

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**Καλές Πρακτικές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η περίπτωση της Ολλανδίας
Φινλανδίας και Δανίας**

Λούρη Χριστίνα

mschc21001

Επιβλέπων

Γιώργος Πιερράκος

Αθήνα, Μάϊος 2023

UNIVERSITY OF West ATTICA



DEPARTMENT
BUSINESS ADMINISTRATION

DIVISION
SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL CARE
MANAGEMENT

Diploma Thesis

**Good Practices in Primary Health Care. The case of the Netherlands, Finland
and Denmark**

Louri Christina

mschc21001

George Pierrakos

Athens, May 2023

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

**Καλές Πρακτικές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η περίπτωση της Ολλανδίας Φινλανδίας
και Δανίας**

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

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

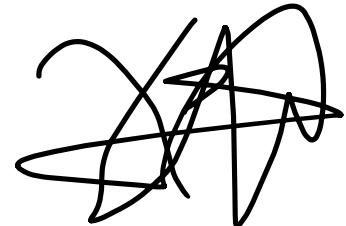
ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Λούρη Χριστίνα του Παναγιώτη, με αριθμό μητρώου mschc21001 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ του Τμήματος ΣΔΟ/Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών & Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

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

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

Ο/Η Δηλών/ούσα



Περιεχόμενα

Περίληψη	6
Abstract	7
Εισαγωγή.....	8
Κεφάλαιο 1ο: Συστήματα Υγείας.....	12
1.1 Βασικά χαρακτηριστικά συστημάτων υγείας	12
1.2 Είδη συστημάτων υγείας.....	13
1.2.1 Φιλελεύθερα συστήματα υγείας.....	13
1.2.2 Εθνικά συστήματα υγείας	15
Κεφάλαιο 2 ^ο : Ο ρόλος της ΠΦΥ στα συστήματα υγείας.....	17
2.1 Ορισμοί και χαρακτηριστικά της ΠΦΥ	17
2.2 Οφέλη της ΠΦΥ στο σύστημα υγείας	18
2.3 Ο ρόλος της ποιότητας των υπηρεσιών στην ΠΦΥ	21
2.4 Ο ρόλος της ηγεσίας στην ΠΦΥ	24
Κεφάλαιο 3ο : Ο ρόλος και η ανάπτυξη της ΠΦΥ σε Ευρωπαϊκό επίπεδο	27
3.1 Εξέλιξη της ΠΦΥ στην Ευρώπη	27
3.2 Καλές πρακτικές για την εξέλιξη της ΠΦΥ	29
Κεφάλαιο 4ο : Μελέτη της ΠΦΥ στην Ολλανδία	31
Κεφάλαιο 5ο : Μελέτη της ΠΦΥ στη Δανία	36
Κεφάλαιο 6ο : Μελέτη περίπτωσης στη Φινλανδία.....	40
Κεφάλαιο 7 ^ο : Παρουσίαση και λειτουργία της ΠΦΥ στην Ελλάδα	44
Κεφάλαιο 8 ^ο : Συγκριτική ανάλυση της ΠΦΥ στην Ελλάδα, στη Φινλανδία, στην Ολλανδία και στη Δανία	50
Συμπεράσματα	52
Βιβλιογραφικές αναφορές	54

Περίληψη

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί ένα βασικό παράγοντα για την προάσπιση της δημόσιας υγείας και την προαγωγή αυτής και έχει αναγνωριστεί ως βασικός πυλώνας πλέον για τα συστήματα υγείας. Η διακήρυξη της Άλμα-Άτα σχετικά με την ανάγκη των κρατών να στραφούν στην πρόληψη και στην ενημέρωση σχετικά με την υγεία με στόχο να διαμορφώσουν έναν νέο χαρακτήρα στο αγαθό της υγείας, αλλά και η επιταγή για αύξηση της προσβασιμότητας όλων των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, δημιούργησε ένα νέο πλαίσιο για τα κράτη. Το πλαίσιο αυτό παρακίνησε πολλές χώρες να στραφούν στη δημιουργία ΠΦΥ και να λάβουν σημαντικές αποφάσεις για την ενίσχυση και αποτελεσματική λειτουργία της, ωστόσο, η προσέγγιση και ο τρόπος λειτουργίας της εμφανίζει σημαντικές αποκλίσεις μεταξύ των κρατών. Οι διαφορές εντοπίζονται στον τρόπο λειτουργίας της και στον ρόλο που καταλαμβάνει η ΠΦΥ στο σύστημα υγείας, οι οποίες καθορίζονται από το πλαίσιο των κρατών και τις οικονομικές δαπάνες προς τη χρηματοδότηση των μονάδων. Σκοπό, λοιπόν, της εργασίας αποτελεί η διερεύνηση των καλών πρακτικών που χρησιμοποιούνται από τα ισχυρά συστήματα υγείας της Ολλανδίας, της Φινλανδίας και της Δανίας, ώστε να μπορέσουν οι πρακτικές αυτές να αποτελέσουν οδηγό για την εξέλιξη και άλλων μονάδων ΠΦΥ, και ιδιαίτερα της Ελλάδας, όπου η ΠΦΥ ακόμη βρίσκεται σε πρώιμα στάδια παγίωσής της, παρόλο που έχουν υλοποιηθεί σημαντικές αλλαγές για την ενίσχυσή της.

Λέξεις κλειδιά: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Ολλανδία, Δανία, Φινλανδία, Ελλάδα, συγκριτική ανάλυση

Abstract

Primary Health Care is a key factor in the defense and promotion of public health and has been recognized as a key pillar for health systems. The declaration of Alma-Ata on the need for states to turn to prevention and health information in order to shape a new character in the health good, but also the imperative to increase the accessibility of all citizens to health services, created a new framework for states. This framework motivated many countries to turn to the creation of PHC and to take important decisions for its strengthening and effective operation, however, its approach and mode of operation show significant discrepancies between states. The differences are found in the way it operates and in the role that PPHY occupies in the health system, which are determined by the context of the states and the financial costs to finance the units. Therefore, the purpose of the work is to investigate the good practices used by the strong health systems of the Netherlands, Finland and Denmark, so that these practices can be a guide for the development of other PHY units, and especially in Greece, where PHY is still in its early stages of consolidation, even though significant changes have been implemented to strengthen it.

Keywords: Primary Health Care, Netherlands, Denmark, Finland, Greece, comparative analysis

Εισαγωγή

Τα συστήματα υγείας ανά τον κόσμο ταλανίζονται από δυσκολίες και σοβαρά προβλήματα στην υγειονομική περίθαλψη των ασθενών, καθώς οι δευτεροβάθμιες μονάδες υγείας δεν είναι σε θέση να καλύψουν όλες τις ανάγκες περίθαλψης, ενώ σε πολλές περιπτώσεις οι ίδιοι οι ασθενείς δεν είναι σε θέση να καλύψουν το κόστος επίσκεψης σε ιδιώτες ιατρούς. Για τον λόγο αυτό, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας δύναται να προσφέρει σημαντική αποσυμφόρηση των νοσοκομειακών μονάδων και είναι απαραίτητο ο ρόλος της να είναι ισχυρός. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί, έτσι, βασικό πυλώνα για την ανάπτυξη και τη βιωσιμότητα των χωρών. Σύμφωνα με της διακήρυξη της Άλμα-Άτα η ΠΦΥ σχετίζεται με την πρώτη επαφή του κάθε ασθενούς με τους επαγγελματίες υγείας, με στόχο να λάβει την απαραίτητη φροντίδα και περίθαλψη (Βραχάτης & Παπαδόπουλος, 2012). Για να μπορέσει να είναι αποτελεσματική, ωστόσο, η ΠΦΥ, χρειάζεται να στηρίζεται σε τέσσερις πυλώνες και να διαμορφώνει τη δράση και τη λειτουργία της σύμφωνα με αυτούς. Πιο συγκεκριμένα, κάθε ΠΦΥ κρίνεται απαραίτητο:

- Να αποτελεί μια αποτελεσματική πρώτη επαφή των ασθενών με τα σύστημα υγείας παρέχοντας την απαραίτητη φροντίδα με βάση την περίπτωσή τους και τις ανάγκες τους (Βραχάτης & Παπαδόπουλος, 2012).
- Να χαρακτηρίζεται από μια συνέχεια στη φροντίδα των ασθενών και να διαθέτει τα κατάλληλα μέσα και προσωπικό για να την παράσχει (Lakhani et al., 2012).
- Να είναι σε θέση να παράσχει στους ασθενείς μια συνολική και ολοκληρωμένη υγειονομική φροντίδα (προληπτική, θεραπευτική και παρηγορητική) (Lakhani et al., 2012, Λάγιου, 2013)
- Να συντονίζεται με την έννοια της φροντίδας των ασθενών και να επιχειρεί με κάθε τρόπο να την παράσχει (Βραχάτης & Παπαδόπουλος, 2012).

Για να μπορέσει να επιτύχει όλα τα παραπάνω η ΠΦΥ και να είναι αποτελεσματική χρειάζεται να διαθέτει έναν ανθρωπιστικό προσανατολισμό και να εστιάζει στις ανάγκες των ανθρώπων. Επιπλέον, χρειάζεται να διαθέτει διασύνδεση και με τη δευτεροβάθμια φροντίδα, ώστε οι περιπτώσεις των ασθενών που κρίνεται αναγκαίο να μεταβούν σε αυτή να μην ταλαιπωρούνται και να εξυπηρετούνται άμεσα και

αποτελεσματικά. Με τον τρόπο αυτό, η ΠΦΥ δύναται να αποτελέσει σε κάθε χώρα έναν βασικό παράγοντα παροχής υγείας και να βοηθήσει σημαντικά στην προώθηση της πρόληψης και διαχείρισης των παθήσεων σε αρχικά στάδια (WHO, 2018). Αρκετές έρευνες σχετικά με τα συστήματα υγείας καταδεικνύουν ότι εκείνα που διαθέτουν αποτελεσματική και ποιοτική περίθαλψη διαθέτουν μια ισχυρή ΠΦΥ, η οποία προσφέρει σε όλα το σύστημα υγείας βιωσιμότητα και αποδοτικότητα (Fracolli et al., 2015).

Ωστόσο, για να μπορέσει ένα σύστημα υγείας να έχει μια αποτελεσματική ΠΦΥ χρειάζεται να αξιολογεί την περίθαλψη που παρέχει και να εφαρμόζει δείκτες μέτρησης της ποιότητας και της αποδοτικότητάς τους. Η αξιολόγηση και οι δείκτες που ορίζονται αφορούν τόσο την ποσοτική αποδοτικότητά τους, όσο και την ποιοτική αξιολόγησή τους από τους ίδιους τους ασθενείς, ενώ τα αποτελέσματα αυτής αξιοποιούνται για τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας και υποστήριξης ασθενών (Van der Bij et al., 2017). Επιπλέον, τα συστήματα υγείας που χρησιμοποιούν στην ΠΦΥ νέες και καλές πρακτικές, οι οποίες στοχεύουν στην παροχή ποιοτικής περίθαλψης στους ασθενείς τείνουν να έχουν καλύτερους δείκτες ποιότητας και οι ίδιοι οι ασθενείς να είναι ευχαριστημένοι και ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες τους. Η ικανοποίηση των ασθενών στη συνέχεια ενισχύει την επισκεψιμότητα τους στη ΠΦΥ και την εμπιστοσύνη τους στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στις μονάδες αυτές, ενώ παράλληλα ενισχύεται και η μεταξύ τους αποτελεσματική επικοινωνία (Paget et al., 2011, Mitchell et al., 2012).

Εκτός από την εφαρμογή δεικτών μέτρησης της ποιότητας και στόχευση στους ασθενείς, τα ισχυρά συστήματα υγείας διαθέτουν και ισχυρή και αποτελεσματική ηγεσία, η οποία διαθέτει τις κατάλληλες γνώσεις γύρω από το πλαίσιο που διοικεί, ενώ ταυτόχρονα είναι σε θέση να εμφυσήσει τη συνεργασία και τη δέσμευση στους εργαζομένους. Η δέσμευση των εργαζομένων στην αποστολή των ΠΦΥ ενισχύει και την αποδοτικότητά τους, καθώς αναλαμβάνουν την ευθύνη που κατέχουν έναντι των ασθενών και φροντίζουν να τους εξυπηρετούν αποτελεσματικά. Επιπλέον, οι ομάδες των επαγγελματιών υγείας μέσα στις ΠΦΥ δεν εργάζονται ανεξάρτητα η μία από την άλλη, αλλά ολόκληρη η μονάδα χαρακτηρίζεται από διεπιστημονική σκέψη και πρακτική. Η αποτελεσματική συνεργασία στη συνέχεια μεταφέρεται και στους ασθενείς, καθώς η δέσμευση και η κουλτούρα της συνεργασίας που επικρατεί στους

επαγγελματίες υγείας, προωθεί και την αποτελεσματική δική τους συνεργασία (Lakhani et al., 2012).

Εκτός από αποτελεσματική ηγεσία, η αποδοτική και ποιοτική ΠΦΥ, σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό και με τις ίδιες τις πρακτικές που χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες υγείας κατά την εργασία τους. Πιο συγκεκριμένα, έχοντας σαν στόχο τα ισχυρά συστήματα υγείας την προώθηση της πρόληψης και της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ενισχύουν τις δεξιότητες και τις ικανότητες όσων εργάζονται στις μονάδες αυτές μέσω της εκπαίδευσης, ώστε να προσφέρουν όσο το δυνατόν πιο ποιοτικές υπηρεσίες υγείας στους ασθενείς (Nancarrow et al., 2013). Επιπλέον, τα ισχυρά και αποδοτικά συστήματα υγείας προωθούν γενικά την πρωτοβάθμια περίθαλψη και την προληπτική ιατρική, εισάγοντας σε κάθε πλαίσιο της κοινωνίας τους την επικοινωνία και την ενημέρωση, ώστε οι πολίτες να γνωρίζουν για ποιους λόγους μπορούν να απευθυνθούν στις μονάδες της ΠΦΥ, ενώ ταυτόχρονα ενισχύουν μέσω της γνώσης την πρόληψη. Μάλιστα, δημιουργούν αρκετές μονάδες ΠΦΥ ώστε να καλύπτονται όσο το δυνατόν περισσότεροι πολίτες, ακόμα και σε περιοχές που η πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας είναι δύσκολη. Η ενίσχυση αυτή της προσβασιμότητας και το κάλεσμα στην εκπαίδευση των ίδιων των πολιτών σχετικά με την πρόληψη και την ανάγκη της πρώιμης περίθαλψης, αυξάνει την επισκεψιμότητα των ασθενών στην ΠΦΥ και μειώνει αντίστοιχα τις εισαγωγές στις νοσοκομειακές μονάδες (Λάγιου, 2013, Καλοκαιρινού & Αδαμακίδου, 2014).

Αν και η γνώση σχετικά με τα οφέλη που παρέχουν οι μονάδες ΠΦΥ στα συστήματα υγείας υπάρχουν σημαντικές δυσκολίες που καλούνται να διαχειριστούν, ώστε να αποτελέσουν βασικό παράγοντα υγείας. Γενικά, η πρωτοβάθμια περίθαλψη βρίσκεται υπό πίεση σε όλο τον κόσμο, γεγονός που υποδηλώνεται από ελλείψεις χωρητικότητας πρωτοβάθμιας περίθαλψης και ενδείξεις μη βέλτιστης απόδοσης (Friedberg et al., 2015, Ellner & Phillips, 2017). Συνεπώς, η αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων βρίσκεται ψηλά στην πολιτική ατζέντα των περισσότερων χωρών, καθώς πλέον κρίνεται αναγκαία η επέκτασή τους και η ενίσχυση της αποδοτικότητάς τους. Για παράδειγμα, στη Γερμανία, έχουν υλοποιηθεί σημαντικές μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας για την ενίσχυση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και την αποτελεσματικότητά της. Οι μεταρρυθμίσεις που υλοποιήθηκαν αποσκοπούσαν στη σύναψη συμβάσεων ανάμεσα σε ιδιώτες ασφαλιστές υγείας και σε ιατρούς που εργάζονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, ενώ δινόταν στους ασθενείς η δυνατότητα να εγγράφονται οι

ασθενείς εθελοντικά. Οι αλλαγές αυτές έχουν συνεισφέρει σε μεγάλο βαθμό στην αποτελεσματικότητα των μονάδων ΠΦΥ, ενώ αντίστοιχα έχουν ενισχύσει και το γενικό σύστημα υγείας. Πλέον, η ΠΦΥ έχει αναλάβει ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νοσήματα και χρειάζονται συνεχή και επισταμένη φροντίδα, με αποτέλεσμα την αποσυμφόρηση των νοσοκομειακών μονάδων, στις οποίες απευθύνονταν στο παρελθόν (Wensing et al., 2017, Wensing et al., 2018, Schneider et al., 2016). Ακόμη και σε άλλες χώρες με ισχυρά συστήματα υγείας, όπως η Φινλανδία, η Ολλανδία και η Δανία, η ΠΦΥ διαδραματίζει πρωταγωνιστικό ρόλο στην περίθαλψη των ασθενών, ενώ λαμβάνει σημαντική ενίσχυση από το κράτος για τη λειτουργία της. Παράλληλα, εντός των μονάδων χρησιμοποιούνται καλές πρακτικές που ενισχύουν την ποιότητά τους και την ικανοποίηση των ασθενών και προωθούν συνεχώς την εξέλιξη των μονάδων και την εναρμόνισή τους με τις ανάγκες των ασθενών (Willcox, et al., 2011, Tynkkynen et al., 2016, OECD, 2017). Σκοπός λοιπόν, της εργασίας αποτελεί η διερεύνηση των καλών πρακτικών που χρησιμοποιούνται από τα ισχυρά συστήματα υγείας της Ολλανδίας, της Φινλανδίας και της Δανίας, ώστε να μπορέσουν οι πρακτικές αυτές να αποτελέσουν οδηγό για την εξέλιξη και άλλων μονάδων ΠΦΥ.

Κεφάλαιο 1ο: Συστήματα Υγείας

1.1 Βασικά χαρακτηριστικά συστημάτων υγείας

Ένα σημείο εκκίνησης για την ανάπτυξη μιας τυπολογίας για την κατηγοριοποίηση της υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί η διερεύνηση του αγαθού της υγείας και ο τρόπος με τον οποίο προσεγγίζεται το αγαθό από τα κράτη. Αντίστοιχα, η προσέγγιση στο αγαθό της υγείας καθορίζει και τον τρόπο με τον οποίο τα κράτη διαμορφώνουν και παρέχουν στους πολίτες τους τις υπηρεσίες υγείας. Η προσέγγιση τους αγαθού της υγείας και των υπηρεσιών υγείας σχετίζεται και με το είδος χρηματοδότησης που παρέχουν στα συστήματα υγείας για να παράσχουν στους πολίτες τις υπηρεσίες που χρειάζονται (Σιγάλας, 2008). Τα βασικά χαρακτηριστικά που διέπουν όλα τα συστήματα υγείας είναι τα εξής (Καρπούζης, 2002; Σιγάλας, 2008):

- Παροχή και ισότιμη διανομή των φαρμάκων στους πολίτες, αλλά και των αντίστοιχων υπηρεσιών υγείας ανεξάρτητα από την τάξη στην οποία ανήκουν και το υπόβαθρο αυτών
- Τα συστήματα υγείας στηρίζονται για να χρηματοδοτηθούν σε όλους τους τομείς της κοινωνίας, καθώς η χρηματοδότησή τους απορρέει από το ίδιο το κράτος και τις εισφορές που καταβάλουν οι πολίτες
- Τα συστήματα υγείας δεν μπορεί να στηρίζονται μόνο στα έσοδα από τους δημόσιους ασφαλιστικούς φορείς, αλλά χρειάζεται συμμετοχή και άλλων φορέων ώστε να χρηματοδοτούνται επαρκώς και να είναι σε θέση να καλύψουν τις ανάγκες των πολιτών για υπηρεσίες υγείας
- Ο έλεγχος τους πραγματοποιείται από το ίδιο το κράτος, το οποίο καλείται να καθορίσει και να ρυθμίσει τη λειτουργία τους
- Οι πολίτες έχουν δικαίωμα και σε κάποιες περιπτώσεις είναι υποχρεωμένοι να ασφαλίζονται σε δημόσιους φορείς
- Η παραγωγή των υπηρεσιών υγείας μπορεί να λάβει διάφορες μορφές, καθώς σε αυτή δύνανται να συμμετάσχουν τόσο οι κρατικές υπηρεσίες υγείας, όσο και οι ιδιωτικές, με αποτέλεσμα οι πολίτες να είναι σε θέση να λάβουν και συνδυαστικές υπηρεσίες υγείας

Ωστόσο, τα βασικά αυτά χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας μπορούν να διευρυνθούν και να δημιουργηθούν και άλλες μορφές, όπου οι πολίτες είναι σε θέση να επιλέξουν να λάβουν τον ρόλο του χρήστη καταναλωτή και να αποφασίσουν οι ίδιοι

εάν θα ενταχθούν στο σύστημα υγείας που παρέχεται από το κράτος ή εάν θα επιλέξουν μια ιδιωτική ασφάλιση και υπηρεσίες υγείας. Ακόμη, στους γιατρούς παρέχεται το δικαίωμα να εργάζονται είτε σε δημόσιους φορείς είτε ιδιωτικά, έχοντας πάντα σαν στόχο την κάλυψη των αναγκών των πολιτών και την καλύτερη εξυπηρέτησή τους, ενώ υπάρχουν και συστήματα υγείας όπου οι συντελεστές παραγωγής υγείας μπορεί να είναι ιδιώτες. Στην περίπτωση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, η τιμή τους καθορίζεται από την εκάστοτε προσφορά και ζήτηση που υπάρχει, ενώ οι πολίτες σαν χρήστες υγείας είναι σε θέση να επιλέξουν τις υπηρεσίες εκείνες που επιθυμούν οι ίδιοι και καλύπτουν τις ανάγκες τους (Τούντας, 2006). Όλα τα παραπάνω στηρίζονται στην ελεύθερη επιλογή των υπηρεσιών από τους ίδιους του πολίτες, ωστόσο όλες οι υπηρεσίες υγείας και το κόστος αυτών δεν πρέπει να σχετίζονται με τις οικονομικές δυνατότητες των ατόμων, αλλά με το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν, με στόχο όλοι οι πολίτες να έχουν πρόσβαση στην υγεία. Έτσι διαπιστώνεται, ότι τα συστήματα υγείας μπορούν να διακριθούν σε δύο βασικές κατηγορίες, οι οποίες σχετίζονται με τα φιλελεύθερα συστήματα υγείας, όπου οι υπηρεσίες υγείας έγκειται στην ελεύθερη βούληση των πολιτών χρηστών υγείας και στα συστήματα υγείας που στηρίζονται και διαμορφώνονται με βάση την Κοινωνική Πρόνοια (Philalithis, 2021).

1.2 Είδη συστημάτων υγείας

Η οικονομία των κρατών, οι πηγές χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας, το επίπεδο της κοινωνικής ασφάλισης και η εφαρμογή ή όχι ενός κράτους πρόνοιας καθορίζουν το σύστημα που υιοθετεί η εκάστοτε χώρα στην υγεία. Επίσης, ένας άλλος βασικός παράγοντας που καθορίζει τον τύπο του συστήματος που θα υιοθετήσει το κράτος αφορά το κοινωνικοπολιτικό πλαίσιο του κράτους και οι ιδεολογίες που επικρατούν σχετικά με τον βαθμό υποστήριξης των πολιτών από το κράτος ή την παροχή σε αυτούς πλήρους ελευθερίας στις επιλογές και ανάληψη των αντίστοιχων ευθυνών. Οι συνθήκες αυτές καθορίζουν, λοιπόν, εάν ένα κράτος θα υιοθετήσει ένα φιλελεύθερο σύστημα υγείας, εάν θα στηριχθεί σε εθνικό σύστημα υγείας ή εάν θα επιχειρήσει να εφαρμόσει ένα μεικτό σύστημα υγείας (Philalithis, 2021).

1.2.1 Φιλελεύθερα συστήματα υγείας

Τα φιλελεύθερα συστήματα υγείας στηρίζονται στη βασική αρχή του Laissez-Faire, η οποία και καθορίζει την προσφορά των υπηρεσιών σε όλα τα επίπεδα με βάση τις επικρατούσες τιμές και την ελευθερία καθορισμού των τιμών. Το σύστημα υγείας στην περίπτωση αυτή διαμορφώνεται και στηρίζεται στη νοσοκομειακή περίθαλψη των

πολιτών, την παροχή υπηρεσιών υγείας σε δομές εκτός των νοσοκομείων (εξωνοσοκομειακή περίθαλψη) και στην φαρμακευτική περίθαλψη. Οι υπηρεσίες στις τρεις αυτές αγορές που καθορίζουν τον τρόπο λειτουργίας του συστήματος υγείας, διαμορφώνονται με βάση τη ζήτηση για τις υπηρεσίες και η ζήτηση αυτή εν συνεχεία καθορίζει την προσφορά και την τιμή (Υφαντόπουλος, 2003). Βασικό χαρακτηριστικό του συγκεκριμένου συστήματος υγείας, αποτελεί η παροχή υπηρεσιών υγείας μέσω ιδιωτικών ασφαλίσεων, καθώς επικρατεί γενικά η αντίληψη ότι οι πολίτες αποτελούν χρήστες-καταναλωτές και πρέπει οι ίδιοι να επιλέξουν με βάση τις ανάγκες τους την ασφάλιση που επιθυμούν. Η επιλογή της ιδιωτικής ασφάλισης καθορίζεται από την οικονομική δυνατότητα των ίδιων των πολιτών, η οποία και ρυθμίζει και τη ζήτηση σε υπηρεσίες υγείας, ενώ σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και ο γεωγραφικός τόπος στον οποίο δημιουργείται ένα σύστημα υγείας, ο οποίος καθορίζει με βάση τον πληθυσμό που διαθέτει τη ζήτηση (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007).

Η χρηματοδότηση των συστημάτων αυτών υγείας στηρίζεται σε ιδιωτικές πηγές, ενώ οι υπηρεσίες υγείας και οι δομές παροχής αυτών στοχεύουν στα αστικά κέντρα, όπου και δημιουργούνται οι απαραίτητες υγειονομικές μονάδες. Η επιλογή των αστικών κέντρων σχετίζεται με τον πληθυσμό που θα χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας, αλλά και με τους μισθούς αυτών, καθώς οι υψηλότεροι μισθοί επιφέρουν και πιο ακριβές υπηρεσίες υγείας. Ωστόσο, η συγκέντρωση των μονάδων υγείας στα αστικά κέντρα οδηγεί σε αποκλεισμό αρκετών πολιτών, οι οποίοι διαβιούν σε περιοχές εκτός του άστεως, ενώ σε περιοχές που υπάρχει χαμηλό οικονομικό υπόβαθρο και χαμηλή οικονομική δραστηριότητα, οι πολίτες δεν είναι σε θέση να λάβουν κατάλληλες και ποιοτικές υπηρεσίες υγείας (Υφαντόπουλος, 2003). Αποτέλεσμα της απεριόριστης ελευθερίας στους πολίτες να αποφασίσουν την ασφάλιση που επιθυμούν, αλλά και ο καθορισμός των τιμών με βάση τα οικονομικά των χρηστών υγείας, αποτελεί η εμφάνιση σοβαρών ανισοτήτων στην πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας με πολλούς πολίτες που δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν οικονομικά να μη λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας ή η λήψη αυτών να μη χαρακτηρίζεται από ποιότητα. Ακόμη, η υπερσυγκέντρωση των μονάδων υγείας σε περιοχές με πολύ πληθυσμό οδηγεί στη μη υγειονομική κάλυψη περιοχών έξω από τα αστικά κέντρα, όπου και πάλι προκαλούνται ανισότητες ως προς τον βαθμό πρόσβασης των πολιτών στο αγαθό της υγείας. Μάλιστα, ο βασικός προβληματισμός που απορρέει από τον τύπο αυτό, σχετίζεται με

το κατά πόσο εν τέλει η υγεία μέσα σε ένα τέτοιο σύστημα αποτελεί αγαθό ή προϊόν προς κατανάλωση (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007).

1.2.2 Εθνικά συστήματα υγείας

Τα εθνικά συστήματα υγείας καθορίζονται από τον έλεγχο του κράτους στις υπηρεσίες υγείας, καθώς αποτελεί τον βασικό παραγωγό και διανομέα αυτών. Στα συστήματα αυτά η υγεία αποτελεί αγαθό και για τον λόγο αυτό η πρόσβαση των πολιτών σε αυτή είναι ελεύθερη και δεν υπάρχει οικονομική επιβάρυνση για να το λάβουν. Η χρηματοδότηση όλων των μονάδων υγείας εντός του συστήματος στηρίζεται αποκλειστικά στην κρατική χρηματοδότηση, η οποία απορρέει από τον προϋπολογισμό του κράτους και τα κονδύλια που παρέχονται στην υγεία, ενώ σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η κοινωνική ασφάλιση των πολιτών, από την οποία λαμβάνεται σημαντικό μέρος της χρηματοδότησης των μονάδων. Πιο συγκεκριμένα, οι πολίτες ασφαλιζονται σε κάποιο δημόσιο φορέα και πληρώνουν τακτικές εισφορές σε αυτόν, ώστε στη συνέχεια οι εισφορές αυτές να μετακυλήσουν στο σύστημα υγείας με στόχο να καλύψουν τις ανάγκες στην υγεία (Philalithis, 2021).

Για τη λειτουργία του συστήματος υγείας, επίσης, βασικός υπεύθυνος είναι και πάλι το κράτος, το οποίο και καθορίζει τους στόχους προς επίτευξη, ενώ στη συνέχεια επανδρώνει κατάλληλα τις μονάδες υγείας για να επιτευχθούν οι στόχοι. Ο προγραμματισμός λειτουργίας των μονάδων υγείας καθορίζεται από τον πληθυσμό των περιοχών, ο οποίος και καθορίζει τις ανάγκες για υπηρεσίες υγείας και αντίστοιχα τους οικονομικούς πόρους που πρέπει να διανεμηθούν από το κράτος στην εκάστοτε περιοχή. Για να μπορέσουν να καλυφθούν οι ανάγκες όλων των πολιτών και να υπάρχει καθολική πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας τα εθνικά συστήματα υγείας στηρίζονται (Stöger, 2013):

- Στην Πρωτοβάθμια φροντίδα, όπου παρέχονται οι πρώτες υπηρεσίες υγείας και οι πολίτες έρχονται σε επαφή με γιατρούς που μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες καθώς διαθέτουν την απαραίτητη εξειδίκευση για την περίπτωσή τους.
- Στη Δευτεροβάθμια περίθαλψη, η οποία σχετίζεται με τις νοσοκομειακές μονάδες που διαθέτουν ειδικότητες που δεν υπάρχουν στις μονάδες υγείας της Πρωτοβάθμιας περίθαλψης
- Στην Τριτοβάθμια περίθαλψη, η οποία παρέχεται και πάλι από τις νοσοκομειακές μονάδες, αλλά παρέχεται όταν υπάρχουν εξειδικευμένες

ανάγκες για υπηρεσίες υγείας και οι προηγούμενες βαθμίδες στην υγεία δεν είναι σε θέση να τις καλύψουν.

Μέσω της παραπάνω δόμησης του συστήματος υγείας αποσκοπείται η παροχή άμεσης περίθαλψης στους πολίτες, σε όποια περιοχή και εάν κατοικούν και από όποιο κοινωνικό υπόβαθρο και εάν προέρχονται, καθώς το κράτος στην περίπτωση της υγείας καλείται να λειτουργεί ως ένας φορές πρόνοιας και προάσπισης της δημόσιας υγείας. Ωστόσο, παρόλο που τα συγκεκριμένα συστήματα υγείας παρέχουν πλήρη και καθολική πρόσβαση όλων των πολιτών, η κρατική επέμβαση σε αυτή οδηγεί σε σοβαρά οικονομικά προβλήματα, καθώς οι δαπάνες για την υγεία είναι αυξημένες και ξεπερνούν πολλές φορές τους διαθέσιμους οικονομικούς πόρους των κρατών. Μάλιστα, σε περιπτώσεις που τα κράτη αντιμετωπίζουν σοβαρά οικονομικά προβλήματα, το σύστημα υγείας επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό, καθώς δεν του παρέχεται επαρκής χρηματοδότηση με αποτέλεσμα να μην είναι σε θέση να καλύψει τις αυξημένες ανάγκες των πολιτών ή οι ίδιες οι μονάδες υγείας να μη στελεχώνονται με το απαραίτητο και εξειδικευμένο προσωπικό (Polyzos, et al., 2008).

Κεφάλαιο 2^ο: Ο ρόλος της ΠΦΥ στα συστήματα υγείας

2.1 Ορισμοί και χαρακτηριστικά της ΠΦΥ

Η διακήρυξη της Άλμα-Άτα, η οποία πραγματοποιήθηκε το 1978, καθόρισε την ανάγκη των συστημάτων υγείας να κατέχουν μια ισχυρή ΠΦΥ, ώστε να είναι αποτελεσματικά και να εξυπηρετούν τις ανάγκες υγείας των πολιτών. Στόχος της ΠΦΥ είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες και όλες οι χώρες κλήθηκαν να στραφούν στην κατεύθυνση αυτή, ώστε όλοι οι πολίτες να αποκτήσουν πρόσβαση στην υγεία θέτοντάς την ως βασικό αγαθό. Επίσης, καθορίστηκε ότι όλα τα κράτη πρέπει να επενδύουν στην υγεία και να παρέχουν τους απαραίτητους οικονομικούς πόρους για την ανάπτυξη των συστημάτων υγείας τους (Pugas, 2016). Εκτός, όμως από την καθολική παροχή υπηρεσιών υγείας και τη διαχείριση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων για να αυξηθεί η πρόσβαση των πολιτών, στη συγκεκριμένη διακήρυξη αναγνωρίστηκε και η σημασία της πρόληψης ως ένας βασικός παράγοντας για την εξέλιξη των πολιτών, έναν ρόλο που κλήθηκε να αναλάβει η ΠΦΥ. Ειδικότερα, η ΠΦΥ εκτός από τις πρώτες υπηρεσίες υγείας στους πολίτες κλήθηκε να διαμορφώνει και το κατάλληλο πλαίσιο ενημέρωσης και εκπαίδευσης των πολιτών στην πρόληψη, αλλά και να αναλαμβάνει την υγειονομική περίθαλψη και υποστήριξη πολιτών με χρόνια νοσήματα. Επιπλέον, τονίστηκε ότι για να μπορεί η εκάστοτε ΠΦΥ να είναι αποτελεσματική κρίνεται απαραίτητο εντός των δομών της να συνεργάζονται πολλές ειδικότητες και να υποστηρίζονται πολίτες με διάφορες παθήσεις, λαμβάνοντας με τον τρόπο αυτό ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης (Rao et al., 2014). Απώτερο σκοπό όλων των δράσεων της αποτελεί ο άνθρωπος και τονίζεται, μάλιστα, ότι όλες οι διαδικασίες και οι αποφάσεις στις ΠΦΥ πρέπει να θέτουν στο επίκεντρο τον άνθρωπο. Έτσι, σε πολλές περιπτώσεις τα συστήματα υγείας ενδέχεται να χρειάζεται να εφαρμόσουν πληθώρα αλλαγών και μετασχηματισμών στον τρόπο λειτουργίας τους για να είναι σε θέση να ανταπεξέλθουν στις επιταγές της Διακήρυξης και να δημιουργήσουν ισχυρά συστήματα υγείας με ισχυρές και αποδοτικές ΠΦΥ (Rifkin, 2018).

Ωστόσο, για να κατανοηθεί πλήρως ο ρόλος και η διάκριση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από την πρωτοβάθμια περίθαλψη χρειάζεται να αξιολογηθούν και να αναφερθούν οι βασικές τους διαφορές ως προς τη λειτουργία και τον σκοπό που διαθέτουν. Πιο συγκεκριμένα, οι ΠΦΥ σχεδιάζονται και λειτουργούν στη βάση της τοπικής κοινότητας και βασικός τους στόχος είναι η διαχείριση των προβλημάτων

υγείας αυτής και αντίστοιχα η περίθαλψη των πολιτών. (Art et al., 2007). Οι πολίτες χρειάζεται να έχουν εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες της ΠΦΥ, ενώ όλες οι δομές αυτής κρίνεται αναγκαίο να στελεχώνονται από το κατάλληλο προσωπικό που είναι σε θέση να καλύψει τις ανάγκες αυτές. Ο στόχος αυτός είναι ανθρωποκεντρικός και καλούνται οι δομές να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα σε πρώιμο στάδιο (Kidd, 2013). Από την άλλη μεριά, ο όρος πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι πιο γενικός και εστιάζει στο σύνολο του πληθυσμού, με στόχο να προωθηθεί η πρόληψη και να προαχθεί η υγείας, η εκπαίδευση των ατόμων σε ζητήματα υγείας και πρόληψης και η παροχή απαραίτητης υποστήριξης προς την κατεύθυνση αυτή (Stigler et al., 2016).

Η παραπάνω κατεύθυνση εμφανίζεται σε χώρες με ισχυρά συστήματα υγείας και αντίστοιχα ισχυρή πρωτοβάθμια περίθαλψη. Τέτοιες χώρες είναι Ηνωμένο Βασίλειο, η Δανία και η Ολλανδία, όπου ο όρος πρωτοβάθμια περίθαλψη έχει διευρυνθεί και στοχεύει σε όλα τα παραπάνω. Ειδικότερα, στις χώρες αυτές η πρωτοβάθμια περίθαλψη δεν στηρίζεται πλέον μόνο στον οικογενειακό γιατρό, αλλά στοχεύει στη δημιουργία διεπιστημονικών ομάδων για τη διαχείριση των ζητημάτων υγείας, ενώ προς την κατεύθυνση αυτή υλοποιούνται και σημαντικές χρηματοδοτήσεις και στη διασύνδεση των μονάδων αυτών με το κεντρικό σύστημα υγείας (olde Hartman et al., 2011). *«Το σημαντικότερο στοιχείο, όμως, που καθορίζει και τη διαφορετική λειτουργία των δύο όρων αποτελεί η έμφαση στην εστίαση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο άτομο είναι σημαντική»* (Barnett et al., 2012). Ο ανθρωποκεντρικός χαρακτήρας, δηλαδή που υπάρχει σε αυτή καθοδηγεί στη διερεύνηση των αναγκών του κάθε ατόμου που απευθύνεται σε αυτή και στην αντιμετώπισή του εκάστοτε ασθενή με βάση τα προβλήματα που αντιμετωπίζει. Έτσι, η ΠΦΥ καλείται να παρέχει σε κάθε άτομο ξεχωριστά τις απαραίτητες για την περίπτωσή του υπηρεσίες υγείας, αλλά και να υποστηρίξει το άτομο σε όλες τις ιατρικές πράξεις και διαδικασίες που χρειάζονται για να διατηρηθεί ένα καλό επίπεδο στην ποιότητα της καθημερινότητάς του (Barnett et al., 2012).

2.2 Οφέλη της ΠΦΥ στο σύστημα υγείας

Η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η επίτευξη καθολικής κάλυψης υγείας, είναι και οι δύο σημαντικές στις πρωτοβουλίες των παγκόσμιων πολιτικών υγείας, με αποτέλεσμα να λαμβάνονται σημαντικές αποφάσεις γύρω από την ενίσχυσή τους. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχει σε όλους οικονομική και εύκολη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και στοχεύει στην πρόληψη και στην ενημέρωση του

κοινού γύρω από αυτή, ώστε να προαχθεί και να διασφαλιστεί με τον τρόπο αυτό η δημόσια υγεία (Universal health coverage, 2017). Ένας ακόμη σημαντικός στόχος είναι επέκταση των παραπάνω και η συμμετοχή σε αυτή και όλων των ατόμων που δεν είναι σε θέση να πληρώσουν για την κάλυψη των αναγκών του. Για να μπορέσει, μάλιστα, να επιτευχθεί καθολική κάλυψη των αναγκών όλων των πολιτών, κρίνεται αναγκαίο οι χώρες να διαθέτουν ισχυρή ΠΦΥ και να αποκομίζουν από αυτή όλα τα οφέλη. Μάλιστα, έχει τονιστεί ότι για να μπορέσει να υπάρξει καθολική κάλυψη των πολιτών στο αγαθό της υγείας η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί βασικό παράγοντα (Stigler et al., 2016).

Από τη Διακήρυξη του 1978 της Άλμα-Ατα, η οποία ενισχύθηκε με περαιτέρω ψηφίσματα της Παγκόσμιας Συνέλευσης Υγείας, ο ΠΟΥ έχει προωθήσει την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως βασικό συστατικό των συστημάτων υγείας, παρακινώντας τις χώρες να επενδύσουν σε αυτή και να αναγνωρίσουν τα πολλαπλά της οφέλη (Declaration of Alma-Ata, 1978, World Health Organization, 2009). Στην έρευνα, επίσης του Schäfer (2016), αναδείχθηκε ότι οι χώρες που διαθέτουν ισχυρή ΠΦΥ εμφανίζουν όλο και λιγότερες εισαγωγές σε νοσοκομεία, αλλά και αυξημένη κοινωνική ισότητα. Επιπλέον, αυτά τα συστήματα έχουν καλύτερα ποσοστά προσυμπτωματικού ελέγχου και παρακολούθησης για σημαντικές ασθένειες και είναι εμφανίζουν και καλύτερη και πιο άμεση αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών με πολυνοσηρότητα (Stange & Ferrer, 2009). Ακόμη στις χώρες που υφίσταται ισχυρή και αποτελεσματική ΠΦΥ έχει αναδειχθεί ότι υπάρχει μειωμένη παιδική θνησιμότητα και έχει αυξηθεί σημαντικά το προσδόκιμο ζωής των πολιτών, ενώ έχει μειωθεί και το ποσοστό των αυτοκτονιών, λόγω της συνεχούς και εκτεταμένης υποστήριξης και ανακουφιστικής φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς, αλλά και της έγκαιρης διάγνωσης των παθήσεων, η οποία οδηγεί σε καλύτερη διαχείριση των παθήσεων και ολιστικής υποστήριξης των ασθενών στην καθημερινότητά τους (Schäfer, 2016).

Ως πιο σημαντική διαδικασία που έχει προωθηθεί από την ΠΦΥ και έχει αναδειχθεί σε μια παροχή ιδιαίτερα αποτελεσματική και ωφέλιμη για τα συστήματα υγείας και τους ίδιους τους ασθενείς, αποτελεί ο οικογενειακός ιατρός. Μέσω του θεσμού αυτού παρέχεται στον εκάστοτε υψηλή και εκτεταμένη υποστήριξη, ενώ οι υπηρεσίες που παρέχει ως θεσμός προσαρμόζονται και καθορίζονται από τις ανάγκες των πολιτών. Ειδικότερα μέσω του θεσμού του οικογενειακού ιατρού τα οφέλη είναι τα εξής,

σύμφωνα με τους Σωτηριάδου και συν. (2011), Ποτήρης και Σαράφης (2014), και Kringos και Boerma (2015):

- Οι ασθενείς έρχονται σε άμεση επαφή με τον γιατρό και προσεγγίζονται ανθρωπιστικά, ενώ όλη η περίθαλψή τους στηρίζεται στην επικοινωνία που αναπτύσσουν και στην εξατομικευμένη υποστήριξη που λαμβάνουν.
- Υπάρχει μια ολιστική διαχείριση της υγείας των ασθενών, ενώ η δημιουργία φακέλου για την πορεία του είναι σε θέση να προσφέρει επιπλέον οφέλη για τυχόν μελλοντικές παθήσεις που μπορεί να εμφανιστούν ή για τυχόν συννοσηρότητες. Ακόμη, ο φάκελος ασθενή και η συνεχής παρακολούθηση μειώνει σημαντικά τυχόν λάθη στις ιατρικές πράξεις και στις αποφάσεις για την υποστήριξη των ασθενών.
- Μέσω του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, αλλά και όλης της λειτουργίας της ΠΦΥ αυξάνεται η πρόσβαση όλων των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, ενώ τους παρέχεται η δυνατότητα να λαμβάνουν ποιοτικές υπηρεσίες. Η αύξηση της πρόσβασης, ωστόσο, σε περίπτωση που ο θεσμός λειτουργήσει αποτελεσματικά και ουσιαστικά δεν σημαίνει και αύξηση του κορεσμού στις μονάδες, αλλά αντίθετα είναι σε θέση να διαμορφώσει μια κατάσταση διαχείριση όπου όλοι εξυπηρετούνται και υπάρχει μια σταθερότητα στην υποστήριξη των ασθενών. Ακόμη ο οικογενειακός ιατρός παρέχει τη δυνατότητα στις άλλες ειδικότητες που ενδέχεται να ασχοληθούν με τους ασθενείς που περιθάλπει να λάβουν κατάλληλες και ουσιαστικές πληροφορίες για την περίπτωσή του, ώστε και εκείνοι με τη σειρά τους να τους παράσχουν την απαραίτητη φροντίδα και περίθαλψη.
- Ενίσχυση των δικαιωμάτων των ασθενών, καθώς μέσω της συνεχούς επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης με τον ιατρό του είναι σε θέση ο εκάστοτε ασθενής να κατανοήσει την κατάσταση της υγείας του, την πορεία του, τη θεραπεία που του προτείνεται και να συμμετάσχει ενεργά στη λήψη αποφάσεων.
- Καθολική πρόσβαση όλων των πολιτών στο σύστημα υγείας, μειώνοντας τις ανισότητες και τους αποκλεισμούς, καθώς δίνεται σε όλους τους πολίτες η δυνατότητα να αποκτήσουν το αγαθό της υγείας.
- Ενίσχυση του πλαισίου της πρόληψης και της εκπαίδευσης των ασθενών σε ζητήματα έγκαιρης διάγνωσης και διαχείρισης των παθήσεών τους.

- Μείωση των παραπομπών στις νοσοκομειακές μονάδες, η οποία μειώνει και την συγκέντρωση πολλών ασθενών προς διαχείριση, με αποτέλεσμα να υπάρχει αύξηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών που παρέχονται στους ασθενείς.
- Άμεση διαχείριση των περιστατικών που εμφανίζουν κάποιες παθήσεις που δεν συνηγορούν με την παραπομπή σε νοσοκομειακές μονάδες, των οποίων η παραπομπή θα μπορούσε να δυσχεράνει το έργο των νοσοκομειακών μονάδων λόγω της αύξησης των χρηστών υγείας.
- Ποιοτικότερη και πιο αποτελεσματική δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη, καθώς οι εξειδικευμένοι γιατροί των μονάδων αυτών θα ασχολούνται αποκλειστικά με ασθενείς που χρήζουν την ιατρική υποστήριξη που παρέχουν.
- Γενικότερος συντονισμός του συστήματος υγείας
- Καλύτερη διαχείριση των υφιστάμενων αναγκών υγείας που υπάρχουν

2.3 Ο ρόλος της ποιότητας των υπηρεσιών στην ΠΦΥ

Η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αντιπροσωπεύει μια θεμελιώδη μετατόπιση από την παροχή υγειονομικής περίθαλψης που επικεντρώνεται στη θεραπεία ασθενειών προς συστήματα υγείας που ανταποκρίνονται στις ειδικές ανάγκες υγείας των ασθενών και των κοινοτήτων, με κυρίαρχη εστίαση στη γενικότητα, την πληρότητα και τη συνέχεια της περίθαλψης (Boada-Grau, 2011). Επίσης, μια ποιοτική και αποτελεσματική πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, μετατοπίζει την παροχή του αγαθού υγείας από την προσφορά λόγω ζήτησης για ιατρικές υπηρεσίες, στη φροντίδα που βασίζεται στις ανάγκες και στην ανθρωποκεντρική υποστήριξη σε ασθενείς που αντιμετωπίζουν τις προκλήσεις της καθημερινής ζωής και στην ανθρωποκεντρική υποστήριξη των κοινοτήτων για την ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και την ενθάρρυνση μεγαλύτερης ανθεκτικότητας. Μέσω της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και την εκπαίδευση των πολιτών σε ζητήματα υγείας διαπιστώνεται και μειωμένη εξάρτηση των ατόμων από τους ειδικούς της υγείας και ταυτόχρονα οι ίδιοι αναγνωρίζουν τον ρόλο που κατέχουν στη διασφάλιση και στην προστασία της υγείας (Gandek et al., 1998). Έτσι, μέσα σε ένα συλλογικό πλαίσιο που υπάρχει σαφής προσανατολισμός και κατεύθυνση για την υγεία ως κοινωνικό αγαθό, κάθε άτομο ξεχωριστά είναι σε θέση να αναγνωρίζει τον ρόλο του και την ευθύνη που φέρει αυτός (Gandek et al., 1998).

Τα οφέλη από την ισχυροποίηση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης για κάθε χώρα, δεν εμφανίζονται ούτε αναγνωρίζονται με τον ίδιο τρόπο, καθώς οι χώρες που δεν διαθέτουν ισχυρά συστήματα υγείας δεν είναι σε θέση να αντιληφθούν τα οφέλη αυτά. Με βασικό δείκτη για την αποτελεσματικότητα της ΠΦΥ, είναι η μείωση των εισαγωγών σε νοσοκομεία. (Strating & Nieboer, 2009). Ακόμη, έχει αναδειχθεί ότι το πολιτικό και το κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο των χωρών επιδρά στον τρόπο με τον οποίο σχεδιάζεται η ΠΦΥ, αλλά και γενικά το σύστημα υγείας που εφαρμόζει. Πιο συγκεκριμένα, έχοντας αποδειχθεί και κατανοηθεί η σύνδεση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με την οικονομία και τις δαπάνες για την υγεία, διαπιστώνεται ότι σε χώρες με ισχυρή ΠΦΥ υπάρχει και αντίστοιχη δαπάνη των οικονομικών πόρων στην υγεία (Goh & Eccles, 2009). Έτσι, μπορεί σε κάποιες χώρες να υπάρχουν μεγαλύτερες επενδύσεις στην ΠΦΥ, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ολλανδία, μπορεί να έχουν επενδύσει περισσότερα στα συστήματα υγείας τους τα τελευταία χρόνια, αλλά σε μακροπρόθεσμο επίπεδο τα χρήματα αυτά έχουν αξιοποιηθεί καθώς έχουν μειωθεί οι συνολικές δαπάνες για την υγεία. Έτσι, η διερεύνηση των εξελίξεων με την πάροδο του χρόνου και η αξιολόγηση της ΠΦΥ με εξελιγμένους δείκτες που επιτρέπουν τη σύγκριση μεταξύ των συστημάτων υγείας σε διάφορες χώρες είναι σημαντική (Strating & Nieboer, 2009).

Οι έρευνες που έχουν υλοποιηθεί σχετικά με την έννοια και τον ρόλο της ποιότητας στον τομέα της ΠΦΥ υποδηλώνουν ότι η φροντίδα υψηλής ποιότητας μπορεί να επιτευχθεί με πρακτικές που στηρίζονται σε διαφορετικά οργανωτικά μοντέλα. Ακόμη, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και οι ίδιοι οι οργανωτικοί παράγοντες, καθώς, πέρα από μοντέλα, είναι σε θέση να βελτιώσουν τη φροντίδα (Marceau et al., 2011). Η έννοια της ποιότητας στην ΠΦΥ δύναται και είναι απαραίτητο να διερευνείται σε όλα τα πλαίσια και τις διαδικασίες που εφαρμόζονται, αλλά και στις τελικές υπηρεσίες που λαμβάνουν οι ίδιοι οι ασθενείς. Η πρόσβαση και η εξυπηρέτηση των ασθενών κατά την επίσκεψη τους στις μονάδες της ΠΦΥ δύναται να αποτελέσει ένα βασικό δείκτη για την αξιολόγηση της ποιότητας, καλώντας του ασθενείς να αξιολογήσουν τις υπηρεσίες που έχουν λάβει, αλλά και να συμμετάσχουν ενεργά στις διαδικασίες και στη λήψη αποφάσεων σχετικά με ζητήματα που αφορούν την υγεία τους (Milliken et al., 2011).

Επιπλέον, η αποτελεσματικότητα και η ποιότητα της ΠΦΥ διαφαίνεται και στην αναλογία του προσωπικού, και ιδιαίτερα στην αναλογία των νοσηλευτών προς τους οικογενειακούς γιατρούς. Πιο συγκεκριμένα, το νοσηλευτικό προσωπικό κρίνεται

απαραίτητο να είναι παραπάνω από τους οικογενειακούς ιατρούς, ώστε να είναι αποτελεσματική η εξυπηρέτηση των πολιτών όταν φτάνουν στις μονάδες. Ακόμη, το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί τον παράγοντα εκείνο που είναι σε θέση να διαχειριστεί τους ασθενείς με χρόνιες παθήσεις και να τους περιθάλψει, διατηρώντας ταυτόχρονα τα ηλεκτρονικά αρχεία των ασθενών. Ένας ακόμη παράγοντας, είναι το χρονικό διάστημα αναμονής και εξυπηρέτησης των ασθενών, καθώς οι ασθενείς είναι πιο ικανοποιημένοι όταν λαμβάνουν άμεσα τη φροντίδα που χρειάζονται. Οι άμεσες υπηρεσίες υγείας, επίσης, χαρακτηρίζονται και πιο ποιοτικές, διότι οι ασθενείς λαμβάνουν τη θεραπεία που χρειάζονται σε σύντομο χρονικό διάστημα, με αποτέλεσμα να μην εμφανίζονται επιπλοκές στην περίπτωση τους. Η ποιότητα των υπηρεσιών επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι αυξάνεται και όταν υφίσταται διεπιστημονική προσέγγιση των περιπτώσεων των ασθενών, ώστε να τους παρέχεται ολιστική υποστήριξη και να διαχειρίζονται τυχόν επιπλοκές, αλλά και να υποστηρίζονται στην καθημερινότητά τους (Hutchison et al., 2003).

Η ποιότητα στην ΠΦΥ σε κάθε κράτος σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό και με το επίπεδο χρηματοδότησης που λαμβάνουν, καθώς η χρηματοδότηση καθορίζει τη λειτουργία τους και την παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες. Ειδικότερα, τα συστήματα υγείας που εμφανίζουν μια ικανοποιητική χρηματοδότηση είναι σε θέση να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες των πολιτών και να τους παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, ενώ οι μονάδες υγείας είναι στελεχωμένες με το κατάλληλο προσωπικό που μπορεί να διαχειριστεί την εκάστοτε περίπτωση. Ακόμη, η χρηματοδότηση των μονάδων σχετίζεται και με τον βαθμό συμμετοχής των ίδιων των πολιτών στην αμοιβή των γιατρών, καθώς σε περιπτώσεις που οι μονάδες υγείας δεν διαθέτουν τους απαραίτητους οικονομικούς πόρους για τη λειτουργία τους, οι ίδιοι οι πολίτες καλούνται να επιβαρυνθούν με αμοιβές του προσωπικού και των υπηρεσιών που λαμβάνουν κατά την περίθαλψή τους. Ωστόσο, η μειωμένη χρηματοδότηση των μονάδων μειώνει αντίστοιχα και την προσβασιμότητα των πολιτών, καθώς σε περιπτώσεις που οι αμοιβές που πρέπει να καταβάλουν είναι υψηλές οι ίδιοι οι πολίτες επιλέγουν να μην επισκεφτούν τις μονάδες όταν το χρειάζονται (Milliken et al., 2011).

Τέλος, ένας ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας που καθορίζει την ποιότητα των υπηρεσιών στις μονάδες της ΠΦΥ είναι η διοίκηση των μονάδων, η οποία και σχετίζεται με τον τρόπο λειτουργίας και εξυπηρέτησης των πολιτών. Οι μονάδες που διαθέτουν μια ισχυρή και αποτελεσματική διοίκηση είναι σε θέση να σχεδιάσουν πιο

αποτελεσματικά την καθημερινή τους λειτουργία, αλλά και να διαθέτουν προσωπικό που αναπτύσσει κίνητρα για τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και στη δράση τους μέσα στις μονάδες. Επίσης, έχει αποδειχθεί ότι μια ισχυρή και αποτελεσματική διοίκηση στις μονάδες είναι σε θέση να διαμορφώσει και ένα καλύτερο σύστημα επικοινωνίας των μονάδων υγείας με τις υπόλοιπες ιατρικές δομές, ώστε όταν χρειαστεί παραπομπή για τον ασθενή σε κάποια άλλη βαθμίδα του συστήματος υγείας, η εκάστοτε μονάδα της ΠΦΥ που έχει αναλάβει την περίθαλψή του δύναται να προσφέρει άμεσα όλες τις απαραίτητες πληροφορίες. Έτσι, δεν υπάρχει καθυστέρηση στην παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες και οι ίδιοι δεν χρειάζεται να ταλαιπωρούνται (Lemieux-Charles & McGuire, 2006). Ακόμη το επίπεδο διοίκησης που υπάρχει σε μια μονάδα υγείας καθορίζει και άλλους παράγοντες, όπως η καθημερινή της λειτουργία, η συνεργασία μεταξύ του προσωπικού και του προσωπικού με τους ασθενείς, αλλά και ο εξοπλισμός των μονάδων με τον απαραίτητο υλικοτεχνολογικό εξοπλισμό που χρειάζεται για την εξυπηρέτηση των πολιτών. Μάλιστα, ιδιαίτερα σημαντικό κρίνεται να χρησιμοποιείται και η συχνή αξιολόγηση όλων των παραπάνω, ώστε να μετράται η ικανοποίηση των ασθενών και η ίδια η διοίκηση να αναγνωρίζει τους τομείς που χρήζουν αλλαγών. Στη μέτρηση μπορούν να χρησιμοποιηθούν δείκτες που αξιολογούν την ποιότητα, είτε ποσοτικοί είτε ποιοτικοί και έχουν καθοριστεί ως βασικοί παράμετροι από τα ισχυρά συστήματα υγείας για την αποτελεσματικότητά τους (Mathisen et al., 2004).

2.4 Ο ρόλος της ηγεσίας στην ΠΦΥ

Η ηγεσία συνιστά μια ευρεία έννοια που αναπτύσσεται γρήγορα, ενώ έχει αποδειχθεί ότι προσφέρει σημαντικά οφέλη και στον κλάδο της υγείας, όπου χρειάζεται να εφαρμόζονται διαδικασίες που διαμορφώνουν ένα πλαίσιο αποτελεσματικής λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας. Οι πρακτικές και οι αποφάσεις της ηγεσίας είναι σε θέση να επηρεάζουν τη ρύθμιση της ομάδας για την επίτευξη κοινών στόχων, αλλά και να θέτει στόχους προς επίτευξη. Για τον λόγο αυτό γύρω από την έννοια της ηγεσίας έχουν αναπτυχθεί διάφορα στυλ και μοντέλα, τα οποία είναι σε θέση να εφαρμοστούν και στον τομέα της υγείας (Sol et al., 2016). Γενικά, έχει υποστηριχθεί ότι ένας καλός ηγέτης διακρίνεται από καλές δεξιότητες επικοινωνίας, να συνεργάζεται με τους υφισταμένους και τους παρακινεί να συμμετέχουν ενεργά στη λήψη αποφάσεων, αλλά και να είναι σε θέση να τονώνει το ηθικό του προσωπικού για την αποτελεσματική εκτέλεση των στόχων (Tayne et al., 2020, Nieuwboer et al., 2019). Το

μετασχηματιστικό στυλ ηγεσίας, έχει αποδειχθεί ένα ιδιαίτερα αποτελεσματικό στυλ ηγεσίας προς την παραπάνω κατεύθυνση, καθώς τονίζει τη σημασία της παρακίνησης των εργαζομένων, ενθαρρύνοντάς τους να δημιουργήσουν νέους τρόπους αντιμετώπισης ζητημάτων, επηρεάζοντας τους να πιστέψουν στις ιδέες και τις αξίες τους, ενώ οι ηγέτες στο στυλ αυτό είναι σε θέση να αξιολογήσουν αποτελεσματικά το προσωπικό αφού ολοκληρώσουν την αποστολή ή επιτύχουν έναν στόχο (Iriemi et al., 2013).

Οι περισσότερες μελέτες σχετικά με τον ρόλο της ηγεσίας επικεντρώνονται σε κλάδους εκτός του ιατρικού, ωστόσο τα τελευταία χρόνια έχει δημιουργηθεί μια συζήτηση σχετικά με τον ρόλο της ηγεσίας στον ιατρικό κλάδο και τις μονάδες υγείας. Οι έρευνες αυτές επιχειρούν να διερευνήσουν τον ρόλο της ηγεσίας, αλλά και τα οφέλη αυτής, ενώ εξετάζουν και τα στυλ ηγεσίας που δύνανται να είναι αποτελεσματικά στις μονάδες υγείας (Sol et al., 2016). Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει σημαντική πτώση στα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας στις περιπτώσεις των μονάδων υγείας που αξιοποιούν βέλτιστες πρακτικές στην ηγεσία, γεγονός που καταδεικνύει ότι τη διασύνδεση μεταξύ ηγεσίας και απόδοσης, καθώς και καλύτερη ροή εργασιών οικονομικών, επιχειρησιακών και οργανώσεων (Al-Habib, 2020). Επίσης, και η έρευνα των Hekmat et al. (2019) έχει διαπιστώσει ότι η έλλειψη στρατηγικών αποφάσεων στον τομέα της υγείας επιδρούν με αρνητικό τρόπο στην κοινότητα και στη διασφάλιση προς αυτή του αγαθού της υγείας. Από τις έρευνες αυτές διαφαίνεται ότι η ιατρική ηγεσία διαθέτει την ικανότητα να εισάγει και να εφαρμόζει σημαντικές αλλαγές στον ιατρικό οργανισμό επιτυγχάνοντας τη βελτίωση της λειτουργίας του και την αύξηση της αποδοτικότητάς του. Επιπλέον, η ικανότητα των ηγετών να επηρεάζουν άλλους με τέτοιο τρόπο ώστε να εργάζονται αποτελεσματικά προς όφελος των ασθενών και του ευρύτερου κοινού, δύνανται να αυξήσει την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, διαμορφώνοντας ένα πλαίσιο λειτουργίας, όπου ο άνθρωπος και οι ανάγκες του βρίσκονται στο επίκεντρο (Hargett et al., 2017). Επιπλέον, τον τελευταίο καιρό τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης έχουν την πρόκληση να παρέχουν οικονομικά προσιτή φροντίδα με βιώσιμες αλλά υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας, στοιχείο που καταδεικνύει την ανάγκη μιας αποτελεσματικής ηγεσίας που είναι σε θέση να διαχειριστεί του οικονομικούς πόρους και να τους διανείμει αποτελεσματικά προς όφελος των ασθενών (Al-Habib, 2020).

Στους οργανισμούς υγείας, και επομένως και στις μονάδες της ΠΦΥ, ο ηγέτης καλείται να αξιοποιήσει την υφιστάμενη πολιτική για τη λειτουργία τους και να διαμορφώσει το κατάλληλο πλαίσιο για την εξυπηρέτηση των ασθενών, κατανοώντας τη σημασία συνεργασίας όλων των εμπλεκόμενων σε αυτές. Οι μονάδες κρίνεται αναγκαίο να λειτουργούν ως δυναμικές οντότητες με συλλογική κουλτούρα, αναγνωρίζοντας το απρόβλεπτο περιβάλλον μέσα στο οποίο λειτουργούν, ενώ η αντίληψη αυτή δύναται να τους παράσχει και καλύτερη κατανόηση του ρόλου τους και της σχέσης που αναπτύσσουν με τους χρήστες υγείας. Επίσης, οι ηγέτες των μονάδων υγείας πρέπει να στηρίζονται στις αρχές της ποιότητας και να θέτουν στόχους προς την κατεύθυνση αυτή, ώστε να είναι σε θέση να αναπτύσσουν ευέλικτες διαδικασίες που δύνανται να αλλάξουν (Al-Habib, 2020). Έχοντας σαν όραμα και αποστολή να παρέχουν στους πολίτες ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, όλη η διοίκηση των μονάδων είναι σε θέση να συνεργαστεί και να στηρίξει διαδικασίες που προωθούν την εξέλιξή τους παρέχοντας στους χρήστες υγείας ποιοτικές υπηρεσίες υγείας σε τιμές προσβάσιμες στους ίδιους. Τέλος, η αναγνώριση της ποιότητας ως πρωταρχικό παράγοντα για τη λειτουργία των μονάδων προσφέρει τη δυνατότητα στους ηγέτες να αναγνωρίζουν τη δυνατότητα του λάθους, ως έναν ανθρώπινο παράγοντα και να διαμορφώνουν ένα πλαίσιο όπου τα λάθη είναι διαχειρίσιμα, αλλά δεν επιβαρύνουν τους πολίτες (Hargett et al., 2017).

Κεφάλαιο 3ο : Ο ρόλος και η ανάπτυξη της ΠΦΥ σε Ευρωπαϊκό επίπεδο

3.1 Εξέλιξη της ΠΦΥ στην Ευρώπη

Δεν έχουν όλες οι χώρες σαφές κυβερνητικό όραμα για το μέλλον της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Ωστόσο, οι περισσότερες χώρες έχουν επιτύχει την αυτονομία και αποκέντρωση την πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αλλά υπάρχει σημαντικός αριθμός χωρών που δεν έχει εστιάσει ούτε έχει συμπεριλάβει την εκπαίδευση των επαγγελματιών, τη χάραξη κατευθυντήριων γραμμών για τη λειτουργία των δομών με βάση τα δικαιώματα των πολιτών στην υγεία. Ακόμη, δεν έχουν καθοριστεί με σαφήνεια οι κανόνες σχετικά με τη συνολική λειτουργία της ΠΦΥ, με αποτέλεσμα σε πολλές περιπτώσεις ΠΦΥ οι οδηγίες προς τις μονάδες να παρέχονται από ειδικούς ιατρούς ή τα υπουργεία των χωρών (Travis et al., 2004).

Σε επίπεδο δαπανών σχετικά την υγεία έχει αποδειχθεί ότι υφίσταται διάκριση μεταξύ των χωρών της ανατολικής και της δυτικής Ευρώπης, αλλά και στο εισόδημα των παρόχων υγείας που διαμορφώνεται. Πιο συγκεκριμένα, στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης οι πάροχοι υγείας έχουν πολύ χαμηλότερο εισόδημα από εκείνο των ειδικών ιατρών, ενώ οι συμβάσεις των γενικών ιατρών με το σύστημα υγείας στηρίζεται σε οικονομικά κριτήρια και κριτήρια απόδοσης. Στις περισσότερες χώρες, επίσης, οι γενικοί ιατροί είναι οι πιο συνηθισμένοι πάροχοι πρωτοβάθμιας φροντίδας, ενώ σε άλλες ορισμένες ιατρικές ειδικότητες είναι άμεσα προσβάσιμες λειτουργίες στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Σημαντικό εμπόδιο για την ισχυροποίηση της ΠΦΥ αποτελεί και γήρανση των εργαζομένων στην υγεία, αλλά και η προτίμηση των περισσότερων να εξασκηθούν και να ειδικευτούν σε πιο εξειδικευμένες ειδικότητες, με αποτέλεσμα να υπάρχουν σημαντικές ελλείψεις και αδυναμία αντικατάστασης των οικογενειακών ιατρών και τον γενικών ιατρών. (Rohde et al., 2008).

Στην Ευρώπη, έχει αναδειχθεί, ωστόσο, ότι δεν υφίσταται ίση κατανομή των ιατρών στις χώρες και στο σύστημα υγείας που διαθέτει. Αποτέλεσμα της άνισης αυτής κατανομής αποτελεί η αδυναμία ορισμένων ασθενών να εξεταστούν από ειδικότητες που σχετίζονται με το ζήτημα υγείας που αντιμετωπίζουν. Ωστόσο, οι οργανωτικές ρυθμίσεις που έχουν προωθηθεί για τη διευκόλυνση της πρόσβασης των πολιτών στις μονάδες υγείας δημιουργούν αφήνουν άφθονο περιθώριο βελτίωσης, ιδίως λαμβάνοντας υπόψη τηλεφωνικές και ηλεκτρονικές διαβουλεύσεις, τα συστήματα ραντεβού και την παροχή συμβουλών για ειδικές ομάδες ασθενών. Επίσης, η πιθανότητα επίσκεψης στο σπίτι από γιατρό γενικού ιατρού διαφέρει σημαντικά στην

Ευρώπη, ενώ οι κατ' οίκον υπηρεσίες και επισκέψεις σε ασθενείς εμφανίζουν σημαντική διαφοροποίηση (Mackenbach et al., 2010). Τέτοιες υπηρεσίες μπορούν να παρέχονται από γενικούς ιατρούς είτε εκ περιτροπής είτε σε μεγαλύτερες δομές, όπως συνεταιρισμοί γενικών ιατρών, είτε από ειδικές υπηρεσίες στις οποίες δεν συμμετέχουν οι γενικοί ιατροί. Σε λίγες χώρες, όπως η Κύπρος, η Εσθονία, η Λετονία και η Λιθουανία, τα τμήματα επειγόντων περιστατικών νοσοκομείων εξακολουθούν να έχουν την αποκλειστική ευθύνη για τη φροντίδα μετά το ωράριο λειτουργίας, παρόλο που έχει προωθηθεί η αναβάθμιση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και η εξυπηρέτηση των πολιτών από τις μονάδες της ΠΦΥ (Rohde et al., 2008).

Γενικά έχει διαπιστωθεί ότι το πιο ολοκληρωμένο σύνολο υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, τόσο θεραπευτικές όσο και προληπτικές, προσφέρεται στο Βέλγιο, τη Βουλγαρία, τη Φινλανδία, τη Γαλλία, τη Λιθουανία, τη Νορβηγία, την Πορτογαλία, την Ισπανία, τη Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Πιο συγκεκριμένα, οι δομές που απαρτίζουν την πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι πλήρως εξοπλισμένες και είναι σε θέση να καλύψουν ένα ευρύ φάσμα των αναγκών των πολιτών. Ακόμη, μεταξύ των βαθμίδων υγείας υπάρχει διασύνδεση, ενώ εκτός από τους ιατρούς αναγνωρίζεται και ο σημαντικός ρόλος των νοσηλευτών μέσα στο σύστημα υγείας. Τα παραπάνω δεν σημαίνουν ότι η ιδιωτική ιατρική δεν υφίσταται στις χώρες αυτές, αλλά υπάρχει μια γενικότερη εστίαση όλων στην πρόληψη και στην εκπαίδευση των πολιτών (Kringos et al., 2010). Στις χώρες της Ευρώπης, μάλιστα, η εγγραφή ασθενών σε ιατρείο γενικού ιατρού είναι ευεργετική για τη συνέχεια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και για τον λόγο αυτό πολλές χώρες έχουν υιοθετήσει την πρακτική αυτή, αλλά υπάρχουν και χώρες όπου όλοι οι πολίτες ανεξαρτήτως της ασφάλειας που κατέχουν έχουν ελεύθερη πρόσβαση σε όλες τις υπηρεσίες υγείας και σε όλες τις μονάδες. Ένα τέτοιο σύστημα εφαρμόζουν η Αυστρία, το Βέλγιο, η Κύπρος, η Γαλλία, η Γερμανία, η Ιρλανδία, το Λουξεμβούργο, η Μάλτα, η Σουηδία, η Δανία και η Ελβετία, όπου οι ασθενείς είναι σε θέση να επιλέξουν μόνοι στον ιατρό, ωστόσο οι περισσότεροι καταλήγουν να χρησιμοποιούν τον ίδιο γιατρό για μεγάλο χρονικό διάστημα (Starfield et al., 2005, Kringos et al., 2013).

3.2 Καλές πρακτικές για την εξέλιξη της ΠΦΥ

Η ισχυρή πρωτοβάθμια περίθαλψη σχετίζεται και συνδέεται και με βασικούς παράγοντες που την προάγουν. Πιο συγκεκριμένα, στις χώρες που υπάρχει οι δομές στηρίζονται από τους γενικούς ιατρούς, ενώ όλες οι διαδικασίες απορρέουν από τον εθνική πολιτική και την αναγνώριση των αναγκών των πολιτών. Οι χώρες με ισχυρή συνολική πρωτοβάθμια φροντίδα μοιράζονται ορισμένα χαρακτηριστικά, όπως η υπεροχή των γενικών ιατρών ως το βασικό σημείο εστίασης της παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι ιατροί που εργάζονται στις μονάδες υγείας της ΠΦΥ στα ισχυρά συστήματα υγείας συνιστούν τον βασικό παράγοντα, ώστε οι ασθενείς να έλθουν σε επαφή με το σύστημα υγείας και να εξυπηρετηθούν σε πρώτο επίπεδο στο αίτημά τους. Μάλιστα, λειτουργούν και σαν σημείο εισόδου των ασθενών στο σύστημα υγείας, καθώς μέσω αυτών παρέχεται η απαραίτητη πληροφόρηση και καθοδήγηση σχετικά με τις διαδικασίες που χρειάζεται να ακολουθούν ώστε να λάβουν την απαραίτητη περίθαλψη, αλλά και τις ειδικότητες που χρειάζεται να επισκεφθούν (Mackenbach et al., 2010, Kringos et al., 2013). Αυτός ο ρόλος της φροντίδας πρώτης επαφής μπορεί μερικές φορές να μοιραστεί με τους νοσηλευτές, παρέχοντας τους τη δυνατότητα να διενεργούν ιατρικές πράξεις ωφέλιμες για τους πολίτες και μειώνοντας τον φόρτο εργασίας από τους γενικούς ιατρούς (Kringos, 2013). Μια τέτοια πρακτική εφαρμόζεται για παράδειγμα στη Φινλανδία και στο Ηνωμένο Βασίλειο, ως συμπληρωματική πολιτική για τη βελτίωση της προσβασιμότητας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, ώστε οι πολίτες να λαμβάνουν άμεσα τις υπηρεσίες υγείας που χρειάζονται. Μάλιστα γενικά έχει διαπιστωθεί ότι στις χώρες με ισχυρή πρωτοβάθμια περίθαλψη, οι νοσηλευτές διαθέτουν έναν διευρυμένο και αναβαθμισμένο ρόλο, καθώς έχουν τη δυνατότητα να αναλάβουν έναν ιατρικό ρόλο υποστήριξης για μεμονωμένους ασθενείς, παρακολουθώντας τη διάγνωση, τη θεραπεία, την πρόληψη και τις δραστηριότητες περίθαλψης. Οι τρόποι αυτής της συνεργασίας μεταξύ του ιατρικού προσωπικού και των ασθενών μπορεί να είναι πολύ διαφορετικοί σε ολόκληρη την Ευρώπη, αλλά διαδραματίζουν τον ίδιο ουσιαστικό ρόλο, καθώς έχουν αναδειχθεί σε αποτελεσματικές πρακτικές ενίσχυσης των μονάδων υγείας (Mackenbach et al., 2010, Kringos et al., 2013).

Ιδιαίτερα σημαντική πρακτική αναγνωρίζεται και η ύπαρξη επίσημης δέσμευσης για την καθολική πρόσβαση των ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, καθώς η δέσμευση αυτή καθορίζει και τις διαδικασίες που εφαρμόζονται για την επιτυχία των

διαδικασιών και των πολιτικών που εφαρμόζονται. Με εξαίρεση την Κύπρο, την Ιρλανδία και τη Λετονία, όλες οι χώρες τείνουν να μειώνουν όσο το δυνατόν περισσότερο τις συμπληρωματικές πληρωμές πρωτοβάθμιας φροντίδας, ιδιαίτερα για επισκέψεις γενικής ιατρικής. Ωστόσο, η διαδικασία για την φαρμακευτική περίθαλψη χαρακτηρίζεται πιο περίπλοκη, διότι οι ίδιοι οι ασθενείς δεν συμμετέχουν καθόλου σε αυτή, με αποτέλεσμα όλες οι διαδικασίες και τα ποσά να παρέχονται από το ίδιο το σύστημα υγείας.

Μια ακόμη καλή πρακτική που εντοπίζεται συνιστά η ρύθμιση της συμμετοχής σε συστήματα που βασίζονται σε ασφάλειες, οι οποίες και μειώνουν σημαντικά τη συμμετοχή των πολιτών σε αυτά. Η χρήση των ασφαλειών για τη συμμετοχή στα συστήματα υγείας αποτελεί μια διαδικασία που εφαρμόζεται στη Γερμανία, στην Ολλανδία και στην Ελβετία, ενώ σε πολλές χώρες επιχειρείται η εφαρμογή πολιτικών και διαδικασιών που αυξάνουν την προσβασιμότητα των ευπαθών κοινωνικών ομάδων σε υπηρεσίες υγείας (Mackenbach et al., 2010). Για να μπορέσει, ωστόσο, η πρακτική αυτή να καταστεί επιτυχημένη κρίνεται αναγκαίο να υπάρχει γνώση σχετικά με τον πληθυσμό που καλούνται οι μονάδες υγείας να καλύψουν και τον τις ανάγκες αυτού, καθώς μέσω των παραπάνω διαμορφώνεται και το κόστος για της υπηρεσίες και οι δαπάνες προς αυτή. Βασικό στόχο, όμως, σε όλη την Ευρώπη αποτελεί η καθολική πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας (Kringos, 2010, Kringos et al., 2013). Επίσης, χώρες εκτός ΕΕ (Νορβηγία, Ελβετία και Τουρκία) επιδιώκουν ισοδύναμους στόχους και χαρακτηριστικά όσον αφορά τη θέση της γενικής ιατρικής, την καθολική κάλυψη και άλλες συνιστώσες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Άλλες πτυχές των ισχυρών συστημάτων πρωτοβάθμιας περίθαλψης θα μπορούσαν να βρεθούν στις πολιτικές υπέρ των δικαιωμάτων των ασθενών, στη γεωγραφική ισότητα στην κατανομή των ανθρώπινων πόρων πρωτοβάθμιας περίθαλψης και στην ακαδημαϊκή ανάπτυξη της γενικής πρακτικής, οι οποίες όμως δεν εμφανίζονται με τον ίδιο ρυθμό σε όλες τις χώρες. Ωστόσο, όλα τα παραπάνω έχουν αναδειχθεί σε ιδιαίτερα σημαντικούς παράγοντες που ενισχύουν την ΠΦΥ και προσφέρουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας σε όλους τους πολίτες (Kringos, 2010, Kringos et al., 2013).

Κεφάλαιο 4ο : Μελέτη της ΠΦΥ στην Ολλανδία

Η Ολλανδία διαθέτει ένα σύστημα υγείας, όπου οι υπηρεσίες υγείας λαμβάνουν χρηματοδότηση από έναν συνδυασμό κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης, ενώ διαθέτει και ένα πρόσθετο σύστημα χρηματοδότησης των περιπτώσεων που χρήζουν μακροχρόνιας περίθαλψης. Οι δαπάνες για την υγεία με τον τρόπο αυτό συνιστούν το 9,9% επί του ΑΕΠ της χώρας, ενώ υπάρχει και περίθαλψη για τους ηλικιωμένους μέσω οίκων ευγηρίας που χρηματοδοτούνται για τη φροντίδα και περίθαλψή τους. (ΠΟΥ Περιφερειακό Γραφείο για την Ευρώπη, 2009). Επίσης, τα άτομα με χρόνια πάθηση και άτομα με αναπηρία δικαιούνται πληρωμές σε μετρητά και μειώσεις φόρων, εάν πληρούν ορισμένες προϋποθέσεις. Ωστόσο, η διαθεσιμότητα ενεργών γενικών ιατρών είναι σχετικά χαμηλή στην Ολλανδία, με αποτέλεσμα οι άνθρωποι να έχουν κατά μέσο όρο 5,9 επαφές εξωτερικών ασθενών ετησίως, κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ. Το βασικότερο ζήτημα, ωστόσο, που χρήζει άμεσης διαχείρισης στην Ολλανδία αποτελεί η μεταφορά καθηκόντων από επαγγελματίες γιατρούς σε νοσηλευτές, ώστε να καλύπτονται πιο άμεσα οι ανάγκες των ασθενών και να αυξηθεί η εξυπηρέτησή τους. Το μερίδιο του ΑΕΠ που δαπανάται για παροχές κοινωνικής προστασίας σε είδος είναι σχετικά υψηλό: 8,7% στην ΕΕ27 και 10,4% στην Ολλανδία, ενώ το ίδιο ισχύει για τις δαπάνες για κοινωνικές υπηρεσίες μακροχρόνιας περίθαλψης, οι οποίες απευθύνονται σε άτομα με λειτουργικούς περιορισμούς (Eurostat, 2009).

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη αποτελεί τη ραχοκοκαλιά του ολλανδικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, ενώ η πολιτική που εφαρμόζεται και προωθείται για την υγεία επικεντρώνεται επί του παρόντος στη βελτίωση της οργάνωσης, της ολοκλήρωσης και της διαφάνειας της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν συγκεκριμένες πρακτικές που εφαρμόζονται για την οξεία περίθαλψη των ασθενών, τα οποία σχετίζονται με την ενίσχυση των μονάδων υγείας που παρέχουν διάγνωση και θεραπεία, ενώ προωθείται και η συστηματική συνεργασία μεταξύ διαφόρων κλάδων υγείας, ώστε να παρέχεται μια ολιστική και αποτελεσματική φροντίδα στους ασθενείς. Ακόμη, αποσκοπείται να αυξηθεί η καινοτομία και η επιχειρηματικότητα στην ολλανδική υγειονομική περίθαλψη με στόχο να αυξηθεί η συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων ώστε να καταστεί η υγειονομική περίθαλψη πιο διαφανή για τους ασθενείς (Kroneman et al., 2006). Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται, επιπλέον, στην παροχή προληπτικής φροντίδας και προαγωγής της υγείας και πολλές συζητήσεις έχουν αναπτυχθεί γύρω από τις διαδικασίες που δύνανται να

καταστούν αποτελεσματικές προς την κατεύθυνση αυτή (Dobrev et al., 2008). Πιο συγκεκριμένα, η πρωτοβάθμια περίθαλψη εντάσσεται στα πλαίσια δράσης της Βασιλικής Ολλανδικής Ένωσης, του Ολλανδικού Κολλεγίου Ιατρών, της Ομοσπονδίας Ασθενών και Οργανώσεων Καταναλωτών Ολλανδίας, ενώ σημαντική συμμετοχή εμφανίζουν και οι δημοτικές υπηρεσίες. (Schäfer et al., 2010). Το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Αθλητισμού, επίσης, αποτελεί τον φορέα που καθορίζει ετησίως τον συνολικό προϋπολογισμό της υγειονομικής περίθαλψης, αλλά δεν υπάρχει συγκεκριμένος προϋπολογισμός για την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Στο πλαίσιο του συνολικού προϋπολογισμού του Υπουργείου, οι γενικοί ιατροί, οι φαρμακοποιοί, οι φυσιοθεραπευτές και άλλοι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη λαμβάνουν ένα συγκεκριμένο χρηματικό ποσό, ενώ καλούνται οι ασθενείς μέσω της ασφάλειας που διαθέτουν να συμπληρώσουν το υπόλοιπο ποσό, ώστε οι γενικοί ιατροί να αποζημιώνονται μέσω ασφαλιστικών εταιρειών υγείας. Βέβαια, η κυβέρνηση αποτελεί τον φορέα που καθορίζει το επίπεδο των τελών και το τέλος κεφαλαίου, το οποίο και εναπόκειται συχνά σε συζητήσεις και διαπραγματεύσεις (NHG, 2010).

Η κυβέρνηση της Ολλανδίας δεν διαθέτει μόνο την ευθύνη να λαμβάνει αποφάσεις σχετικά με τις πολιτικές που εφαρμόζονται στην υγείας, αλλά συμμετέχει ενεργά και στις αποφάσεις σχετικά την ασφάλιση των πολιτών, αλλά και τον καθορισμό των τιμών των υπηρεσιών υγείας που λαμβάνουν. Με τον τρόπο αυτό διαμορφώνεται ένα πλαίσιο συγκεκριμένων στόχων και δράσεων που πρέπει να υλοποιηθούν, ώστε να καθίσταται αποτελεσματική και αποδοτική η δημόσια υγεία σε όλα τα επίπεδα. Από την άλλη μεριά, οι δημοτικές υπηρεσίες που δρουν στον τομέα της υγείας αναγνωρίζονται ως ιδιαίτερα σημαντικές για την επιτυχία της δημόσιας υγείας και για τον λόγο αυτό συμμετέχουν ενεργά στις διαδικασίες και πολιτικές πρόληψης που εφαρμόζονται, αλλά και στην εκπαίδευση του κοινού σε ζητήματα υγείας. Οι δήμοι, μάλιστα, από το 2007 έχουν αναλάβει να υλοποιήσουν προγράμματα κατ' οίκον φροντίδας ασθενών, ώστε να παρέχεται σε όλους τους πολίτες η αναγκαία περίθαλψη (Schäfer et al., 2010).

Μετά την ολοκλήρωση της εξαετούς ιατρικής εκπαίδευσης, όσοι περνούν τις εξετάσεις έχουν τα προσόντα για την άσκηση της ιατρικής, συμπεριλαμβανομένης της συνταγογράφησης φαρμάκων και της παροχής ιατρικών πιστοποιητικών, με αποτέλεσμα να εντάσσονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Η παραπάνω εκπαίδευση, ωστόσο, δεν χαρακτηρίζεται επαρκής για να αναλάβει κάποιος χρέη γενικού ιατρού ή

να εργαστεί σε κάποια άλλη ειδικότητα. Για να μπορέσει να λάβει ειδικότητα κρίνεται αναγκαίο να υλοποιήσει και μεταπτυχιακή εκπαίδευση που εστιάζει στον τομέα της γενικής πρακτικής και η οποία έχει διάρκεια τριών χρόνων. Το πρόγραμμα αυτό διαθέτει σημαντικό ποσοστό συμμετοχή ετησίως, καθώς το 20% περίπου των αποφοίτων από την ιατρική σχολή υλοποιούν τη συγκεκριμένη εκπαίδευση. Ακόμη, για να μπορέσει κάποιος να εργαστεί ως γενικός ιατρός κρίνεται απαραίτητο να έχει εγγραφεί στους αντίστοιχους καταλόγους προτού αρχίσει να ασκεί το επάγγελμα του. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης υποχρεούνται από τον νόμο να παρέχουν «υπεύθυνη» περίθαλψη με βάση ένα σύστημα ποιότητας σύμφωνα με τον Νόμο για την Ποιότητα των Ιδρυμάτων Φροντίδας, ενώ σύμφωνα με το νομοθετικό πλαίσιο που ισχύει στην Ολλανδία η υπεύθυνη φροντίδα ορίζεται ως φροντίδα καλής ποιότητας, η οποία είναι αποτελεσματική, αποδοτική και προσανατολισμένη στον ασθενή και η οποία ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες του ασθενούς. Οι γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης κρίνεται απαραίτητο να εφαρμόζουν πολλές κατευθυντήριες οδηγίες πιστά, οι οποίες έχουν συνταχθεί από το Ολλανδικό Κολλέγιο Γενικών Ιατρών και την Ολλανδική Ένωση Γενικών Ιατρών. Οι οδηγίες αυτές σχετίζονται με τις διαδικασίες θεραπείας που εφαρμόζουν και τις οδηγίες συνταγογράφησης, ενώ υπάρχουν σχετικές οδηγίες και για τον τρόπο λειτουργίας και υποδομών που πρέπει να διαθέτουν τα γενικά ιατρεία (Schäfer et al., 2010).

Τα δικαιώματα των ασθενών, όπως η ενημερωμένη συγκατάθεση, η πρόσβαση των ασθενών στους δικούς τους ιατρικούς φακέλους, η εμπιστευτική χρήση ιατρικών αρχείων και οι διαδικασίες καταγγελίας προστατεύονται από το νόμο, ενώ όλοι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης υποχρεούνται από τον νόμο να οργανώνουν ένα συμβούλιο ασθενών για να ενισχύσουν τη νομική θέση των πελατών και να εναρμονίσουν την προσφορά και τη ζήτηση. Επίσης, οι ασθενείς συμμετέχουν ενεργά στην αξιολόγηση των μονάδων υγείας και στις υπηρεσίες που λαμβάνουν και αντίστοιχα οι μονάδες υγείας καλούνται να λάβουν υπόψη την ενημέρωση που τους παρέχεται και να φροντίζουν να ανταποκρίνονται στις ανάγκες και στις εμπειρίες των ασθενών με την υγειονομική περίθαλψη, για τη βελτίωση της ανταπόκρισης του συστήματος (Schäfer et al., 2010).

Τα δικαιώματα των ασθενών, όπως η ενημερωμένη συγκατάθεση, η πρόσβαση των ασθενών στους δικούς τους ιατρικούς φακέλους, η εμπιστευτική χρήση ιατρικών αρχείων και οι διαδικασίες καταγγελίας προστατεύονται από το νόμο, ενώ όλοι οι

πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης υποχρεούνται από τον νόμο να οργανώνουν ένα συμβούλιο ασθενών για να ενισχύσουν τη νομική θέση των πελατών και να εναρμονίσουν την προσφορά και τη ζήτηση. Επίσης, οι ασθενείς συμμετέχουν ενεργά στην αξιολόγηση των μονάδων υγείας και στις υπηρεσίες που λαμβάνουν και αντίστοιχα οι μονάδες υγείας καλούνται να λάβουν υπόψη την ενημέρωση που τους παρέχεται και να φροντίζουν να ανταποκρίνονται στις ανάγκες και στις εμπειρίες των ασθενών με την υγειονομική περίθαλψη, για τη βελτίωση της ανταπόκρισης του συστήματος (Schäfer et al., 2010).

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη συμμετέχει στις δαπάνες για την υγείας με ποσοστό της τάξεως του 14%. (Schäfer et al., 2010). Το μεγαλύτερο ποσοστό των πολιτών διαθέτει την απαραίτητη ασφάλεια για να μπορεί να λάβει τις κατάλληλες υπηρεσίες υγείας, ενώ η ασφάλειά του απορρέει από τον συνδυασμό δημόσιας και ιδιωτικής ασφάλισης. Στο βασικό πακέτο παροχών περιλαμβάνεται φροντίδα που παρέχεται από γιατρό, μαία, φυσιοθεραπευτή και ένας μέγιστος αριθμός συνεδριών φροντίδας που παρέχεται από εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, διαιτολόγοι και θεραπευτές αποκατάστασης. Ωστόσο, για κάθε περίθαλψη που λαμβάνεται εκτός από τη γενική ιατρική περίθαλψη, οι ασθενείς έχουν ετήσια έκπτωση. Αυτή η έκπτωση δεν μπορεί να ασφαλιστεί μέσω της εθελοντικής ασφάλισης υγείας, ωστόσο, τα έξοδα θεραπείας που δεν καλύπτονται από τη βασική κάλυψη μπορούν να επιστραφούν μέσω της εθελοντικής ασφάλισης υγείας. Ακόμη, οι ασθενείς που χρόνια νοσήματα είναι σε θέση να χρησιμοποιούν με βάση την περίπτωση τους φάρμακα από μια συγκεκριμένη λίστα με προτεινόμενες αγωγές για την πάθησή τους, ενώ η χρήση των αγωγών αυτών συνοδεύεται και με την αποζημίωση των ασθενών (Schopper & De Wolf, 2007).

Ωστόσο, μέριμνα και εφαρμογή συγκεκριμένων πολιτικών υπάρχει και για το σύστημα αμοιβών των ιατρών. Πιο συγκεκριμένα, οι ιατροί λαμβάνουν αποζημίωση για όλες τις υπηρεσίες τους, καθώς η αποτελεσματικότητα των γενικών ιατρών συνιστά βασικό παράγοντα για τη διαχείριση της αποτελεσματικότητας των μονάδων υγείας (Schäfer et al., 2010). Οι διαπραγματεύσεις συμβάσεων πραγματοποιούνται μεταξύ των ασφαλιστών και των επιτροπών που εκπροσωπούν τους γενικούς ιατρούς και εκπροσώπους της Ολλανδικής ένωσης γιατρών.

Το 2008 το 56% των ιατρών αποτελούσε γενικούς ιατρούς, ενώ ποσοστό ιδιαίτερα σημαντικό για την επιτυχία της Πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Capaciteitsorgaan, 2008).

Εκτός, όμως από γενικούς ιατρούς στην Πρωτοβάθμιας περίθαλψη υπάρχουν και άλλες ειδικότητες, οι οποίες κρίνονται αναγκαίες και την προαγωγή και τη διασφάλιση της δημόσιας υγείας, όπως οδοντίατροι, εργοθεραπευτές, μαίες, φυσιοθεραπευτές, νοσηλευτές κατ' οίκον φροντίδας, εξειδικευμένους νοσηλευτές και νοσηλευτές πρωτοβάθμιας περίθαλψης / γενικής ιατρικής (Kroneman, Maarse & Van der Zee, 2006 Schäfer et al., 2010). Οι μελέτες σχεδιασμού ικανότητας εκτελούνται συχνά σχετικά με τις ανάγκες και την ανάπτυξη ικανοτήτων του εργατικού δυναμικού της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο μέλλον και οι πολίτες εμφανίζονται σε μεγάλο ποσοστό ιδιαίτερα ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που λαμβάνουν. Ανά περιόδους, μάλιστα, για να μετρηθεί η αποτελεσματικότητα των μονάδων υγείας και να εισαχθούν οι απαραίτητες αλλαγές, οι αρμόδιοι φορείς επικοινωνούν με τους ίδιους τους ασθενείς και ζητούν την αξιολόγηση των υπηρεσιών που έλαβαν, ώστε στη συνέχεια η ανατροφοδότηση αυτή να αποτελέσει τον πυρήνα για την εισαγωγή αλλαγών (Verheij et al., 2010a). Τέλος, έχει αναδειχθεί ότι οι πολίτες στην Ολλανδία εμφανίζουν υψηλή επισκεψιμότητα και χρήση των υπηρεσιών που παρέχοντας στην ΠΦΥ, στοιχείο που αναδεικνύει την αποτελεσματικότητα αυτής, αλλά και την ικανοποίηση των ίδιων των ασθενών (Faber, Voerman & Grol, 2009, Verheij et al., 2010).

Κεφάλαιο 5ο : Μελέτης της ΠΦΥ στη Δανία

Η Δανία, διαθέτει ένα ισχυρό σύστημα υγείας που επιτυγχάνει καθολική πρόσβαση των πολιτών σε υπηρεσίες υγείας. Ειδικότερα, όλοι οι κάτοικοι δύνανται να λάβουν δωρεάν υπηρεσίες υγείας άμεσα, ενώ διευκολύνεται και η πρόσβασή τους σε πιο εξειδικευμένες ειδικότητες ιατρών. Ωστόσο, στην περίπτωση επίσκεψης σε εξειδικευμένους ιατρούς οι υπηρεσίες που λαμβάνουν είναι δωρεάν εάν διαθέτουν το αντίστοιχο παραπεμπτικό. Οι Δανοί γενικοί ιατροί λειτουργούν σαν οικογενειακοί γιατροί, ενώ επίσης, η δωρεάν πρόσβαση περιλαμβάνει μεταφορά των ασθενών με ασθενοφόρο, αποκατάσταση και παρηγορητική φροντίδα. Το μέγεθος και η διάρκεια περίθαλψης που λαμβάνουν οι ασθενείς σχετίζεται με την περίπτωση της πάθησής του, ενώ τα παραπάνω καθορίζονται από τους γενικούς ιατρούς χωρίς να υπάρχει περιορισμός στις υπηρεσίες υγείας. Η υγειονομική περίθαλψη χρηματοδοτείται σε μεγάλο βαθμό από φόρους, ωστόσο υπάρχουν και συμπληρωματικές πληρωμές από τους ίδιους τους ασθενείς, οι οποίες όμως καλύπτουν ένα μικρό ποσοστό της αμοιβής για τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν (Strandberg-Larsen, 2007). Οι 2 μεγαλύτερες υπηρεσίες συνπληρωμής είναι τα συνταγογραφούμενα φάρμακα και η οδοντιατρική περίθαλψη ενηλίκων, ενώ οι δημοτικές υπηρεσίες υγείας όπως η κατ' οίκον νοσηλεία, η κατ' οίκον βοήθεια, οι σχολικές υπηρεσίες υγείας, οι επισκέπτες υγείας σε μητέρες με νεογέννητα, η αποκατάσταση και οι παιδικές οδοντιατρικές υπηρεσίες είναι επίσης δωρεάν. Διατίθεται ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη, αλλά τα νοσοκομεία που ανήκουν στο δημόσιο και λειτουργούν παρέχουν το 97% όλων των νοσοκομειακών υπηρεσιών. Ένα τυπικό γραφείο γενικού ιατρού λαμβάνει το 95% των εσόδων λειτουργίας του από δημόσιους πόρους. Τα νοσοκομεία στελεχώνονται από έμμισθους γιατρούς και οι γενικοί ιατροί και οι ειδικοί σε ιατρεία είναι αυτοαπασχολούμενοι και έχουν συμβάσεις με τις αρχές δημόσιας χρηματοδότησης. Οι συμβάσεις που πραγματοποιούνται σχετίζονται με υπηρεσίες ανταπόδοσης και οι αμοιβές των ιατρών για τις υπηρεσίες αυτές στηρίζονται σε ένα συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα, το οποίο εξετάζεται κάθε δύο έτη (OECD, 2012).

Τα συμβόλαια που διαμορφώνονται και οι οδηγίες σχετικά με τις διαδικασίες παροχής και αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνουν και άλλους τομείς που αφορούν την περίθαλψη των ασθενών. Ειδικότερα, τα συμβόλαια καθορίζουν και τον τρόπο λειτουργίας των δομών, των ωρών εργασίας τους και τους τρόπους επίσκεψης των πολιτών σε αυτές. Σημαντικό ρόλο, μάλιστα στα παραπάνω διαδραματίζουν και οι

περιφερειακές κυβερνήσεις. Οι περιφερειακές κυβερνήσεις διαχειρίζονται τα δημόσια νοσοκομεία ως προς τον σχεδιασμό, τη λειτουργία και την χρηματοδότηση, αλλά και οι υπηρεσίες υγείας που βασίζονται σε ιατρεία, όπως η γενική ιατρική και οι ειδικοί στο γραφείο. Οι δήμοι διαθέτουν, επίσης, τοπικές υπηρεσίες υγείας που ασχολούνται με την πρωτογενή πρόληψη. Οι έρευνες ασθενών δείχνουν ένα επίμονα υψηλό επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών, ενώ η Δανία έχει διατηρήσει ιστορικά το κόστος υγειονομικής περίθαλψης κάτω από τους μέσους ρυθμούς ανάπτυξης του ΟΟΣΑ. Κατά το έτος 2007, μάλιστα, το κόστος επί του συνολικού ΑΕΠ της χώρας σε δαπάνες υγείας ανερχόταν σε 9,7% (*Ministry of Health and Prevention, 2008*).

Η Δανία, έχει αναδειχθεί σε μια χώρα που έχει στηρίξει την παροχή υπηρεσιών υγείας στην Πρωτοβάθμια Υγεία, διαθέτοντας ένα υψηλό αποκεντρωμένο σύστημα υγείας, όπου ως επί το πλείστον το κράτος διαθέτει έναν περιορισμένο ρόλο και κυρίως συμβουλευτικό. Οι μονάδες υγείας είναι αποκεντρωμένες και είναι σε θέση να λαμβάνουν αποφάσεις, ενώ η χρηματοδότησή τους στηρίζεται σε έναν συνδυασμό της εθνικής και τοπικής φορολογίας, με στόχο να καλυφθούν οι ανάγκες όλων των πολιτών. Βασικό στόχο και του συστήματος υγείας στη Δανία αποτελεί η πλήρης κάλυψη του πληθυσμού και η άρση των αποκλεισμών που ενδέχεται να εμφανίζεται στην υγεία, ενώ αντίστοιχα οι υπηρεσίες υγείας διαμορφώνονται με βάση τις ανάγκες των πολιτών για να καλύπτονται όλες (*Ministry of Health and Prevention, 2008*). Για να μπορέσει να λειτουργήσει ένα τέτοιο σύστημα υγείας υπάρχει ετήσιος έλεγχος του κόστους των δαπανών στην υγεία, ενώ αντίστοιχα ανάλογα με τις ανάγκες που εμφανίζονται υλοποιούνται και οι απαραίτητες αλλαγές, ώστε να είναι σε θέση οι ΠΦΥ να καλύπτουν τις ανάγκες αυτές. Επίσης, βασικό χαρακτηριστικό του συστήματος υγείας που διαθέτει η Δανία συνιστά και ο μειωμένος ανταγωνισμός που εμφανίζουν τα νοσοκομεία, ο οποίος είναι ελεγχόμενος, ώστε να διασφαλίζεται ότι δεν θα παρεκκλίνουν οι υπηρεσίες υγείας σε κόστος δυσανάλογο με τις δυνατότητες των πολιτών, ενώ η οικονομική κάλυψη αυτών υλοποιείται ως επί το πλείστον από την εθνική ασφάλιση. Βέβαια, υπάρχει και λειτουργεί συνδυαστικά, όπως προαναφέρθηκε, με την εθνική και η ιδιωτική ασφάλιση, την οποία και είναι σε θέση να επιλέξουν οι πολίτες εάν το επιθυμούν, αλλά η λειτουργία της είναι κυρίως συμπληρωματική, με τον βασικό ρόλο να αναλαμβάνει η εθνική ασφάλιση (*Flarup et al., 2010*).

Ακόμη και στις περιπτώσεις που το σύστημα υγείας της Δανίας έχει εμφανίσει την ανάγκη για αναπροσαρμογή των δαπανών προς αυτό, και πιο συγκεκριμένα κατά την περίοδο της δεκαετίας του 1980, όταν και παρατηρήθηκε ότι υπάρχουν αυξημένες δαπάνες στον τομέα της υγείας, η Δανία εφάρμοσε περικοπές, οι οποίες έφεραν σημαντικά αποτελέσματα. Για παράδειγμα, μείωσε τον αριθμό των νοσοκομειακών κλινών, αλλά και των νοσοκομειακών μονάδων, ενώ μπόρεσε να διαχειριστεί αποτελεσματικά και τους μεγάλους χρόνους αναμονής που επέφεραν οι μειώσεις αυτές. Οι πολίτες από την άλλη έχουν την ελευθερία να επιλέξουν τον τρόπο λήψης υπηρεσιών υγείας, αλλά και ασφάλισης, ενώ ανάλογα με το είδος ασφάλισης που διαθέτουν έχουν και τις αντίστοιχες επιλογές σε γιατρούς. Ο τρόπος ασφάλισης που παρέχεται είναι η πλήρης κρατική ασφάλιση, όπου όλα τα ιατρικά έξοδα καλύπτονται από το κράτος μέσω της εθνικής ασφάλισης, ενώ σε περιπτώσεις επίσκεψης των ασθενών σε ιδιώτες καλύπτεται ένα σημαντικό ποσοστό του κόστους. Από την άλλη μεριά υπάρχει και η ιδιωτική ασφάλιση, που βρίσκεται στην ευχέρεια των πολιτών και μπορούν να την επιλέξουν, η οποία και πάλι λειτουργεί συμπληρωματικά με τους πολίτες να πληρώνουν τη διαφορά στο κόστος και να μην επιβαρύνονται με όλα τα κόστη (Flarup et al., 2010, Danish Quality Unit of General Practice, 2011).

Από το 1993 οι πολίτες έχουν ελευθερία πρόσβασης σε όλα τα νοσοκομεία και η ικανοποίησή τους από το σύστημα υγείας και την περίθαλψη που λαμβάνουν αυξάνεται σταθερά, καθώς πλέον στις μονάδες των ΠΦΥ είναι σε θέση να καλύψουν τις ανάγκες τους και να έλθουν σε επαφή με ιατρούς όλων των ειδικοτήτων που μπορούν να τους εξυπηρετήσουν. Η χρηματοδότηση της ΠΦΥ από την άλλη έχει μεταφερθεί στις κομητείες και στα δύο Δημοτικά Συμβούλια, τα οποία έχουν την αρμοδιότητα να ελέγχουν, να χρηματοδοτούν και να οργανώνουν τις μονάδες υγείας, ώστε να είναι αποτελεσματικές, ενώ οι δήμοι καλούνται και εκείνοι με τη σειρά τους να συνεισφέρουν στη χρηματοδότηση των μονάδων και να καλύπτουν ανάγκες των πολιτών. Ειδικότερα, το ποσό χρηματοδότησης που προέρχεται από τις κομητείες καλύπτει το 80% του ποσού που δαπανάται για την ΠΦΥ, ενώ ένα ποσοστό της τάξεως του 20% προέρχεται από κρατικές χρηματοδοτήσεις. Ακόμη, όλες οι μονάδες της ΠΦΥ διαθέτουν Γενικούς γιατρούς, οι οποίοι και έχουν σημαντικό ρόλο στη λειτουργία των μονάδων, ενώ οι ασθενείς όταν χρειάζεται να έλθουν σε επαφή με αυτούς έχουν μικρό χρόνο αναμονής και έρχονται άμεσα σε επαφή μαζί τους. Επίσης, και στη Δανία όταν ένας ασθενής χρειάζεται να επισκεφθεί και έναν εξειδικευμένο γιατρό σε κάποια

νοσοκομειακή μονάδα, ο Γενικός γιατρός αποτελεί το πρόσωπο που ενημερώνει τον εκάστοτε γιατρό σχετικά με τον ασθενή του και παρακολουθεί στενά την πορεία του, ώστε στη συνέχεια στην περίπτωση που χρειαστεί να τον υποστηρίξει και πάλι να διαθέτει τις απαραίτητες πληροφορίες για την εξέλιξη της υγείας του. Για την καλύτερη υποστήριξη, μάλιστα, των ασθενών και για την κάλυψη των αναγκών όλων των πολιτών, οι μονάδες υγείας της ΠΦΥ λειτουργούν όλο το 24ωρο και υπάρχει πάντα ένας γενικός γιατρός για να περιθάλψει τους ασθενείς. Αποτέλεσμα των παραπάνω, αποτελεί η μεγάλη ικανοποίηση που εμφανίζουν οι πολίτες σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν, αλλά και από την εξυπηρέτηση των αναγκών τους, δείχνοντας ταυτόχρονα εμπιστοσύνη σε οποιεσδήποτε αλλαγές εφαρμόζονται στο σύστημα υγείας τους (Munck et al., 2008).

Κεφάλαιο 6ο : Μελέτη περίπτωσης στη Φινλανδία

Η Φινλανδία διαθέτει ένα σύστημα υγείας που εμφανίζει σημαντικό ενδιαφέρον, καθώς έχει αποτελέσει ένα σύστημα υγείας που πλησιάζει σε μεγάλο βαθμό το πρότυπο που έχει τεθεί από τη διακήρυξη της Άλμα-Άτα και στηρίζεται στη βασική αρχή για παροχή υγείας σε όλους τους πολίτες. Σαν κύρια πηγή χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, η Φινλανδία, αξιοποιεί τη φορολογία, όπου οι φόροι που παρέχονται στο κράτος από τους πολίτες κατανέμονται αποτελεσματικά στην Υγεία, ώστε να αξιοποιούνται προς όφελος και πάλι των πολιτών. Το ισχυρό σύστημα υγείας που διαθέτει η Φινλανδία στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό και στην ΠΦΥ που διαθέτει, η οποία αντίστοιχα είναι πολύ αποτελεσματική και καλείται να καλύψει τις ανάγκες των πολιτών ως προς το αγαθό της υγείας. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη, πιο συγκεκριμένα, παρέχεται στους πολίτες από τα Κέντρα Υγείας, τα οποία διαθέτουν σημαντική στελέχωση από όλες τις απαραίτητες ειδικότητες των ιατρών, διαθέτουν επαρκές νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ είναι σε θέση να παρέχουν στους πολίτες και πιο εξειδικευμένες υπηρεσίες, όπως λογοθεραπείες, φυσιοθεραπείες και επισκέψεις κατ' οίκον στις περιπτώσεις των πολιτών που δεν είναι σε θέση να μεταβούν στα Κέντρα Υγείας και να εξυπηρετηθούν (Finnish Medical Association, 2018). Επίσης, τα Κέντρα Υγείας διαθέτουν και ποιοτικά προγράμματα περίθαλψης των ατόμων που ανήκουν στην τρίτη ηλικία και πολιτών που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, ενώ μέριμνα υπάρχει και για τους πολίτες που κάνουν χρήση ουσιών και έχουν εξαρτηθεί από αυτές. Αντίστοιχα, ειδική μέριμνα παρέχεται και στις οικογένειες, καθώς στα Κέντρα Υγείας διαμορφώνονται και υλοποιούνται διάφορα προγράμματα για τις μητέρες και τα παιδιά. Τα προγράμματα αυτά έχουν δοθεί στους Δήμους της χώρας, οι οποίοι είναι αρμόδιοι για τον σχεδιασμό, την χρηματοδότησή τους και την υλοποίηση των προγραμμάτων, ώστε όλοι οι πολίτες να έχουν πρόσβαση στην υγεία και να εξυπηρετούνται άμεσα. Για τον λόγο αυτό, αναγνωρίζοντας δηλαδή την ανάγκη της άμεσης εξυπηρέτησης των πολιτών, οι Δήμοι φροντίζουν να καλύπτονται οι ανάγκες όλων άμεσα και τα προγράμματα να εφαρμόζονται στον κατάλληλο χρόνο (Kokko,2009).

Οι πολίτες από την άλλη είναι σε θέση να λάβουν τις υπηρεσίες που χρειάζονται εκτός από τα Κέντρα Υγείας και σε δημόσια νοσοκομεία, όπου έχουν διαμορφωθεί κατάλληλοι χώροι για την πρώιμη αυτή περίθαλψη και υποστήριξη των πολιτών. Στα Κέντρα Υγείας από την άλλη μπορούν να κλείσουν ραντεβού και να επισκεφθούν τον γιατρό που μπορεί να καλύψει τις ανάγκες τους, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό των ιατρών

διαφόρων ειδικοτήτων εργάζεται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη καλύπτοντας τις ανάγκες των πολιτών. Τα Κέντρα Υγείας λειτουργούν καθημερινά από τις 8 μέχρι και τις 4 το απόγευμα, ενώ κάθε κέντρο καλείται να καλύψει τις ανάγκες 20000 πολιτών, ανά περιοχή, ώστε να μη εμφανίζεται υπάρχει υπερσυγκέντρωση ασθενών, με αποτέλεσμα να μην είναι σε θέση να εξυπηρετηθούν αποτελεσματικά. Μάλιστα, όλες οι μονάδες είναι στελεχωμένες αποτελεσματικά, καθώς το 29% των ιατρών στη Φιλανδία εντάσσεται στο σύστημα της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης και το υπόλοιπο ασκεί την ιατρική ιδιωτικά (Finnish Medical Association, 2018).

Στα δημοτικά προγράμματα που σχεδιάζονται και βρίσκονται υπό την αιγίδα των Δήμων για να υλοποιηθούν, εργάζονται πολλοί Γενικοί Ιατροί, των οποίων η μισθοδοσία καλύπτεται από οικονομικούς πόρους των Δήμων, ενώ η επάνδρωση των προγραμμάτων στηρίζεται στο μέγεθος του πληθυσμού που διαθέτει ο κάθε δήμος. Ωστόσο, οι πολίτες έχουν τη δυνατότητα να επισκεφθούν και εξωτερικά ιατρούς, οι οποίοι ασκούν ιδιωτικά την ιατρική, στους οποίους και καταβάλλουν ένα ποσοστό των ιατρικών εξόδων, περίπου 30% είναι η συμμετοχή των ασθενών, και τα υπόλοιπα καλύπτονται από το κράτος και τη ασφάλεια των πολιτών. Με τον τρόπο αυτό οι πολίτες είναι σε θέση να επιλέξουν στον τρόπο με τον οποίο θα εξυπηρετηθούν και θα λάβουν τα υπηρεσίες υγείας που έχουν ανάγκη (European Observatory on Health Systems and Policies, Finland HiT, 2019).

Αξίζει να σημειωθεί, επίσης, ότι το νομοθετικό σύστημα σχετικά με την υγεία στη Φιλανδία έχει προβλέψει και τις περιπτώσεις αυξημένων υγειονομικών αναγκών ή τις περιπτώσεις υποστελέχωσης των μονάδων υγείας, ώστε μέσα στις διατάξεις που διαθέτει έχει καθορίσει τι δύνανται να πράξουν οι αρμόδιοι σε τέτοιες περιπτώσεις. Πιο συγκεκριμένα, ενώ γενικά για να εργαστεί κάποιος ιατρός στην ΠΦΥ κρίνεται απαραίτητο να έχει ολοκληρώσει την ειδικότητά του και να διαθέτει εξειδίκευση, ώστε να μπορεί να παρέχει εξειδικευμένες υπηρεσίες στους πολίτες. Ωστόσο, σε περιπτώσεις που υπάρχουν ελλείψεις, έχει καθοριστεί ήδη από το νομοθετικό πλαίσιο λειτουργίας της ΠΦΥ ότι ενδέχεται να εργαστούν στις μονάδες και ιατροί που δεν έχουν λάβει ακόμη ειδικότητα, ώστε να μην υπάρχει περίπτωση οι πολίτες να μην λάβουν τις υπηρεσίες που πρέπει (Koivuranta , Hakkinen , 2019). Γενικά η ΠΦΥ στηρίζεται και επανδρώνεται με Γενικούς Ιατρούς, οι οποίοι εργάζονται στις μονάδες κατά τη διάρκεια της πρακτικής τους και αποσκοπούν στο να αυξήσουν την προαγωγή της υγείας και την ενημέρωση των πολιτών σε ζητήματα πρόληψης και αποτελεσματικής

περίθαλψης. Στις περιπτώσεις που εμφανίζονται σημαντικά ζητήματα υγείας και αυξάνονται οι ανάγκες των πολιτών για χρήση υπηρεσιών υγείας στο πλαίσιο της δημόσιας υγείας, οι δράσεις υλοποιούνται από το νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο έχει σαν αρμοδιότητα να ενημερώσει σχετικά το κοινό, να υλοποιήσει εμβολιασμούς και αλλά και να εκτελέσει δράσεις προς την κατεύθυνση της πρόληψης και της προαγωγής της υγείας (Tynkkynen et al, 2016).

Γενικά, το φιλανδικό σύστημα υγείας διαθέτει έναν κοινοτικό χαρακτήρα και υποστηρίζει τη δύναμη της κοινότητας για να αναπτυχθούν οι ίδιοι οι πολίτες, καθώς το αίσθημα της κοινότητας αυξάνει ουσιαστικά την εξέλιξη των πολιτών και την ανάπτυξη της χώρας. Επίσης, το αίσθημα της κοινότητας είναι σε θέση να διαχειριστεί τους αποκλεισμούς και τις περιθωριοποιήσεις ομάδων πολιτών, με αποτέλεσμα να δημιουργείται όντως ένα κράτος που παρέχει ίσες ευκαιρίες και πρόσβαση στις υπηρεσίες σε όλους τους πολίτες της (Kela, 2010). Έτσι, ακόμα και σε περιπτώσεις που οι πολίτες δεν είναι σε θέση να προσέλθουν στα κέντρα υγείας οι αρμόδιοι ιατροί και νοσηλευτές τους επισκέπτονται στον χώρο και τους παρέχουν την απαραίτητη περίθαλψη, ενώ οι ασθενείς όταν επισκέπτονται τα Κέντρα Υγείας λαμβάνουν περίθαλψη από τον ίδιο τον Γενικό γιατρό που είναι σε θέση να καλύψει τις ανάγκες τους, ενώ αντίστοιχα, ο γιατρός αυτός αναλαμβάνει να επικοινωνήσει και με άλλες υπηρεσίες υγείας σε περίπτωση που χρειαστεί, ώστε οι ασθενείς να μην ταλαιπωρούνται. Η ενημέρωση σε άλλες ειδικότητες υλοποιείται από τους ίδιους τους ιατρούς που έχουν αναλάβει τους ασθενείς, ενώ η συνεργασία αυτή εφαρμόζεται σε όλα τα επίπεδα καθώς στηρίζεται στην αρχή της διεπιστημονικότητας που χαρακτηρίζει το φιλανδικό σύστημα υγείας (Kela, 2010, Koivuranta & Hakkinen , 2019).

Η Φιλανδία έχει στηρίξει όλο το σύστημα υγείας στην κοινωνική πρόνοια του κράτους και στην προσέγγιση της υγείας ως αγαθό με αποτέλεσμα να έχει διαμορφώσει με τέτοιο τρόπο την ΠΦΥ, ώστε η χρηματοδότηση από το ΑΕΠ στις δαπάνες για τις αμοιβές των ιατρών να μην ξεπερνά το 7,3%. Η χώρα διαθέτει από τις πιο χαμηλές δαπάνες, ενώ σε μεγάλο βαθμό το σύστημα υγείας στηρίζεται στην ΠΦΥ μειώνοντας σημαντικά τον χρόνο αναμονής για την εξυπηρέτηση των ασθενών. Ειδικότερα, η επάνδρωση των δομών ΠΦΥ με χαμηλό αριθμό ιατρών και υψηλό αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού παρέχει τη δυνατότητα οι ασθενείς να λαμβάνουν άμεσα περίθαλψη, ενώ όταν χρειάζεται να έλθουν σε επαφή με γιατρούς ο χρόνος αναμονής

είναι μικρός και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται άμεσα και αποδοτικά (Keskimäki et al., 2019). Στηριζόμενο, λοιπόν, το κράτος σε υποδομές και σε προσωπικό πρώτης γραμμής μπορεί να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του πληθυσμού και να μην εμφανίζει μεγάλο ποσοστό επισκεψιμότητας στα νοσοκομεία για περιπτώσεις παθήσεων που μπορούν να διαχειριστούν από τις δομές της ΠΦΥ. Τέλος, οι εισφορές των ασθενών για τις υπηρεσίες υγείας στηρίζεται στο εισόδημά τους, χωρίς αυτό να τους αποκλείει από την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας που χρειάζονται, καθώς όλοι οι πολίτες είναι υποχρεωμένοι να εγγραφούν στο Εθνικό Πρόγραμμα Ασφάλισης της Ασθένειας, το οποίο λειτουργεί ήδη από τη δεκαετία του 1970 και έχει επιλύσει σημαντικά το πρόβλημα ανισοτήτων και πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας (Kokko, 2009).

Κεφάλαιο 7^ο: Παρουσίαση και λειτουργία της ΠΦΥ στην Ελλάδα

Πριν από την οικονομική κρίση, η ΠΦΥ στην Ελλάδα γινόταν μέσω του ΕΣΥ, των πολυιατρείων Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας, κυρίως στελεχωμένα με ειδικούς και με συμβάσεις ιατρών που ασκούσαν την ιατρική ιδιωτικά. Κατά την πρώτη φάση των μεταρρυθμίσεων, οι μονάδες υγείας της ΠΦΥ συγχωνεύτηκαν για να σχηματίσουν τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) καλύπτοντας την πλειοψηφία του πληθυσμού. Κατά την περίοδο της μετάβασης των μονάδων υγείας, ο ΕΟΠΥΥ συνέχισε να αποτελεί τον βασικό πάροχο υπηρεσιών υγείας, ενώ στη συνέχεια κατά το δεύτερο στάδιο εφαρμογής μεταρρυθμίσεων οι υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ ενσωματώθηκαν στο ΕΣΥ και δημιουργήθηκε το εθνικό δίκτυο ΠΦΥ (Tricco et al., 2018). Στην τρίτη φάση των μεταρρυθμίσεων, εισήχθησαν γεωγραφικές περιοχές ευθύνης που ονομάστηκαν Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ) εντός των οποίων τόσο οι δημόσιοι όσο και οι ιδιωτικοί πάροχοι μπορούσαν να δημιουργήσουν τοπικά δίκτυα και να παρέχουν φροντίδα με βάση την κοινότητα σε δύο επίπεδα (Πιερράκος, 2008, 2010).

Το πρώτο επίπεδο ΠΦΥ περιλαμβάνει τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ), οι οποίες διαθέτουν ιατρούς από πολλές ειδικότητες με στόχο να παράσχουν την καλύτερη δυνατή περίθαλψη στους πολίτες, αλλά και για να επιτυγχάνεται η μείωση της νοσηλείας. Για τον λόγο αυτό, οι ιατροί αυτοί δύνανται να επισκεφθούν τους ασθενείς και να τους περιθάλψουν στην οικία τους. (World Health Organization Regional Office for Europe, 2016).

Στη συνέχεια, στο δεύτερο επίπεδο υπάρχουν τα Κέντρα Υγείας στα οποία παραπέμπονται οι ασθενείς και τους παρέχεται περίθαλψη από ειδικότητες ιατρών που συνάδουν με την περίπτωση τους. Στο επίπεδο αυτό συμμετέχουν και οι ιδιώτες, οι οποίοι παρέχουν διαγνωστικές υπηρεσίες και υπηρεσίες περίθαλψης λαμβάνοντας το ποσό αυτών από δημόσιους φορείς με τους οποίους είναι συμβεβλημένοι. Το νέο μοντέλο σχεδιάστηκε με τη φιλοδοξία να εξελιχθεί σε ένα ολοκληρωμένο μοντέλο υγειονομικής περίθαλψης (World Health Organization Regional Office for Europe, 2016). Ενώ πριν από τις μεταρρυθμίσεις ένα μέρος του αγροτικού πληθυσμού μπορούσε να έχει πρόσβαση σε κέντρα υγείας και ιατρεία, στις αστικές περιοχές η ΠΦΥ χορηγούνταν κυρίως από περιπατητικές κλινικές και ιδιωτικούς ειδικούς και όχι από γενικούς ιατρούς, από τους οποίους ένα μικρό ποσοστό συμμετείχε με τα προγράμματα ΠΦΥ (Hong et al., 2018). *«Παρόλο που η συνολική ικανοποίηση για τις*

υπηρεσίες ΠΦΥ ήταν σχετικά υψηλή και οι χρήστες κατανοούσαν τον σημαντικό ρόλο του γιατρού πρωτοβάθμιας περίθαλψης, οι γιατροί, τουλάχιστον στις αγροτικές περιοχές, εντόπισαν σημαντικά κενά στην παροχή ΠΦΥ, μεταξύ των οποίων και την έλλειψη κοινοτικών νοσηλευτών» (Economou, 2015).

Εν συνεχεία, υπήρξε σημαντική μείωση των δαπανών για την υγεία, η οποία οδήγησε και σε σημαντικές μειώσεις σε ανθρώπινο δυναμικό, εξοπλισμό και υλικό, με αποτέλεσμα η καθολική κάλυψη να μην είναι εφικτή και πολλοί χρήστες προσανατολίστηκαν σε ιδιωτικούς φορείς υγείας. Τα κενά στη δημόσια υγεία, ωστόσο, οδήγησαν στην ενίσχυση της ΠΦΥ με στόχο να καλυφθούν οι αδυναμίες του υγειονομικού συστήματος. Οι μονάδες υγείας της ΠΦΥ, ειδικότερα, κλήθηκαν να διαχειριστούν τις ανάγκες υγείας των πολιτών και να υποστηρίξουν και τους πρόσφυγες και μετανάστες που είχαν αυξηθεί. Στην έρευνα των Evlampidou et al., (2019), η οποία πραγματοποιήθηκε σε ένα μέγεθος 92 κλινικών αλληλεγγύης ανάδειξε ότι υπήρξε σημαντική αύξηση της περίθαλψης κατά την περίοδο 2013 και 2014 από τις μονάδες της ΠΦΥ. Εν συνεχεία, η αύξηση της ανεργίας και η ακόμη μεγαλύτερη αδυναμία του υγειονομικού συστήματος οδήγησε στην έκδοση του 4238/2014 με στόχο την αναδιοργάνωση της ΠΦΥ. Παρόλο που προσπάθησε να επιλύσει διαρθρωτικές στρεβλώσεις, αντιμετωπίστηκαν σημαντικές δυσκολίες κατά την εφαρμογή, κυρίως επειδή ήταν δημοσιονομικά προσανατολισμένη στο πλαίσιο της γενικής νοοτροπίας των οικονομικών μεταρρυθμίσεων (Lionis et al., 2019).

Παρόλο που η ενσωμάτωση των πολυιατρείων ΠΦΥ στο δίκτυο ΠΕΔΥ αποσκοπούσε στην ενίσχυση του πλαισίου του ΕΣΥ γενικότερα, λόγω των δυσκολιών που προέκυψαν αποτέλεσε παράγοντα δημιουργίας της περιπατητικής εξειδικευμένης φροντίδας. Περαιτέρω, συνάντησε αντίσταση από τους συμβεβλημένους γιατρούς που εργάζονταν στα πολυιατρεία, ενώ παράλληλα είχαν τα ιδιωτικά τους ιατρεία. Οι γιατροί που εργάζονταν και ιδιωτικά κλήθηκαν να επιλέξουν τον τρόπο με τον οποίο θα εργάζονται και σε περίπτωση που επέλεγαν την ιδιωτική άσκηση του επαγγέλματος αφαιρούνταν από τις συμβάσεις με τον δημόσιο τομέα (Karakolias et al., 2014).. Η διαδικασία αυτή, ωστόσο, είχε σαν αποτέλεσμα τη μείωση της κάλυψης του πληθυσμού, καθώς ήταν λιγότεροι οι ιατροί που μπορούσαν να παράσχουν υπηρεσίες (Karakolias et al., 2014). Ακόμη, η προσβασιμότητα στην υγεία επηρεάστηκε και από την άνιση κατανομή των επαγγελματιών υγείας και πολλές περιοχές, αστικές και αγροτικές δεν είχαν τον οικογενειακό ιατρό που ήταν αναγκαίος. Κατά το διάστημα,

μάλιστα, 2010 με 2015 παρόλο που αυξήθηκαν οι ανάγκες παροχής υπηρεσιών υγείας οι ιατροί ειδικότητας διατηρούσαν έναν σταθερό αριθμό (Kaitelidou et al., 2018, Simou et al., 2018). Το 2015, έτος κατά το οποίο εφαρμόστηκε και δεύτερη μεταρρύθμιση αναδείχθηκε ότι η ικανοποίηση των πολιτών από τις ΠΦΥ ήταν χαμηλή, ενώ οι περισσότεροι πολίτες δήλωσαν ότι επιθυμούν να έρχονται σε επαφή και να εξυπηρετούνται από οικογενειακούς ιατρούς που θα τους παρείχαν καλύτερη καθοδήγηση (Frangidou et al., 2020). Και σε άλλες μελέτες αναδείχθηκε το εύρημα αυτό σχετικά με την καθοδήγηση που επιθυμούσαν οι πολίτες, ειδικά από τα άτομα που δεν διέθεταν την κατάλληλη μόρφωση και εκπαίδευση στο πλαίσιο της υγείας. Ακόμη, οι αυξημένες μεταναστευτικές και προσφυγικές ροές το διάστημα εκείνο προκάλεσαν σημαντικές επιπλέον πιέσεις στο σύστημα υγείας, με αποτέλεσμα πολλές ομάδες ατόμων να μη λαμβάνουν τις απαραίτητες υπηρεσίες περίθαλψης. Ο στιγματικός και ο αποκλεισμός των ατόμων ήταν σημαντικός και τα άτομα δεν είχαν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας που είχαν ανάγκη (Paradakaki et al., 2017). Ακόμη, ο αποκλεισμός σχετιζόταν και με διοικητικά και διαρθρωτικά εμπόδια που αντιμετώπισαν τα άτομα, καθώς υπήρξε σημαντική καθυστέρηση με τη διαδικασία ασύλου και την κάλυψη των αναγκών των ατόμων (Lionis et al., 2019).

Έπειτα, το 2016 εφαρμόστηκε ο νόμος 4368/2016, σύμφωνα με τον οποίο οι ανασφάλιστοι πολίτες ήταν σε θέση να λάβουν υγειονομική περίθαλψη, ενώ στη συνέχεια με τον νόμο 4486/2017 δημιουργήθηκε ένα νέο μοντέλο λειτουργίας των ΠΦΥ (Benos et al., 2015). Το μοντέλο αυτό στόχευε στη διαχείριση της δημόσιας υγείας σε επίπεδο κοινότητας, αλλά και την προώθηση της υγείας γενικά μέσω της πρόληψης και της εκπαίδευσης των πολιτών σε θέματα υγείας. Ακόμη, παρέχονταν σε ανασφάλιστα άτομα δωρεάν περίθαλψη στις μονάδες TOMY. Η νέα αυτή μεταρρύθμιση οδήγησε στην ανάπτυξη 239 διεπιστημονικών μονάδων, των TOMY, ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες του πληθυσμού (Benos et al., 2015). Από την άλλη πλευρά, υπήρξε μια αυξανόμενη τάση εγγραφής σε οικογενειακούς γιατρούς και ομάδες υγειονομικής περίθαλψης, σε αντίθεση με την προηγούμενη κατάσταση μη εγγραφής, η οποία είναι μια ελαφρά βελτίωση στην κάλυψη του πληθυσμού όσον αφορά τις πραγματικές υπηρεσίες ΠΦΥ (NSRF, 2020). Ωστόσο, οι TOMY που είχαν προγραμματιστεί δεν τέθηκαν σε λειτουργία λόγω έλλειψης εγκαταστάσεων και υποδομών (NSRF, 2020).

Οι υπηρεσίες της ΠΦΥ στην Ελλάδα, τόσο στις δομές όσο και στις περιπατητικές υπηρεσίες παρέχουν τη δυνατότητα στους πολίτες να υλοποιήσουν ένα ευρύ φάσμα εξετάσεων και προληπτικών δράσεων με στόχο τη θωράκιση της υγείας του και την πρόληψη νοσημάτων (Πιερράκος, 2008, 2010). Αυτό μπορεί να υποδηλώνει διακοπή των υπηρεσιών και δυσκολία παρακολούθησης, για διάφορους λόγους, όπως η έλλειψη ιατρικών αρχείων. Ωστόσο, παρόλο που η ΠΦΥ είχε τη δυνατότητα να παρεμβαίνει και προλαμβάνει ζητήματα δημόσιας υγείας, στην Ελλάδα δεν κατόρθωσε να επιτύχει την πλήρη διαχείριση με αποτέλεσμα να υπάρχει έξαρση καρδιαγγειακών νοσημάτων (Tyrovolas et al., 2016). Τα χρόνια νοσήματα δεν λάμβαναν την απαραίτητη διαχείριση (Tsiachristas et al., 2016) και παρόλο που υπήρχε ενημέρωση δεν μπόρεσαν να διαχειριστούν και να μειωθούν συμπεριφορές που οδηγούσαν σε μείωση της υγείας σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα, καθώς οι περιπτώσεις τους δεν διαχειρίστηκαν ορθά. Παρά τις μεταρρυθμίσεις, υπάρχουν ακόμη σημαντικά κενά στη διαχείριση χρόνιων παθήσεων και στην προαγωγή της πρόληψης της υγείας (Dresios et al., 2019). Μέχρι το 2011, υπήρχε σχεδόν καθολική κάλυψη από τα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης όλου του πληθυσμού, ωστόσο την επόμενη τετραετία ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού έχασε τη δυνατότητα λήψης δωρεάν υπηρεσιών υγείας. Στη συνέχεια, η συγχώνευση των ταμείων και ο εξορθολογισμός της λειτουργίας τους που προωθήθηκε αντί να αυξήσει την πρόσβαση των πολιτών στράφηκε στην ενίσχυση των μονάδων σε διαγνωστικές υπηρεσίες και φαρμακευτικά προϊόντα (OECD, 2019).

Η ανθρωποκεντρικότητα και η ενσωμάτωση είναι ζητήματα που αναδεικνύονται εκ νέου από τους ίδιους τους χρήστες πολύ πριν από την έναρξη της κρίσης. Ωστόσο, κάποιες ομάδες πολιτών δεν είχαν την απαραίτητη υγειονομική κάλυψη και δεν εκπαιδεύονταν σε ζητήματα προαγωγής της υγείας. Για τον λόγο αυτό, συχνά οι πολίτες ζητούσαν αύξηση των μονάδων δημόσιας υγείας για να μπορέσουν να καλυφθούν οι ανάγκες τους (Kousoulis et al., 2013). Οι χρήστες των υπηρεσιών αναφέρουν ότι η οικογενειακή ιατρική είναι απαραίτητη υποδεικνύοντας ότι οι πολίτες δεν αντιτίθενται στον κεντρικό ρόλο της ΠΦΥ, αλλά αντίθετα επιλέγουν να στραφούν σε αυτές όταν υπάρχει ισχυρή κάλυψη των αναγκών τους. Ειδικότερα, οι χρήστες των υπηρεσιών προτιμούν να γνωρίζουν ότι υπάρχει ένα ιατρός ο οποίος έχει γνώση του ιστορικού τους και της περίπτωσης τους και είναι σε θέση να του βοηθήσει, ενώ η γνώση που διαθέτει δύναται να οδηγήσει και σε αποτελεσματική παραπομπή των χρηστών σε άλλες ειδικότητες εάν χρειαστεί, από το να ψάχνουν οι ίδιοι τους γιατρούς

που χρειάζεται να επισκεφθούν για την περίπτωση τους (Konstantakopoulou et al., 2019).

Οι υπηρεσίες που παρέχονται στις TOMY σχετίζονται με την προαγωγή της υγείας στον πληθυσμό και τη διαχείριση περιπτώσεων υγειονομικής περίθαλψης ατόμων που χρήζουν συχνής παρακολούθησης και περίθαλψης, όπως παιδιά, ηλικιωμένοι και άτομα με χρόνια νοσήματα. Ο λόγος για την ενίσχυση υπηρεσιών υγείας από τις TOMY στον πληθυσμό αυτό σχετιζόταν με την αποσυμφόρηση των νοσοκομειακών μονάδων και την προώθηση της υγείας σε επίπεδο κοινότητας. Η ανάπτυξη περιλαμβάνει υπηρεσίες δημόσιας υγείας, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών εμβολιασμού, υγειονομική περίθαλψη στο σπίτι, μετανοσοκομειακή φροντίδα και δυναμική ικανότητα εγγραφής των TOMY με βάση τη στελέχωσή τους σε είναι και αποκατάσταση (NSRF , 2020). Μια έρευνα μεταξύ των χρηστών TOMY έδειξε σχετικά υψηλή ικανοποίηση, ιδιαίτερα όσον αφορά την ποιότητα της ιατρικής και νοσηλευτικής περίθαλψης. Μάλιστα, η μέση βαθμολογία για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας ήταν αυξημένη, στοιχείο που αναδεικνύει την εμπιστοσύνη των πολιτών στη διεύρυνση των αρμοδιοτήτων των νοσηλευτών (Konstantakopoulou et al., 2019).

Ωστόσο, το πλαίσιο δράσης για τα παραπάνω δεν επιτρέπει αυτόματα τη διεύρυνση των καθηκόντων, καθώς είναι αναγκαία η σύνταξη κατευθυντήριων γραμμών για τη λειτουργία τους (Lionis et al., 2019). Οι έρευνες, όμως, που υλοποιήθηκαν για το συγκεκριμένο πλαίσιο ανέδειξαν ότι υπάρχει ικανοποίηση στο μέγεθος της ευελιξίας που διαθέτουν. Ωστόσο, σημαντικές διαφορές αναδείχθηκαν στον τρόπο παροχής οξείας ή χρόνιας φροντίδας και στην πρόληψη της υγείας, καθώς υπήρχε μεγαλύτερη επικέντρωση στην πρόληψη (Oikonomou et al., 2016). Τα παραπάνω αναδεικνύουν ότι δεν υφίσταται αποτελεσματική διαχείριση της δημόσιας υγείας είναι μικρό το ποσοστό όσων λαμβάνουν υπηρεσίες προσυμπτωματικού ελέγχου. Ωστόσο, η κατάσταση αυτή απορρέει και από τη μη ύπαρξη κατευθυντήριων γραμμών και όλες οι διαδικασίες αποφασίζονται εσωτερικά στις μονάδες. Ειδικότερα, αρκετοί ιατροί αναφέρουν ότι χρησιμοποιούν ένα πακέτο 13 Γενικών Οδηγιών Ιατρικής/13 Πρωτοκόλλων ΠΦΥ που παρέχονται από το Υπουργείο Υγείας, μαζί με μια επιχειρησιακή κατευθυντήρια γραμμή που ονομάζεται «Εγχειρίδιο για τη Λειτουργία Τοπικών Ομάδων Υγείας», τα οποία ωστόσο δεν είναι σε θέση να τους καθοδηγήσουν αποτελεσματικά, αν και έχει παρατηρηθεί βελτίωση σταδιακά στην περίθαλψη των χρόνιων πασχόντων (Lionis et

al., 2015). Ακόμη, η απουσία ενός οργανωμένου συστήματος παραπομπής εμποδίζει την αποτελεσματική δράση των μονάδων, καθώς δεν υπάρχει η απαραίτητη διασύνδεση με άλλες μονάδες ή ειδικότητες για να μπορούν να εξυπηρετούνται αποτελεσματικά οι πολίτες (Lionis et al., 2018,). Επιπλέον, η έλλειψη της ηλεκτρονική υγείας και της τηλεϊατρικής εμποδίζει στην κάλυψη ατόμων που διαμένουν σε απομακρυσμένες περιοχές (Galanis et al., 2020, Λιόνης, 2020). Κατά συνέπεια, η πλειονότητα του προσφυγικού πληθυσμού αναζητά περίθαλψη στα τμήματα επειγόντων περιστατικών νοσοκομείων και εξειδικευμένης περίθαλψης και όχι στην ΠΦΥ, ενώ οι προληπτικές υπηρεσίες, με ελάχιστες εξαιρέσεις για ορισμένες μεταδοτικές ασθένειες και εμβολιασμούς, δεν παρέχονται σχεδόν καθόλου (Galanis et al., 2020, Λιόνης, 2020).

Ακόμη, ένας σημαντικός περιορισμός είναι η αδυναμία υποστήριξης των ατόμων στην ψυχική τους υγείας, καθώς δεν διαθέτουν όλες οι μονάδες τις απαραίτητες ειδικότητες προς την κατεύθυνση αυτή. Πιο συγκεκριμένα, οι ΤΟΜΥ διαθέτουν κοινωνικούς λειτουργούς στις ομάδες τους, οι οποίοι όμως δεν είναι σε θέση να παρέχουν συντονισμένη κάλυψη των αναγκών που έχουν οι πολίτες. Η αύξηση προβλημάτων ψυχικής υγείας που έχει παρατηρηθεί από το 2008 και μετά με το ξέσπασμα και τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης έχουν αναδείξει την ανάγκη συντονισμού και του πλαισίου αυτού, αλλά και τα σημαντικά κενά που υπάρχουν (Peritogiannis et al., 2014). Επιπλέον, αναποτελεσματική διαφαίνεται και η επικοινωνία μεταξύ πρωτοβάθμιας περίθαλψης και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, διογκώνοντας περισσότερο το πρόβλημα, καθώς δεν υπάρχει σύστημα παραπομπής και ολιστικής υποστήριξης των ατόμων (Karagianni et al., 2017). Για τον λόγο αυτό έχει προταθεί ότι εντός των μονάδων υγείας πρέπει να ενταχθούν και επαγγελματίες της ψυχικής υγείας, ενώ η ένταξή τους αυτή δύναται να μειώσει και το στίγμα που υπάρχει σχετικά με αυτή. Τέλος, χρειάζεται να προωθηθεί και η συμμετοχή των πολιτών στις υπηρεσίες περίθαλψης που λαμβάνουν, ώστε να είναι υπάρχει ένας συνολικός και αποτελεσματικός συντονισμός αυτών (Lionis et al., 2019, Λιόνης, 2020).

Κεφάλαιο 8^ο: Συγκριτική ανάλυση της ΠΦΥ στην Ελλάδα, στη Φιλανδία, στην Ολλανδία και στη Δανία

Η περίπτωση της Ελλάδας δείχνει ότι η σύνδεση των δικαιωμάτων υγειονομικής περίθαλψης με την απασχόληση και τις εισφορές αύξησε σημαντικά την υγειονομική περίθαλψη κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης. Βέβαια, μέχρι και το 2016 μεγάλο μέρος του πληθυσμού ήταν ανασφάλιστο και δεν μπορούσε να λαμβάνει υπηρεσίες υγείας, ενώ η μειωμένη πρόσβαση αυτών ακολούθησε και μετά παρόλη την εφαρμογή του νόμου 4368/2016. Μάλιστα, σε ορισμένες περιπτώσεις οι ασθενείς πλήρωσαν ανεπίσημα τους ιατρούς οι οποίοι δεν είχαν δικαίωμα συνταγογράφησης την περίοδο επίσκεψής τους, με σκοπό να αποφύγουν τη συνεχή αναζήτηση ιατρών, καθώς υπήρχε σημαντική έλλειψη. Αυτή η ζήτηση που προκλήθηκε από την προσφορά για εξειδικευμένες υπηρεσίες και όχι για την προληπτική ιατρική, αύξησε τις ιδιωτικές δαπάνες και το OOP, τόσο μέσω συμπληρωμών όσο και μέσω ανεπίσημων πληρωμών (World Health Organization Regional Office for Europe, 2019).

Ακόμη, το κόστος για την ανάθεση ραντεβού και επίσκεψης των ατόμων σε ιατρούς μετατοπίστηκε από τις υπηρεσίες στους ασθενείς, και καλούνται οι ίδιοι να το πληρώσουν για να μπορέσουν να κλείσουν ένα ραντεβού. Τα στοιχεία αυτά από την Ελλάδα, έρχονται σε αντίθεση με τις χώρες που εξετάστηκαν, οι οποίες επιχειρούν να εφαρμόσουν πρακτικές που μειώνουν το κόστος της συμμετοχής των ασθενών σταθερά με στόχο να αυξηθεί η πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας. Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα ανέδειξαν ότι δεν έχουν ληφθεί σημαντικές αποφάσεις και δεν έχουν εφαρμοστεί σημαντικές πρακτικές με στόχο την προώθηση της ΠΦΥ στην Ελλάδα, σε αντίθεση με τις χώρες που εξετάστηκαν, όπου υλοποιούνται συνεχώς συζητήσεις σχετικά με τις διαδικασίες που είναι σε θέση να βελτιώσουν την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα της ΠΦΥ (Souliotis et al., 2019).

Επιπλέον, στην Ελλάδα σημαντική απόκλιση εντοπίζεται και στην ικανοποίηση που βιώνουν οι ασθενείς από τις υπηρεσίες που λαμβάνουν από την ΠΦΥ, καθώς δηλώνουν ότι παρόλο που σε κάποιες περιπτώσεις είναι ικανοποιημένοι, στο σύνολο των αναγκών τους δεν καλύπτονται. Αποτέλεσμα της μη ικανοποίησης των ασθενών, αποτελεί και η απεύθυνση τους στη δευτεροβάθμια περίθαλψη ή σε ιδιώτες ιατρούς, στοιχείο που δεν εντοπίζεται στη Φιλανδία, στην Ολλανδία και στη Δανία. Ειδικότερα, στις τρεις αυτές χώρες η δημιουργία και η ενίσχυση της ΠΦΥ επέφερε και σημαντική μείωση του φόρτου στις νοσοκομειακές μονάδες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης και

κατά συνέπεια καλύτερη λειτουργία και των ίδιων των μονάδων. Οι ασθενείς απευθύνονται στις μονάδες αυτές μόνο σε περίπτωση που χρήζουν κάποια εξειδικευμένης προσέγγισης, ενώ έχει αναδειχθεί ότι δείχνουν σημαντική εμπιστοσύνη στα κέντρα υγείας και στο προσωπικό που εργάζεται σε αυτά. Αντίστοιχα, στην ΠΦΥ που έχει δημιουργηθεί στις χώρες αυτές εμφανίζεται σημαντική διασύνδεση των μονάδων με τις υπόλοιπες βαθμίδες υγείας, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να μην ταλαιπωρούνται και η επικοινωνία των γενικών γιατρών με τις υπόλοιπες ειδικότητες να ενισχύει την εξυπηρέτησή τους (Lionis et al., 2009, Lionis et al., 2018).

Σημαντικό ρόλο, βέβαια, για την εμφάνιση των διαφορών ανάμεσα στον τρόπο λειτουργίας των ΠΦΥ και στην αύξηση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητάς τους, διαδραματίζει και η διαδικασία χρηματοδότησης και λήψης αποφάσεων που εντοπίζεται στη Φιλανδία, στην Ολλανδία και στη Δανία. Ειδικότερα, η χρηματοδότηση των μονάδων υγείας της ΠΦΥ έχει διαμοιραστεί και λαμβάνεται από πολλαπλές πηγές, σε αντίθεση με την Ελλάδα, όπου η βασική τους χρηματοδότηση προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Αποτέλεσμα της σύνδεσης αυτής της ΠΦΥ με τον κρατικό προϋπολογισμό αποτελεί η υποχρηματοδότηση των μονάδων σε περιόδους που η οικονομία βρίσκεται σε ύφεση, αλλά και η υποστελέχωση των ίδιων των μονάδων. Ακόμη, τα επίπεδα διοίκησης που εφαρμόζονται στις παραπάνω χώρες στην ΠΦΥ σε αντίθεση με την Ελλάδα, καταδεικνύει ότι η ΠΦΥ αποτελεί βασικό πυλώνα των συστημάτων υγείας και έχουν αναγνωριστεί τα πολλαπλά οφέλη για τη δημόσια υγεία. Έτσι, οι πολιτικές αποφάσεις στοχεύουν στην ενίσχυση της ΠΦΥ και στην εφαρμογή αλλαγών που οδηγούν στη βελτίωση των δομών υγείας (Lionis et al., 2009, Lionis et al., 2018). Για τον λόγο αυτό, η Ελλάδα κρίνεται αναγκαίο να αναγνωρίσει και να εντοπίσει τις καλές πρακτικές που εφαρμόζονται στις χώρες αυτές και να διαμορφώσει μια νέα προσέγγιση ως προς το αγαθό της υγείας, η οποία θα πρέπει να στηρίζεται στην ποιότητα, στην καθολική πρόσβαση των πολιτών σε υπηρεσίες υγείας και στην ενίσχυση των πρακτικών και μεθόδων άσκησης της ιατρικής. Προς την κατεύθυνση αυτή, ήδη έχουν υλοποιηθεί σημαντικές αλλαγές, ωστόσο χρειάζεται να επαναδιαπραγματευθεί στο σύνολό το πλαίσιο λειτουργίας των μονάδων, ώστε να αποτελέσουν και στην Ελλάδα βασικό πυλώνα προάσπισης και προαγωγής της δημόσιας υγείας και της πρόληψης.

Συμπεράσματα

Το σύστημα υγείας που διαθέτει κάθε κράτος αποτελεί σημαντικό στοιχείο της λειτουργίας του και της σχέσης που δημιουργεί με τους πολίτες του και για τον λόγο αυτό αποτελεί βασικό παράγοντα για την ομαλή και αποτελεσματική λειτουργία του κάθε κράτους. Ωστόσο, διαπιστώνεται ότι ανάλογα με τις δυνατότητες που διαθέτει οικονομικά ένα κράτος και τις θέσεις του στην έννοια της υγείας διαμορφώνει και το ανάλογο σύστημα υγείας, επιλέγοντας τον βαθμό συμμετοχής του κράτους και των ιδιωτών σε αυτό. Τις τελευταίες δεκαετίες, όμως, όλα τα κράτη έχουν αναγνωρίσει ότι χρειάζεται για να είναι αποτελεσματικά και να καλύπτουν τις ανάγκες των πολιτών για την υγεία να διαθέτουν ισχυρή ΠΦΥ και για τον λόγο αυτό έχουν προωθήσει διάφορες αλλαγές, με στόχο να δημιουργηθούν οι κατάλληλες δομές για την εξυπηρέτηση των πολιτών. Η λειτουργία της ΠΦΥ δύναται να αποσυμφορίσει τις άλλες βαθμίδες περίθαλψης παρέχοντας στους πολίτες μια σταθερή και πρώτη διαχείριση των περιπτώσεων τους.

Ωστόσο, από όσα αναλύσαμε παραπάνω, αναδεικνύεται ότι για να μπορεί η ΠΦΥ να είναι αποτελεσματική χρειάζεται να υπάρχει η κατάλληλη δόμηση και ο απαραίτητος σχεδιασμός αυτής, ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες των πολιτών ικανοποιητικά και να τους παρέχονται ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Εξετάζοντας σε ευρωπαϊκό επίπεδο τα κράτη και την δόμηση της ΠΦΥ δύνανται να αναδειχθούν καλές πρακτικές προς την κατεύθυνση της ενίσχυσης της ΠΦΥ, οι οποίες είναι σε θέση να υιοθετηθούν και από την Ελλάδα. Πιο συγκεκριμένα, χώρες όπως η Ολλανδία, η Δανία και η Φιλανδία, οι οποίες διαθέτουν ισχυρά συστήματα υγείας, έχουν στηρίξει τα συστήματά τους σε μεγάλο βαθμό στην ΠΦΥ. Έχοντας ισχυρή ΠΦΥ είναι σε θέση να εξυπηρετήσουν άμεσα τους πολίτες, ενώ οικονομικά παρέχεται στις δομές αυτές υγείας σημαντική χρηματοδότηση, η οποία και βοηθά τη λειτουργία και την αποτελεσματικότητά τους. Από τις χώρες αυτές, η Ελλάδα δύναται να υιοθετήσει καλές πρακτικές και να τις προσαρμόσει στο δικό της σύστημα υγείας, ώστε με τη σειρά της να ενδυναμώσει την ΠΦΥ και να επιλύσει μέσω αυτής σημαντικές παθογένειες του ΕΣΥ.

Εν κατακλείδι κι έχοντας αναλύσει όλα τα παραπάνω, διαπιστώνεται ότι η ΠΦΥ συνιστά ένα σημαντικό πλαίσιο λειτουργίας των κρατών και ο ρόλος της είναι πολλαπλός για να δημιουργηθεί ένα ισχυρό σύστημα υγείας που καλύπτει τις ανάγκες των πολιτών και τις θέτει στο επίκεντρο. Η έννοια της υγείας κρίνεται αναγκαίο να προσεγγίζεται με την έννοια του αγαθού και να αναγνωρίζεται η ανάγκη καθολικής

παροχής του σε όλους τους πολίτες των κρατών, ώστε στη συνέχεια και όλες οι αποφάσεις που λαμβάνονται για τον τομέα αυτό να εμφανίζουν ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα. Η Ελλάδα, τα τελευταία χρόνια έχει κάνει σημαντικά βήματα προς την κατεύθυνση της ενίσχυσης της ΠΦΥ, ωστόσο δεν έχει επιτύχει την ισχυροποίησή της σε τέτοιον βαθμό, όπως εντοπίζεται σε άλλες χώρες της Ευρώπης. Για τον λόγο αυτό είναι αναγκαίο να υλοποιηθεί ένας επαναπροσδιορισμός του ρόλου που πρέπει να κατέχει στη δημόσια υγεία και να αναγνωριστεί η σημασία της ενίσχυσής της σε όλα τα επίπεδα. Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού έχει συμβάλει σημαντικά προς την κατεύθυνση αυτή, καθώς δύναται η γενική ιατρική και οι ασκούντες αυτή να συμβάλουν στην αύξηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των μονάδων υγείας, ωστόσο κρίνεται αναγκαίο να ενισχυθεί και ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού. Η Ελλάδα, λοιπόν, πρέπει να στραφεί και να διερευνήσει τη λειτουργία των χωρών με ισχυρά συστήματα υγείας και να λάβει από αυτά τις πρακτικές εκείνες που δύνανται να προσαρμοστούν στο δικό της σύστημα και είναι σε θέση να ενισχύσουν την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα των μονάδων υγείας της ΠΦΥ.

Βιβλιογραφικές αναφορές

Al-Habib NM. (2020). Leadership and organizational performance: Is it essential in healthcare systems improvement. A review of literature? *Saudi J Anaesth.*, 14:69–76.

Art B, De Roo L, De Maeseneer J. (2007). Towards unity for health utilising community-oriented primary care in education and practice. *Educ Health (Abingdon)*,20:74.

Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*, ;380:37–43.

Boada-Grau J, de Diego-Vallejo R, de Llanos-Serra E, et al. (2011). Short Spanish version of Team Climate Inventory (TCI-14): development and psychometric properties]. *Psicothema*, 23:308–13

Βραχάτης, Δ. & Παπαδόπουλος, Α., 2012. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και προοπτικές. *Νοσηλευτική*, 1, σ. 10-17.

Declaration of Alma-Ata. Proceedings of the International Conference on Primary Health Care; 1978 Sept. 6–12; Alma-Ata, USSR Geneva: World Health Organization; Available: www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

Ellner, A. L. & Phillips, R. S. (2017). The coming primary care revolution. *J. Gen. Intern. Med.*, 32, 380–386.

European Observatory on Health Systems and Policies, Finland HiT (2019) Διαθέσιμο στο <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/finland-hit-2019>

Eurostat. Eurostat Statistics (2009). Luxembourg: Eurostat; 2009. (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/themes>,

Finnish Medical Association, (2018). Διαθέσιμο στο <https://www.laakariliitto.fi/en/>

Friedberg, M. W., Rosenthal, M. B., Werner, R. M., Volpp, K. G. & Schneider, E. C. (2015). Effects of a Medical Home and Shared Savings Intervention on quality and utilization of care. *JAMA Intern. Med.* 175, 1362–1368.

Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, et al. (1998). Cross-validation of item selection and scoring form the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. *J Clin Epidemiol.*, 51:1171–8.

Goh TT, Eccles MP. (2009). Team climate and quality of care in primary health care: a review of studies using the Team Climate Inventory in the United Kingdom. *BMC Res Notes*, 2:222.

Hargett CW, Doty JP, Hauck JN, Webb AM, Cook SH, Tsipis NE, et al. (2017). Developing a model for effective leadership in healthcare: A concept mapping approach. *J Healthc Leadersh.*, 9:69–78.

Hekmat S, Dehnavieh R, Beigzadeh A. (2019). Medical Leadership Development (MLD): The need of change and the way to approach it. *Future Med Educ J.*, 8:70–2.

Hutchison B, Ostbye T, Barnsley J, et al. (2003). Patient satisfaction and quality of care in walk-in clinics, family practices and emergency departments: the Ontario Walk-In Clinic Study. *CMAJ*, 168:977–83.

Iriemi E, David A. (2013). Impact of transactional and transformational leadership styles on organisational performance: Empirical evidence from Nigeria. *J Commerce*, 5:30–41.

Kela, (2010) Helsinki: Kansaneläkelaitos, *The Social Insurance Institution of Finland*. Διαθέσιμο:

<http://www.kela.fi/in/internet/english.nsf/NET/080501120048HP?OpenDocument>

Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., (2007). *Υπηρεσίες Υγείας*, τόμος Α, Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα.

Καλοκαιρινού, Α. & Αδαμακίδου, Θ. (2014). *Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα: Έννοιες, δεξιότητες, εφαρμογές*. Αθήνα: Βήτα.

Καρπούζης, Κ.(2002), *Ηλεκτρονικές υπηρεσίες υγείας – μεθοδολογίες ανάπτυξης ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων υγείας*, Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

Keskimäki I, Tynkkynen LK, Reissell E, Koivusalo M, Syrjä V, Vuorenkoski L, Rechel B, Karanikolos M. (2019). Finland: Health system review. *Health Systems in Transition, 21*(2): 1-166.

Kidd M, (2013). editor. *The contribution of family medicine to improving health systems: a guidebook from the World Organization of family doctors. 2nd ed London (UK), New York: Radcliffe Publishing.*

Kokko S. (2009). Integrated primary health care: Finnish solutions and experiences. *International Journal of Integrated Care, 9*: e86. doi: 10.5334/ijic.310

Kringos DS, Boerma WGW, Bourgueil Y, et al. (2010). The European Primary Care Monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Fam Pract., 11*(1):81–98.

Kringos DS, Boerma W, Van der Zee J, et al. (2013). Europe’s strong primary care systems are linked to better population health, but also to higher health spending. *Health Aff., 32*(4):686–694.

Kringos D, Boerma W, Hutchinson A, Saltman R. (2015). Building primary care in a changing Europe. *World Health Organization, 38*:27-172.

Kringos, D., Boerma, W., Bourgueil, Y., Cartier, T. et al., (2013). The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *British Journal of General Practice, 742-750.*

Λάγιου, Α. (2013). *Πρόληψη και Προαγωγή Υγείας. Ο ρόλος του Επισκέπτη Υγείας στην πρόληψη και την προαγωγή υγείας στον 21ο αιώνα*. Πρακτικά 1ου Πανελληνίου Φόρουμ Επισκεπτών Υγείας. Θεσσαλονίκη 2013.

Lakhani, J., Benzies, K. & Hayden, A.K. (2012). Attributes of interdisciplinary teams: comprehensive review of the literature. *Clinical & Investigative Medicine, 35*(5), pp. 260-265.

Lemieux-Charles L, McGuire WL. (2006). What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. *Med Care Res Rev.*, 63:263–300.

Lionis, C., Symvoulakis, E., Markaki, A., Papadakaki, M., Daniilidou, N., Souliotis, K. & Kyriopoulos, I. (2009). Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review *Int J Integr Care.*, 9, e88, doi: 10.5334/ijic.322.

Lionis, C, Petelos, E., Papadakis, S., Tsiligianni, I., Anastasaki, M., Angelaki, A., Bertsias, A., Mechili, E., A., Papadakaki, M., Sifaki-Pistolla, D. & Symvoulakis, E. (2018). Towards evidence-informed integration of public health and primary health care: experiences from Crete. *Public Health Panorama*,4(4), 491-735.

Λιόνης, Χ. (2020). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα κάτω από το φως της Διακήρυξης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην Astana Ένα κείμενο θέσεων. *ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE* 37(2), 151-154.

Mackenbach JP, Meerding WJ, Kunst AE. (2010). Economic costs of health inequalities in the European Union. *J Epidemiol Community Health.*, 65(5):412–419.

Marceau L, McKinlay J, Shackelton R, et al. (2011). The relative contribution of patient, provider and organizational influences to the appropriate diagnosis and management of diabetes mellitus. *J Eval Clin Pract.*, 17:1122–8.

Milliken O, Devlin RA, Barham V, et al. (2011). Comparative efficiency assessment of primary care service delivery models using data envelopment analysis. *Can Public Policy*, 37:85–109

Mitchell, P., Wynia, M., Golden, R., McNellis, B., Okun, S., Webb, C.E., Rohrbach, V. & Von Kohorn, I. (2012). *Core principles & values of effective team-based health care*. Discussion Paper, Institute of Medicine, Washington, DC.

Mathisen GE, Einarsen S, Jorstad K, et al. (2004). Climate for work group creativity and innovation: Norwegian validation of the team climate inventory (TCI). *Scand J Psychol*, 45:383–92

Nancarrow, S., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P. & Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health*, 11(1), pp. 19-22.

Nieuwboer MS, van der Sande R, van der Marck MA, Rikkert MG, Perrya M. (2019). Clinical leadership and integrated primary care: A systematic literature review. *Eur J Gen Pract.*, 25:7–18.

olde Hartman TC, van Ravesteijn H, Lucassen P, et al. (2011). Why the “reason for encounter” should be incorporated in the analysis of outcome of care. *Br J Gen Pract.*, 61:e839–41.

OECD (2017), *Primary Care in Denmark, OECD Reviews of Health Systems*, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264269453-en>

Paget, L., Han, P., Nedza, S. et al. (2011). Patient-clinician communication: Basic principles and expectations. Discussion Paper. Washington, D.C.: Institute of Medicine. [online] Διαθέσιμο στο: <http://www.accp.com/docs/positions/misciompatientcliniciandiscussionpaper.pdf>

Philalithis, A. (2021). The Trials and Tribulations of the National Health System (ESY) in Greece: A Chronicle of Unfulfilled Promises. *The Historical Review/La Revue Historique*, 17, 115–160. <https://doi.org/10.12681/hr.27069>

Polyzos, N., Economou, C., & Zilidis, C. (2008). National Health Policy In Greece: Regulations Or Reforms? The Sisyphus Myth. *European Research Studies*, 11(3), 91.

Πεερράκος Γ. (2013). *Μοντέλα Διοίκησης Μακροχρόνιας Φροντίδας Υγείας στην Τοπική Κοινωνία*. Εκδ. Παπαζήση.

Πεερράκος Γ. (2008). *Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας & Τοπική Κοινωνία*. Εκδ. Παπαζήση.

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

Puras D., (2016). Universal Health Coverage: A Return to Alma-Ata and Ottawa. *Health and human rights*, 18(2), 7–10. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5395012/>

Rao M., Pilot E., (2014). The missing link- the role of primary care in global health. *Glob Health Action*, 7:1-6 Διαθέσιμο στο : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3926992/#CIT0002>

Rifkin SB. (2018). Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All- from consensus to complexity. *BMJ Glob Health*, 3(Suppl 3):1-7 Διαθέσιμο στο : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6307566/>

Rohde J, Cousens S, Chopra M, et al. (2008). 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? *Lancet*, 372(9642):950–961.

Schäfer WLA. Primary care in 34 countries: perspectives of general practitioners and their patients [thesis]. Utrecht (The Netherlands): Nivel; 2016. Available: www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/w-schafer-pc34.pdf

Schneider, A. et al. (2016). Costs of coordinated versus uncoordinated care in Germany: results of of a routine data analysis in Bavaria. *BMJ Open*, 6, e011621, <https://bmjopen.bmj.com/content/6/6/e011621.long>

Σιγάλας, Ι.(2008), *Η Δημόσια Περίθαλψη Προβλήματα και Προοπτικές*. Διαθέσιμο στο http://www.econ.uoi.gr/seminars_oikonimia_koinonia/dialeksi4/Dimosia_Perithalpsi_2008.ppt

Sol GI, Badia JG, Hito PD, Osaba MA, Grasia JL. (2016). Self-perception of leadership styles and behaviour in primary health care. *BMC Health Serv Res.*, 16:572.

Stange KC, Ferrer RL. (2009). The paradox of primary care. *Ann Fam Med.*, 7:293–9.

Stöger, A. (2013). *The Austrian Health Care System*. Bundesministerium für Gesundheit.

Strating MM, Nieboer AP. (2009). Psychometric test of the Team Climate Inventory-short version investigated in Dutch quality improvement teams. *BMC Health Serv Res.*, 9:126.

Starfield B, Shi L, Macinko J. (2005). Contribution of primary care to health system and health. *Milbank Q.*, 83:457–502.

Stigler FL, Macinko J, Pettigrew LM, et al. (2016). No universal health coverage without primary health care. *Lancet*, 387:1811.

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

Τούντας Γ., (2006), Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας, *Αρχαία Ελλ. Ιατρική*, 20(1), 76-87.

Travis P, Bennett S, Haines A, et al. (2004). Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet*, 364(9437):900–906.

Tynkkynen, L.K., Chydenius, M., Saloranta, A. & Keskimäki, I. (2016). Expanding choice of primary care in Finland: much debate but little change so far. *Health Policy*, 120, 227-234.

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

van der Bij S, Khan N, Ten Veen P, de Bakker DH, Verheij RA. (2017). Improving the quality of EHR recording in primary care: a data quality feedback tool. *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA*, 24(1):81–7. pmid:27274019

Wensing, M., Szecsenyi, J., Stock, C., Kaufmann-Kolle, P. & Laux, G. (2017). Evaluation of a program to strengthen general practice care for patients with chronic disease in Germany. *BMC Health Serv. Res.* 17, 62, <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2000-2>.

Wensing, M., Kaufmann-Kolle, P., Szecsenyi, J., Stock, C. & Laux, G. (2018). Effects of a program to strengthen general practice care on hospitalisation rates: a comparative observational study. *Scan. J. Prim. Care*, 36, 109–114.

Willcox, S., Lewis, G. & Burgers J. (2011). Strengthening primary care: recent reforms and achievements in Australia, England, and the Netherlands. *Issue Brief (Commonw Fund)*, 27:1-19

World Health Organization (2009). Primary health care, including health system strengthening. Proceedings of the sixty-second World Health Assembly. Resolution WHA62.12; Geneva. Available: http://www.who.int/hrh/resources/A62_12_EN.pdf