜΟΥ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας (ΦΕΚ Α' 115 4486, 1). Διαθέσιμο στο σύνδεσμο: <http://www.opengov.gr/yyka/?p=2037> [Ημερομηνία πρόσβασης: 4 Οκτωβρίου 2020].

Υπουργείο Υγείας (2017). *ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΜΟΥ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας (ΦΕΚ Α' 115 4486, 1). Διαθέσιμο στο σύνδεσμο: <http://www.opengov.gr/yyka/?p=2039> [Ημερομηνία πρόσβασης: 4 Οκτωβρίου 2020].

Υπουργείο Υγείας (2017). *ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΜΟΥ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας (ΦΕΚ Α' 115 4486, 1). Διαθέσιμο στο σύνδεσμο: <http://www.opengov.gr/yyka/?p=2041> [Ημερομηνία πρόσβασης: 4 Οκτωβρίου 2020].

Υπουργείο Υγείας (2017). *ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΜΟΥ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας (ΦΕΚ Α' 115 4486, 1). Διαθέσιμο στο σύνδεσμο: <http://www.opengov.gr/yyka/?p=2045> [Ημερομηνία πρόσβασης: 4 Οκτωβρίου 2020].

Υπουργείο Υγείας (2017). *ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΜΟΥ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας (ΦΕΚ Α' 115 4486, 1). Διαθέσιμο στο σύνδεσμο: <http://www.opengov.gr/yyka/?p=2046> [Ημερομηνία πρόσβασης: 4 Οκτωβρίου 2020].

Υπουργείο Υγείας (2017). *ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΜΟΥ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας (ΦΕΚ Α' 115 4486, 1). Διαθέσιμο στο σύνδεσμο: <http://www.opengov.gr/yyka/?p=2047> [Ημερομηνία πρόσβασης: 4 Οκτωβρίου 2020].

Υπουργείο Υγείας (2017). *ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΜΟΥ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας (ΦΕΚ Α' 115 4486, 1). Διαθέσιμο στο σύνδεσμο: <http://www.opengov.gr/yyka/?p=2048> [Ημερομηνία πρόσβασης: 4 Οκτωβρίου 2020].

Υπουργείο Υγείας (2017). *ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΜΟΥ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας (ΦΕΚ Α' 115 4486, 1). Διαθέσιμο στο σύνδεσμο: <http://www.opengov.gr/yyka/?p=2049> [Ημερομηνία πρόσβασης: 4 Οκτωβρίου 2020].

Υπουργείο Υγείας (2019). *ΕΘΝΙΚΟ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ 2019 - 2022*. Διαθέσιμο στο σύνδεσμο: <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drases-gia-thn-ygeia/ethnika-sxedia-drashs/6237-ethniko-sxedio-drashs-gia-thn-dhmosia-ygeia?fdl=14940> [Ημερομηνία πρόσβασης: 12 Μαΐου 2021].

Υπουργείο Υγείας (2021). *Κατεπείγουσες ρυθμίσεις για την προστασία της δημόσιας υγείας από τις συνεχιζόμενες συνέπειες της πανδημίας του κορωνοϊού COVID-19, την ανάπτυξη, την κοινωνική προστασία και την επαναλειτουργία των δικαστηρίων και άλλα ζητήματα*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας (ΦΕΚ Α' 48 Ν. 4790/2021). Διαθέσιμο στο σύνδεσμο: [https://www.kodiko.gr/nomologia/download\\_fek?f=fek/2021/a/fek\\_a\\_48\\_2021.pdf&t=0276b5db4c69c3b6cbc97296b6625074](https://www.kodiko.gr/nomologia/download_fek?f=fek/2021/a/fek_a_48_2021.pdf&t=0276b5db4c69c3b6cbc97296b6625074) [Ημερομηνία πρόσβασης: 12 Μαΐου 2021].

Υφαντόπουλος, Γ. (2003). *Τα οικονομικά της υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω.

Υφαντόπουλος, Γ. (2005). *Τα Οικονομικά της Υγείας – Θεωρία και Πολιτική*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Φρεγγίδου, Ε., Γαλάνης, Π., Ζαφειροπούλου, Μ. και Παραστατίδης, Σ. (2017). Η προσπάθεια δικτύωσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα μέσω της εδραίωσης του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας: Περιπτωσιολογική μελέτη δικτύωσης δομών ΠΕΔΥ Κιλκίς. *Το ΒΗΜΑ του ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ*. 16 (1): 33-47.



Χλέτσος, Μ. (2011). «*Η δομή του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Διαφαινόμενες τάσεις και πολιτικές*» στο *Οικονομία και Κοινωνία. Κύκλος Διαλέξεων*. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα. Διαθέσιμο στο σύνδεσμο: <https://docplayer.gr/890773-Kefalaio-deytero-i-domi-toy-systimatos-ygeias-stin-ellada-diafainomenes-taseis-kai-politikes.html> [Ημερομηνία πρόσβασης: 2 Ιουνίου 2021].

## ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Anell, A., Glenngard, A. H., Merkur, S. M. (2012). *Sweden: Health system review. Health systems in transition*. Available at: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/164096/e96455.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/164096/e96455.pdf) [Accessed: 19 May 2021].

Doncho, D., Kovacic, L. and Laaser. U. (2013). The role and organization of health care system. *Institute of Social Medicine*. 1: 1-13.

Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M. and Maresso, A. (2017). Greece: Health system review. *Health Systems in Transition*. 19 (5): 1–192.

Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Sissouras, A. and Maresso, A. (2014). *The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece. Economic crisis, health systems and health in Europe: country experience*. Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies. 1-48.

European Data Portal (2020). *Pressure on Healthcare Systems: Coping with Demand for ICU and Hospital Beds*. Available at: <https://data.europa.eu/en/impact-studies/covid-19/pressure-healthcare-systems-coping-demand-icu-and-hospital-beds> [Accessed: 23 May 2021].

Filippidis, F. T., Gerovasili, V., Millett, C. and Tountas, Y. (2017). Medium-term impact of the economic crisis on mortality, health-related behaviours and access to healthcare in Greece. *Scientific Reports*. 7: 1-7.

Goranitis, I., Siskou, O. and Liaropoulos, L. (2014). Health policy making under information constraints: An evaluation of the policy responses to the economic crisis in Greece. *Health Policy*. 117 (13): 279-284.

Government of Canada (2017). *Canada's Health Care System*. Available at: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html> [Accessed: 26 May 2021].

Groenewegen, P. P. and Jurgutis, A. (2013). A future for primary care for the Greek population. *Qual Prim Care*. 21(6):369–378.

Kringos, D., Boerma, W., Bourgueil, Y., Cartier, T., Dedeu, T., Hasvold, T. and Groenewegen, P. (2013). The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *British Journal of General Practice*. 63(616): 742–750.

Laliotis, I., Ioannidis, J. P. A. and Stavropoulou, C. (2016). Total and cause-specific mortality before and after the onset of the Greek economic crisis: an interrupted time-series analysis. *Lancet Public Health*. 1 (2): 56-65.

Lionis, C., Papadakis, S., Tatsi, C. et al. (2017). Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study). *BMC Health Services Research*. 17 (1): 255.

Mossialos, E., Wenzl, M., Osborn, R. and Anderson, C. (2015). *International Profiles of Health Care Systems*. The Commonwealth Fund. Available at: [https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/\\_\\_\\_media\\_files\\_publications\\_fund\\_report\\_2015\\_jan\\_1802\\_mossialos\\_intl\\_profiles\\_2014\\_v7.pdf](https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2015_jan_1802_mossialos_intl_profiles_2014_v7.pdf) [Accessed: 24 May 2021].

National Institute for Health and Clinical Excellence (2020). *COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19*. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng188/resources/covid19-rapid-guideline-managing-the-longterm-effects-ofcovid19-pdf-66142028400325> [Accessed: 20 May 2021].

Niakas, D. (2013). Greek economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription. *International Journal of Health Services*. 43 (4): 597-602.

Oikonomou, N. and Tountas, Y. (2011). The greek economic crisis: a primary health-care perspective. *Lancet*. 377: 28-29.

Patelarou, A.E., Kleisiaris, C.F., Androulakis, E. et al. (2016). Use of primary health care services in Southern Greece during a period of economic crisis. *ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE*. 33 (1): 84-89.

Rajan, S., Khunti, K., Alwan, N. et al. (2021). *In the wake of the pandemic: Preparing for Long COVID*. Available at: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Policy-brief-39-1997-8073-eng.pdf> [Accessed: 20 May 2021].

Sartorius, N. (2006). The Meanings of Health and its Promotion. *Croat Med J.* 47 (4): 662-664.

Sifaki-Pistolla, D., Chatzea, V. E., Markaki, A., Kritikos, K., Petelos, E. and Lionis, C. (2017). Operational integration in primary health care: patient encounters and workflows. *BMC health services research.* 17(1): 788.

Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (2020). *Kit de atención básica al paciente con enfermedad COVID-19 persistente.* Available at: [https://www.semg.es/images/2020/Noticias/kit\\_at\\_covid\\_persistente\\_opt.pdf](https://www.semg.es/images/2020/Noticias/kit_at_covid_persistente_opt.pdf) [Accessed: 25 May 2021].

Souliotis, K., Golna, C., Tountas, Y., Siskou, O., Kaitelidou, D. and Liaropoulos, L. (2016). Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last. *Eur J Health Econ.* 17(2):159–170.

The Commonwealth Fund (2020). *International Health Care System Profiles: England.* Available at: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/england> [Accessed: 23 May 2021].

The Commonwealth Fund (2020). *International Health Care System Profiles: The United States.* Available at: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/united-states> [Accessed: 23 May 2021].

World Health Organization (WHO) (1978). *Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.* Available at: [https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf) [Accessed: 20 May 2021].

World Health Organization (WHO) (2008). *Integrated health services -what and why? Technical Brief No.1, May 2008.* Available at: [http://www.who.int/healthsystems/technical\\_brief\\_final.pdf](http://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf) [Accessed: 20 May 2021].

World Health Organization (WHO) (2018). *Declaration of Astana, Global Conference on Primary Health Care From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018.* Available at: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf> [Accessed: 12 July 2021].

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ**

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1**

### **Η διακήρυξη της Alma-Ata για την Υγεία**

#### **Διεθνής διάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Alma-Ata, ΕΣΣΔ**

**6-12 Σεπτεμβρίου 1978**

Η Διεθνής Διάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.), στις 12 Σεπτεμβρίου του 1978, εκφράζοντας την ανάγκη για ανάληψη άμεσης δράσης από όλες τις κυβερνήσεις, τους εργαζομένους σε υπηρεσίες υγείας και ανάπτυξης και την παγκόσμια κοινότητα, για την προστασία και προαγωγή της υγείας όλων των ανθρώπων, διατύπωσε την ακόλουθη Διακήρυξη:

#### **I**

Η Διάσκεψη επισημαίνει για μιαν ακόμη φορά την ισχυρή πεποίθησή της ότι η Υγεία (η οποία ορίζεται ως κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι απλά ως απουσία νόσου ή αναπηρίας) αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και ότι η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας αποτελεί έναν πολύ σημαντικό παγκόσμιο στόχο του οποίου η πραγματοποίηση προϋποθέτει τη συμβολή πολλών άλλων οικονομικών και κοινωνικών τομέων, πέραν του τομέα υγείας.

#### **II**

Η υπάρχουσα τεράστια ανισότητα στο επίπεδο υγείας - ιδιαίτερα μεταξύ των ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών, αλλά και σε καθεμία ξεχωριστά - είναι, αφενός μεν, πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά απαράδεκτη, αφετέρου δε, κοινού ενδιαφέροντος για όλες τις χώρες.

### III

Η οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη, βασισμένη σε μια Νέα Διεθνή Οικονομική Τάξη είναι βασικής σημασίας για την ολοκληρωμένη επίτευξη υγείας για όλους και τη μείωση του χάσματος μεταξύ του επιπέδου υγείας των ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών. Η προώθηση και η προστασία της ανθρώπινης υγείας είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης και συμβάλλει στη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και την επικράτηση της παγκόσμιας ειρήνης.

### IV

Οι άνθρωποι έχουν δικαίωμα, αλλά και καθήκον να συμμετέχουν, ατομικά και συλλογικά, στο σχεδιασμό και την υλοποίηση της φροντίδας υγείας τους.

### V

Οι κυβερνήσεις έχουν ευθύνη για την υγεία των πολιτών τους η οποία μπορεί να εκπληρωθεί μόνο με την εφαρμογή επαρκών υγειονομικών και κοινωνικών μέτρων. Ένας από τους κύριους κοινωνικούς στόχους κυβερνήσεων, διεθνών οργανισμών και ολόκληρης της παγκόσμιας κοινότητας, στις ερχόμενες δεκαετίες, πρέπει να είναι η επίτευξη μέχρι το έτος 2000 ενός επιπέδου υγείας για όλους τους ανθρώπους παγκόσμια, που θα τους επιτρέπει να διάγουν έναν κοινωνικά και οικονομικά παραγωγικό βίο. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί το κλειδί για την επίτευξη αυτού του στόχου ως μέρος μιας ανάπτυξης στο πνεύμα της κοινωνικής δικαιοσύνης.

### VI

Η Π.Φ.Υ. αποτελεί βασική υγειονομική μέριμνα, η οποία στηρίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες πρακτικές και σε κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες. Η φροντίδα αυτή είναι προσβάσιμη από το σύνολο των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και τους παρέχεται σε διαδραστική μορφή και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορεί να επωμισθεί ανεξαρτήτως σταδίου ανάπτυξης και μέσα σε πνεύμα αυτοδυναμίας και αυτοδιάθεσης. Η Π.Φ.Υ. προσδιορίζεται ως αναπόσπαστο

κομμάτι τόσο του συστήματος υγείας μίας χώρας, του οποίου αποτελεί κεντρική λειτουργία και κύριο στόχο, όσο και της γενικότερης κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας με το Εθνικό Σύστημα Υγείας, φέρνοντας την υγειονομική φροντίδα όσο το δυνατόν κοντύτερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται. Με τον τρόπο αυτό συνιστά το πρώτο στάδιο μιας αλληλουχίας υπηρεσιών υγείας.

## VII

### Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

1. αντανακλά τις οικονομικές συνθήκες και τα κοινωνικοπολιτιστικά και πολιτικά χαρακτηριστικά της χώρας και των κοινοτήτων της και αναπτύσσεται βάσει αυτών. Στηρίζεται, δε, στην εφαρμογή σχετικών αποτελεσμάτων που προκύπτουν από έρευνες κοινωνικών, βιοϊατρικών, και υγειονομικών υπηρεσιών, καθώς και την εμπειρία της δημόσιας υγείας.
2. εστιάζει στα κύρια προβλήματα υγείας της κοινότητας, παρέχοντας ανάλογες υπηρεσίες προαγωγής υγείας, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης.
3. περιλαμβάνει κατ' ελάχιστον: εκπαίδευση που αφορά τα κύρια προβλήματα υγείας και τις μεθόδους πρόληψης και ελέγχου τους· διασφάλιση επαρκούς σίτισης και προαγωγή σωστής διατροφής· επαρκή παροχή ασφαλούς πόσιμου νερού και αποχέτευσης· μητρική και παιδική φροντίδα υγείας, περιλαμβανομένου και του οικογενειακού προγραμματισμού· ανοσοποίηση έναντι των κυρίων μεταδοτικών λοιμώξεων· πρόληψη και έλεγχο τοπικών ενδημικών νόσων· κατάλληλη αντιμετώπιση συνήθων νοσημάτων και τραυμάτων· προμήθεια βασικών φαρμάκων.



4. εμπλέκει, πέραν του τομέα της υγείας, όλους τους σχετικούς τομείς της εθνικής και κοινοτικής ανάπτυξης και σε όλες τις μορφές τους: συγκεκριμένα: γεωργία, κτηνοτροφία, βιομηχανία, εκπαίδευση, στέγαση, δημόσια έργα, επικοινωνίες κ.ά. και απαιτεί τη συνεργασία όλων αυτών των παραγόντων.

5. αξιώνει και προάγει τη μέγιστη κοινοτική και ατομική αυτοδυναμία και συμμετοχή στο σχεδιασμό, την οργάνωση, την εφαρμογή και τον έλεγχο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αξιοποιώντας πλήρως τοπικές, εθνικές και άλλες διαθέσιμες πηγές· και με αυτό το στόχο αναπτύσσει, μέσω της κατάλληλης εκπαίδευσης, την ικανότητα της κοινότητας να συμμετέχει.

6. πρέπει να στηρίζεται σε ενιαίες, λειτουργικές και αλληλοεξαρτώμενες υπηρεσίες παραπομπής οδηγώντας σε σταδιακή βελτίωση μιας ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας για όλους και δίνοντας προτεραιότητα σε αυτούς με τη μεγαλύτερη ανάγκη.

7. στηρίζεται, τόσο σε τοπικό, όσο και σε επίπεδο παραπομπής, σε εργαζόμενους υγείας, συμπεριλαμβανομένων ιατρών, νοσηλευτών, μαιών, παραϊατρικού προσωπικού και κοινωνικών λειτουργών, όπως επίσης και πρακτικών θεραπειών εφόσον χρειάζεται, κατάλληλα κοινωνικά και πρακτικά εκπαιδευμένους, προκειμένου να εργάζονται ως ομάδα υγείας και να ανταποκρίνονται στις ανάγκες που εκφράζει η κοινότητα.

## VIII

Όλες οι κυβερνήσεις πρέπει να διαμορφώσουν εθνικές πολιτικές, στρατηγικές και σχέδια δράσης προκειμένου να προωθήσουν και να στηρίξουν την Π.Φ.Υ. ως τμήμα ενός ολοκληρωμένου εθνικού συστήματος υγείας και σε συντονισμό με άλλους τομείς. Για το σκοπό αυτό, είναι απαραίτητο να εκφραστεί σαφής πολιτική βούληση, να επιστρατευτούν κρατικοί πόροι και να γίνει ορθολογική χρήση των διαθέσιμων εξωτερικών πόρων.

## IX

Όλες οι χώρες πρέπει να συμπράξουν με πνεύμα συνεργασίας και προσφοράς προκειμένου να εξασφαλίσουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας για όλους από τη στιγμή που η επίτευξη αυτού του στόχου για μία χώρα αφορά και ωφελεί άμεσα κάθε άλλη χώρα. Σε αυτό το πλαίσιο, η κοινή έκθεση του W.H.O. και της UNICEF για την Π.Φ.Υ. συνιστά μια σταθερή βάση για την περαιτέρω ανάπτυξη και τη λειτουργία της σε παγκόσμιο επίπεδο.

## X

Ένα αποδεκτό επίπεδο υγείας για όλους τους ανθρώπους μέχρι το έτος 2000 μπορεί να επιτευχθεί με την πληρέστερη και καλύτερη χρήση των παγκόσμιων πόρων, ένα σημαντικό μέρος των οποίων διατίθεται αυτή τη στιγμή σε εξοπλισμούς και στρατιωτικές συγκρούσεις. Μια γνήσια πολιτική ανεξαρτησίας, ειρήνης, ύφεσης και αφοπλισμού δύναται και οφείλει να απελευθερώσει επιπλέον πόρους οι οποίοι μπορούν να αφιερωθούν σε ειρηνικούς σκοπούς και πιο συγκεκριμένα στην ταχύτερη κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη από την οποία η Π.Φ.Υ., ως ουσιώδες τμήμα της, οφείλει να διεκδικήσει το κατάλληλο μέρος. Η Διεθνής Διάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας καλεί για επείγουσα και αποτελεσματική εθνική και διεθνή δράση, προκειμένου να αναπτυχθεί και να εφαρμοστεί πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε όλον τον κόσμο και ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες σε ένα πνεύμα τεχνικής συνεργασίας και σε συμφωνία με μια νέα διεθνή οικονομική τάξη. Παροτρύνει τις κυβερνήσεις, τον WHO, τη UNICEF και άλλους διεθνείς οργανισμούς, καθώς επίσης διμερείς και πολυμερείς οργανισμούς, Μ.Κ.Ο., οικονομικούς οργανισμούς, εργαζομένους υγείας και όλη την παγκόσμια κοινότητα να στηρίζουν μια εθνική και διεθνή δέσμευση για παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και να παράσχουν αυξημένη τεχνική και οικονομική στήριξη σε αυτή, ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η διάσκεψη καλεί όλους τους προαναφερθέντες να συνεργαστούν στην εισαγωγή, ανάπτυξη και διατήρηση της Π.Φ.Υ. σε συμφωνία με το πνεύμα και το περιεχόμενο της Διακήρυξης.

ΠΗΓΗ: WHO, 1978

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2**

### **Παγκόσμιο συνέδριο για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας**

#### **Από την Alma-Ata προς την καθολική κάλυψη υγείας και τους Στόχους Αειφόρου Ανάπτυξης**

**Astana, Καζακστάν, 25 και 26 Οκτωβρίου 2018**

Εμείς, οι αρχηγοί των κρατών και των κυβερνήσεων, οι υπουργοί και οι εκπρόσωποι κρατών και κυβερνήσεων, συμμετέχουμε στο Παγκόσμιο Συνέδριο για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Από την Alma-Ata προς την καθολική κάλυψη υγείας και τους Στόχους Αειφόρου Ανάπτυξης, που διεξήχθη στην Astana στις 25 και 26 Οκτωβρίου του 2018, επιβεβαιώνοντας τις δεσμεύσεις που εκφράστηκαν στη φιλόδοξη και οραματιστική Διακήρυξη Alma-Ata του 1978 και στην Ατζέντα του 2030 για την Αειφόρο Ανάπτυξη, στο πλαίσιο της Υγείας για Όλους, οι οποίες διατυπώνονται με την ακόλουθη Δήλωση.

#### **Οραματιζόμαστε:**

**Κυβερνήσεις και κοινωνίες** που δίνουν προτεραιότητα, προάγουν και προστατεύουν την υγεία και την ευημερία των ανθρώπων, τόσο σε επίπεδο πληθυσμού όσο και σε ατομικό επίπεδο, μέσω ισχυρών συστημάτων υγείας.

**Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και υπηρεσίες υγείας** που είναι υψηλής ποιότητας, ασφαλείς, ολοκληρωμένες, ολοκληρωμένες, προσβάσιμες, διαθέσιμες και προσιτές για όλους και παντού, παρέχονται με συμπόνια, σεβασμό και αξιοπρέπεια από επαγγελματίες υγείας που είναι καλά εκπαιδευμένοι, ειδικευμένοι, με κίνητρα και αφοσίωση.

**Ενεργοποιημένα και ευνοϊκά για την υγεία περιβάλλοντα** στα οποία τα άτομα και οι κοινότητες έχουν την εξουσία και ασχολούνται με τη διατήρηση και την ενίσχυση της υγείας και της ευημερίας τους.

**Οι εταίροι και τα ενδιαφερόμενα μέρη** να συντονίζονται για την παροχή αποτελεσματικής υποστήριξης στις εθνικές πολιτικές, στρατηγικές και στα σχέδια για την υγεία.

## I

Επιβεβαιώνουμε έντονα τη δέσμευσή μας για το θεμελιώδες δικαίωμα κάθε ανθρώπου για την απόλαυση του υψηλότερου επιτεύξιμου επιπέδου υγείας χωρίς διάκριση οποιουδήποτε είδους. Πραγματοποιώντας την 40ή επέτειο της Διακήρυξης του Alma-Ata, επιβεβαιώνουμε τη δέσμευσή μας για όλες τις αξίες και τις αρχές της, ιδίως για τη δικαιοσύνη και την αλληλεγγύη, και υπογραμμίζουμε τη σημασία της υγείας για την ειρήνη, την ασφάλεια και την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη και την αλληλεξάρτησή τους.

## II

Είμαστε πεπεισμένοι ότι η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) είναι η πιο περιεκτική, αποτελεσματική και αποδοτική προσέγγιση για τη βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας των ανθρώπων, καθώς και της κοινωνικής ευημερίας, και ότι η ΠΦΥ είναι ο ακρογωνιαίος λίθος ενός βιώσιμου συστήματος υγείας για την παγκόσμια υγειονομική κάλυψη (UHC) και τους στόχους αειφόρου ανάπτυξης που σχετίζονται με την υγεία. Χαιρετίζουμε τη σύγκληση της συνόδου το 2019 για το υψηλό επίπεδο της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών για την παγκόσμια υγειονομική κάλυψη, στην οποία θα συμβάλει αυτή η Διακήρυξη. Ο καθένας από εμάς θα ακολουθήσει το δρόμο του για την επίτευξη της παγκόσμιας υγειονομικής κάλυψης έτσι ώστε όλοι οι άνθρωποι να έχουν δίκαιη πρόσβαση στην ποιότητα και στην αποτελεσματική φροντίδα υγείας που χρειάζονται, διασφαλίζοντας ότι η χρήση των υπηρεσιών αυτών δεν τους εκθέτει σε οικονομική δυσκολία.

## III

Αναγνωρίζουμε ότι, παρά την αξιοσημείωτη πρόοδο τα τελευταία 40 χρόνια, οι άνθρωποι σε όλα τα μέρη του κόσμου εξακολουθούν να έχουν ανάγκες υγείας που δεν

έχουν καλυφθεί. Η διατήρηση της υγείας είναι πρόκληση για πολλούς ανθρώπους, ιδιαίτερα για τους φτωχούς και για τα άτομα που βρίσκονται σε ευάλωτες καταστάσεις. Το θεωρούμε απαράδεκτο ηθικά, πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά ότι η ανισότητα στην υγεία και οι ανισότητες στα αποτελέσματα της υγείας παραμένουν. Θα συνεχίσουμε να αντιμετωπίζουμε την αυξανόμενη επιβάρυνση των μη μεταδοτικών ασθενειών, οι οποίες οδηγούν σε κακή υγεία και πρόωρους θανάτους λόγω χρήσης καπνού, της βλαβερής χρήσης αλκοόλ, ανθυγιεινών τρόπων ζωής και συμπεριφορών, και ανεπαρκούς σωματικής δραστηριότητας και ανθυγιεινών διατροφών. Αν δεν δράσουμε αμέσως, θα συνεχίσουμε να χάνουμε ζωές πρόωρα λόγω πολέμων, βίας, επιδημιών, φυσικών καταστροφών, επιπτώσεων στην υγεία από την κλιματική αλλαγή και ακραίων καιρικών φαινομένων και άλλων περιβαλλοντικών παραγόντων. Δεν πρέπει να χάσουμε ευκαιρίες για να εξαλείψουμε τα κρούσματα των ασθενειών και τις παγκόσμιες απειλές για την υγεία, όπως η μικροβιακή αντοχή που εξαπλώνεται πέρα από τα όρια των χωρών. Οι προωθητικές, προληπτικές, θεραπευτικές, αποκαταστατικές υπηρεσίες και οι υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας πρέπει να είναι προσβάσιμες σε όλους. Πρέπει να σώσουμε εκατομμύρια ανθρώπους από τη φτώχεια, ιδιαίτερα την ακραία φτώχεια, που προκαλείται από δυσανάλογες δαπάνες για την υγεία. Δεν μπορούμε πλέον να υποβαθμίζουμε τη ζωτική σημασία της προαγωγής της υγείας και της πρόληψης ασθενειών, ούτε να ανεχόμαστε κατακερματισμένη, ανασφαλή ή κακής ποιότητας φροντίδα. Πρέπει να αντιμετωπίσουμε την έλλειψη και άνιση κατανομή των εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Πρέπει να δράσουμε για το αυξανόμενο κόστος της φροντίδας υγείας και των φαρμάκων και των εμβολίων. Δεν μπορούμε να αντέξουμε οικονομικά τις σπατάλες των δαπανών της φροντίδας υγείας λόγω αναποτελεσματικότητας.

**Δεσμευόμαστε για:**

IV

**Την θέσπιση τολμηρών πολιτικών επιλογών για την υγεία σε όλους τους τομείς.** Επαναβεβαιώνουμε τον πρωταρχικό ρόλο και την ευθύνη των κυβερνήσεων σε όλα τα επίπεδα στην προαγωγή και προστασία του δικαιώματος όλων για απόλαυση του υψηλότερου επιτεύξιμου επιπέδου υγείας. Θα προωθήσουμε την πολυτομεακή δράση

και την παγκόσμια υγειονομική κάλυψη, εμπλέκοντας τα σχετικά ενδιαφερόμενα μέρη και ενδυναμώνοντας τις τοπικές κοινότητες για την ενίσχυση της ΠΦΥ. Θα εξετάσουμε τους οικονομικούς, κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας και θα στοχεύσουμε στη μείωση των παραγόντων κινδύνου με την ενσωμάτωση της προσέγγισης «Υγεία σε όλες τις πολιτικές». Θα εμπλέξουμε περισσότερους ενδιαφερόμενους στην επίτευξη της Υγείας για όλους, μη εξαιρουμένου κανενός, ενώ θα αντιμετωπίσουμε και θα διαχειριστούμε συγκρούσεις συμφερόντων, θα προάγουμε τη διαφάνεια και θα εφαρμόσουμε τη συμμετοχική διακυβέρνηση. Θα προσπαθήσουμε να αποφύγουμε ή να μετριάσουμε τις συγκρούσεις που υπονομεύουν τα συστήματα υγείας και περιορίζουν τα οφέλη για την υγεία. Πρέπει να χρησιμοποιήσουμε συνεκτικές και χωρίς αποκλεισμούς προσεγγίσεις για την επέκταση της ΠΦΥ ως πυλώνα της παγκόσμιας υγειονομικής κάλυψης σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, διασφαλίζοντας τη συνέχεια της φροντίδας και την παροχή βασικών υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τις ανθρωπιστικές αρχές. Θα παρέχουμε και θα διαθέσουμε κατάλληλους ανθρώπινους και άλλους πόρους για την ενίσχυση της ΠΦΥ. Επικροτούμε την ηγεσία και το παράδειγμα των κυβερνήσεων που έχουν δείξει ισχυρή υποστήριξη για την ΠΦΥ.

## V

**Την οικοδόμηση βιώσιμης πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης.** Η ΠΦΥ θα εφαρμοστεί σύμφωνα με την εθνική νομοθεσία, τα πλαίσια και τις προτεραιότητες. Θα ενισχύσουμε τα συστήματα υγείας επενδύοντας στην ΠΦΥ. Θα ενισχύσουμε την ικανότητα και την υποδομή για την πρωτοβάθμια φροντίδα – την πρώτη επαφή με υπηρεσίες υγείας – με την ιεράρχηση βασικών λειτουργιών δημόσιας υγείας. Θα δώσουμε προτεραιότητα στην πρόληψη των ασθενειών και στην προαγωγή της υγείας και θα στοχεύουμε στην κάλυψη των αναγκών υγείας όλων των ανθρώπων σε όλη τη διάρκεια της ζωής μέσω ολοκληρωμένων προληπτικών, προαγωγικών, θεραπευτικών, αποκαταστατικών υπηρεσιών και υπηρεσιών παρηγορητικής φροντίδας. Η ΠΦΥ θα παρέχει ένα ολοκληρωμένο φάσμα υπηρεσιών και φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων ενδεικτικά του εμβολιασμού, της πρόληψης, του ελέγχου και της διαχείρισης μη μεταδοτικών και μεταδοτικών ασθενειών, της φροντίδας και των υπηρεσιών που προάγουν, διατηρούν και βελτιώνουν την υγεία των μητέρων, των νεογέννητων, των

παιδιών και των εφήβων και της ψυχικής υγείας και της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας. Η ΠΦΥ θα είναι επίσης προσβάσιμη, δίκαιη, ασφαλής, υψηλής ποιότητας, περιεκτική, αποτελεσματική, αποδεκτή, διαθέσιμη και προσιτή και θα παρέχει συνεχείς, ολοκληρωμένες υπηρεσίες που είναι ανθρωποκεντρικές και ευαίσθητες στο φύλο. Θα προσπαθήσουμε να αποφύγουμε τον κατακερματισμό και να διασφαλίσουμε ένα λειτουργικό σύστημα παραπομπής μεταξύ πρωτοβάθμιας και άλλων επιπέδων φροντίδας. Θα επωφεληθούμε από την αειφόρο ΠΦΥ που ενισχύει την ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας για την πρόληψη, τον εντοπισμό και την ανταπόκριση σε μολυσματικές ασθένειες και κρούσματα.

Η επιτυχία της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης θα καθοδηγείται από:

**Γνώση και ανάπτυξη ικανοτήτων.** Θα εφαρμόσουμε τη γνώση, συμπεριλαμβανομένων επιστημονικών και παραδοσιακών γνώσεων, για να ενισχύσουμε την ΠΦΥ, να βελτιώσουμε τα αποτελέσματα της υγείας και να διασφαλίσουμε την πρόσβαση όλων των ανθρώπων στη σωστή φροντίδα τη σωστή στιγμή και στο πιο κατάλληλο επίπεδο φροντίδας, με σεβασμό στα δικαιώματα, τις ανάγκες, την αξιοπρέπεια και την αυτονομία. Θα συνεχίσουμε να ερευνούμε και να μοιραζόμαστε γνώσεις και εμπειρίες, να αναπτύσουμε τις ικανότητες και να βελτιώνουμε την παροχή υπηρεσιών υγείας και φροντίδας.

**Ανθρώπινοι πόροι για την υγεία.** Θα εξασφαλίσουμε αξιοπρεπή εργασία και κατάλληλη αποζημίωση για τους επαγγελματίες υγείας και το λοιπό προσωπικό υγείας που εργάζεται σε επίπεδο πρωτοβάθμιας υγείας, για να ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στις ανάγκες υγείας των ανθρώπων σε ένα πολυτομεακό πλαίσιο. Θα συνεχίσουμε να επενδύουμε στην εκπαίδευση, στην κατάρτιση, στην πρόσληψη, στην ανάπτυξη, στα κίνητρα και στη διατήρηση του εργατικού δυναμικού της ΠΦΥ, με τις κατάλληλες δεξιότητες. Θα προσπαθήσουμε για τη διατήρηση και τη διαθεσιμότητα του εργατικού δυναμικού της ΠΦΥ σε αγροτικές, απομακρυσμένες και λιγότερο ανεπτυγμένες περιοχές. Ισχυριζόμαστε ότι «η διεθνής μετανάστευση του προσωπικού υγείας δεν θα πρέπει να υπονομεύει τις χώρες», ιδιαίτερα αναπτυσσόμενες χώρες, οι οποίες πρέπει να έχουν ικανότητα κάλυψης των αναγκών υγείας των πληθυσμών τους.

**Τεχνολογία.** Υποστηρίζουμε τη διεύρυνση και την επέκταση της πρόσβασης σε μια σειρά υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας μέσω της χρήσης υψηλής ποιότητας, ασφαλών, αποτελεσματικών και προσιτών φαρμάκων, συμπεριλαμβανομένων, κατά

περίπτωση, παραδοσιακών φαρμάκων, εμβολίων, διαγνωστικών και άλλων τεχνολογιών. Θα προωθήσουμε την προσβασιμότητα και την ορθολογική και την ασφαλή χρήση τους και την προστασία των προσωπικών δεδομένων. Μέσα από την πρόοδο στα συστήματα πληροφοριών, θα είμαστε ικανοί να συλλέγουμε κατάλληλα αναλυτικά δεδομένα υψηλής ποιότητας και να βελτιώσουμε την συνέχεια της πληροφόρησης, την παρακολούθηση της νόσου, τη διαφάνεια, τη λογοδοσία και την παρακολούθηση του συστήματος υγείας. Θα χρησιμοποιήσουμε μια ποικιλία τεχνολογιών για την βελτίωση στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, θα εμπλουτίσουμε την παροχή υπηρεσιών υγείας, θα βελτιώσουμε την ποιότητα εξυπηρέτησης και την ασφάλεια των ασθενών και θα αυξήσουμε την αποτελεσματικότητα και το συντονισμό της περίθαλψης. Μέσω ψηφιακών και άλλων τεχνολογιών, θα επιτρέψουμε σε άτομα και κοινότητες να προσδιορίζουν τις ανάγκες τους για υγεία, να συμμετέχουν στον προγραμματισμό και στην παροχή υπηρεσιών και να διαδραματίζουν ενεργό ρόλο στη διατήρηση των υπηρεσιών τους δικής τους υγείας και ευεξίας.

**Χρηματοδότηση.** Καλούμε όλες τις χώρες να συνεχίσουν να επενδύουν στην ΠΦΥ για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων στην υγεία. Θα εξετάσουμε τις ανεπάρκειες και τις ανισότητες που εκθέτουν τους ανθρώπους σε οικονομικές δυσκολίες που προκύπτουν από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας μέσω της εξασφάλισης καλύτερης κατανομής πόρων για την υγεία, της επαρκούς χρηματοδότησης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και των κατάλληλων συστημάτων αποζημίωσης, προκειμένου να βελτιωθεί η πρόσβαση και να επιτευχθούν καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία. Θα εργαστούμε για την οικονομική βιωσιμότητα, την αποτελεσματικότητα και την ανθεκτικότητα των εθνικών συστημάτων υγείας, διαθέτοντας κατάλληλους πόρους στην ΠΦΥ με βάση το εθνικό πλαίσιο. Δεν θα παραμερίσουμε κανέναν, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που βρίσκονται σε ευαίσθητες καταστάσεις και περιοχές που πλήττονται από συγκρούσεις, παρέχοντας πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες ΠΦΥ σε όλη τη συνέχεια της περίθαλψης.

## VI

**Ενδυνάμωση ατόμων και κοινοτήτων.** Υποστηρίζουμε τη συμμετοχή ατόμων, οικογενειών, κοινοτήτων και κοινωνίας των πολιτών μέσω της συμμετοχής τους στην



ανάπτυξη και εφαρμογή πολιτικών και σχεδίων που έχουν αντίκτυπο στην υγεία. Θα προωθήσουμε την παιδεία στον τομέα της υγείας και θα εργαστούμε για την ικανοποίηση του προσδοκίων των ατόμων και των κοινοτήτων για αξιόπιστες πληροφορίες σχετικά με την υγεία. Θα υποστηρίξουμε τους ανθρώπους στην απόκτηση των γνώσεων, των δεξιοτήτων και των πόρων που απαιτούνται για τη διατήρηση της υγείας ή την υγεία εκείνων για τους οποίους ενδιαφέρονται, καθοδηγούμενοι από επαγγελματίες υγείας. Θα προστατεύσουμε και θα προωθήσουμε την αλληλεγγύη, την ηθική και τα ανθρώπινα δικαιώματα. Θα ενισχύσουμε την κυριαρχία της κοινότητας και θα συμβάλλουμε στην υπευθυνότητα του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα για περισσότερους ανθρώπους ώστε να ζήσουν πιο υγιείς σε ευνοϊκά για την υγεία περιβάλλοντα.

## VII

**Υποστήριξη των ενδιαφερομένων μερών και ευθυγράμμιση με τις εθνικές πολιτικές, στρατηγικές και τα σχέδια.** Καλούμε όλους τους ενδιαφερόμενους - επαγγελματίες υγείας, ακαδημαϊκούς, ασθενείς, την κοινωνία των πολιτών, τους τοπικούς και διεθνείς εταίρους, τους οργανισμούς και τα ταμεία, τον ιδιωτικό τομέα, τους οργανισμούς και άλλους - να ευθυγραμμιστούν με τις εθνικές πολιτικές, στρατηγικές και σχέδια σε όλους τους τομείς, μεταξύ άλλων μέσω ανθρωποκεντρικών, ευαίσθητων στο φύλο προσεγγίσεων, και να αναλάβουν κοινές δράσεις για την οικοδόμηση ισχυρότερης και βιώσιμης ΠΦΥ για την επίτευξη της παγκόσμιας υγειονομικής κάλυψης. Η υποστήριξη των ενδιαφερομένων μερών μπορεί να βοηθήσει τις χώρες να παρέχουν επαρκείς ανθρώπινους, τεχνολογικούς, οικονομικούς και ενημερωτικούς πόρους στην ΠΦΥ. Κατά την εφαρμογή αυτής της Διακήρυξης, οι χώρες και οι ενδιαφερόμενοι θα συνεργαστούν σε πνεύμα εταιρικής σχέσης και αποτελεσματικής αναπτυξιακής συνεργασίας, μοιράζοντας γνώσεις και καλές πρακτικές, σεβόμενοι πλήρως την εθνική κυριαρχία και τα ανθρώπινα δικαιώματα.

- Θα ενεργήσουμε βάσει αυτής της Διακήρυξης με αλληλεγγύη και συντονισμό μεταξύ κυβερνήσεων, Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, του Ταμείου Παιδιών των Ηνωμένων Εθνών και όλων των άλλων ενδιαφερομένων.

- Όλα τα άτομα, οι χώρες και οι οργανισμοί ενθαρρύνονται να υποστηρίξουν αυτό το κίνημα.
- Οι χώρες θα επανεξετάζουν περιοδικά την εφαρμογή της παρούσας δήλωσης, σε συνεργασία με τους ενδιαφερόμενους.
- Μαζί μπορούμε και θα επιτύχουμε υγεία και ευεξία για όλους, μη αφήνοντας κανέναν πίσω.

ΠΗΓΗ: WHO, 2018