

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΟΜΕΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

**ΟΙ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΥΓΕΙΑΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΛΕΞΙΑ ΤΖΙΜΑ

ΑΘΗΝΑ, 2022

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

Επιβλέπων Καθηγητής	Καθηγητής	ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
Μέλος	Καθηγητής	ΜΑΡΚΟΣ ΣΑΡΡΗΣ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
Μέλος	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια	ΑΣΠΑΣΙΑ ΓΟΥΛΑ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

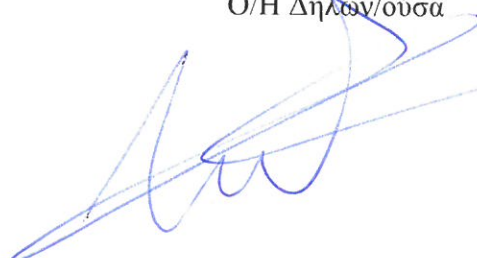
Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η**ΤΖΙΜΑ ΑΛΕΞΙΑ**.... Του **ΑΧΙΛΛΕΑ**, με αριθμό μητρώου **19059** φοιτητής/τρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών **ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ** του Τμήματος **ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ** της Σχολής **ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ** του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

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

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι **ΕΝΤΟΣ ΕΝΟΣ ΕΞΑΜΗΝΟΥ** και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Ο/Η Δηλών/ούσα



ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι κοινωνικο-οικονομικές αλλαγές που συνέβησαν τον προηγούμενο αιώνα δεν θα μπορούσαν να αφήσουν ανεπηρέαστο τον τομέα της υγείας. Ο ΠΟΥ και οι διάφορες σύνοδοι κορυφής που πραγματοποιήθηκαν έδωσαν στην Υγεία μία νέα διάσταση. Η ολιστική προσέγγιση και η προσβασιμότητα σε όλους ήταν οι δύο άμεσοι στόχοι που έπρεπε να επιτευχθούν. Η παρακάτω εργασία πραγματεύεται τις αρχές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας καθώς και την εξέλιξη της σε Ελλάδα, Ευρώπη και Αμερική. Πιο συγκεκριμένα στην Ελλάδα η ΠΦΥ έχει υποστεί πολλές αλλαγές από το 1983 και ακόμα δεν κατοχυρώνεται από πλήρες νομοθετικό πλαίσιο. Ειδικότερα μια καινοτομία στην Ελλάδα είναι η δημιουργία των ΤΟΜΥ όπου προέβησαν στη θεσμοθέτηση του οικογενειακού γιατρού. Από την άλλη έχουμε όλη την εξέλιξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Αμερική παραθέτοντας τα σημαντικότερα γεγονότα και ημερομηνίες-σταθμούς δίνοντας μας μία ολοκληρωμένη εικόνα για την Αμερικάνικη ήπειρο. Εν συνεχεία κάτι ανάλογο βλέπουμε και στις χώρες της Ευρώπης, αναλύοντας συγκεκριμένα το βρετανικό σύστημα υγείας και φυσικά κάνοντας λόγο για τη σημαντικότερη στιγμή για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, όπου δεν είναι άλλη από τη διάσκεψη της Άλμα – Άτα το 1979 στο Καζακστάν. Τέλος παρουσιάζεται ο νόμος 4486/2017 για τις μεταρρυθμίσεις που υλοποιήθηκαν το 2017 έχοντας πολλά κοινά με τη διάσκεψη της Αστάνα για την ΠΦΥ.

Λέξεις κλειδιά: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας(ΠΟΥ), δείκτες υγείας, Άλμα-Άτα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	ΣΕΛ. 4
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	ΣΕΛ. 5
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	ΣΕΛ. 7
2. ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΣΕΛ. 9
1 ^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	ΣΕΛ. 9
Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΣΕΛ. 9
1. Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΣΕΛ. 9
2. ΟΙ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΣΕΛ. 11
3. Η ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΗΣ ΑΛΜΑ – ΑΤΑ	ΣΕΛ. 13
4. Η ΔΙΑΣΚΕΨΗ ΤΗΣ ΑΣΤΑΝΑ 2018	ΣΕΛ. 16
5. ΡΑΗΟ, ΚΑΘΟΛΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΟΝ 21 ^ο ΑΙΩΝΑ: 40 ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΛΜΑ-ΑΤΑ	ΣΕΛ. 18
6. ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΛΜΑ-ΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΥΓΕΙΑ, 40 ΧΡΟΝΙΑ ΣΤΗΝ ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΗ ΕΝΩΣΗ	ΣΕΛ.24
2 ^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	
1. Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ	ΣΕΛ.29
2. ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ‘ ΕΥΡΩΠΗ	ΣΕΛ. 29
3. ΕΝΔΥΝΑΜΩΝΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΠΦΥ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ: Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΤΟΠΙΚΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	ΣΕΛ. 31
4. ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ	ΣΕΛ. 33

3 ^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	ΣΕΛ. 39
1. ΤΟ ΒΡΕΤΑΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΣΕΛ. 47
4 ^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	ΣΕΛ. 45
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	ΣΕΛ. 51
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	ΣΕΛ. 52
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ	ΣΕΛ. 60

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις αρχές της δεκαετίας το '70 σημειώθηκε στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ και της Ευρώπης οικονομική κρίση η οποία επέφερε σημαντική μείωση στους ρυθμούς ανάπτυξης της οικονομίας και της κοινωνίας σαν φυσικό επόμενο. Η κατάσταση αυτή αναπόφευκτα δημιούργησε προβλήματα στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Η συνεχής αύξηση των δαπανών και η επένδυση σε μεγάλες νοσοκομειακές μονάδες οδήγησε στην κατάρρευση των συστημάτων υγείας. Συνεπώς, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας καλούνταν να δώσει λύση στο πρόβλημα της αναζήτησης των πόρων. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα να αναδιοργανωθεί το κράτος πρόνοιας, για να μπορέσει να ανταπεξέλθει στις επιταγές της εποχής και στις καινοτομίες που επέφεραν αυτές οι αλλαγές. Λόγω των αυξημένων κοινωνικών αναγκών που δημιούργησε η ύφεση και η στασιμότητα κατέστη αναγκαία η αναζήτηση νέων μοντέλων λειτουργίας, τα οποία θα είχαν ως αρμοδιότητά τους τη σύμπτυξη των κοινωνικών και οικονομικών σχέσεων στον τομέα της υγείας, ο οποίος είναι και ο σημαντικότερος τομέας του κοινωνικού κράτους (Μωραΐτης, 2003).

Συγκεκριμένα, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έχει ως χρέος της να αντιμετωπίζει τον ασθενή με μια ολιστική αντίληψη και οι επαγγελματίες που την πλαισιώνουν οφείλουν να παρέχουν μια ολοκληρωμένη και εστιασμένη φροντίδα στον ασθενή. Οι συγκεκριμένοι όροι είναι πολύ σημαντικό να τηρηθούν, προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι της ΠΦΥ (O'Donohue & Maragakis, 2015), μιας και απαιτείται οριζόντια και κάθετη ολοκλήρωση για να μην υπάρχει διάσπαση και να μπορούν να εκπληρωθούν με τη βοήθεια των κατάλληλων μέσων όλες οι απαραίτητες προϋποθέσεις που βοηθούν στο να συνεχιστεί η θετική πορεία σχετικά με την έκβαση της υγείας μελλοντικά (McIntyre et al., 2013). Άλλες ερμηνείες της ΠΦΥ αναφέρουν ότι πρόκειται μπορεί να θεωρηθεί ως η κύρια ιατρική πηγή από όπου κάποιος μεμονωμένα ή μία οικογένεια θα αναζητήσει ιατρική συμβουλή. Όταν ένας ασθενής χρειάζεται νοσηλεία, τις υπηρεσίες άλλων ιατρικών ειδικών ή άλλης ιατρικής ή παραϊατρικής βοήθειας, ο πρωτοβάθμιος ιατρός θα εξασφαλίσει ότι έχουν παρασχεθεί οι πρώτες και βασικές φροντίδες παραπέμποντας το περιστατικό σε άλλον εξειδικευμένο ιατρό, δίχως όμως να αποποιείται της ευθύνης του (Millis, 1966, p. 37 παρά Institute of Medicine, 1966).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας έχει στόχο τη διαχείριση υπηρεσιών υγείας, όπου το άτομο είναι σε θέση να μπορεί να δέχεται διαφόρων ειδών υπηρεσίες, όπως θεραπευτικές και προληπτικές, στη διάρκεια της ζωής του και ανάλογα τις ιδιαιτερότητές του και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει, ανεξάρτητα από τη βαθμίδα του συστήματος υγείας στο οποίο απευθύνεται (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/000_5/322475/Integrated-care-models-overview.pdf). Ακόμα, η φροντίδα που εστιάζει συγκεκριμένα πάνω σε έναν ασθενή οφείλει να σέβεται και ταυτόχρονα να μπορεί να ανταποκρίνεται στις ατομικές αξίες και ανάγκες τόσο του ασθενή όσο και των ατόμων που τον περιβάλλουν (Institute of Medicine, 2001).

Τέλος, το πλέον σημαντικό γεγονός που πραγματοποιήθηκε το 2018 ήταν η διεθνής συνάντηση της Astana, η οποία αποσκοπούσε στην επιβεβαίωση των πρακτικών και των διδαγμάτων, τα οποία διαμορφώθηκαν το 1979, με τη σύμφωνη γνώμη όλων των κρατών, προκειμένου να αποφευχθούν και να αποσοβηθούν πιθανές προκλήσεις στο μέλλον (Chokshetal., 2018).

2. ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η εργασία αυτή έχει ως σκοπό να παρουσιάσει τις αρχές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και την εξελικτική της πορεία από τα μέσα του προηγούμενου αιώνα έως και σήμερα. Η εργασία αναφέρεται στο σύστημα της ΠΦΥ της Ελλάδας και στη συνέχεια απασχολείται με την Αμερική καταγράφοντας τα σημαντικότερα γεγονότα και πρωτοπορίες της, στη συνέχεια γίνεται λόγος για τις χώρες της Ευρώπης, περιγράφοντας αναλυτικότερα το Βρετανικό σύστημα υγείας και τέλος παρουσιάζει μέσα από το νόμο 4486/2017 τις αλλαγές που υπέστη η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

1° ΚΕΦΑΛΑΙΟ

1. Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ορίζονται οι ολοκληρωμένες υπηρεσίες που παρέχει το Εθνικό Σύστημα Υγείας, μέσω των οποίων επιτυγχάνονται και στοχοθετούνται τα εξής: α) η παρακολούθηση, β) η βελτίωση και γ) η διατήρηση της υγείας του ανθρώπου. Ταυτόχρονα, μέσω αυτών των υπηρεσιών υλοποιούνται και κάποιες επιπλέον παράμετροι όπως είναι: α) η προαγωγή της υγείας, β) η πρόληψη της νόσου, γ) η διάγνωση, ε) η θεραπεία και στ) η ολοκληρωμένη φροντίδα και συνέχεια αυτής (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2017).

Ειδικότερα, η ΠΦΥ έχει ως στόχο της την προσέγγιση του κοινωνικού συνόλου και γι' αυτό το λόγο είναι ένα σύστημα, το οποίο μέσω της παροχής των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίες είναι βασικές και ολοκληρωμένες, προσπαθεί να προσεγγίσει τους ανθρώπους τόσο ατομικά όσο και συλλογικά. Επιπλέον, συνδράμει στην πρόοδο και άνοδο του βιοτικού επιπέδου, κάτι το οποίο επιτυγχάνεται μέσω της κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης και μάλιστα είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι έχει αυξηθεί ο μέσος όρος ζωής και μάλιστα έχει μειωθεί κατά πολύ η θνησιμότητα (Καλοκαιρινού και συν., 2015). Βέβαια, αν και έχει δημιουργηθεί θετικό κλίμα κι έχει επιτευχθεί σωρεία αλλαγών και καινοτομιών δεν θα πρέπει να παραβλέπουμε ότι ελλοχεύουν κίνδυνοι πίσω από αυτή την ανάπτυξη, όπως είναι οι χρόνιες παθήσεις, οι οποίες έχουν ιδιαίτερο αντίκτυπο στη ζωή του ατόμου, μιας και θέτουν ανά πάσα στιγμή το άτομο σε κίνδυνο.

Ο τρόπος με τον οποίο λειτουργούσε η ΠΦΥ στο παρελθόν διαφέρει σημαντικά από τις σύγχρονες παρεμβάσεις που έχουν θεσμοθετηθεί. Ειδικότερα, τα προηγούμενα χρόνια στόχος της ΠΦΥ ήταν να επικεντρώνεται στην εύρεση τρόπων και λύσεων θεραπείας σχετικά με μια νόσο, αδιαφορώντας για την εύρεση μέσων σχετικά με την πρόληψη αυτής (WHO, 2018). Στις μέρες μας όμως, στόχος είναι η πρόληψη, μιας και μέσω αυτής μπορεί να αποφευχθεί η εξάπλωση μιας ασθένειας σε συλλογικό κυρίως επίπεδο, αλλά και για το ίδιο το άτομο, μιας και μπορεί να του δημιουργήσει πλήθος προβλημάτων και επιπλοκών. Επομένως, οι στόχοι που τίθενται είναι οι εξής: α) πρόληψη,

β) προαγωγή της υγείας και γ) αντιμετώπιση των απειλών που μπορεί να μαστίσουν τη δημόσια υγεία (WHO, 2018).

Συγκεκριμένα, τα βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα της ΠΦΥ είναι τα εξής: α) συσχετισμός της πρωτοβάθμιας φροντίδας και της δημόσιας υγείας, οι οποίες αποτελούν το επίκεντρο μιας ολοκληρωμένης υπηρεσίας, β) πολιτική και δράση, οι οποίες δεν επικεντρώνονται σε ένα τομέα, αλλά εξαπλώνονται και μετουσιώνονται σε διάφορων ειδών τομείς και κλάδους και γ) εξουσιοδοτημένα και εξειδικευμένα άτομα και κοινότητες, τα οποία να είναι σε θέση να υλοποιήσουν τις παραπάνω παραμέτρους. Βέβαια, είναι πολύ σημαντικό να υπάρχουν οι κατάλληλες παράμετροι, όπως οι δομές, οι χρηματικοί πόροι, η καταπολέμηση των πιθανών ανισοτήτων, οι ανάγκες και οι ικανότητες, έτσι ώστε να διευθετηθεί το ζήτημα της υλοποίησης μιας ενιαίας πρωτοβάθμιας περίθαλψης και δημόσιας υγείας (WHO, 2018). Υπάρχουν όμως και ορισμένες περιπτώσεις όπου η ΠΦΥ παρουσιάζει ελλείψεις σε ζητήματα που αφορούν την ασφάλεια του ασθενούς, τα οποία παρά την αξιοσημείωτη πρόοδο που έχει επιτευχθεί, εντούτοις παραμένουν. Οι φορείς υγείας ωστόσο προσπαθούν να αμβλύνουν τις συνέπειές τους ενώ παράλληλα στη μεγάλη πλειοψηφία τους δεν έχουν πολύ σοβαρές συνέπειες στην υγεία του ασθενούς (Panesar et al. 2016)

2. ΟΙ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι βασικές αρχές της ΠΦΥ είναι οι εξής: α) Προσβασιμότητα, η οποία είναι η παροχή που λαμβάνουν οι ασθενείς από κάποιον γιατρό ή νοσηλευτή για κάποιο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα ανάλογα με την πάθηση και το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν και όταν καταστεί αναγκαίο. β) Συμμετοχή των ασθενών στη λήψη των αποφάσεων σχετικά με τα θέματα υγείας που αντιμετωπίζουν. Με αυτό τον τρόπο διερευνώνται συνάμα και τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει μια κοινότητα και αναζητούνται πιο διεξοδικές λύσεις για την επίλυση και αντιμετώπιση αυτών. Έτσι, πραγματοποιείται μια ολιστική προσέγγιση του κοινωνικού συνόλου, η οποία δεν στιγματίζεται από διαφόρων ειδών διαφορές, όπως κοινωνικές και οικονομικές κυρίως αλλά υλοποιείται πιο αποτελεσματικά η αξιολόγηση των υπηρεσιών που παρέχονται σε μια κοινότητα. γ) Η προαγωγή της υγείας, η οποία περιλαμβάνει την αγωγή υγείας, τη διατροφή, την υγιεινή, την υγειονομική περίθαλψη μητέρας και παιδιού, την ανοσοποίηση, την πρόληψη και τον έλεγχο των ενδημικών ασθενειών. Απώτερος στόχος όλων των παραπάνω είναι κατά κύριο λόγο η καταρράκωση και συνάμα η αντίληψη από την πλευρά των ασθενών και των οικογενειών τους ότι η φροντίδα της υγείας τους και η αποκατάσταση αυτής είναι αρμοδιότητα των ίδιων σε πολύ μεγάλο βαθμό και όσο μπορεί να επιτραπεί, καθιστώντας τους υπεύθυνους για την εύρεση μέσων, τα οποία μπορούν να συνδράμουν στη βελτίωση και στη διατήρηση αυτής, κάτι που σηματοδοτεί την ψυχική τους ηρεμία και ευημερία. Ειδικότερα, τα προγράμματα υγείας που έχουν ενταχθεί στο σχολικό περιβάλλον αποτελούν σημαντικό μέσο προαγωγής της υγείας και του αυτοσεβασμού. δ) Η παροχή κατάλληλων μέσων τεχνολογίας, τα οποία συμβαδίζουν με το κοινωνικό προφίλ της κοινότητας, όσον αφορά το οικονομικό και πολιτιστικό επίπεδο αυτής και μάλιστα βοηθούν στην απόκτηση των στοιχειωδών γνώσεων για τη σχεδίαση και παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, όπως και στην εύρεση εναλλακτικών τρόπων, οι οποίες θα είναι πιο οικονομικές σε σχέση με αυτές που

παρέχονται από την υψηλή τεχνολογία και οι οποίες κοστίζουν ακριβά. Ακόμα, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι υπάρχουν καινοτόμα μοντέλα, τα οποία έχουν θεσμοθετηθεί για την περίθαλψη των ασθενών, τα οποία έχουν δεχτεί πληθώρα δοκιμών και μάλιστα έχουν γνωστοποιηθεί και τα αποτελέσματα αυτών. ε) Η διατομεακή συνεργασία, όπου υπάρχει αλληλεξάρτηση της υγείας και της ευημερίας με το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο της κοινότητας. Ειδικότερα, είναι σημαντική για την προάσπιση και θεσμοθέτηση εθνικών και τοπικών στόχων στον τομέα της δημόσιας υγείας, τον προγραμματισμό και την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας (CanadianNursesAssociation, 2000).

Ενδιαφέρουσα είναι η περίπτωση της μελέτης των Mutteretal (2018), οι οποίοι αναφερόμενοι στο σύστημα υγείας των ΗΠΑ διαπιστώνουν ότι διέρχεται σημαντική κρίση, λόγω του κόστους αλλά και των διαδικασιών οι οποίες υπάρχουν. Επομένως ανακύπτουν πολλά ζητήματα αναφορικά με την προσφερόμενη ποιότητα υπηρεσιών. Σύμφωνα με τους συγγραφείς Η διαχείριση της ποιότητας στην πρωτοβάθμια φροντίδα συγκροτείται από τις ακόλουθες βασικές αρχές: 1) βελτιστοποίηση υπηρεσιών 2) Εφαρμογή μετρήσεων ως εργαλείων ποιότητας, όχι αποτελεσμάτων ποιότητας 3) Να υπάρξει ιεράρχηση των θεραπευτικών σχέσεων, μέσω των οποίων η ΠΦΥ μπορεί να βελτιωθεί σημαντικά προς όφελος των ασθενών.

Πιο συγκεκριμένα οι υπηρεσίες της ΠΦΥ είναι οι εξής: α) παροχή υπηρεσιών υγείας, οι οποίες δεν σηματοδοτούν και δεν προμηνύουν την εισαγωγή του ασθενή σε νοσηλευτική μονάδα, β) εκτίμηση των αναγκών της υγείας των πολιτών, μέσω της θεσμοθέτησης προγραμμάτων και παραμέτρων, οι οποίες συνδράμουν στην πρόληψη νοσημάτων μέσω της υλοποίησης ενός κατάλληλα διαμορφωμένου προγράμματος, όπου ελέγχεται η πιθανή εμφάνιση συμπτωμάτων, τα οποία σχετίζονται με συγκεκριμένες ασθένειες και συμβάλλουν στην προαγωγή υγείας, γ) παρακολούθηση και διαχείριση χρόνιων νοσημάτων, δ) αναπαραγωγική υγεία και φροντίδα της μητέρας και του παιδιού, ε) παραπομπή, παρακολούθηση και επίβλεψη περιστατικών δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας, στ) παροχή επείγουσας προνοσοκομειακής

φροντίδας, ζ) υλοποίηση προγραμμάτων για την παροχή εμβολιασμών στο κοινωνικό σύνολο, η) παροχή ανακουφιστικής φροντίδας, θ) παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Ψυχικής Υγείας για την αντιμετώπιση κυρίως εξαρτήσεων και άλλων ψυχικών διαταραχών και ι) κατ' οίκον φροντίδα και περίθαλψη (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2017). Άρα είναι σωστή η άποψη που υποστηρίζει ο White (2015), ο οποίος θεωρεί ότι η δημόσια πολιτική πάνω στην υγεία θα πρέπει να αποσκοπεί στο να εξασφαλίσει την υγεία του πληθυσμού μέσω ενός και την αξία του κοινωνικο-οικολογικού μοντέλου. Άρα υπεισέρχεται και ο τομέας της ηθικής του ιδιωτικού τομέα με στόχο όχι μόνο την αντιμετώπιση της ασθένειας, την βελτιστοποίηση της υγείας και την μείωση των επιβαρύνσεων που υφίστανται διάφορες ευάλωτες ομάδες λόγω των ασθενειών. Κάτι τέτοιο όμως απαιτεί αποτελεσματική κατανομή πόρων προκειμένου να θέτονται οι σωστές προτεραιότητες και όλος ο πληθυσμός να έχει πρόσβαση στα αγαθά της υγείας.

3. Η ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΗΣ ALMA-ATA

Στις μέρες μας, η ΠΦΥ ανέλαβε ενεργό δράση μετά τη σύγχυση που δημιουργήθηκε διεθνώς από την ύπαρξη κοινωνικών ανισοτήτων στον τομέα της υγείας. Η Διακήρυξη της Alma – Ata το 1978, προέβη στην έγκριση της πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης θεωρώντας την ένα κυρίαρχο μέσο για την επίτευξη του στόχου που είχε τεθεί από τον ΠΟΥ. Συγκεκριμένα, στηρίζεται στην απόδοση της κοινωνικής δικαιοσύνης και στην εκπλήρωση των επιθυμιών και των αναγκών αυτής προσφέροντας άμεση πρόσβαση, αποδοτικότητα και συμμετοχή του κοινωνικού συνόλου σε αυτές. Μέσω της διακήρυξης αυτής η ΠΦΥ αναγνωρίστηκε ως θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και βασικός παράγοντας για την επίτευξη της ισότητας στην υγεία για όλους (WHO, 2018).

Η Διεθνής Διάσκεψη για την ΠΦΥ, πραγματοποιήθηκε στην Alma-Ata στις 12 Σεπτεμβρίου 1978 και κατέβαλλε επιτακτική την ανάγκη να συσπειρωθούν και να προβούν σε ενέργειες όλες οι κυβερνήσεις, οι επαγγελματίες υγείας και η παγκόσμια κοινότητα γενικότερα προκειμένου να μπορέσει να προστατευθεί αφενός η παγκόσμια υγεία και αφετέρου να υπάρξει προαγωγή αυτής. Ειδικότερα, αναφέρονται τα εξής: α) Η υγεία αποτελεί ανθρώπινο θεμελιώδες δικαίωμα και η εξασφάλιση αυτής σε όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο θα συνδράμει στο να μπορέσουν να επενδύσουν όσο το δυνατόν περισσότεροι οικονομικοί και κοινωνικοί τομείς για την ακόμα μεγαλύτερη εξέλιξη αυτής. β) Είναι χαρακτηριστικό το γεγονός ότι οι χώρες που είναι ιδιαίτερα εξελιγμένες σε οικονομικό, κοινωνικό και πολιτικό επίπεδο έρχονται αντιμέτωπες με το πρόβλημα της ανισότητας στον τομέα της υγείας, το οποίο είναι ιδιαίτερα έντονο και μάλιστα αποτελεί θέλγητρο για όλες τις υπόλοιπες χώρες, αφού τις βάζει στη διαδικασία να ασχοληθούν περαιτέρω με όλο αυτό. γ) Οι άνθρωποι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη σχεδίαση της υγειονομικής περίθαλψης που πρέπει να τους παρασχεθεί τόσο ατομικά όσο και συλλογικά, αφού είναι απαραίτητο να εκφράσουν τη γνώμη τους μιας και το θέμα αφορά σε πολύ μεγάλο βαθμό τους ίδιους. Επειδή όμως το οικονομικό κόστος είναι ένας σημαντικός παράγοντας που πρέπει να σκεφτούν τόσο ο ασθενής όσο και η οικογένεια του, συχνά ο γιατρός έρχεται σε θέση «οικονομικού συμβούλου» του ασθενούς προτείνοντας του βέλτιστες και ασφαλείς λύσεις(Hardeeetal, 2005) . δ) Η ΠΦΥ στηρίζεται σε επιστημονικές πρακτικές, μεθόδους και τεχνολογίες, οι οποίες βασίζονται στην πλήρη συμμετοχή των ατόμων τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο με τη συμμετοχή των οικογενειών τους, ενώ το κόστος αποτελεί χρέος της χώρας και της κοινότητας στην οποία εντάσσονται τα άτομα και φυσικά πρέπει να χαρακτηρίζεται από την ισότιμη πρόσβαση όλων των φυλετικών ομάδων χωρίς διακρίσεις(Sharmaetal, 2018). Συγκεκριμένα, αποτελεί την πρώτη προσέγγιση του κοινωνικού συνόλου με το εθνικό σύστημα υγείας και μάλιστα διενεργούνται οι απαραίτητες ενέργειες, έτσι ώστε η υγειονομική περίθαλψη να είναι σε θέση να εξυπηρετήσει τους ανθρώπους με βάση τον τόπο κατοικίας και εργασίας τους, κάτι το οποίο είναι αρκετά σημαντικό ειδικά σε περιπτώσεις που απαιτείται συνεχής περίθαλψη. ε) Η ΠΦΥ είναι

σημαντικό να στελεχώνεται από άτομα, τα οποία έχουν την απαραίτητη εξειδίκευση για να μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες της κοινότητας και των ατόμων και μάλιστα να έχουν ως πρωταρχικό σκοπό τη συλλογική συνεργασία, η οποία να αποβλέπει στο κοινό καλό. Επιπλέον τονίζεται η ανάγκη κάθε μέλους ομάδας που ασχολείται με την ΠΦΥ να έχει την κατάλληλη εξειδίκευση και δεξιότητες για να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις ,ενώ προτείνεται και ως καλή πρακτική η ενημέρωση για αποτελεσματικά μοντέλα και άλλων χωρών (Freundetal, 2014). στ) Έως το 2000 ένα αποδεκτό επίπεδο υγείας για την ανθρωπότητα μπορούσε να επιτευχθεί μέσω καλύτερης χρήσης των παγκόσμιων πόρων, αφού ένα σημαντικό μέρος αυτών ως το 1978 δαπανούνταν για στρατιωτικό εξοπλισμό (Declaration of Alma-Ata, 1978). Έτσι, η Διεθνής Διάσκεψη για την ΠΦΥ συνέβαλε στην προαγωγή μιας αποτελεσματικότερης εθνικής και διεθνούς δράσης, η οποία αποσκοπούσε στην ανάπτυξη και στην εφαρμογή αυτής διεθνώς και ειδικότερα στις χώρες που ήταν αναπτυγμένες μέσω της αυξημένης τεχνικής και οικονομικής στήριξης. Η ΠΦΥ αντανάκλαται μέσω των οικονομικών συνθηκών και των κοινωνικο-πολιτισμικών και πολιτικών χαρακτηριστικών της κάθε χώρας και βασίζεται στην εφαρμογή που προκύπτει από τα αποτελέσματα των κοινωνικών, βιοϊατρικών και της έρευνας μέσω της παροχής υγείας. Επισημαίνει τα βασικά υγειονομικά προβλήματα μίας κοινωνίας παρέχοντας κινητήριο, προληπτικό, θεραπευτικό και αποκαταστατικό χαρακτήρα. Παράλληλα περιλαμβάνει ταυτόχρονα με τον τομέα της υγείας και άλλους τομείς όπως το φαγητό, τη βιομηχανία, την εκπαίδευση, τη δημόσια εργασία κ.α. και απαιτεί τη συνεργασία όλων αυτών των τμημάτων μαζί. Τέλος όλες οι χώρες οφείλουν να συνεργαστούν υπό το πρίσμα της συναδελφικότητας εξασφαλίζοντας πρωτοβάθμια φροντίδας υγείας για όλους τους ανθρώπους καθώς το όφελος σε μία χώρα συμβάλλει στην εξέλιξη των υπολοίπων. Παροτρύνει κυβερνήσεις , τον ΠΟΥ, τη UNICEF και άλλους διεθνείς οργανισμούς να στηρίζουν και να υποστηρίζουν την εθνική και διεθνή συμφωνία για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και να διοχετεύσει όσους περισσότερους οικονομικούς και τεχνολογικούς πόρους μπορεί ειδικότερα στις χώρες που το έχουν περισσότερη ανάγκη.

4. Η ΔΙΑΣΚΕΨΗ ΤΗΣ ASTANA 2018

Στις 25 και 26 Οκτωβρίου του 2018 στην πόλη Astana του Καζακστάν οργανώθηκε από τον ΠΟΥ, τη Unicef και την Κυβέρνηση του κράτους Παγκόσμια διάσκεψη, προκειμένου να εορταστούν τα 40 χρόνια από τη διακήρυξη της Alma-Ata. Παρά το γεγονός ότι υπήρχε η προσδοκία να διατυπωθούν νέες απόψεις και να προσεγγιστεί καλύτερα το θέμα της παγκόσμιας υγείας σχετικά με τις ευκαιρίες που θα πρέπει να δοθούν σε κάθε οντότητα ξεχωριστά, η οποία πρέπει να απολαμβάνει το ανώτερο δυνατό επίπεδο υγείας, κατά κύριο λόγο έγινε επανάληψη των ίδιων βασικών αρχών της ΠΦΥ. Ακόμα, ανανεώθηκε η πολιτική δέσμευση για την ΠΦΥ από κυβερνήσεις, μη κυβερνητικές και επαγγελματικές οργανώσεις, ακαδημαϊκούς κύκλους και παγκόσμιους οργανισμούς υγείας και ανάπτυξης (WHO, 2019).

Ειδικότερα οι στόχοι της Διάσκεψης ήταν οι εξής: α) Οι κυβερνήσεις και οι κοινωνίες πρέπει να συμβάλλουν στην προώθηση και προστασία της υγείας και συνάμα στην ευημερία των ανθρώπων, κάτι που μπορεί να διευθετηθεί μέσω των ισχυρών συστημάτων υγείας. β) Υπηρεσίες υγείας και ΠΦΥ που είναι υψηλής ποιότητας, παρέχουν ασφάλεια και μάλιστα πληρούν τις προδιαγραφές, έτσι ώστε να μπορούν να παρέχονται σε όλους και ταυτόχρονα να πλαισιώνονται από άτομα, τα οποία είναι εξειδικευμένα και διακατέχονται από σεβασμό και αφοσίωση απέναντι στους ασθενείς και εκπληρώνουν το καθήκον τους με κάθε δυνατό μέσο. γ) Ένα περιβάλλον, το οποίο θα ευνοεί την υγεία και μάλιστα θα δίνει τη δυνατότητα στο κοινωνικό σύνολο να έχει τη δυνατότητα να επεμβαίνει στους τομείς της υγείας, προκειμένου αυτή να ανταποκρίνεται στις ανάγκες τους και να προβαίνει στη διατήρηση και ενίσχυση της ευημερίας τους. Επιπλέον τονίζεται η δέσμευση όλων των εμπλεκόμενων μερών να δοθεί έμφαση στην πρόληψη των ασθενειών και στην προώθηση της υγείας αλλά και στη συνολική κάλυψη των αναγκών της υγείας όλων των ανθρώπων σε όλη τη διάρκεια της ζωής του μέσω ολοκληρωμένων προληπτικών, προωθητικών, θεραπευτικών υπηρεσιών που περιλαμβάνουν επίσης αποκατάσταση και παρηγορητική φροντίδα (Walraven,

2019). Μέσω της Διάσκεψης της Αστάνα για την 40^η επέτειο από την Άλμα-άτα κατοχυρώνεται η υγεία ως το υπέρτατο αγαθό και όλες οι χώρες δεσμεύονται στην τήρηση των αρχών, στη δικαιοσύνη και αλληλεγγύη και υπογραμμίζουν τη σοβαρότητα την υγείας για ειρήνη, ασφάλεια και κοινωνικο-οικονομική ανάπτυξη και ανεξαρτησία. Προάγεται η σκέψη ότι μόνο μέσω της ενίσχυσης της ΠΦΥ ο άνθρωπος θα μπορέσει να εξελιχθεί πνευματικά, βελτιώνοντας την ποιότητα της ζωής του. Επιπρόσθετα τόνισαν ότι θα συνεισφέρουν στον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών με στόχο την παγκόσμια κάλυψη υγείας και υπογράμμισαν ότι όλοι οι άνθρωποι ανεξαιρέτως θα έχουν ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Στη συνέχεια επισημαίνεται το γεγονός ότι παρά τα 40 χρόνια που έχουν περάσει ακόμα υπάρχουν ανακρίβειες για τις ανθρώπινες ανάγκες ειδικότερα στις αναπτυσσόμενες και φτωχές χώρες. Εκτός αυτού, μείζον θέμα συζήτησης αποτέλεσαν και οι μη μεταδοτικές ασθένειες που οδηγούν σε πρόωρο θάνατο λόγω του καπνίσματος, της κατανάλωσης αλκοόλ, του ανθυγιεινού τρόπου ζωής και της έλλειψης σωματικής άσκησης. Σε συνδυασμό των παραπάνω με πολέμους, βία, φυσικές καταστροφές κ.α., γεγονότα που κρούουν τον κώδωνα ότι πρέπει να δράσουμε άμεσα, προωθώντας την υγεία και προλαμβάνοντας τις ασθένειες με ίση κατανομή υπαλλήλων υγείας. Στη συνέχεια της Διάσκεψης, οι χώρες δεσμεύονται για ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Εντούτοις, σύμφωνα με την WONCA (World Organization of Family Doctors), η Διάσκεψη προέβη στην αφαίρεση του όρου «Οικογενειακή ιατρική» και συνάμα και στους όρους Οικογενειακός γιατρός, όπως και άλλων επαγγελματιών υγείας δημιουργώντας με αυτό τον τρόπο αρνητικό αντίκτυπο, ειδικά για χώρες, οι οποίες δεν είναι ιδιαίτερα αναπτυγμένες και μάλιστα δεν διαθέτουν σύστημα Πρωτοβάθμιας φροντίδας, το οποίο να συμβαδίζει σύμφωνα με τα παγκόσμια πρότυπα. Τέλος, στα θετικά συμπεριλαμβάνεται η δέσμευση για Πρωτοβάθμια Υγειονομική Περίθαλψη και υγειονομικές υπηρεσίες υψηλής ποιότητας σύμφωνα με τους όρους που αναφέρονταν στη διακήρυξη της Alma-Ata του 1978 (WONCA, 2018).

5. ΡΑΗΟ, ΚΑΘΟΛΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΟΝ 21^ο ΑΙΩΝΑ:40 ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΛΜΑ-ΑΤΑ

Στις 11 Δεκεμβρίου του 2017 στην πόλη Κίτο του Εκουαδόρ συγκλήθηκε από τον ΡΑΗΟ(Pan American Health Organization) μία περιφερειακή συνάντηση με τίτλο «Καθολική Υγεία στον 21^ο αιώνα» με σκοπό την επισήμανση της 40^{ης} επετείου από την διακήρυξη της Άλμα-άτα. Σκοπός της συνάντησης αυτής ήταν η εξέλιξη των προτάσεων για το πώς θα καταστήσουν την υγεία ως θεμελιώδες αγαθό. Οι προτάσεις αυτές βασίζονταν στις αναλύσεις, στην πρόοδο και στις προκλήσεις των συστημάτων υγείας στις Περιφέρειες της Αμερικής. Οι βασικές θεματικές ενότητες της σύγκλησης ήταν α)το μοντέλο φροντίδας υγείας, β)το θεσμικό μοντέλο, γ) το οικονομικό μοντέλο, δ)η υγεία και η κοινωνική προστασία και ε) το ανθρώπινο δυναμικό για την υγεία. Στην επιτροπή παρουσιάζονται δέκα προτάσεις για την επίτευξη του στόχου, υγεία για όλους. Παράλληλα η συνάντηση αυτή έμελλε να είναι ένα σημαντικός σταθμός για την μεγάλη Διακήρυξη για την ΠΦΥ, τη Διακήρυξη της Αστάνα(Οκτώβριος 2018, Καζακστάν).(WHO 2018)

Τα τελευταία 40 χρόνια από τη Διακήρυξη της Άλμα-άτα , έχει συγκεντρωθεί και παραχθεί μεγάλη γνώση και εμπειρία για την υγεία, παρόλα αυτά όμως υπάρχουν ακόμα στόχοι που δεν έχουν τεθεί σε εφαρμογή και εκατομμύρια συνάνθρωποι μας όπου δεν έχουν ούτε τη στοιχειώδη πρόσβαση στην υγεία. Με την σύγκληση αυτή κατοχυρώνεται η ΠΦΥ ως η μόνη δίοδος για να επιτευχθεί η παγκόσμια υγεία, δικαίωμα αδιαμφισβήτητο με ισότητα, ποιότητα και κοινωνική δικαιοσύνη. Παράλληλα με τη σημαντική συνεισφορά των κυβερνήσεων και των οικονομικών πόρων. Ανατρέχοντας πίσω βλέπουμε ότι ναι μεν η Διακήρυξη της Άλμα-άτα είναι συνδεδεμένη με το μότο «υγεία για όλους» και συγκεκριμένα στις περιφέρειες της Αμερικής έχει εξυπηρετήσει στο σύστημα υγείας, παρόλα αυτά αποτελεί ορόσημο για την αντιμετώπιση των τωρινών προκλήσεων και την αποσαφήνιση του μηνύματος της στην καινούρια εποχή. Η Διακήρυξη αυτή αποτέλεσε έμπνευση για την δημιουργία καινοτόμων στρατηγικών στις Περιφέρειες της Αμερικής γεννώντας έναν πλούτο γνώσεων και εμπειρίας στις εφαρμογές και στην υποστήριξη κάνοντας πλέον

χαρακτηριστική την εξέλιξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Αμερική. Οι προτάσεις για τα τοπικά συστήματα υγείας το 1980, η Διακήρυξη στο Μοντεβιδέο το 2005, οι δημοσιεύσεις στον Παναμερικανικό Οργανισμό Υγείας(ΡΑΗΟ) είναι μερικά από τα παραδείγματα καινοτομίας σε ίδια γραμμή με την Άλμα-ατα . Παρά το γεγονός της σημαντικής προόδου τις τελευταίες δεκαετίες, εξέλιξη στην ασφάλιση και δημόσιες δαπάνες στην υγεία, η ανισότητα παραμένει ακόμα σε πολλές χώρες της Αμερικής. Οι προκλήσεις είναι πολλές και από παντού, η εξάλειψη της φτώχειας και η μείωση της ανισότητας σε όλες τις διαστάσεις συνεχίζουν να υπενθυμίζουν στις χώρες της Αμερικής ότι τα προβλήματα υπάρχουν και είναι σημαντικά. Τα κοινωνικά συστήματα προστασίας και τα συστήματα υγείας δεν είναι σε θέση να εξαλείψουν τις κοινωνικές ανισότητες. Αυτό προκύπτει από το γεγονός ότι έχουν σταματήσει την προσπάθεια για ένταξη του συστήματος σε μία νέα καλύτερη βάση η οποία θα είναι κυρίως βασισμένη στην νοσοκομειακή. Υπηρεσίες υγεία ανίκανες να αποδώσουν και ανθρώπινο δυναμικό όχι αρκετά εξειδικευμένο στις στρατηγικές της ΠΦΥ. Στις περισσότερες χώρες η ασφάλεια του φαγητού, το πόσιμο νερό, τα προγράμματα ανοσοποίησης και ο έλεγχος των μεταδοτικών ασθενειών διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο τα τελευταία χρόνια καθώς ελάχιστη είναι η σημασία που τους δίνεται και για συμμετοχή στη δημόσια υγεία, όπως επίσης ελάχιστες είναι και οι κοινωνικές παροχές. Η σοβαρότητα των μεταδοτικών ασθενειών σε συνδυασμό με τη φτώχεια, τον κοινωνικό αποκλεισμό και τις αλλαγές στις περιβαλλοντικές και οικονομικές συνθήκες σηματοδοτούν περιορισμούς στα συστήματα υγείας. Συνοψίζοντας, οι άπιαστοι στόχοι από την Διακήρυξη της Άλμα-άτα αντανακλούν πολιτικές εφαρμογές οι οποίες δεν κατάφεραν να υπερασπιστούν τα ενδιαφέροντα και τα δικαιώματα του πληθυσμού για άμεση πρόσβαση στην υγεία, εξαλείφοντας τα εμπόδια που παρουσιάζονται. Όπως για παράδειγμα ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα, ο οποίος πέρα από τα οφέλη που προσφέρει παροχή υπηρεσιών υγείας, ασφάλιση και τη δημιουργία και παραγωγή ιατρικών φαρμάκων και τεχνολογιών, έχει εντυφώσει με μεγάλη ισχύ σε εθνικό και παγκόσμιο επίπεδο επηρεάζοντας σημαντικά τους ρόλους του παιχνιδιού της παγκόσμιας ιατρικής κοινότητας. Σύμφωνα όμως με τον ΡΑΗΟ αυτό πρέπει να αλλάξει και να εφαρμοστεί μια καινοτομία που θα έχει ως στόχο τις απαιτήσεις ανταποκρινόμενες

από πολιτικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες όπου θα αποφασίσουν για την υγεία και τις συνθήκες ισότητας στην υγεία για τον πληθυσμό στον 21^ο αιώνα. Σήμερα οι καθοριστικοί παράγοντες περιλαμβάνουν νέες κοινωνικοοικονομικές, πολιτικές και περιβαλλοντικές παραμέτρους. Η εδραίωση ενός νέου οικονομικού μοντέλου βασισμένο στην παγκοσμιοποίηση και η επέκταση του ιδιωτικού τομέα έχουν συνέπειες που περιλαμβάνουν ασταθείς περιβαλλοντικές συνθήκες και γενικότερη επιδείνωση σε συνδυασμό με κλιματική αλλαγή και αναπαραγωγή του οικονομικού και κοινωνικού αποκλεισμού μαζί με μεταναστευτικά κύματα και ξεριζωμό των πληθυσμών. Όλα τα παραπάνω έχουν οδηγήσει σε αύξηση των μη μεταδοτικών ασθενειών, σε αύξηση των ψυχικών διαταραχών, στην παρεμπόδιση στην υγεία ατόμων με ειδικές ανάγκες και φυσικά στην αύξηση της βίας είτε είναι φυλετική, είτε συνδεδεμένη με παράνομες δραστηριότητες. Διάφορες περιφερειακές και παγκόσμιες εξουσίες εκφράζουν τη δέσμευση των Πολιτειών για τα κοινωνικά δικαιώματα ως στοιχειώδη σημεία αναφοράς για προκλήσεις και ευκαιρίες. Η Ατζέντα 2030 για αειφόρο ανάπτυξη όπου υιοθετήθηκε στο 2015 από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών αποτελεί επιστέγασμα για όλα τα παραπάνω. Η σκοπιά των Στόχων Βιώσιμης Ανάπτυξης σε συνδυασμό με αυτή την διάταξη απαιτεί ενσωματωμένες και συλλογικές προσεγγίσεις προκειμένου να αποσαφηνιστούν οι αιτίες για ανισότητα στην υγεία σε όλο το εύρος της περιοχής. Για το λόγο αυτό το 2014 ο ΠΑΗΟ υιοθέτησε τη Στρατηγική για άμεση πρόσβαση στην υγεία και καθολική περίθαλψη για όλους. Παρακάτω παραθέτονται δέκα προτάσεις της συνάντησης και οι δράσεις που απαιτούνται για κάθε μία ξεχωριστά, ώστε να διασφαλιστεί το δικαίωμα στην υγεία ως θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα:

- 1) Ενίσχυση της ίδρυσης ενός θεσμικού μοντέλου όπου θα δίνει τη δυνατότητα στην πολιτεία να αντιληφθεί την υπευθυνότητα της να διασφαλίσει το δικαίωμα της υγείας στο πλαίσιο των ανθρώπινων δικαιωμάτων.
 - Δημιουργία θεσμικών κατασκευών και διαδικασιών συνδεδεμένες με την ευθύνη των υγειονομικών αρχών περιλαμβάνοντας ρυθμιστικές πτυχές των συστημάτων υγείας και παράγοντας τη δυνατότητα για διατομεακή συνεργασία

- Διασφάλιση ότι οι γνώσεις γύρω από την υγεία είναι ξεκάθαρες και συμπληρωματικές για μία διαπολιτισμική προσέγγιση όπου είναι απαραίτητη για την διαφοροποίηση του πληθυσμού με στόχο να μειωθούν οι ανισότητες.
- Εφαρμογή μηχανισμών για ανάληψη ευθυνών συμπεριλαμβανομένης της παραγωγής ποιοτικών πληροφοριών όπου θα εγγυούνται το δικαίωμα στην υγεία.

2) Ανάπτυξη ανθρωποκεντρικού και κοινωνικοκεντρικού μοντέλου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας όπου θα λαμβάνει υπόψη της την ανθρώπινη διαφορετικότητα, την πολυπολιτισμικότητα και την εθνικότητα.

- Δημιουργία ενός περιεκτικού και ενσωματωμένου μοντέλου όπου θα φροντίζει περισσότερο και θα θεραπεύει ότι είναι απαραίτητο προωθώντας την υγεία των οικοσυστημάτων και της Μητέρας Γης στο δρόμο για μία καλή ποιότητα ζωής, βασισμένο στην ΠΦΥ και σε μία κοινωνία διαπολιτισμική.
- Προώθηση ενσωματωμένων δικτύων στις υπηρεσίες παροχής υγείας υποστηριζόμενες από εξειδικευμένες μονάδες ώστε να διασφαλιστεί η εύκολη και συνεχής πρόσβαση.

3) Δημιουργία μηχανισμών κοινωνικής συμμετοχής όπου θα είναι αυθεντικά, βαθιά και προσβάσιμα και θα αντιπροσωπεύουν μία άποψη της διαφορετικότητας για να εγγυηθούν την απόλυτη άσκησης του δικαιώματος της υγείας.

- Σχεδίαση και εφαρμογή νόμιμων πλαισίων που θα ορίζουν τη συμμετοχή και την εκπροσώπηση και μηχανισμούς βασισμένους στην κοινωνία όπου θα διατηρούν την αποτελεσματική συμμετοχή, λαμβάνοντας υπόψη τη διαφορετικότητα των κοινωνιών και των κοινωνικών οργανισμών συμπεριλαμβάνοντας υπαλλήλους υγείας μέσα σε αυτούς.
- Ανάπτυξη μηχανισμών όπου θα συνδέουν από τη μία προτάσεις που θα προέρχονται από την κοινωνική συμμετοχή μαζί με τη διαδικασία λήψης αποφάσεων συσχετιζόμενες με την υγεία.

- Δημιουργία μηχανισμών ενδυνάμωσης των μελών των κοινωνικών οργανισμών ενδυναμώνοντας τη συμμετοχή τους.
- 4) Δημιουργία μηχανισμών επίβλεψης του ιδιωτικού τομέα όπου θα συσχετίζονται με το αντικείμενο της διασφάλισης του δικαιώματος της υγείας.
- Ενδυνάμωση των εποπτειών των αρχών για εθνική υγεία ώστε να ρυθμίζουν τον ιδιωτικό τομέα έτσι ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του κοινωνικού συνόλου και σε συνεργασία με τις πολιτικές του εθνικού συστήματος υγείας.
 - Δημιουργία μηχανισμών αξιολόγησης του ιδιωτικού τομέα και επίβλεψης του για ενσωμάτωση της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας .
- 5) Εξάλειψη των εμποδίων για άμεση παγκόσμια πρόσβαση στην υγεία.
- Ανάλυση των συνθηκών διαβίωσης ενός πληθυσμού ,συμπεριλαμβανομένων και των μεταναστών, σε μία συγκεκριμένη περιοχή λαμβάνοντας υπόψη γεωγραφικά, κοινωνικά και πολιτισμικά θέματα ανάμεσα στον πληθυσμό και τις διαφοροποιήσεις και ανισότητες μεταξύ τους.
 - Εφαρμογή πρωτοβουλιών για εξάλειψη των εμποδίων στις υπηρεσίες υγείας και σε όλους τους παρεμβατικούς όπου βλάπτουν την υγεία του πληθυσμού.
- 6) Να τεθούν επί τάπητος διαδικασίες κοινωνικής αποφασιστικότητας μέσω διατομεακών παρεμβάσεων στην υγεία όπου θα προωθούν αλλαγές στις περιβαλλοντικές, κοινωνικές, οικονομικές, στεγαστικές συνθήκες πληθυσμού μίας δεδομένης περιοχής.
- Ανάπτυξη και ενδυνάμωση ενσωματωμένων συστημάτων κοινωνικής προστασίας με στόχο τη μείωση των ανισοτήτων που χαρακτηρίζουν πολλές από τις περιοχές της Αμερικής.
 - Εφαρμογή διατομεακών δράσεων που θα αναγνωρίζουν τις κουλτούρες και τις παραδόσεις απευθυνόμενες στην αδικία και στις ανισότητες , όπου θα περιλαμβάνουν στρατηγικές για την εκπαίδευση , την απασχόληση και θα ρυθμίζουν τις συνθήκες εργασίας.

7) Επανατοποθέτηση της δημόσιας υγείας ως ο άξονας της Πολιτείας για μεταφορά συστημάτων υγείας.

- Τοποθέτηση των βασικών λειτουργιών της δημόσιας υγείας ως το κλειδί για την ενδυνάμωση για το εθνικό σύστημα υγείας.
- Ανάπτυξη σχεδίων και πολιτικών που προωθούν τη συνεργασία με κοινωνίες και οργανισμούς πέρα του τομέα της υγείας μειώνοντας τν υπάρχοντα θεσμικό διαχωρισμό.

8) Αναγνώριση του ανθρώπινου δυναμικού ως οι βασικοί πρωταγωνιστές στην κατασκευή και εδραίωση του μοντέλου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

- Ανάπτυξη και εφαρμογή ανθρώπινου δυναμικού με σκοπό τη διασφάλιση της διαθεσιμότητας του υγειονομικού προσωπικού ανταποκρινόμενο στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού και διευκολύνοντας τη συμμετοχή του στη διαδικασία μεταφοράς του συστήματος υγείας στο μοντέλο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
- Ενδυνάμωση των μηχανισμών που συνδέουν τον εκπαιδευτικό τομέα με το σύστημα υγείας έτσι ώστε να εξελίξει τις πολιτικές εκμάθησης του ανθρώπινου δυναμικού με προσέγγιση στην ΠΦΥ, συμπεριλαμβάνοντας τη συμμετοχή των πανεπιστημίων και των κέντρων εκμάθησης.

9) Προώθηση λογικής χρήσης και καινοτομίας στους τεχνολογικούς πόρους με σκοπό να υπηρετούν της υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού.

- Προώθηση της χρήσης τεχνολογιών για την υγεία αποδεδειγμένα και αδιαμεσολάβητα από εμπορικά συμφέροντα διασφαλίζοντας το δικαίωμα της υγείας για όλους.

10) Ανάπτυξη ενός οικονομικού μοντέλου όπου θα διασφαλίζει ισότητα, ποιότητα, αποτελεσματικότητα και βιωσιμότητα.

- Ανάπτυξη ενός οικονομικού μοντέλου όπου θα προωθεί την ισότητα, την αποτελεσματικότητα και την επάρκεια των πηγών μέσα στο πλαίσιο της αυξημένης φορολογίας του πλούτου και του κεφαλαίου όπως και στην εκμετάλλευση των φυσικών πηγών.
- Καταπολεμώντας τη φοροδιαφυγή και κατακτώντας επιπρόσθετες πηγές απαραίτητες να εγγυηθούν παγκόσμια υγεία.

6. ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΛΜΑ-ΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΥΓΕΙΑ, 40 ΧΡΟΝΙΑ ΣΤΗΝ ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΗ ΕΝΩΣΗ

Δεκαετία 1970: Προσδόκιμο ζωής 67.3 χρόνια

- 1977, η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας αποφασίζει ότι ο βασικός κοινωνικός στόχος της κυβέρνησης πρέπει να είναι η κατάκτηση της υγείας για όλους μέχρι το 2000. Στην 4^η ειδική Συνάντηση των Υπουργών της Υγείας στην Αμερική δεσμεύονται να επεκτείνουν το εύρος κάλυψης των υπηρεσιών υγείας για όλο τον πληθυσμό με κύριο μέλημα η ΠΦΥ και η κοινωνική συμμετοχή. Το Εκτεταμένο Πρόγραμμα Ανοσοποίησης ιδρύεται προκειμένου να μειώσει τη θνησιμότητα προκαλούμενη από ασθένειες που μπορούν να προληφθούν από εμβόλια σε συνεργασία με το πρόγραμμα χρηματοδότησης για την αγορά εμβολίων και προμηθειών υψηλής ποιότητας σε χαμηλή τιμή.
- 1978, η Παναμερικανική Υγειονομική Διάσκεψη παρουσιάζει λύσεις για να κατορθώσουν την παγκόσμια κάλυψη υγείας και την ενσωμάτωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας στις γενικές υπηρεσίες υγείας. Η Παγκόσμια Διάσκεψη όπου διεξάγεται για την ΠΦΥ στην

Άλμα-ατα με εκπροσώπους από 134 χώρες και 67 παγκόσμιους οργανισμούς με στόχο να αναγνωριστεί η ΠΦΥ ως το μοναδικό κλειδί για την υγεία για όλους.

- 1979, το εγχειρίδιο του Παναμερικανικού Οργανισμού Υγείας επεκτάθηκε με σκοπό να ενσωματώσει καινούργιες αρχές σε συμφωνία με τη Διαμερικανική Τράπεζας Ανάπτυξης, δημιουργώντας έτσι το εκτεταμένο εγχειρίδιο βιβλίων και εκπαιδευτικών υλικών(PALTEX).

Δεκαετία 1980:Προσδόκιμο ζωής 70,2 χρόνια

- 1981, τα πρώτα περιστατικά AIDS ανιχνεύονται στην περιοχή κρούοντας τον κώδωνα του κινδύνου σε όλο τον κόσμο για την εξάπλωση της πανδημίας στο δυτικό ημισφαίριο.
- 1984, ο Παναμερικανικός Οργανισμός Υγείας παίρνει την πρωτοβουλία για τον εμβολιασμό μητέρων και παιδιών με αφορμή την κατάπαυση πυρών μεταξύ κυβέρνησης και ανταρτών στην διαμάχη του Ελ Σαλβαδόρ με τη συμμετοχή και των δύο πλευρών.
- 1986, η 22^η Παναμερικανική Υγειονομική Διάσκεψη δίνει έμφαση στην ανάπτυξη των υποδομών για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ειδικότερα σε ευάλωτους πληθυσμούς.
- 1988, το συμβούλιο του Παναμερικανικού Οργανισμού Υγείας προτείνει ανάπτυξη και ενδυνάμωση των τοπικών συστημάτων υγείας με σκοπό να ανταποκρίνονται πιο αποτελεσματικά στις ανάγκες των πολιτών. Κατά τη διάρκεια αυτής της δεκαετίας και της επόμενης γίνεται σημαντική πρόοδος στη βελτίωση των ανθρώπινων πόρων στην υγεία . Ο Παναμερικανικός Οργανισμός Υγείας επικεντρώνει τις προσπάθειες του στη δημιουργία αρχηγών στον τομέα της υγείας και γενικότερη ενδυνάμωση του ανθρώπινου δυναμικού με απώτερο στόχο την ενσωμάτωση της υγείας στα περιφερειακά πλάνα ανάπτυξης.

Δεκαετία 1990:Προσδόκιμο ζωής 73,2 χρόνια

- 1990, το σχέδιο για υγεία, ειρήνη και δημοκρατία εφαρμόζεται στην κεντρική Αμερική. Οι περιφέρειες αρχίζουν να μειώνουν την εξάπλωση του ιού του AIDS στην Λατινική

Αμερική και Καραϊβική και παράλληλα γίνεται αποδεκτή Η Διακήρυξη στο Καραάκας για την ανοικοδόμηση της ψυχιατρικής φροντίδας στη Λατινική Αμερική μαζί με τα τοπικά συστήματα υγείας.

- 1991, Μία πανδημία χολέρας εξαπλώνεται στην περιοχή και ο Παναμερικανικός οργανισμός βοηθάει τις ευπαθείς περιοχές συμβάλλοντας δυναμικά στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Παράλληλα καινοτομεί με τον νέο επιχειρηματικό εγχείρημα , το σύστημα Διοίκησης για ανθρωπιστικές παροχές βοηθώντας τις εθνικές αρχές να συντονίσουν την ανθρωπιστική βοήθεια.
- 1994, Η εξάλειψη της πολιομυελίτιδας στην περιοχή της Αμερικής είναι πλέον γεγονός .
- 1995, επιβεβαιώνεται η μείωση της τύφλωσης από ογκοκοκκίαση (onchocerciasis) στην περιοχή της Αμερικής.
- 1999, το Παναμερικανικό δίκτυο για την εναρμόνιση των κανονιστικών ρυθμίσεων των ναρκωτικών προωθείται με σκοπό να εναρμονίσει τις φαρμακευτικές ρυθμίσεις στην Αμερική.

Δεκαετία 2000: Προσδόκιμο ζωής 75,6 χρόνια

- 2000, το πρόγραμμα «Υγιή παιδιά, στόχος 2002» λανσάρετε με σκοπό την πρόληψη 100.000 θανάτων σε παιδιά με τη σωστή χρήση της διαχείρισης για την παιδική ασθένεια. Επιπρόσθετα ο Παναμερικανικός Οργανισμός Υγείας εκφράζει τη δέσμευση του στους αναπτυξιακούς στόχους της χιλιετίας των Ηνωμένων Εθνών. Και τέλος η παγκόσμια εξάλειψη της πολιομυελίτιδας θέτει ένα καινούριο χρονοδιάγραμμα έως το 2005.
- 2002, η δημόσια υγεία στην Αμερική προωθεί τη συνοχή ανάμεσα στις περιοχές της, εντοπίζοντας 11 βασικές λειτουργίες της Δημόσιας Υγείας και τα κενά που πρέπει να καλυφθούν με σκοπό τη καλύτερη παρουσία της.

- 2005, ενδυναμώνεται η πρωτοβουλία για τη θεραπεία και φροντίδα για το AIDS. Ταυτόχρονα υιοθετείται η πολιτική για την ισότητα στην υγεία μεταξύ των δύο φύλων και προωθείται η ενδυνάμωση των γυναικών. Ο ΡΑΗΟ προτείνει το σχέδιο «Ανανέωση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» αναγνωρίζοντας το βασικό ρόλο της ΠΦΥ για την κοινωνική ισότητα στην υγεία και την ανθρώπινη εξέλιξη. Εκτός αυτού προωθεί τις πολιτικές της Μπραζιλία ως μία ακόμη δέσμευση για τη Διακήρυξη του Καράκας και τις προτάσεις της για ανοικοδόμηση της ψυχιατρικής φροντίδας μέσα στα δημόσια συστήματα υγείας. Τέλος την ίδια χρονιά, η κλήση για δράση του Τορόντο προς μία δεκαετία Ανθρώπινου Δυναμικού στην υγεία στην Αμερική υπογραμμίζει την ανάγκη για ένα γερό ανθρώπινο δυναμικό υποστηρίζοντας όλο τον πληθυσμό της Αμερικής.
- 2007, η Διακήρυξη του Μοντεβιδέο τονίζει την ανάγκη της ΠΦΥ να είναι ενσωματωμένη στα εθνικά συστήματα υγείας, βελτιώνοντας τη συνεργασία με άλλους τομείς και συνεισφέροντας πιο δυναμικά για μία ισότιμη ανθρώπινη ανάπτυξη.
- 2009, ο ΡΑΗΟ εγκρίνει το σχέδιο δράσης για την Ψυχική Υγεία.

Δεκαετία 2010: προσδόκιμο ζωής 77,4 χρόνια.

Σε αυτή τη δεκαετία η Μπελίτζε, η Βολιβία, το Εκουαδόρ, το Ελ Σαλβαδόρ, η Παραγουάη και η Ουρουγουάη αναπτύσσουν σημαντικές αναφορές για τα συστήματα υγείας τους βασισμένες στην ΠΦΥ.

- 2010, το Διοικητικό Συμβούλιο του ΡΑΗΟ εγκρίνει την απόφαση για την υγεία και τα ανθρώπινα δικαιώματα ενδυναμώνοντας μηχανισμούς για να διασφαλίσουν την υγεία για τους ευάλωτους πληθυσμούς όπως άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές, ηλικιωμένους, γυναίκες και εφήβους, άνθρωποι που έχουν προσβληθεί από AIDS και για τους ντόπιους.

- 2011, κέντρο περιγεννητικής-γυναικών και αναπαραγωγικής υγείας της Λατινικής Αμερικής προτείνει στρατηγικές για την προσέγγιση την μητρικής και περιγεννητικής υγείας την επόμενη δεκαετία.
- 2013, εγκρίνεται η απόφαση περί μείωσης των οποιονδήποτε διαφορών μεταξύ των ομοφυλοφίλων, αμφιφυλόφιλων και διεμφυλικών πληθυσμών. Παράλληλα ο PAHO εγκρίνει το πλάνο δράσης για την πρόληψη και τη θεραπεία των μη μεταδοτικών ασθενειών καθιστώντας τες την κύρια αιτία για τον πρόωρο θάνατο και τις ασθένειες στην περιοχή. Από την άλλη υιοθετείται το πρόγραμμα «Mais Medicos» (περισσότεροι γιατροί) για μεγαλύτερη πρόσβαση στη υγεία μέσω επαγγελματιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στις κοινωνίες της Βραζιλίας.
- 2014, αναφορές δείχνουν ότι 11 χώρες της Αμερικής και η Καραϊβική έχουν σημειώσει σημαντική βελτίωση από το 1990 στη μείωση των θανάτων που προέρχονταν από επιπλοκές στην εγκυμοσύνη και στη γέννα.
- 2015, η Κούβα γίνεται η πρώτη χώρα στον κόσμο που λαμβάνει πιστοποίηση για την εξάλειψη της μεταφοράς του ιού του AIDS και της σύφιλης από μητέρα σε παιδί.
- 2016, η περιοχή της Αμερικής ανακοινώνεται ελεύθερη από ιλαρά.
- 2017, οι Ανγκουίλα, Αντίγκουα και Μπαρμπούντα, οι Βερμούδες, τα νησιά Κέυμαν, η Μοντσερά, ο Άγιος Χριστόφορος και Νέβις πιστοποιούνται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για την εξάλειψη της μεταφοράς του ιού του AIDS και της σύφιλης από τη μητέρα στο παιδί. Κατά τη διάρκεια του 29^{ου} Παναμερικανικού Υγειονομικού Συνεδρίου προωθείται το σχέδιο για την αειφόρο υγεία και ανάπτυξη στην Αμερική μεταξύ 2018-2030. Η κλήση για δράση για υγεία και ευημερία για τους Αμερικανούς.
- 2018, η Παραγουάη πιστοποιείται ως ελεύθερη από ελονοσία και η Παγκόσμια Ημέρα Υγείας γιορτάζεται με τίτλο : Υγεία για όλους και παντού!

2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

1. Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Το 2008 μαζί με την επιτροπή για τους καθοριστικούς παράγοντες στον τομέα της υγείας ο ΠΟΥ επανέφερε κα το όραμα από την Διακήρυξη της Άλμα άτα 30 χρόνια μετά αφού είχε υπογραφεί. Το όραμα αυτό έλαβε μεγαλύτερη απήχηση μαζί με τις παγκόσμιες αναφορές υγείας για την ΠΦΥ τώρα περισσότερο από ποτέ το 2008, τα οικονομικά των συστημάτων υγείας: το μονοπάτι για παγκόσμια κάλυψη το 2010, καθώς επίσης και με την υιοθέτηση της Παγκόσμιας Συνέλευσης Υγείας περί της αειφόρου οικονομικής ανάπτυξης και της παγκόσμιας κάλυψης το 2011 και τη Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών για την παγκόσμια υγεία και την εξωτερική πολιτική το 2012. Όσον αφορά την Ευρώπη όπου οι θεσμοί της ισότητας και της αλληλεγγύης διατηρούνται καλά, σχεδόν όλες οι χώρες της έχουν καταφέρει να επιτύχουν ή έχουν κάνει σημαντική πρόοδο για την καθολική κάλυψη της υγείας. Στα συστήματα υγείας της δυτικής Ευρώπης, η ΠΦΥ υποστηρίζει την καθολική κάλυψη της υγείας και τα οποία διέπονται από φόρους ή κοινωνική ασφάλιση. Στις χώρες της ανατολικής Ευρώπης και κεντρικής Ασίας όπου επηρεάστηκαν από τη διάλυση της Σοβιετικής Ένωσης βλέπουμε σημαντική προσπάθεια προκειμένου να επιτύχουν την καθολική κάλυψη της υγείας ενδυναμώνοντας τα συστήματα υγείας τους και προωθώντας την ΠΦΥ.

2. ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Πολλά είναι εκείνα που άλλαξαν στην Ευρώπη από τη Διακήρυξη της Άλμα –άτα σε σχέση με το επιδημιολογικό, δημογραφικό, πολιτικό, οικονομικό, κοινωνικο-πολιτισμικό και τεχνολογικό περιεχόμενο. Αυτές οι αλλαγές επιφέρουν 5 συστημικές προκλήσεις στην Ευρώπη στις οποίες πρέπει να ανταποκριθεί με διατομεακές πολιτικές και δράσεις.

- Μια δημογραφική μετάβαση στους ολοένα και αυξανόμενους μεγαλύτερους πληθυσμούς .
Ανθρωποι ηλικίας 85 και άνω είναι το περισσότερο αυξανόμενο τμήμα του πληθυσμού στις

χώρες της Ευρώπης δημιουργώντας έτσι μία ανεπάρκεια όσον αφορά το ανθρώπινο δυναμικό στις υπηρεσίες υγείας έχοντας ως συνέπεια τη μετανάστευση σε πολλές χώρες της Ευρώπης. (Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW, Ageing populations: the challenges ahead. Lancet 2009)

- Μία επιδημιολογική μετάβαση από μολύνσεις, περιγεννητικές και μητρικές προκλήσεις σε μη μεταδοτικές ασθένειες όπως είναι ο καρκίνος, ο διαβήτης, οι καρδιαγγειακές παθήσεις και οι ψυχικές παθήσεις καθώς επίσης και τραυματισμούς και ανικανότητες. Σε πολλά άτομα αυτές οι συνθήκες συμβαίνουν την ίδια χρονική στιγμή οδηγώντας έτσι πολυνοσηρότητα όπου απαιτεί αντίληψη, μακροπρόθεσμη και ανθρωποκεντρική φροντίδα, κάτι που είναι διαφορετικό από τη φροντίδα που παρέχεται στα περισσότερα συστήματα υγείας όπου είναι σχεδιασμένα να εξυπηρετούν ατομικές ασθένειες. (Atun R, Transitioning health systems for multimorbidity. Lancet 2015)
- Αλλαγή ως προς τις κοινωνικο-πολιτισμικές προσδοκίες. Οι πολίτες πλέον προσδοκούν μία φροντίδα με ενσυναίσθηση και ανθρωποκεντρική αντίληψη.
- Η παγκόσμια οικονομική κρίση. Από το 2008 υπάρχει ύφεση στις οικονομίες των χωρών της Ευρώπης, περιορίζοντας έτσι την ικανότητα τους για ανάπτυξη των συστημάτων υγείας και κάνοντας τις κυβερνήσεις να επιβάλουν μέτρα λιτότητας.

Παρά τις προκλήσεις αυτές, οι αλλαγές γεννούν και ευκαιρίες. Η προέλαση της επιστήμης συμπεριλαμβάνοντας το σημείο σύγκλισης των βιολογικών δεδομένων και φυσικών επιστημών έχει επιφέρει μια αναγέννηση στις τεχνολογίες υγείας. Αυτή περιλαμβάνει ψηφιακές τεχνολογίες και πληροφορίες όπου έχουν τη δυνατότητα να κάνουν τα συστήματα υγείας να παρέχουν πιο αποτελεσματικές και προσωπικές παρεμβάσεις στη δημόσια υγεία. (Howitt P, Darzi A, Guang-Zhong Y, Ashrafian H, Atun R, Barlow J. Technologies for Global health. Lancet 2012)

3. ΕΝΔΥΝΑΜΩΝΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΠΦΥ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ : Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΤΟΠΙΚΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Το 1996, το καταστατικό της Λουμπλιάνα διατυπώνει κάποιες αρχές σχετικά με τα συστήματα υγείας ώστε να βελτιώσουν την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στα μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι αρχές αυτές έχουν καθοδηγήσει τις τοπικές κοινωνίες της Ευρώπης τις τελευταίες δεκαετίες οραματίζοντας τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας υπό τις αρχές προσανατολισμένοι στην υγεία, επικεντρωμένοι στους ανθρώπους, εστιάζοντας στην ποιότητα. Ακόμα και σήμερα συνεχίζουν να θέτουν το στόχο για τις πολιτικές, τις στρατηγικές και τις αποφάσεις στην Ευρώπη. (Health 2020, a European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe , 2013)

Το καταστατικό της Λουμπλιάνα ακολουθεί την αρχή EUR/RC55/R8 όπου θεσμοθετήθηκε στην 55^η συνάντηση της Περιφερειακής επιτροπής του ΠΟΥ για την Ευρώπη βοηθώντας τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας να υποστυλωθούν υπό το πρίσμα της ΠΦΥ, κινητοποιώντας οικονομικό και ανθρώπινο δυναμικό ενσωματώνοντας στρατηγικές για την αύξηση του επιπέδου των χωρών για τη μεταρρύθμιση των συστημάτων υγείας. Η αρχή EYR/RC57/R1 όπου θεσμοθετήθηκε το 2007 στην 57^η συνάντηση της Περιφερειακής επιτροπής του ΠΟΥ για την Ευρώπη κινητοποίησε τα κράτη-μέλη να ενσωματώσουν και να εξελίξουν στρατηγικές αναφορικά με το ανθρώπινο δυναμικό, για την ανάπτυξη των συστημάτων υγείας και να στραφούν προς το μότο «υγεία για όλους» (WHO Regional Office for Europe , 2009)

Το 2008 το καταστατικό του Ταλίν αναφερόμενο στα συστήματα υγείας για υγεία και ευημερία επανεπιβεβαίωσε τις αρχές όπου είναι ενσωματωμένες στη Διακήρυξη της Άλμα-ατα και στο καταστατικό της Λουμπλιάνα δεσμεύοντας τα κράτη-μέλη να αναπτύξουν την υγεία για όλους δυναμώνοντας τα εθνικά συστήματα υγείας και κατά συνέπεια να επωφεληθούν από τα οικονομικά οφέλη που επιφέρει η καλή υγεία στην κοινωνία. Παράλληλα το καταστατικό του Ταλίν αναγνωρίζει τη σημαντικότητα της αποτελεσματικής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

παρέχοντας υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας για όλους με στόχο να αναβαθμίσει την υγεία. Ως απάντηση στην παγκόσμια οικονομική κρίση του 2008 όπου επέφερε περιορισμούς στις χώρες της Ευρώπης και κινδύνους στα συστήματα υγείας και γενικότερα στην υγεία, η 59^η συνάντηση της Περιφερειακής επιτροπής της Ευρώπης επικύρωσε τις αρχές που είχαν διατυπωθεί στο καταστατικό του Ταλίν και παρότρυνε τις χώρες να συνεχίσουν να επενδύουν στα συστήματα υγείας διασφαλίζοντας την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και προστατεύοντας τις οικονομικά αποδοτικές υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης. Η οικονομική κρίση υπενθύμισε στις χώρες της Ευρώπης και ιδιαίτερα σε αυτές που είχαν σημαντικά επηρεαστεί, όπως η Ελλάδα, η Ιρλανδία και η Πορτογαλία να επανεξετάσουν λεπτομερώς τις προκλήσεις με τις οποίες ήρθαν αντιμέτωπες αναφορικά με τα συστήματα υγείας και να αναπτύξουν κατάλληλες πολιτικές με σκοπό να τις επιλύσουν. Αυτό αυτομάτως σήμαινε την ανανέωση της δέσμευσης για ενδυνάμωση των συστημάτων υγείας, αντιμετωπίζοντας τα προβλήματα υποδομών όπου θα προέκυπταν από τη σύνδεση της δημόσιας υγείας με τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και υποστηρίζοντας το ήδη υπάρχον ανθρώπινο δυναμικό για ακόμα μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στο μέλλον. (The Tallinn Charter, Health systems for health and wealth, WHO Regional Office for Europe, 2008)

Το 2012 στην 62^η συνάντηση της Περιφερειακής επιτροπής, οι χώρες υιοθέτησαν το Ευρωπαϊκό πρόγραμμα δράσης για την ενίσχυση των υπηρεσιών της δημόσιας υγείας, όπου περιελάμβανε προτάσεις για την προαγωγή της υγείας και μεθόδους για την πρόληψη ασθενειών μέσω της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Υγεία 2020: ένα Ευρωπαϊκό πολιτικό πλαίσιο για τον 21^ο αιώνα.

Το 2013 όλες οι χώρες της ευρωπαϊκής περιφέρειας συναίνεσαν έτσι ώστε να αναπτυχθεί μία στρατηγική για τη βελτίωση της υγείας των πληθυσμών, για τη μείωση των ανισοτήτων, για την ενίσχυση των συστημάτων υγείας και τη διασφάλιση μίας ανθρωπο-κεντρικής υγειονομικής αντίληψης. Το πλαίσιο αυτό καθίστα σημαντική την υγεία ως ένας ζωτικός παράγοντας για την

οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη των χωρών της Ευρώπης. Βασίζεται σε τέσσερις βασικούς πυλώνες:

- Επένδυση στην υγεία μέσω ενδυνάμωσης του ατόμου
- Αντιμετώπιση των προκλήσεων για τις μεταδοτικές και μη μεταδοτικές ασθένειες
- Ενδυνάμωση ενός ανθρωποκεντρικού συστήματος υγείας
- Δημιουργία ανθεκτικών κοινοτήτων και υποστηρικτικού περιβάλλοντος (WHO Regional Committee for Europe. Action plan for implementation of the European strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases 2012-2016. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe , 2011).

4. ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

4.1 Καινοτομίες για τη βελτίωση του management στην ΠΦΥ

Πολλές ευρωπαϊκές χώρες έχουν εισάγει νέες καινοτομίες με σκοπό την ενίσχυση της γενικότερης διοίκησης της ΠΦΥ με σκοπό τη βελτίωση της εικόνας τους και κατά συνέπεια τη αύξηση των εισοδημάτων των συστημάτων υγείας. Χώρες όπως Εσθονία και Σλοβενία έχουν συνάψει επαγγελματικές συμφωνίες με ανεξάρτητους οργανισμούς ή οικογενειακούς γιατρούς με στόχο την καλύτερη αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας. Το 1993 η Κροατία εφάρμοσε ένα νόμο σύμφωνα με τον οποίο κατέστησε τους οικογενειακούς γιατρούς από δημόσιους υπαλλήλους σε ανεξάρτητους συνεργάτες όπου θα μπορούν οι ίδιοι να έχουν άμεση επαφή με το Κροατικό σύστημα ασφάλισης. Το νέο αυτό μοντέλο έδωσε στους ασθενείς τη δυνατότητα να αποφασίζουν οι ίδιοι σε ποιούς πάροχους ΠΦΥ θα απευθυνθούν. Επιπρόσθετα οι

οικογενειακοί γιατροί απέκτησαν την ευχέρεια για να παρέχουν μεγαλύτερη πρόσβαση στους ασθενείς και δίνοντας τους την ευκολία να μπορούν να κλείνουν εύκολα ραντεβού χωρίς να περιμένουν ώρες μέχρι να εξυπηρετηθούν.

Στη Δανία οι αυτοαπασχολούμενοι γιατροί υπογράφουν συμβόλαιο με σκοπό να παρέχουν Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας. Το μέτρο αυτό έδωσε στη Δανία το πλεονέκτημα να εισάγει νέα μοντέλα διοίκησης στις μακροχρόνιες ασθένειες.

Η Ισλανδία συγκέντρωσε τις μικρές περιφέρειες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μέσα σε μεγαλύτερες ομάδες έτσι ώστε να επιτύχει μεγαλύτερη προσβασιμότητα και καλύτερη παροχή υπηρεσιών καθώς επίσης και να ενισχύσει την πρόσληψη προσωπικού.

Στην Ουγγαρία οι τοπικές αρχές είναι υπεύθυνες για την επίβλεψη των υπηρεσιών υγείας της ΠΦΥ και να προσλαμβάνουν ειδικά εκπαιδευμένους γιατρούς ώστε να έχουν το δικαίωμα για εξάσκηση. Έτσι κάθε ασθενής έχει ίση πρόσβαση στην παροχή φροντίδας με ο δικό του οικογενειακό γιατρό όπου του παρέχει ένα πλήρες πρόγραμμα για την πρόληψη των ασθενειών, την προαγωγή της υγείας , για διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες καθώς και για παραπομπή στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας εφόσον καθίσταται αναγκαία. (Hebrang A, Henigsberg N, Erdeljic V, Foro S, Vidjak V, Grga A Privatization in the health care system, Health Policy Plan 2003).

4.2 Καινοτομίες για την προώθηση της διατομεακής συνεργασίας

Το 2003, 47 χώρες της Ευρώπης ήταν ανάμεσα στις 168 χώρες παγκοσμίως όπου θα υπέγραφαν τη συνθήκη του ΠΟΥ για τη μείωση του τσιγάρου(Framework Convention on Tobacco Control). Η σύμβαση αυτή δεσμεύει τους υπογράφοντες να επιβάλλουν αύξηση στην τιμή του καπνού μέσω της φορολογίας, να διεξάγουν εκπαιδευτικές καμπάνιες για την ενημέρωση του πληθυσμού, να δημιουργήσουν διαφημίσεις για την απαγόρευση του τσιγάρου και να υποστηρίζουν τη διακοπή του καπνίσματος. (WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva , World Health Organization 2005).

Το 2015, η κυβέρνηση της Φινλανδίας στο δημόσιο πρόγραμμα «υγεία 2015» επέβαλε την εισαγωγή διατομεακών δράσεων προκειμένου να μειώσει τις ανισότητες στην υγεία. Με άλλα λόγια επέβαλε φορολογία σε προϊόντα όπως αλκοόλ, τσιγάρα, ζάχαρη τα οποία επηρεάζουν σημαντικά την υγεία και προκαλούν σοβαρές ασθένειες. Παράλληλα η ΠΦΥ της Φινλανδίας, συνεργαζόμενη με κυβερνητικούς και μη οργανισμούς, παρέχει υπηρεσίες με στόχο την προώθηση της υγείας και την πρόληψη ασθενειών στους πολίτες της, σχεδιάζοντας έτσι την πλήρη ενσωμάτωση της ΠΦΥ στη ζωή του πληθυσμού καθώς επίσης και άλλες δημόσιες υπηρεσίες όπου θα παρέχονται από 18 γεωγραφικά διαμερίσματα. Στην Σκωτία, η σημαντικότερη καινοτομία είναι η ενσωμάτωση των υγειονομικών υπηρεσιών και των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας μαζί με τις δημόσιες δράσεις το 2014. Από τότε ο νόμος προϋποθέτει τις τοπικές αρχές και τις υγειονομικές υπηρεσίες να συνεργάζονται με σκοπό να προσφέρουν όσο το δυνατόν καλύτερη κοινωνική φροντίδα. (Based on correspondence with European Member States leading up to the occasion of the 40th anniversary of the Declaration of Alma Ata. Copenhagen , WHO Regional Office for Europe, 2018).

Στη Σλοβενία, όπου το 50% των νέων θεωρούνται παχύσαρκοι, το υπουργείο υγείας και το υπουργείο παιδείας επέβαλαν διατομεακές δράσεις με σκοπό την προώθηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής. Πιο συγκεκριμένα βελτίωσαν την παραγωγή και τη διανομή του φαγητού και εισήγαγαν διατροφικούς οδηγούς σε σχολεία, νοσοκομεία, παραθεριστικά θέρετρα και γηροκομεία. Το 2010 η χώρα ξεκίνησε ένα αγώνα δράσης για τη μείωση της κατανάλωσης αλατιού και κατήργησε τα μηχανήματα αυτόματης πώλησης σε δημοτικά και γυμνάσια. (Noncommunicable diseases prevention and control in the South-eastern Europe Health Network. An analysis of intersectoral collaboration . Copenhagen , WHO Regional Office for Europe, 2012).

Με τον ίδιο τρόπο και το Λουξεμβούργο προκειμένου να καταπολεμήσει την παχυσαρκία διασφάλισε ίσες ευκαιρίες στην άσκηση για όλες τις ηλικίες. Εκτός αυτού, τα ιδιωτικά κέντρα

άθλησης προσφέρθηκαν στις τοπικές κοινωνίες έτσι ώστε όλοι πολίτες, έχοντας ή μη την οικονομική δυνατότητα να έχουν πρόσβαση στην άθληση και τα εστιατόρια και τα κυλικεία στα σχολεία άρχισαν την εισαγωγή υγιεινής διατροφής και σπιτικού φαγητού. Τέλος ρόλο έχουν και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης όπου προβάλλουν μία εντελώς διαφορετική πραγματικότητα με έναν υγιεινό και ισορροπημένο τρόπο ζωής. (Meeting report of the Third High-level of small countries . Health and sustainable development , the inherent advantages of small countries. Copenhagen, Regional Office for Europe , 2016).

Εκτός από τα παραπάνω τα κράτη-μέλη της Ευρώπης έχουν δημιουργήσει διατομεακές πολιτικές που αφορούν την υγεία, την εκπαίδευση, τη μεταφορά και περιβαλλοντικούς τομείς έτσι ώστε να προάγουν τη φυσική δραστηριότητα. Συγκεκριμένα το Ηνωμένο Βασίλειο έχει εφαρμόσει υποδομές συνδυασμένες με καμπάνιες για την υγεία έτσι ώστε να ενισχυθεί η ανθρώπινη μετακίνηση. Την ίδια πολιτική στάση έχουν ακολουθήσει χώρες όπως το Ισραήλ, η Αυστρία, η Ιταλία και η Ελβετία. (Dombois OT, Kahlmeier S, Martin-Diener E, Martin B, Racioppi F, Braun-Fahrlander C. Collaboration between the health and transport sectors in promoting physical activity, examples for European countries. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006)

4.3 Καινοτομίες στην οικονομία

Τα κράτη της Ευρώπης έχουν εισάγει καινοτόμες μεθόδους πληρωμής έτσι ώστε να εξελίξουν την ΠΦΥ, προσανατολίζοντας τις υπηρεσίες της για την προώθηση της υγείας και την πρόληψη ασθενειών και βελτιώνοντας την ποιότητα των υπηρεσιών της.(Charlesworth A, Davis A, Dixon J, Reforming payment for healthcare in Europe to achieve better value. London , Nuffield Trust, 2012).

Το 2013 η Γεωργία εισήγαγε ένα εθνικό πρόγραμμα όπου προστατεύει τους πολίτες της από ριψοκίνδυνες υγειονομικές επενδύσεις και δίνοντας τους πρόσβαση σε ένα ωφέλιμο οικονομικό πακέτο. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση της χρήσης από εξωτερικούς ασθενείς και την εξέλιξη της οικονομικής προστασίας. Παρόμοια το 2016 η Ουκρανία δεσμεύεται σε ένα

πρόγραμμα, μέσω του οποίου το φορολογικό σύστημα, εγγυάται ένα πακέτο ωφέλιμων αποδοχών σε όλους πολίτες καθώς και τους πρόσφυγες. Το νέο αυτό πρόγραμμα ενώνει όλες τις πληρωμές κάτω από ένα ενιαίο εθνικό αγοραστή έτσι ώστε να συνεργάζονται με τους οικογενειακούς γιατρούς. Από την άλλη η εθνική στρατηγική 2018-2022 της Γαλλίας, σχεδιασμένη από την κυβέρνηση, έχει αναγνωρίσει τα οικονομικά εμπόδια ώστε να θέσει ως προτεραιότητα το σύστημα υγείας. Η Γαλλία έχει εφαρμόσει ένα παγκόσμιο πρόγραμμα προστασίας μαζί με ένα παγκόσμιο πρόγραμμα προστασίας μαζί με την παγκόσμια υγειονομική κάλυψη . Αυτό έχει δώσει το δικαίωμα σε 5.5 εκατομμύρια ανθρώπους με χαμηλό εισόδημα να έχουν το προνόμιο της ελεύθερης υγειονομικής περίθαλψης. Στη συνέχεια, το εθνικό πρόγραμμα μεταρρύθμισης του Κιργιστάν έχει ενδυναμώσει την ποιότητα της ΠΦΥ ενσωματώνοντας συστήματα ελέγχου και βελτίωσης τα οποία πιο συγκεκριμένα αφορούν καρδιαγγειακές παθήσεις, την μητρότητα, το AIDS και τη φυματίωση. Τέλος, η Κροατία έχει εισάγει μία καινούρια μέθοδο πληρωμής στην ΠΦΥ ειδικότερα για τον οικογενειακό γιατρό, την παιδιατρική, τη γυναικολογία και την οδοντιατρική, ως ένας τρόπος για καλύτερη ποιότητα και αποτελεσματικότητα στις υπηρεσίες υγείας. Η μέθοδος αυτή συνδυάζει πληρωμές για σταθερές και ποικίλες δαπάνες στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας καθώς και πληρωμές που συνδέονται με την αξιολόγηση για την επίτευξη των στόχων και για συνεχή βελτίωση ποιότητας. (Based on correspondence with European Member States leading up to the occasion of the 40th anniversary of the Declaration of Alma-ata. Copenhagen , WHO, Regional Office for Europe, 2018).

Το μεγαλύτερο πρόγραμμα αξιολόγησης για την υγεία παγκοσμίως συνδυάζει ταυτόχρονα 3 καινοτομίες όπου οδηγούν στη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας: καλύτερη συλλογή δεδομένων, δημόσια εκχώρηση πληροφοριών και πληρωμή για απόδοση. Παρόλα αυτά η εισαγωγή αυτή συμπίπτει μαζί με το εθνικό πρόγραμμα για βελτίωση ποιότητας στα συστήματα υγείας όπου περιλαμβάνουν τη χρήση κλινικού οικονομικού ελέγχου για σύγκριση της αποδοτικότητας των γενικών γιατρών καθώς και ετήσια αξιολόγηση των γιατρών που δουλεύουν στο ΕΣΥ . Ως συνέπεια είναι εξαιρετικά δύσκολο να απομονωθεί η αρχική αιτία επίδρασης του προγράμματος.

Τέλος, οι χώρες της Ευρώπης χρησιμοποιούν καινοτομίες στην οικονομία προκειμένου να μειωθούν οι ανισότητες και η αδικία όσον αφορά στην άμεση πρόσβαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας . Το Βέλγιο, η Γαλλία, η Γερμανία και η Τουρκία παρέχουν μεγαλύτερες απολαβές στους γιατρούς που εργάζονται σε επαρχιακές και μη προνομιούχες περιοχές, Στην Κροατία και στο Μαυροβούνιο οι οικογενειακοί γιατροί που στην επαρχία έχουν μεγαλύτερη απαλλαγή φόρου από αυτούς που δουλεύουν σε μεγάλες πόλεις. Το ίδιο συμβαίνει και σε Αλβανία , Μολδαβία , Ρουμανία και Σερβία όπου πέρα από οικονομικά προνόμια τους παρέχονται και στέγαση. (Roland M, Guthrie B, Quality and Outcomes Framework : what have we learnt? BMJ, 2016, Busse R, Blumel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling chronic disease in Europe, Copenhagen , WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies,2010).

3° ΚΕΦΑΛΑΙΟ

1. ΤΟ ΒΡΕΤΑΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η συγκρότηση του συστήματος υγείας της Βρετανίας έγινε το δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα, και είναι ένα από πιο παλιά συστήματα υγείας με κεντρικό του άξονα την απουσία ασφαλιστικών ταμείων και χρηματοδοτήσεων από το κράτος. Με βάση κάποια στοιχεία προκύπτει ότι το 2001 οι δαπάνες για την υγεία έφτασαν στο 7,6 % του ΑΕΠ, ένα ποσοστό, το οποίο είναι πολύ χαμηλό συγκριτικά με αυτό των χωρών του ΟΟΣΑ. Παράλληλα αποτελεί σύστημα-πρότυπο καθώς και πρωτοποριακή μέθοδο για την αναδιοργάνωση και τη διαμόρφωση των συστημάτων υγείας των υπόλοιπων χωρών.

Πιο συγκεκριμένα, το Βρετανικό σύστημα υγείας αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα του μοντέλου Beveridge, δηλαδή ένα Δημόσιο-Εθνικό σύστημα υγείας. Το NHS ιδρύθηκε το 1948 και η ίδρυσή του αποτελούσε σημαντικό σταθμό γενικότερα για την οργάνωση του τομέα της υγείας. Ειδικότερα, αποτέλεσε το πρώτο ολοκληρωμένο εθνικό σύστημα υγείας, του οποίου οι παροχές αφορούσαν όλους τους πολίτες και μάλιστα οι ιατρικές καλύψεις ήταν δωρεάν χωρίς να υπάρχει χρηματοδότηση από την κοινωνική ασφάλιση, αλλά τα χρήματα να διατίθενται απευθείας από τον κρατικό προϋπολογισμό (Θεοδώρου και συν., 2001).

Το NHS παραμένει και σήμερα ένα πρότυπο για αρκετά υγειονομικά συστήματα και αποτελεί συνάμα πηγή έμπνευσης για τροποποιήσεις και αλλαγές σε διάφορες χώρες, αν και τις τελευταίες δεκαετίες έχει χάσει την υπόστασή του (Πολύζος, 2013). Συγκεκριμένα, το NHS κινείται γύρω από τις αρχές της κοινωνικής αλληλεγγύης, της καθολικής και δωρεάν κάλυψης όλου του πληθυσμού και σαφώς της έντονης κρατικής δράσης και παρέμβασης. Βασικό του γνώρισμα είναι η παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, χωρίς να στηρίζεται στο

κοινωνικό προφίλ του πληθυσμού, όσον αφορά το επάγγελμά τους και το ύψος του εισοδήματός τους (Πολύζος, 2013). Παράλληλα έχει γίνει αντικείμενο συζήτησης και το ενδεχόμενο συνεργασίας του με ιδιωτικούς μη κερδοσκοπικούς φορείς με σκοπό τη βελτίωση των υπηρεσιών του (Almeida, 2017).

Επιπλέον, η χρηματοδότηση του συστήματος προέρχεται αρχικά από τη φορολογία στην οποία υπόκεινται όλοι οι πολίτες και η οποία υπολογίζεται περίπου στο 80% και μετέπειτα από την ιδιωτική ασφάλιση που φτάνει το 15% και τις άμεσες πληρωμές, οι οποίες αγγίζουν το 5%. Οι συνολικές δαπάνες υγείας για την Μεγάλη Βρετανία για το 2016 ανήλθαν στο 9,75% ως ποσοστό επί του ΑΕΠ (NHS Confederation, 2017). Ασφαλής άποψη όμως για το αν το NHS δεν έχει επαρκή χρηματοδότηση δε μπορεί να υπάρξει λόγω των αμφιλεγόμενων κριτηρίων που τίθενται. (Dixonetal, 1997).

Επιπρόσθετα, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από οικογενειακούς γιατρούς του ιδιωτικού τομέα, όπου υπογράφεται ένα συμβόλαιο μεταξύ της κυβέρνησης και των αντιπροσώπων τους. Ο ρόλος των οικογενειακών γιατρών εστιάζεται στο να παρέχουν 24ωρη πρόσβαση σχετικά με σε τις προληπτικές, διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι γενικοί γιατροί ανήκουν εξίσου στον ιδιωτικό τομέα, οι οποίοι μάλιστα έχουν και τα δικά τους ιατρεία και εργάζονται είτε ατομικά είτε συλλογικά. Οι ασθενείς έχουν την δικαιοδοσία να προβούν στην επιλογή γενικού γιατρού, με μόνη παράμετρο τα γεωγραφικά όρια, τα οποία δεσμεύουν στην επιλογή. Βέβαια, δεν συνηθίζεται να προβαίνει κάποιος στην αλλαγή γιατρού για λόγους αλλαγής τοποθεσίας, μιας και χαρακτηριστικό γνώρισμα των πολιτών είναι η μακροχρόνια σχέση και συνεργασία με τους γενικούς γιατρούς. Ακόμα, υπάρχει μια κεντρική επιτροπή, η οποία αποφασίζει τον αριθμό των ιατρείων που πρέπει να υπάρχουν σε κάθε περιοχή και μάλιστα δίνει αδειοδότηση λειτουργίας νέων ιατρείων ειδικά σε περιοχές που επικρατεί μεγάλη έλλειψη αυτών. Οι γενικοί γιατροί αποτελούν τη δίοδο της προσέγγισης των ασθενών με το σύστημα υγείας, ενώ συμβάλλουν στη διεξαγωγή ελέγχου, όσον αφορά την πρόσβαση των ασθενών σε άλλες

εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας και γιατρούς που παρέχονται κατά κανόνα από τα νοσοκομεία (Boyle, 2011). Επίσης, είναι στην αρμοδιότητά τους ο έλεγχος και η διαχείριση των οικονομικών πόρων για την αγορά νοσοκομειακών ή άλλων υπηρεσιών, σύμφωνα με τα αιτήματα των ασθενών που έχουν υπό την εποπτεία τους, όπως και η κάλυψη των φαρμακευτικών δαπανών των ασθενών (Μωραΐτης, και συν., 1995). Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι και μεγάλο όφελος για το βρετανικό σύστημα υγείας και η πρωτοβάθμια φροντίδα και περίθαλψη παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας, όπως οι νοσηλεύτριες, οι οδοντίατροι, οι φυσιοθεραπευτές, και άλλους (Γεωργακοπούλου, 2014).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι γενικοί γιατροί λόγω του ότι είναι ιδιώτες, αμείβονται από κάθε ασθενή που περιλαμβάνεται στα μητρώα τους με ένα ποσό, το οποίο είναι καθορισμένο γι' αυτούς και μάλιστα μέσω αυτού πρέπει να καλύπτεται το κόστος των υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Επιπρόσθετα, υπάρχουν και οι αποζημιώσεις που τους παρέχονται για εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας κι εξετάσεις από τους ασθενείς, ενώ παίρνουν ειδικές αμοιβές για την συμμετοχή τους σε προγράμματα εθνικού ενδιαφέροντος, όπως είναι οι εξετάσεις ανίχνευσης καρκίνου ή η ανοσοποίηση ορισμένων πληθυσμιακών ομάδων (Τριανταφύλλου, 2004).

Επίσης, πάνω από 99% του βρετανικού πληθυσμού είναι εγγεγραμμένο στις λίστες των GPs, που λειτουργούν 24 ώρες, των οποίων ο ρόλος είναι καθοριστικός για την είσοδο των ασθενών σε όλα τα συστήματα περίθαλψης. Επίσης, αυτά στελεχώνονται από νοσηλεύτριες και επισκέπτριες υγείας, οι οποίες διενεργούν επισκέψεις σε σπίτια μητέρων, παιδιών και ηλικιωμένων, προκειμένου να τους παρασχεθεί η κατάλληλη φροντίδα και συμβουλευτική υποστήριξη, όταν υπάρχει κάποιο σοβαρό θέμα υγείας. Το μέγεθος του νοσηλευτικού προσωπικού πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι 37.958 άτομα.

Βέβαια, την τελευταία δεκαετία λόγω των κοινωνικο-πολιτικών αλλαγών και την άνοδο των Συντηρητικών στην εξουσία το NHS έχει υποστεί αναδιάρθρωση με αποτέλεσμα

σημαντικές αλλαγές και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Μια τεράστια αλλαγή ήταν αυτή της εισόδου της εσωτερικής αγοράς στο σύστημα υγείας, μέσω του διαχωρισμού από οικονομικής άποψης των υγειονομικών υπηρεσιών από την ευθύνη παραγωγής τους με απώτερο στόχο τη συγκράτηση του κόστους του υγειονομικού τομέα και την ενδυνάμωση της αποτελεσματικότητάς του.

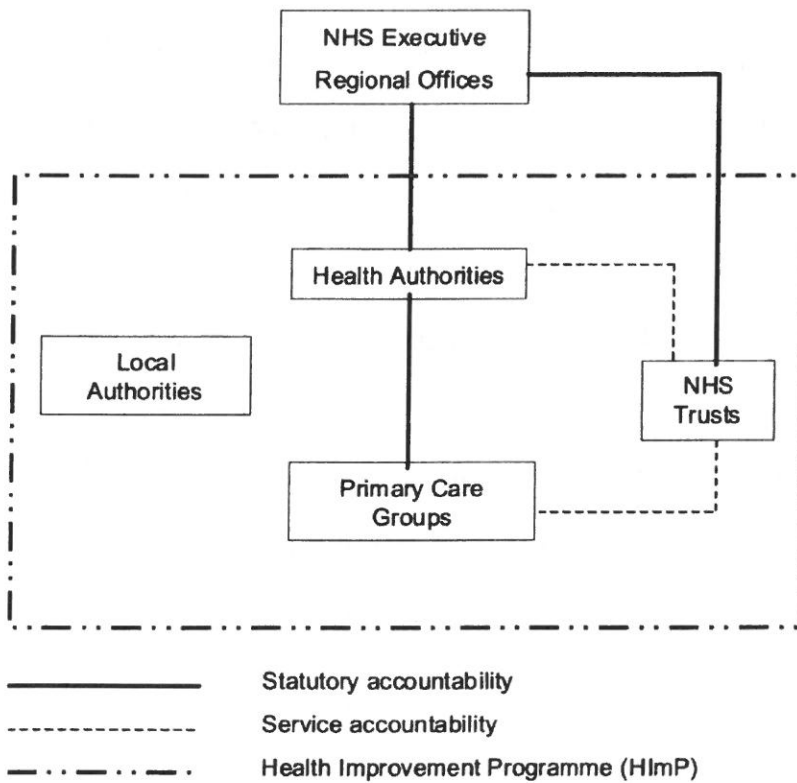
Το 1990 υπογράφηκε ένα συμβόλαιο για τους GPs, το οποίο έχει ισχύ έως τις μέρες μας και σηματοδοτούσε τροποποιήσεις ως προς τον τρόπο άσκησης του ιατρικού έργου, όπως είναι η εποπτεία και η διατήρηση σε συγκεκριμένα προϋπολογιστικά όρια της συνταγογράφησης των φαρμάκων σε συσχετισμό με την παροχή οικονομικών κινήτρων για να μπορέσουν να επιτευχθούν κάποιοι στόχοι, όπως είναι οι εμβολιασμοί και η προσυμπτωματική ανίχνευση ασθενειών. Παράλληλα, διενεργείται εμπλοκή των GPs σε προγράμματα προαγωγής υγείας και αντιμετώπισης χρόνιων νοσημάτων, που περιλαμβάνουν αρχεία επιδημιολογικών δεδομένων των ασθενών, όπως και ιατρικών τσεκ – απ σε ασθενείς άνω των 75 ετών.

Μετέπειτα, η κοινωνική φροντίδα στη Βρετανία παρέχεται μέσω ιδρυμάτων, τα οποία ανήκουν στις τοπικές αρχές και των οποίων οι υπηρεσίες είναι μακροχρόνιες. Αυτά τα ιδρύματα είναι οίκοι ευγηρίας και χώροι που φιλοξενούν άτομα με ειδικές ανάγκες. Από την άλλη, τα άτομα που αντιμετωπίζουν ψυχολογικά και ψυχικά προβλήματα κατάφεραν να αποδεσμευτούν από τους ασυλιακούς χώρους. Έτσι, οι κοινωνικοί λειτουργοί καταφεύγουν σε αξιολογήσεις, οι οποίες τους επιτρέπουν να παρέχουν και να εξασφαλίζουν τα κατάλληλα πακέτα υπηρεσιών. Από την άλλη, οι δημόσιες υπηρεσίες χαρακτηρίζονται ως κακής ποιότητας, αφού κάποιος πρέπει να διαθέτει υψηλά εισοδηματικά κριτήρια για να μπορέσει να επιλεγεί και αυτό σηματοδοτεί αύξηση των δαπανών για τους ηλικιωμένους.

Τον Απρίλιο του 1999 εφαρμόστηκε το σχέδιο, σύμφωνα με το οποίο θα διενεργούνταν αποσόβηση των κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, οι οποίοι ωθούν την ύπαρξη έντονων ανισοτήτων μεταξύ του πληθυσμού, όσον αφορά τον τομέα της υγείας. Οι περιοχές

που χαρακτηρίζονται από κοινωνική και οικονομική υποβάθμιση διαιρέθηκαν σε Ζώνες Δράσης για την υγεία, όπου το 2000 τέθηκαν σε εφαρμογή προγράμματα, τα οποία αποσκοπούσαν στη βελτίωση της υγείας υπό την επίβλεψη των τοπικών και περιφερειακών αρχών. Κατά κύριο λόγο δόθηκε προτεραιότητα στο να μπορέσει να ανασυνταχθεί ο τομέας της κοινωνικής φροντίδας, όπου ανήκαν τα παιδιά και οι έφηβοι, η οικογένεια, η τρίτη ηλικία και τα άτομα με ψυχικές ασθένειες. Έτσι, εφαρμόστηκε ένα νέο πρόγραμμα, το οποίο παρείχε βοήθεια σε αυτές τις κατηγορίες ατόμων στο σπίτι (DepartmentofHealth, 2003).

Το βρετανικό σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας χαρακτηρίζεται από παρά πολλά θετικά στοιχεία, τα οποία είναι η πληρότητα του προσωπικού και ο τρόπος με τον οποίο κατανέμεται αυτό, η συμβολή του οικογενειακού γιατρού, η οποία είναι πολύ σημαντική, ο έλεγχος που πραγματοποιείται σχετικά με τη συνταγογράφηση και η παροχή οικονομικών κινήτρων για την τόνωση της αποδοτικότητας. Παρ' όλα αυτά όμως δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ολοκληρωμένο, εφόσον είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι μετά από 25 χρόνια κατάφερε να ταυτιστεί με τους στόχους και τις προτεραιότητες της Διακήρυξης της Alma-Ata.



Source: Derived from Department of Health

4° ΚΕΦΑΛΑΙΟ

1. Ο ΝΟΜΟΣ 4486/2017 ΚΑΙ ΟΙ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Με το Νόμο 4486/2017 (ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017) για τη «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις», επιχειρείται η ανασυγκρότηση της δημόσιας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, σε ένα ανθρωποκεντρικό μοντέλο παροχής υπηρεσιών υγείας με πυρήνα τον λήπτη υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με την αιτιολογική έκθεση του νόμου, βασικοί τομείς της μεταρρύθμισης είναι η στρατηγική αναμόρφωση του συστήματος υπηρεσιών της ΠΦΥ, η διασφάλιση του δικαιώματος του πληθυσμού σε δωρεάν, καθολική, ισότιμη και χωρίς διακρίσεις πρόσβαση στις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, η διαφανής και δημοκρατική διοικητική οργάνωση και ηλεκτρονική διακυβέρνηση της ΠΦΥ, η οικονομική προστασία του πληθυσμού αναφορικά με τις δαπάνες υγείας, ο κοινωνικός έλεγχος και η λογοδοσία των μονάδων παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ και η διασφάλιση της προάσπισης των δικαιωμάτων των ληπτών υπηρεσιών υγείας. Με το νόμο κατοχυρώνεται ο δημόσιος χαρακτήρας της Υγείας και προδιαγράφεται ο επικουρικός και συμπληρωματικός ρόλος του ιδιωτικού τομέα, όπου οι δημόσιες δομές δεν επαρκούν (Αιτιολογική Έκθεση Ν.4486/2017, 2017).

Σύμφωνα με το άρθρο 1 του νόμου, ως ΠΦΥ νοείται το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών εντός του ΕΣΥ, οι οποίες έχουν σκοπό την παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ανθρώπου. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής. Μία από τις μεγαλύτερες καινοτομίες του νόμου συνίσταται στη νέα δομή του συστήματος παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, το οποίο αναπτύσσεται πλέον σε δύο επίπεδα: α) Στο πρώτο επίπεδο, που αποτελεί το σημείο εισόδου των ατόμων στο ΕΣΥ, παρέχονται υπηρεσίες ΠΦΥ από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.), τα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΙ), τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΠΙ), τα Ειδικά

Περιφερειακά Ιατρεία (ΕΠΙ) και τα Τοπικά Ιατρεία (ΤΙ). Το επίπεδο αυτό περιλαμβάνει τους επαγγελματίες υγείας των μονάδων παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, καθώς και τους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ επαγγελματίες υγείας. Ειδικότερα ως προς τις Το.Μ.Υ., αυτές είναι νέες αποκεντρωμένες δομές, περιφερειακές των Κέντρων Υγείας, οι οποίες λειτουργούν στη βάση εγγεγραμμένου πληθυσμού αναφοράς και στελεχώνονται από διεπιστημονική ομάδα υγείας που περιλαμβάνει οικογενειακό γιατρό, νοσηλεύτη, επισκέπτη υγείας, κοινωνικό λειτουργό και διοικητικό προσωπικό. Μέσω της ομάδας υγείας, προωθείται η διεπιστημονική διαχείριση της υγείας του πληθυσμού, που απαιτεί γνώσεις και δεξιότητες ευρύτερου φάσματος, όπως δημόσιας υγείας, βιοψυχοκοινωνικού πλαισίου και οικογενειακού προγραμματισμού και δεν βασίζεται αποκλειστικά στην ιατρική επιστήμη αλλά στην επιστημονική συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας της ομάδας. Οι Το.Μ.Υ. συνιστούν μονάδες οικογενειακής ιατρικής με έμφαση στην προληπτική ιατρική, στη δημόσια υγεία, στους εμβολιασμούς, στη διαχείριση των χρόνιων ασθενών, στην κατ' οίκον φροντίδα και νοσηλεία, στη συνεχή και ολιστική φροντίδα του πολίτη. Αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το ΕΣΥ αλλά ταυτόχρονα αναπτύσσουν εξωστρεφείς και κοινοτικού χαρακτήρα παρεμβάσεις, όπως εμβολιασμοί σε ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, δράσεις ενημέρωσης για τον γενικό πληθυσμό, τακτικές επισκέψεις σε σχολεία, ΚΑΠΗ και χώρους εργασίας. Κάθε Το.Μ.Υ. θα έχει στην ευθύνη της πληθυσμό 10.000 - 12.000 κατοίκων, ενώ σε ειδικές περιπτώσεις, όπως είναι τα νησιά και οι ορεινοί πληθυσμοί, ο πληθυσμός ευθύνης τους μπορεί να είναι μεγαλύτερος ή μικρότερος από 10.000 - 12.000 κατοίκους. Το προσωπικό που θα στελεχώσει τις ομάδες υγείας των Το.Μ.Υ. θα υπογράψει σύμβαση ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου για δύο έτη με δυνατότητα ανανέωσης για ακόμη δύο έτη. Σε πρώτη φάση, σχεδιάζεται η ανάπτυξη 239 Το.Μ.Υ. σε 65 αστικές περιοχές ενώ η χρηματοδότηση του προγράμματος έχει εξασφαλιστεί τουλάχιστον μέχρι το 2020, μέσω πόρων του ΕΣΠΑ.

β) Στο δεύτερο επίπεδο παρέχονται υπηρεσίες περιπατητικής φροντίδας από τα Κέντρα Υγείας και τις Μονάδες Υγείας του ΠΕΔΥ. Οι τελευταίες μετονομάζονται σε Κέντρα Υγείας, αφού όπως προβλέπεται στο Ν.4486/2017, η ονομασία ΠΕΔΥ καταργείται. Στο πλαίσιο του νέου συστήματος

επαναπροσδιορίζεται το περιεχόμενο του Τομέα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Το.Π.Φ.Υ.), ο οποίος είχε εισαχθεί με το Ν.4238/2014. Κατά το άρθρο 4 του νόμου, ο Το.Π.Φ.Υ πλέον θα περιλαμβάνει όλες τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, τους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ παρόχους υπηρεσιών ΠΦΥ και τα συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ φαρμακεία.

Επιπλέον, προβλέπεται ότι σε κάθε δήμο θα αντιστοιχεί τουλάχιστον ένα Κέντρο Υγείας και σε κάθε δημοτική ενότητα τουλάχιστον μία Το.Μ.Υ. ή άλλη δημόσια μονάδα ΠΦΥ. Επίσης, ο Ν.4486/2017 επανεισάγει τον θεσμό του οικογενειακού γιατρού, αφού, όπως προαναφέρθηκε, στις ομάδες υγείας των Το.Μ.Υ. περιλαμβάνεται οικογενειακός γιατρός. Σύμφωνα με το άρθρο 6, ο οικογενειακός γιατρός παρέχει ολοκληρωμένη και συνεχή φροντίδα στο άτομο, στο πλαίσιο της οικογένειας και της κοινότητας, με σκοπό την πρόληψη των ασθενειών και την προαγωγή της υγείας. Ο οικογενειακός γιατρός μπορεί να είναι είτε γιατρός κλάδου ιατρών ΕΣΥ που υπηρετεί στις δημόσιες μονάδες ΠΦΥ, είτε γιατρός που παρέχει υπηρεσίες στο πλαίσιο λειτουργίας των Τοπικών Ομάδων Υγείας του άρθρου 106 του Ν.4461/2017 («Μεταρρύθμιση της Διοικητικής Οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας»), είτε ιδιώτης γιατρός συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΥΥ και με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης. Γίνεται, επίσης, σαφής προσδιορισμός των ιατρικών ειδικοτήτων που συνδέονται με την ιδιότητα του οικογενειακού γιατρού, οι οποίες είναι γενικής ιατρικής ή παθολογίας για τον ενήλικο πληθυσμό και παιδιατρικής για τον παιδικό πληθυσμό, ενώ αναφέρεται και ο ενδεδειγμένος εγγεγραμμένος πληθυσμός ευθύνης των οικογενειακών γιατρών (1 ιατρός ανά 2.250 ενήλικες και 1 παιδίατρος ανά 1.500 παιδιά). Ένα άλλο σημαντικό κομμάτι του νομοσχεδίου, στο πλαίσιο της συμπληρωματικότητας του ιδιωτικού τομέα, αφορά το νέο πλαίσιο συμβάσεων του ΕΟΠΥΥ με τους ιδιώτες γιατρούς, όπως αυτό προδιαγράφεται στο άρθρο 11 του νόμου. Οι συμβάσεις αυτές θα χρησιμοποιούνται συμπληρωματικά σε περιοχές, όπου είτε δεν αναπτύσσονται Το.Μ.Υ., είτε ο αριθμός των Το.Μ.Υ. δεν επαρκεί για την καθολική κάλυψη του πληθυσμού. Συνεπώς, οι γενικοί γιατροί, παθολόγοι και παιδίατροι που θα λειτουργούν ως οικογενειακοί γιατροί, θα εγγράφουν πληθυσμό ευθύνης και θα αμείβονται βάσει του αριθμού των

εγγεγραμμένων. Για τις υπόλοιπες ειδικότητες προβλέπεται η δέσμευση χρόνου στα ιατρεία τους, ώστε σε ένα συγκεκριμένο καθημερινό ωράριο να δέχονται ασθενείς δωρεάν.

Εκτός από την έννοια της εγγραφής του πληθυσμού σε οικογενειακό γιατρό, ο Ν.4486/2017 καθιερώνει στο άρθρο 19 διαδικασία παραπομπής, ως απαραίτητη προϋπόθεση της πρόσβασης στα Κέντρα Υγείας και τις δημόσιες μονάδες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας, με εξαίρεση τα έκτακτα και τα επείγοντα περιστατικά. Έτσι, ο οικογενειακός γιατρός καθίσταται υπεύθυνος για την παραπομπή του ασθενή στα άλλα επίπεδα του συστήματος υγείας. Σύμφωνα με την αιτιολογική έκθεση του νόμου, η καθιέρωση της διαδικασίας παραπομπών αποσκοπεί στην αποσυμφόρηση των νοσοκομείων, αφού ένας μεγάλος όγκος περιστατικών που φθάνει σήμερα στα Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων, αναμένεται να αντιμετωπίζεται πολύ νωρίτερα, από τις δομές της ΠΦΥ. Τα προεκτεθέντα σημεία του νόμου, όπως Το.Μ.Υ., ομάδα υγείας, οικογενειακός γιατρός, σύστημα παραπομπών, κρίνονται ως τα πλέον σημαντικά, καθώς αποτελούν τον πυρήνα της επιχειρούμενης μεταρρυθμιστικής προσπάθειας της ΠΦΥ.

Όμως, στο Ν.4486/2017 προβλέπεται πληθώρα καινοτομιών, εκτός από τις προαναφερόμενες: α) Αρχικά, καθιερώνεται ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (ΑΗΦΥ), στον οποίο καταχωρούνται, με ευθύνη των γιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας, όλες οι πληροφορίες που προκύπτουν από εξέταση ή επίσκεψη και είναι αναγκαίες για την παρακολούθηση, τη θεραπεία, τη νοσηλεία και την αποκατάσταση του ατόμου (Άρθρο 21). β) Συγκροτείται και λειτουργεί, σε κάθε οδοντιατρείο Κέντρου Υγείας, Οδοντιατρική Ομάδα που θα ελέγχει τη στοματική υγεία του πληθυσμού ευθύνης. Έτσι, κατοχυρώνεται η δημόσια οδοντιατρική φροντίδα στην ΠΦΥ (Άρθρο 10). γ) Αναβαθμίζεται η μαιευτική φροντίδα στο ΕΣΥ και αναδεικνύεται ο συμβουλευτικός και υποστηρικτικός ρόλος των μαιών στην πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου, στην κύηση και στον τοκετό. Παρέχεται πλέον στις μαιές η δυνατότητα συνταγογράφησης τεστ Παπανικολάου και διαγνωστικών εξετάσεων κύησης (Άρθρο 12). δ) Αξιοποιούνται οι επισκέπτες υγείας με σκοπό την προαγωγή της υγείας του ατόμου, της

οικογένειας, της κοινότητας και του σχολικού πληθυσμού και την πραγματοποίηση δράσεων και παρεμβάσεων στην κοινότητα για θέματα ΠΦΥ (Άρθρο 13). ε) Συγκροτούνται δίκτυα από επαγγελματίες υγείας, όπως μαιές και επισκέπτες υγείας που υπηρετούν σε δημόσιες δομές ΠΦΥ. Τα εν λόγω δίκτυα παρέχουν τη δυνατότητα εξωστρεφούς δράσης αυτού του ανθρώπινου δυναμικού στηνκοινότητα και με εμβέλεια ευρύτερη της δομής στην οποία υπηρετούν (Άρθρα 12 και 13). στ) Εισάγεται η έννοια της δημόσιας λογοδοσίας και του κοινωνικού ελέγχου των μονάδων ΠΦΥ. Ο κοινωνικός έλεγχος επιτυγχάνεται μέσω του εντοπισμού προβλημάτων μη εύρυθμης λειτουργίας ή περιπτώσεων κακοδιοίκησης, λαμβάνοντας υπόψη αφενός τη γνώμη των πολιτών για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, αφετέρου τη διατύπωση προτάσεων για την καλύτερη λειτουργία τους. Ο κοινωνικός έλεγχος διενεργείται με έρευνες, ηλεκτρονικές και μη, με τις οποίες οι πολίτες αξιολογούν τις υπηρεσίες τις οποίες έλαβαν, αλλά και μέσω της καθιερούμενης διαδικασίας Ακρόασης Κοινωνικών Φορέων και Πολιτών (Άρθρο 20). ζ) Προβλέπεται η ίδρυση και λειτουργία Κέντρων Ειδικής Φροντίδας (ΚΕΦ), ως αποκεντρωμένων μονάδων των Δ.Υ.Πε., τα οποία παρέχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες φροντίδας, ειδικής αγωγής και αποκατάστασης σε πληθυσμό ευθύνης ενός ή περισσότερων Το.Π.Φ.Υ.. Ως ενδεικτικές μορφές των ΚΦΕ, αναφέρονται τα οδοντιατρικά, οδοντοπροσθετικά και παιδοδοντιατρικά κέντρα, τα κέντρα φυσικοθεραπείας και τα κέντρα ειδικής αγωγής (Άρθρο 9). η) Προβλέπεται η ίδρυση και λειτουργία Κεντρικών Διαγνωστικών Εργαστηρίων(ΚΔΕ), ως αποκεντρωμένων μονάδων των Δ.Υ.Πε., τα οποία παρέχουν διαγνωστικές υπηρεσίες εργαστηριακής και απεικονιστικής ιατρικής στις διασυνδεδεμένες με αυτά μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ. Η εν λόγω ρύθμιση αποσκοπεί στο να αναβαθμιστεί ο εργαστηριακός τομέας της ΠΦΥ, να δύναται να καλύψει περισσότερες ανάγκες των πολιτών και, τελικά, να γίνει περισσότερο ανταγωνιστικός προς τα επιχειρηματικά συμφέροντα στο χώρο της εργαστηριακής διάγνωσης (Άρθρο 8).

2. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ 4486/2017

Ο Ν.4486/2017 αποτελεί μια ιδιαίτερα καταγιγιστική μεταρρυθμιστική προσπάθεια του υποσυστήματος της ΠΦΥ στην Ελλάδα. Μέσω του νόμου επιχειρείται η στρατηγική αναμόρφωση του συστήματος υπηρεσιών ΠΦΥ, η οποία έχει ως απώτερο στόχο τη στήριξη και αναβάθμιση του ίδιου του ΕΣΥ και γι' αυτό το σκοπό κρίνεται σκόπιμη η διεξαγωγή ποιοτικής έρευνας και ανάλυσης, όπου κεντρικό ρόλο κατέχει ο προσδιορισμός των ερευνητικών ερωτημάτων, με τα οποία εξειδικεύεται η γενική θεματική περιοχή της έρευνας. Τα ερευνητικά ερωτήματα χρειάζεται να είναι ανοιχτά και να προσανατολίζονται σε μια γενική κατεύθυνση και όχι σε συγκεκριμένες απαντήσεις. Αποσκοπούν σε λεπτομερείς περιγραφές ή και εξηγήσεις και επιτρέπουν τη σύλληψη απρόσμενων πτυχών του υπό διερεύνηση φαινομένου (Ισαρη & Πούρκος, 2015).

Στην προκειμένη περίπτωση θα μπορούσαν να τεθούν τα εξής ερωτήματα προς διερεύνηση στο μέλλον: α) Ποια είναι τα χρόνια προβλήματα του συστήματος υγείας και της παροχής υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που αντιμετωπίζονται με επιτυχία με το νόμο 4486/2017; β) Ποια προβλήματα ενδέχεται να προκύψουν από την εφαρμογή του εν λόγω νόμου σε επιχειρησιακό επίπεδο; γ) Πως θα μπορούσε ο νόμος να γίνει ακόμα καλύτερος και πιο αποτελεσματικός, έτσι ώστε να προκύψει η αναμόρφωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη χώρα μας;

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το στοιχείο που λείπει από την ΠΦΥ στην Ελλάδα είναι η θεσμική συνέχεια. Από το 1983 και μετά, οι νόμοι που αφορούσαν στην ΠΦΥ περιελάμβαναν την παραδοχή ότι η ΠΦΥ αποτελεί τον κορμό του συστήματος υγείας, αν και στην πράξη αποτέλεσε διαχρονικά μια παραμελημένη έννοια, αναπτυσσόμενη στη σκιά του ιατροκεντρικού και νοσοκομειοκεντρικού συστήματος υγείας της Ελλάδας. Μια εξήγηση γι' αυτό το φαινόμενο είναι το γεγονός ότι κάθε κυβέρνηση που αναλαμβάνει την εξουσία αντιμετωπίζει διαφορετικά το θέμα της ΠΦΥ. Έτσι, σε κάθε αλλαγή πολιτικής ανατρέπονται τα υφιστάμενα δεδομένα και οι προσπάθειες για την αναμόρφωση της ΠΦΥ ξεκινούν εκ του μηδενός. Δυστυχώς, η έλλειψη θεσμικής μνήμης αποτελεί διαχρονικό χαρακτηριστικό της δημόσιας διοίκησης στην Ελλάδα και ο κλάδος της υγείας δε θα μπορούσε να μείνει ανεπηρέαστος. Όμως, οι συνεχείς αλλαγές πολιτικής και η διακοπή της συνέχειας στον τομέα της υγείας και συγκεκριμένα της ΠΦΥ οδηγούν σε αδιέξοδο, το οποίο πρέπει να λάβει τέλος (http://www.inhealthcare.gr/assets/uploads/manuscripts/manufel_367_Eq3S8kBH5M.pdf).

Οπότε, απαιτείται οι πολιτικές δυνάμεις να καταλήξουν σε μία εθνική στρατηγική για την ΠΦΥ, η οποία να συμφωνηθεί για μακρύ χρονικό διάστημα. Μέσω της διασφάλισης της διοικητικής συνέχειας και της θεσμικής μνήμης, η ΠΦΥ θα μπορέσει να εκπληρώσει το ρόλο της, ως κορμός του όλου συστήματος υγείας, ενώ παράλληλα θα συσσωρευτεί πολύτιμη εμπειρία, αντί για ένα σύνολο ασύνδετων μεταξύ τους μεταρρυθμιστικών προσπαθειών, διευκολύνοντας έτσι και τη σφυρηλάτηση ορθών συμπεριφορών και νοοτροπιών στους λήπτες υπηρεσιών υγείας. Υπό αυτή την οπτική, η επίτευξη του σκοπού του Ν.4486/2017 αποκτά βαρύνουσα σημασία, αφού σε περίπτωση επιτυχημένης εφαρμογής του, η μεταρρύθμιση που εισάγεται με αυτόν έχει πιθανότητες να γίνει αποδεκτή από όλες τις πολιτικές δυνάμεις, τουλάχιστον για τα επόμενα χρόνια. Έτσι, ο Ν.4486/2017 θα μπορούσε να αποτελέσει, εκτός των άλλων, το πρώτο «λιθαράκι» για την εξασφάλιση της απαραίτητης θεσμικής συνέχειας στην ΠΦΥ (http://www.inhealthcare.gr/assets/uploads/manuscripts/manufel_367_Eq3S8kBH5M.pdf).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αιτιολογική Έκθεση Ν.4486/2017, 2017. *hellenicparliament.gr*. [Ηλεκτρονικό] Available at: <http://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/c8827c35-4399-4fbb-8ea6-aebdc768f4f7/10151258.pdf>

Almeida Á. S. (2017). The role of private non-profit healthcare organizations in NHS systems: Implications for the Portuguese hospital devolution program. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 121(6), 699–707. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.03.016>

Beaglehole R, Epping-Jordan J, Patel V, Chopra M, Ebrahim S, Kidd M, Haines A. Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. *Lancet* 2008;372(9642):940-949.

Boyle, S., 2011. *Health Systems in Transition. United Kingdom (England) Health System Review. Vol 13, No 1*. s.l.:European Observatory on Health Systems and Policies.

Βραχάτης Δ, Παπαδόπουλος Α. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και προοπτικές. *Νοσηλευτική* 2012;51(1):10-17.

Brophy JM. Food for Thought: A "Low-Tech" Road to Improved Primary Cardiovascular Prevention: Adherence to Dietary Guidelines. *Canadian Journal of Cardiology* 2018

Γεωργακοπούλου, Π., 2014. *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και η αναγκαιότητα ανασυγκρότησής της. [Μεταπτυχιακή Εργασία]*. Πειραιάς: s.n.

Γιαννασμίδης Α, Τσιαούση Μ. Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου στην Ελλάδα και η εμπειρία του Βρετανικού και Σουηδικού μοντέλου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2012.

CanadianNursesAssociation. The Primary Health Approach. *Fact Sheet – The Primary Health Approach*. [Ηλεκτρονικό] June 2000. https://www.cna.-aiic-ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/fs02_primary_health_care_approach_june_2000_e.pdf

Chokshi D, Cohen L. Progress in Primary Care-From Alma-Ata to Astana. *Jama* 2018 20;320(19):1965-1966.

Δημολιάτης Γ, Κυριόπουλος Γ, Λαγγάς Δ, Φιλαλήθης Τ. Η δημόσια υγεία στην Ελλάδα. Αθήνα: Θεμέλιο; 2002.

Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata. USSR 1978.

ΕΣΠΑ. Εθνική στρατηγική υγείας ΕΣΠΑ 2014-2020 [serial online] 2016 [21 Φεβ 2019] Διαθέσιμο από: <http://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-ygeia/3948-ethnikh-strathgikh-ygeias-kai-draseis-toy-tomea-ygeias-sto-esp-2014-2020>

Dixon, J., Harrison, A., & New, B. (1997). Funding the NHS. Is the NHS underfunded?.*BMJ (Clinicalresearched.)*, 314(7073), 58–61. <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7073.58>

Εφημερίδα της κυβερνήσεως της ελληνικής δημοκρατίας. Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις. Τεύχος πρώτο, Νομός υπ' αριθμών. 3172, Αρ. Φύλλου 197, 2003.

Εφημερίδα της κυβερνήσεως της ελληνικής δημοκρατίας. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Τεύχος πρώτο, Νόμος υπ' αριθ. 3235, Αρ. Φύλλου 53, 2004.

Εφημερίδα της κυβερνήσεως της ελληνικής δημοκρατίας. Μεταρρυθμίσεις της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις. Αριθμός φύλλου 115, Νόμος υπ' αριθμών 4486/2017.

Freund, T., Everett, C., Griffiths, P., Hudon, C., Naccarella, L., &Laurant, M. (2015). Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: Who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world? *International Journal of Nursing Studies*, 52(3), 727–743. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.11.014

Hall, J. J. &Taylor, R. (2003). Health for all beyond 2000: the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries. *The Medical journal of Australia*, 178(1), 17–20. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2003.tb05033.x>

Hardee, J. T., Platt, F. W., & Kasper, I. K. (2005). Discussing health care costs with patients: an opportunity for empathic communication. *Journal of general internal medicine*, 20(7), 666–669. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0125.x>

Hever J, Cronise RJ. Plant-based nutrition for healthcare professionals: implementing diet as a primary modality in the prevention and treatment of chronic disease. *J Geriatr Cardiol* 2017;14(5):355-368.

Hixon A, Maskarinec G. The Declaration of Alma Ata on its 30th anniversary: relevance for family medicine today. *Fam Med* 2008;40(8): 585-588.

Hone T, Macinko J, Millett C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the sustainable Development Goals?. *Lancet* 2018

Howatson A, Wall CR, Turner-Benny P. The contribution of dietitians to the primary health care. *J Prim Health Care* 2015;7(4):324-332.

Hruby, A., & Hu, F. B. (2015). The Epidemiology of Obesity: A Big Picture. *PharmacoEconomics*, 33(7), 673–689. <https://doi.org/10.1007/s40273-014-0243-x>

Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, D.C.: National Academy Press; 2001.

Institute of Medicine (US)(1996). Committee on the Future of Primary Care; Donaldson MS, Yordy KD, Lohr KN, et al., editors. *Primary Care: America's Health in a New Era*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2, *Defining Primary Care*. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK232631/>

Institute of Medicine (US)(1996). Committee on the Future of Primary Care; Donaldson MS, Yordy KD, Lohr KN, et al., editors. *Primary Care: America's Health in a New Era*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2, *Defining Primary Care*. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK232631/>

Ίσαρη, Φ. & Πούρκος, Μ., (2015). Ποιοτική μεθοδολογία έρευνας: Εφαρμογές στην Ψυχολογία και στην Εκπαίδευση [Ηλεκτρονικό Βιβλίο]. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.

Kalachanis, K. (2019). Can we speak about a Philosophy of Nutrition in Corpus Hippocraticum? *Scientific Culture*, Vol. 5, No 2, pp.1-5.

Καλοκαιρινού, Α. και συν. (2015). Εφαρμογές καλών πρακτικών ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.

Larson E. (1997). Social and economic impact of infectious diseases--United States. *Clinical performance and quality health care*, 5(1), 31–37.

McIntyreE, BywoodP, HaggerC, HawkinsFetal. Primary Health Care Research and Information Service, Annual Report. Australia: PHCRIS 2013;1(1):1-21.

Millis, J.S. (1966). The Graduate Education of Physicians. Report of the Citizens' Commission on Graduate Medical Education. Chicago: American Medical Association,

Millis, J.S. (1966). The Graduate Education of Physicians. Report of the Citizens' Commission on Graduate Medical Education. Chicago: American Medical Association,

Mitchell LJ, Ball LE, Ross LJ, Barnes KA, Williams LT. Effectiveness of Dietetic Consultations in Primary Health Care: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *J Acad Nutr Diet* 2017.

Μπουρσανίδης, Χ., 1995. Το Κορπορατιστικό μοντέλο κοινωνικής διοίκησης. Μια προσπάθεια θεωρητικής θεμελίωσης και σκιαγράφησης του συστήματος υγείας και της πολιτικής υγείας στη Γερμανία. *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, Τεύχος 4, pp. 31-58.

Μωραΐτης Ε. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τα δίκτυα κοινωνικής φροντίδας. Η σύγχρονη προσέγγιση στην ανάπτυξη ολοκληρωμένων συστημάτων προστασίας της υγείας: Το διεθνές περιβάλλον και η θέση της Ελλάδας. Αθήνα: ΕΚΔΔ, 2003.

Μωραΐτης, Ε. και συν., 1995. *Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής*, Αθήνα: ΥΥΠΚΑ.

Mutter, J. B., Liaw, W., Moore, M. A., Etz, R. S., Howe, A., & Bazemore, A. (2018). Core Principles to Improve Primary Care Quality Management. *Journal of the American Board of Family Medicine* : JABFM, 31(6), 931–940. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2018.06.170172>

Nicola, M., Alsafi, Z., Sohrabi, C., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., Agha, M., & Agha, R. (2020). The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review. *International journal of surgery (London, England)*, 78, 185–193. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2020.04.018>

NHS Confederation, 2017. *NHS Confederation*. [Ηλεκτρονικό] Available at: <http://www.nhsconfed.org/resources/key-statistics-on-the-nhs>

O'Donohue W, Maragakis A. The Patient-centered Medical Home Model within an Integrated Primary and Behavioral Care: Role in Medical Homes and Chronic Disease Management. Springer; 2015.

OECD, 2017. *Health expenditure and financing*. [Ηλεκτρονικό] Available at: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>

Panesar, S. S. deSilva, D., Carson-Stevens, A., Cresswell, K. M., Salvilla, S. A., Slight, S. P., Javad, S., Netuveli, G., Larizgoitia, I., Donaldson, L. J., Bates, D. W., & Sheikh, A. (2016). How safe is primary care? *A systematic review. BMJ quality & safety*, 25(7), 544–553. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004178>

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

Πολύζος, Ν., 2013. *Μελέτη οργάνωσης - χρηματοδότησης μονάδων ΠΦΥ που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ*. Κομοτηνή- Αθήνα: Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.

Σκρουμπέλος Α, Κυριόπουλος Γ. Εθνικά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου για ενήλικους στην Ελλάδα. Αθήνα: ΕΣΔΥ Τομέας οικονομικών της υγείας, 2010.

Sharma, R., Tinkler, S., Mitra, A., Pal, S., Susu-Mago, R., &Stano, M. (2018). State Medicaid fees and access to primary care physicians. *Health economics*, 27(3), 629–636. <https://doi.org/10.1002/hec.3591>

Sun Y, You W, Almeida F, Estabrooks P, Davy B. The Effectiveness and Cost of Lifestyle Interventions Including Nutrition Education for Diabetes Prevention: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Acad Nutr Diet* 2017.

The Lancet. The NHS at 70 and Alma-Ata at 40. *Lancet* 2018;391(10115):1.

Τριανταφύλλου, Μ., 2004. *Συστήματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στον Ευρωπαϊκό χώρο [Τελική Εργασία]*. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης.

Walraven G. (2019). The 2018 Astana Declaration on Primary Health Care, is it useful?. *Journal of global health*, 9(1), 010313. <https://doi.org/10.7189/jogh.09.010313>

Wynn, K., Trudeau, J. D., Taunton, K., Gowans, M., & Scott, I. (2010). Nutrition in primary care: current practices, attitudes, and barriers. *Canadian family physician Medecin de famillecanadien*, 56(3), e109–e116.

WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO Consultation, WHO Technical Report Series 894. [serial online] 2000 [cited 2019 Feb 21]; Available from:https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/

World Health Organization. Integrated care models: an overview. Health services delivery program division of health systems and public health [serial online] 2016 [cited 2019 Feb 27]; Available from: [URL:http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/000_5/322475/Integrated-care-models-overview.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/000_5/322475/Integrated-care-models-overview.pdf)

World Health Organization. Global health promotion conferences [serial online] 2016 [cited 2019 Feb 24]; Available from: [URL:https://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/)

World Health Organization. From Alma-Ata to Astana: Primary health care – reflecting on the past, transforming for the future, interim report from the WHO European Region. Astana, Kazakhstan, 2018.

World Health Organization. Global Conference on Primary Health Care, Astana, Kazakhstan 2018. [Ηλεκτρονικό] 2019. <https://www.who.int/primary-health/conference-phc>.

White, F. (2015). Primary health care and public health: foundations of universal health systems. *Medical principles and practice : international journal of the Kuwait University, Health Science Centre*, 24(2), 103–116. <https://doi.org/10.1159/000370197>

WHO and UNICEF. Global conference on primary health care. From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Astana, Kazakhstan, 2018.

World Organization of Family Doctors (WONCA). WONCA reaction to ASTANA Declaration. [Ηλεκτρονικό] Οκτώβριος, 2018. <https://www.globalfamilydoctor.com/news/woncareactiontoastanadeclaration.aspx>

Θεοδώρου Μ, Μητροσύλη Μ. Υπηρεσίες υγείας/ Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις. Δομή και λειτουργία του ελληνικού συστήματος υγείας, Διοικητικές και νομικές διαστάσεις. Τόμος Γ. Πάτρα: ΕΑΠ, 1999.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf

<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/324304/Integrating-diet-physical-activity-weightmanagement-services-primary-care.pdf

<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21446en/s21446en.pdf>

<https://www.bda.uk.com/professional/influencing>

http://www.inhealthcare.gr/assets/uploads/manuscripts/manufel_367_Eq3S8kBH5M.pdf