

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα και την Ευρώπη

Παναγιώτης Χριστοδούλου

Ειδικευόμενος Ιατρικής Βιοπαθολογίας
ΓΝΙ Χατζηκώστα, MSc Διοίκησης Δομών
Υγείας

Λέξεις-κλειδιά

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Ευρωπαϊκή Ένωση, μεταρρυθμίσεις

Υπεύθυνος Επικοινωνίας:

Παναγιώτης Χριστοδούλου
e-mail: Christodp17@gmail.com

Περίληψη

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί βασικό πυλώνα όλων των συστημάτων υγείας, καθώς συνιστά την πρώτη επαφή του πολίτη με τις μονάδες υγείας, παρέχει το πρώτο στάδιο αντιμετώπισης και θεραπείας, ενώ διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη. Η σωστή λειτουργία της συμβάλλει τόσο στην ορθολογική χρήση των υπηρεσιών υγείας όσο και στην ομαλή λειτουργία των δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων μονάδων και στην αποτροπή εμφάνισης και επέκτασης νέων κρουσμάτων λοιμώξεων και ασθενειών στο γενικό πληθυσμό. Από τη διεθνή βιβλιογραφία και από τη μελέτη των μοντέλων ΠΦΥ σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, προκύπτει ότι η ΠΦΥ είναι δομικό στοιχείο των συστημάτων υγείας, ενώ στην Ελλάδα αποτελεί διαχρονικά το βασικό αντικείμενο των μεταρρυθμίσεων που επιχειρούν οι κυβερνήσεις στην Ελλάδα.

Παρόλη τη σημασία και την εν δυνάμει συνεισφορά της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) στην υπόθεση της υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού, στην Ελλάδα επί της ουσίας είναι απύσχα από τη σφαίρα του δημόσιου και κρατικού μηχανισμού. Ιδιαίτερα ο τομέας της πρόληψης φαίνεται να παραλείπεται, αφού η νοσοτροπία και η δομή του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) επικεντρώνουν τα μέσα τους σε πολύ μεγάλο βαθμό στο θεραπεύειν και σε πολύ μικρότερο βαθμό στο προλαμβάνειν, σε αντίθεση με την κλασική ιπποκρατική παράδοση. Με αυτό τον τρόπο έχει παγιωθεί, τόσο στους επαγγελματίες υγείας, όσο και στους πολίτες η αντίληψη ότι η πρόληψη ταυτίζεται με την αντιμετώπιση μέσω φαρμακευτικών (ή προσφάτως και άλλων σκευασμάτων) για τα ήσσονος σημασίας νοσήματα και με τη νοσοκομειακή περίθαλψη για τα μείζονος σημασίας.

Η μελέτη συστημάτων υγείας των υπολοίπων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) αναδεικνύει την ύπαρξη οριοθετημένων πλαισίων ανάμεσα στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, αλλά και μεταξύ της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας δομής.

Η Σουηδία, στις αρχές της δεκαετίας του 90, πραγματοποίησε μια μεταρρύθμιση στο σύστημα υγείας: οι μονάδες εντατικής θεραπείας συγκεντρώθηκαν στα μεγάλα νοσοκομειακά συγκροτήματα, ενώ τα μικρότερα νοσοκομειακά συγκροτήματα μετατράπηκαν σε

κοινοτικές μονάδες ΠΦΥ, με τη δυνατότητα να παρέχουν βραχεία νοσηλεία και χειρουργεία, μέσω ενός δυναμικού τεσσάρων γενικών γιατρών¹. Η αρμοδιότητα της κατανομής των πόρων εδραζόταν πλέον στα κοινοτικά συμβούλια (μέσω του τοπικού προϋπολογισμού) με τη λήψη περιορισμένων ενισχύσεων από τον κρατικό προϋπολογισμό. Το 1994 ορισμένα από τα κοινοτικά συμβούλια θεσμοθέτησαν την ύπαρξη οικογενειακού γιατρού, το δικαίωμα στην επιλογή του γιατρού αυτού από τον πολίτη και τη δυνατότητα πρόσβασης στον ιδιωτικό τομέα. Στις αρχές της δεκαετίας του 2000 διατέθηκαν κονδύλια από την κεντρική κυβέρνηση για την ανάπτυξη της ΠΦΥ με το βάρος να δίνεται στην προληπτική ιατρική και την γηριατρική². Παρόλα αυτά η άτακτη και περιορισμένη δομή της ΠΦΥ και οι συνεχείς νομοθετικές αλλαγές οδήγησαν σε διεύρυνση των ανισοτήτων μεταξύ του πληθυσμού³.

Στη Μεγάλη Βρετανία η εθνική νομοθεσία με το διάταγμα 1946/1948 καθιερώνει εθνικό σύστημα υγείας, οι υπηρεσίες του οποίου κρατικοποιήθηκαν και η χρηματοδότηση τους ανατέθηκε στο δημόσιο τομέα. Το σύστημα ΠΦΥ ακολουθεί τη φιλοσοφία της προληπτικής ιατρικής, με στόχο την αποτροπή της κατάληξης των περιστατικών στα νοσοκομεία. Την ίδια φιλοσοφία ακολουθεί ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, που παρέχει συμβουλές, αντιμετωπίζει απλά περιστατικά και τραυματισμούς, έχοντας την ευθύνη της κατανομής των ασθενών στις δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες δομές⁴. Συμπληρωματικά με τον οικογενειακό γιατρό λειτουργούν μια σειρά επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένου του νοσηλευτικού προσωπικού, το οποίο στη Μεγάλη Βρετανία (σε αντίθεση με την Ελλάδα) εγγράφεται στο δυναμικό της ΠΦΥ και καλύπτει είτε το πεδίο της ενημέρωσης είτε της δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης με τη βοήθεια στο σπίτι. Στο ίδιο πεδίο συγκαταλέγονται οι φυσικοθεραπευτές. Οι γενικοί γιατροί λειτουργούν εντός του συστήματος υγείας και της λίστας των ασθενών τους. Λόγω της υποστελέχωσης των τελευταίων ετών, οι ασθενείς μπορούν να επισκέπτονται τα τμήματα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου, χωρίς παραπομπή από τον γενικό γιατρό⁵. Το σύστημα υγείας φροντίζει να λαμβάνει υπόψη συχνά τη γνώμη των πολιτών, καταγράφοντας ετησίως τα ποσοστά ικανοποίησής τους με βάση το πόσο εύκολα και γρήγορα οι πολίτες έχουν τη δυνατότητα να επισκεφθούν τον οικογενειακό γιατρό και κατά πόσο αποδίδουν οι φόροι που συνεισφέρουν για την υγεία⁶.

Στην Ιρλανδία υπάρχει αντίστοιχο σύστημα ΠΦΥ με αυτό της Μεγάλης Βρετανίας, με τον οικογενειακό γιατρό στο επίκεντρο⁷. Μόνο το 47% όμως του πληθυσμού δικαιούται πρόσβασης στο σύστημα ΠΦΥ μέσω του δημοσίου. Για το υπόλοιπο 53% οι παρόχες διαφέρουν ανάλογα με το είδος της ασφαλιστικής κάλυψης. Για ορισμένες ιδιωτικές συμβάσεις ο χρόνος αναμονής είναι ιδιαίτερα μεγάλος, με αποτέλεσμα

πρακτικά να μην έχουν πρόσβαση στις δομές⁸.

Η Ολλανδία διαθέτει ένα σύστημα ΠΦΥ, το οποίο παρέχει το δικαίωμα στον πολίτη να επιλέγει τον οικογενειακό γιατρό, στον οποίο υπάρχει δυνατότητα πρόσβασης εντός 15 λεπτών κατά μέσο όρο. Κατά τη διάρκεια της νύχτας και των αργιών, υπάρχει η πρόβλεψη για κάλυψη από κέντρα οικογενειακών γιατρών. Το σύστημα ΠΦΥ λειτουργεί με επίκεντρο τον οικογενειακό γιατρό, χωρίς την παραπομπή του οποίου δε μπορεί να υπάρξει περαιτέρω παρακολούθηση του ασθενή. Από το 2000 μέρος των αρμοδιοτήτων των οικογενειακών γιατρών μεταβιβάστηκε σε μια σειρά άλλων κλάδων, όπως οι φυσιοθεραπευτές και οι νοσηλεύτριες, οι οποίες πλέον έχουν αναλάβει κομμάτι της πρόληψης και της συνταγογράφησης. Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην παρακολούθηση της εμφάνισης λοιμώξεων, τόσο στον παιδικό όσο και στον ενήλικο πληθυσμό. Αντίστοιχη σημασία δίνεται στην αντιμετώπιση και κάλυψη χρόνιων νοσημάτων, όπως ο καρκίνος του παχέος εντέρου, από ένα εξειδικευμένο δίκτυο γενικών γιατρών⁹. Η χρηματοδότηση αντλείται από τρεις πυλώνες, με βασικό τον κρατικό προϋπολογισμό και από κει και πέρα ανάλογα με τις ατομικές ανάγκες (οι οποίες δεν καλύπτονται από τη βασική υγειονομική κάλυψη) υπάρχει ένα είδος αναλογικής συμμετοχής ιδιωτών και ιδιωτικών ασφαλιστικών¹⁰. Η κάλυψη της ΠΦΥ εκτείνεται από τα παιδιά έως τους πρόσφυγες και τους μετανάστες. Η αποτελεσματικότητα του συστήματος ΠΦΥ αποτυπώνεται στην ορθολογική χρήση των νοσοκομειακών υποδομών, με την αποφυγή περιττών νοσηλείων¹¹.

Στη Νορβηγία ο πυλώνας του συστήματος πρωτοβάθμιας κάλυψης είναι ο οικογενειακός γιατρός. Την ευθύνη λειτουργίας και κατανομής των δομών της ΠΦΥ έχουν οι τοπικές κοινότητες, οι οποίες ανάλογα με τις ανάγκες τους, είτε προσλαμβάνουν οικογενειακούς γιατρούς, είτε συνάπτουν συμβάσεις με ιδιώτες. Οι οικογενειακοί γιατροί είναι υπεύθυνοι για την παραπομπή στα νοσοκομεία και σε άλλες ειδικότητες, για την τηλεφωνική παροχή οδηγιών και την εξυπηρέτηση των έκτακτων περιστατικών¹². Το 2010 πραγματοποιήθηκε έρευνα για την ικανοποίηση των πολιτών από τις υπηρεσίες ΠΦΥ, με βάση την οποία πραγματοποιήθηκαν το 2011 νομοθετικές παρεμβάσεις, καθώς σε μερικές περιπτώσεις ο χρόνος αναμονής για την επίσκεψη σε οικογενειακό γιατρό ήταν από δύο έως πέντε ημέρες¹³.

Στη Δανία η ΠΦΥ στηρίζεται στο θεσμό του οικογενειακού γιατρού. Οι τελευταίες νομοθετικές παρεμβάσεις της κυβέρνησης προσπαθούν να δώσουν κίνητρα στους οικογενειακούς γιατρούς ώστε να λειτουργούν σε συνεταιρισμούς/ομάδες. Η λειτουργία των οικογενειακών γιατρών και των λοιπών ειδικοτήτων που ασχολούνται με την ΠΦΥ ανήκουν αποκλειστικά στον ιδιωτικό τομέα. Η κεντρική προσπάθεια των κυβερνήσεων αφορά στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Στην κάλυψη της ΠΦΥ περιέχονται και οι μετανάστες,

ενώ οι πρόσφυγες-αιτούντες άσυλο έχουν δικαίωμα πρόσβασης μόνο στα τμήματα επειγόντων περιστατικών¹⁴.

Στη Γερμανία η τακτική παρακολούθηση παρέχεται από γιατρούς της επιλογής του κάθε πολίτη. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών προκύπτει με βάση τις ασφαλιστικές εισφορές. Η βάση του ελέγχου και των υπηρεσιών πρόληψης ανήκει στα κρατίδια, παρά τις προσπάθειες της κεντρικής κυβέρνησης να αποκτήσει έλεγχο στις υπηρεσίες ΠΦΥ, προσπάθεια η οποία τελικά δεν τελεσφόρησε. Το σύστημα ΠΦΥ δεν βασίζεται στον οικογενειακό γιατρό-gatekeeper, αλλά στηρίζεται στην εκτεταμένη πρόληψη και παρακολούθηση της εξέλιξης των ασθενειών. Τα επείγοντα περιστατικά καλύπτονται από τους γενικούς γιατρούς στις δομές υγείας, οι οποίοι λειτουργούν μέσω των τηλεφωνικών κέντρων και των ασθενοφόρων, στα οποία είναι χρεωμένοι¹⁵.

Στην Ισπανία το σύστημα ΠΦΥ βασίζεται στον οικογενειακό γιατρό και στις πολιτικές ελέγχου, καταγραφής και πρόληψης των νοσημάτων. Η πολιτική του συστήματος αυτού κινείται σε δύο επίπεδα: το ένα επίπεδο είναι η παρέμβαση στον τρόπο ζωής ώστε να μειώνεται η επίδραση των παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση ασθενειών και το δεύτερο επίπεδο είναι η επιμόρφωση διαφορετικών ομάδων πληθυσμού, ανάλογα με τις ανάγκες και τους κινδύνους που εμφανίζουν. Η μεγαλύτερη σύγκρουση στον τομέα της ΠΦΥ, είναι μεταξύ της κυβέρνησης και των περιφερειών για τον έλεγχο και τη χρηματοδότηση των τοπικών δομών. Οι τελευταίες νομοθετικές παρεμβάσεις προσπαθούν να εναρμονίσουν τις δομές ΠΦΥ με τους στόχους του Π.Ο.Υ¹⁶.

Στη Γαλλία επικρατεί ένα ιδιότυπο καθεστώς στην ΠΦΥ: ο οικογενειακός γιατρός είναι υπεύθυνος για την κατανομή των ασθενών στις υπόλοιπες ειδικότητες και στα νοσοκομεία, αλλά ο ασθενής έχει το δικαίωμα να επισκέπτεται χωρίς παραπομπή κάποια άλλη ειδικότητα, εφόσον καλύψει μόνος του ένα μέρος των εξόδων (semi-gatekeeping). Οι τοπικοί δήμοι και κοινότητες είναι επιφορτισμένες με τη διαχείριση του κυρίως τμήματος της πολιτικής υγιεινής (τροφήμα, νερό, περιβάλλον) και πρόληψης (εμβολιασμοί, καταγραφή μολύνσεων). Το 2004 ξεκίνησε μια προσπάθεια ενοποίησης των υπηρεσιών ΠΦΥ¹⁷.

Στην Ιταλία η ΠΦΥ είναι υπό την ευθύνη των υγειονομικών περιφερειών. Πρόσφατα υπήρξε προσπάθεια εκσυγχρονισμού του συστήματος πρωτοβάθμιας και μετάβασης από το μοντέλο του οικογενειακού γιατρού-gatekeeper σε ένα μοντέλο με μεγαλύτερη διασύνδεση μεταξύ των επαγγελματιών και υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας. Οι πολίτες έχουν δικαίωμα άμεσης πρόσβαση στον οικογενειακό γιατρό και σε περίπτωση που τον παρακάμψουν είναι υποχρεωμένοι να καταβάλουν χρηματικό ποσό της τάξεως των 20€. Το πιο σημαντικό πρόβλημα στο ιταλικό σύστημα πρωτοβάθμιας κάλυψης είναι η γεωγραφική ανισότη-

τα μεταξύ βορρά και νότου, η οποία αντικατοπτρίζει κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες του ιταλικού κράτους. Οι πρόσφυγες και οι μετανάστες, είτε με, είτε χωρίς νόμιμα έγγραφα, εντάσσονται κανονικά στο σύστημα της ΠΦΥ¹⁸.

Στη Μάλτα το σύστημα ΠΦΥ αφορά κατά 70% τον ιδιωτικό τομέα, όπως δείχνει η ετήσια καταγραφή που οργανώνει το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας. Με βάση τις ίδιες καταγραφές γίνεται προσπάθεια να κατανέμονται οι πόροι από τον προϋπολογισμό προς τις επιθυμίες και τις ελλείψεις των πολιτών. Εκτός από τον ιδιωτικό τομέα, υπάρχουν οχτώ δημόσια κέντρα ΠΦΥ υπεύθυνα, τόσο για την καταγραφή, την πρόληψη και τα μέτρα υγιεινής, όσο και για την παροχή υπηρεσιών προς τους πολίτες. Υπεύθυνος για την κατανομή των πολιτών στο σύστημα είναι ο οικογενειακός γιατρός¹⁹.

Στην Κύπρο το σύστημα της πρωτοβάθμιας πάσχει από την έλλειψη σύνδεσης μεταξύ των δομών που την παρέχουν²⁰. Το σύστημα είναι μεικτό, με συνύπαρξη τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα. Υπάρχει οικογενειακός γιατρός, χωρίς να υπάρχει διασύνδεση μεταξύ των δομών ή σύστημα παραπομπής (gatekeeping). Παρόλα αυτά οι δομές του συστήματος υγείας είναι σύγχρονες και επαρκώς εξοπλισμένες, γεγονός που αντικατοπτριζόταν σε δύο έρευνες ικανοποίησης που πραγματοποιήθηκαν. Σε τελευταία έρευνα βέβαια ο βαθμός ικανοποίησης παρουσίασε μείωση²¹. Το ποσοστό των ασθενών που επισκέπτεται τουλάχιστον μια φορά το χρόνο κάποιον ειδικό γιατρό είναι 70%, εκ του οποίου μόλις το 11% είχε επισκεφθεί πρώτα έναν οικογενειακό γιατρό, γεγονός που αντικατοπτρίζει το έλλειμμα διασύνδεσης²².

Στο Βέλγιο ο οικογενειακός γιατρός δεν έχει το ρόλο της κατανομής των ασθενών σε άλλες ειδικότητες ή στα νοσοκομεία (gatekeeper). Εν μέρει η επιλογή αυτή έγκειται στο γεγονός ότι η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και τον οικογενειακό γιατρό δεν γίνεται μέσω του δημόσιου, αλλά μέσω του ιδιωτικού τομέα. Αποτέλεσμα αυτού είναι η υπερβολική χρήση των δευτεροβάθμιων δομών, ιδίως για χρόνια νοσήματα²³. Οι οικογενειακοί γιατροί είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, όπως και οι διάφορες άλλες ειδικότητες, στις οποίες ο πολίτης έχει ελεύθερη πρόσβαση. Το πλαίσιο της ΠΦΥ δεν είναι ξεκάθαρο, καθώς οι πολίτες μπορούν να αναφερθούν και στις υπόλοιπες ιατρικές ειδικότητες, χωρίς τη μεσολάβηση του οικογενειακού γιατρού, για ζητήματα πρωτοβάθμιας κάλυψης. Πρόσφατα έχει λάβει χώρα μεταρρύθμιση για την επέκταση της ημερήσιας λειτουργίας των οικογενειακών γιατρών, με σύγχρονη καταγραφή της γνώμης των πολιτών από το κράτος²⁴.

Στην Πορτογαλία η ΠΦΥ δεν περιορίζεται στον οικογενειακό γιατρό, καθώς υπάρχουν από το 2006 και μετά μια σειρά κρατικών προγραμμάτων με επίκεντρο την ενημέρωση και την πρόληψη. Καταρχήν υπάρχει ειδικότητα δημόσιας υγείας, η οποία αποκτάται μετά από 4 χρόνια εργασίας στον τομέα και ασχολείται με

την επιδημιολογία και την καταγραφή περιστατικών που αφορούν τη δημόσια υγεία. Στο ίδιο πλαίσιο κινείται και το παρατηρητήριο δημόσιας υγείας. Επιπρόσθετα υπάρχουν δύο κρατικές διαδικτυακές σελίδες, μέσω των οποίων ο πολίτης έχει τη δυνατότητα να ενημερώνεται με ασφαλές και επιστημονικά έγκυρο τρόπο. Πέρα από τις διαδικτυακές σελίδες, υπάρχει συγκροτημένο πρόγραμμα δημόσιας εκπαίδευσης και ενημέρωσης πάνω στην ΠΦΥ. Κατά τα άλλα ο οικογενειακός γιατρός έχει την ευθύνη κατανομής των ασθενών (gatekeeping) μέσα από ένα δίκτυο δομών που περιλαμβάνουν κέντρα υγείας, αγροτικά και περιφερειακά ιατρεία. Οι μεταρρυθμίσεις αυτές απαντούσαν σε έρευνες που έδειχναν χαμηλό επίπεδο γνώσης γύρω από την πρόληψη²⁵.

Στην Αυστρία δεν υπάρχει ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού. Οι πολίτες έχουν δικαίωμα απεριόριστης πρόσβασης σε όλες τις δομές του εθνικού συστήματος υγείας. Το μεγαλύτερο πρόβλημα του αυστριακού συστήματος είναι η μικρή συμμετοχή του πληθυσμού στα προγράμματα εμβολιασμού. Σε αυτό το πρόβλημα το Υπουργείο Υγείας προσπάθησε να απαντήσει με ένα εκτεταμένο πρόγραμμα παρακολούθησης και καταγραφής των λοιμώξεων, της αντοχής στα αντιβιοτικά και της χρήσης εμβολίων και ακολούθως με ένα πρόγραμμα ενημέρωσης του πληθυσμού για τον κίνδυνο των λοιμώξεων και τα οφέλη του εμβολιασμού²⁶. Ένα άλλο πρόβλημα είναι η υπερβολική χρήση των νοσοκομείων, λόγω της έλλειψης του οικογενειακού γιατρού και της δυνατότητας gatekeeping²⁷.

Στη Βουλγαρία ο βασικός πάροχος υπηρεσιών ΠΦΥ είναι ο οικογενειακός γιατρός, ο οποίος κατανέμει τους ασθενείς στις υπόλοιπες δομές. Το βασικό πρόβλημα του συστήματος ΠΦΥ είναι η άνιση γεωγραφική κατανομή των οικογενειακών γιατρών και η δυσκολία της κατ' οίκον νοσηλείας, αποτέλεσμα του συνεχώς μειούμενου αριθμού οικογενειακών γιατρών²⁸. Παρόλα αυτά οι πολίτες αξιολογούν θετικά την ΠΦΥ²⁹.

Στην Κροατία υπάρχει ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού με κύριο ρόλο την παρακολούθηση και παρέμβαση σε οικογένειες. Στο συγκεκριμένο σύστημα ΠΦΥ, ο οικογενειακός γιατρός είναι θεωρητικά επιφορτισμένος με την κατανομή των ασθενών στις υπόλοιπες δομές, στην πράξη όμως οι περισσότεροι ασθενείς παρακάμπτουν αυτή τη διαδικασία, εφόσον άτυπα δεν εφαρμόζεται στον ιδιωτικό τομέα³⁰.

Στην Τσεχία ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού υφίσταται, αλλά δεν έχει το ρόλο της κατανομής/διανομής στις υπόλοιπες δομές του συστήματος υγείας, καθώς οι ασθενείς είναι ελεύθεροι στο να απευθύνονται σε όποια ειδικότητα και δομή επιθυμούν. Η συντριπτική πλειονότητα των δομών και παρόχων ΠΦΥ είναι ιδιωτική³¹. Τα παραπάνω οδηγούν σε αυξημένο ποσοστό ιδιωτικών πληρωμών³².

Στη Λετονία ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού περιλαμβάνει εξειδικευμένους γενικούς γιατρούς, γυναικολόγους και παιδίατρους, οι οποίοι κατανέμουν

και διανέμουν τους ασθενείς στις υπόλοιπες δομές του συστήματος υγείας. Υπάρχει εκτεταμένο δίκτυο καταγραφής και παρακολούθησης λοιμώξεων και επιδημιών. Βοηθητικά ως προς τον οικογενειακό γιατρό λειτουργεί και εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο είναι επιφορτισμένο με τμήμα της ΠΦΥ στα αγροτικά ιατρεία. Υπάρχει συχνή αξιολόγηση και έλεγχος ποιότητας του συστήματος από το 2000 και μετά³³.

Στην Ουγγαρία η διαχείριση της ΠΦΥ ανήκει στις τοπικές κοινότητες. Λόγω του συστήματος Shemanko (το σοβιετικό μοντέλο υγείας, με το όνομα του τότε Υπουργού Υγείας, υπήρξε πλήρως κρατικό με ιδιαίτερη έμφαση στα αγροτικά ιατρεία και την ΠΦΥ) η δομή και η παιδεία στην πρόληψη και την πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι σε ιδιαίτερα καλά επίπεδα, σε αντίθεση με τη διαχείριση των χρόνιων παθήσεων. Το σύστημα ΠΦΥ βασίζεται στον οικογενειακό γιατρό το οποίο μετά τις τελευταίες νομοθετικές αλλαγές έχει αυξανόμενο αριθμό επισκεπτών³⁴.

Στη Σλοβενία το σύστημα ΠΦΥ βασίζεται στη διαχείριση από την εκάστοτε τοπική κοινότητα και περιλαμβάνει οικογενειακούς γιατρούς, παιδίατρους, γυναικολόγους, φυσιοθεραπευτές και εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Οι μισοί περίπου (43%) από τους επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας ανήκουν στις δομές των τοπικών κοινοτήτων, οι οποίες περιλαμβάνουν από νοσοκομεία (στα οποία από επαγγελματίες πρωτοβάθμιας δουλεύουν οι γυναικολόγοι), κέντρα υγείας και αγροτικά ιατρεία. Στην ΠΦΥ συγκαταλέγεται και η φροντίδα/διαχείριση χρόνιων νοσημάτων. Υπάρχει επίσης ένα εκτεταμένο σύστημα καταγραφής και πρόληψης μεταδοτικών ασθενειών³⁵. Λόγω του εκτεταμένου φαινομένου της μετανάστευσης, υπάρχουν λίγοι γενικοί γιατροί και παιδίατροι για να καλύψουν τις υπηρεσίες ΠΦΥ και γι αυτό το λόγο υπάρχει άσκοπη χρήση των υπόλοιπων ειδικοτήτων³⁶.

Στη Σλοβακία υπάρχει ένα ημιιδιωτικοποιημένο σύστημα ΠΦΥ: οι υποθέσεις δημόσιας υγιεινής, πρόληψης και καταγραφής νοσημάτων ανήκουν στο δημόσιο, ενώ οι δομές παροχής ΠΦΥ ανήκουν στον ιδιωτικό τομέα. Κάθε ασφαλιστική εταιρία υποχρεούται να συνάπτει συμφωνία με έναν οικογενειακό γιατρό, ο οποίος είναι υπεύθυνος για τη κατανομή του ασθενούς στο σύστημα υγείας³⁷. Παρόλα αυτά το 74% των ασθενών προσφεύγει στα επείγοντα, καθώς αδυνατεί να έχει πρόσβαση στην ΠΦΥ.

Στο Λουξεμβούργο η δομή της ΠΦΥ βασίζεται κυρίως στο επίπεδο της πρόληψης. Αν και το βιοτικό επίπεδο του Λουξεμβούργου είναι ιδιαίτερα υψηλό και τα ποσοστά εμβολιασμού είναι υψηλά, παρουσιάστηκαν προβληματισμοί σχετικά με την άνοδο των ποσοστών παχυσαρκίας και χρήσης καπνού. Σε αυτό το επίπεδο υπήρξαν μεταρρυθμίσεις που στόχευαν στην αύξηση της ενημέρωσης και της αντιμετώπισης χρόνιων νοσημάτων. Κατά τα άλλα υπάρχει ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, χωρίς τον περιορισμό της

κατανομής από αυτόν στις υπόλοιπες δομές³⁸.

Στη Φινλανδία η κεντρική αρχή είναι υπεύθυνη για το σχεδιασμό και την καταγραφή των ζητημάτων πρόληψης, ενώ οι τοπικές αρχές είναι υπεύθυνες για την προσαρμογή και εξειδίκευση των ζητημάτων αυτών στον τοπικό πληθυσμό. Στις αρμοδιότητες της κεντρικής αρχής βρίσκεται το εμβολιαστικό πλάνο, η παρακολούθηση των λοιμώξεων και τα μέτρα υγιεινής. Στις αρμοδιότητες των τοπικών κοινοτήτων είναι η εφαρμογή των πλάνων εμβολιασμού, ο οικογενειακός προγραμματισμός και ορισμένα μέτρα υγιεινής. Δεν υπάρχει οικογενειακός γιατρός, καθώς η χρέωση των ασθενών στις τοπικές κοινότητες δε γίνεται μεμονωμένα σε γιατρούς, αλλά στα κέντρα υγείας. Τα κέντρα υγείας είναι στελεχωμένα με γενικούς γιατρούς, παιδίατρος, γυναικολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και με εργαστηριακό εξοπλισμό που συμπεριλαμβάνει μικροβιολογικό και ακτινοδιαγνωστικό έλεγχο. Υπάρχει αλληλοκάλυψη των κέντρων υγείας και των νοσοκομείων σε επίπεδο διαχείρισης προσωπικού³⁹.

Στην Πολωνία το σύστημα ΠΦΥ είναι επιφορτισμένο με την πολιτική υγιεινής και την πρόληψη. Ο στόχος που έχει τεθεί, και εν πολλοίς έχει επιτευχθεί στον τομέα της εμβολιαστικής κάλυψης και των λοιμωδών νοσημάτων, είναι η εναρμόνιση της Πολωνίας με τους στόχους του ΠΟΥ. Ο οικογενειακός γιατρός λειτουργεί ως διανομέας στο σύστημα υγείας⁴⁰.

Στην Εσθονία υπήρξε, μετά την αυτονομία της, η μετάβαση από ένα πλήρως δημόσιο σύστημα υγείας στο οποίο η έμφαση δινόταν στη δευτεροβάθμια κάλυψη, σε ένα μεικτό σύστημα δημόσιου και ιδιωτικού στο οποίο επιχειρείται πλέον να δοθεί έμφαση στην ΠΦΥ. Σε αυτό το πλαίσιο στο επίπεδο της πολιτικής υγείας η έμφαση μεταφέρεται από τον έλεγχο και την καταγραφή, στην πρόληψη και τα μέτρα υγιεινής. Θεσμοθετήθηκε ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού και της οικογενειακής νοσηλεύτριας, οι οποίοι εργάζονται ως ιδιώτες και με μερική δυνατότητα διανομής/κατανομής στο σύστημα υγείας⁴¹.

Στη Λιθουανία έχει αναπτυχθεί ένα σύστημα ΠΦΥ σε δύο επίπεδα: ένα το κεντρικό το οποίο αποτελείται από κέντρα υγείας και περιφερειακά ιατρεία που είναι στην περιοχή ευθύνης τους και ένα επίπεδο αποκεντρωμένο το οποίο λειτουργεί με ιδιώτες οικογενειακούς γιατρούς. Οι οικογενειακοί γιατροί λειτουργούν με την ευθύνη της κατανομής στο σύστημα υγείας⁴².

Στη Ρουμανία το σύστημα ΠΦΥ βασίζεται στους οικογενειακούς γιατρούς, οι οποίοι κατανέμουν τους ασθενείς στις δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες δομές υγείας. Η μεγαλύτερη πρόκληση του συστήματος είναι η εναρμόνιση των δεικτών της Ρουμανίας με το μέσο όρο των χωρών της ΕΕ, καθώς για παράδειγμα ο ρυθμός εμβολιασμών έχει μειωθεί⁴³.

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή στην έκδοσή σχετικά με τη δημόσια υγεία στην Ευρώπη⁴⁴ επικεντρώνεται περισσότερο σε ζητήματα πρόληψης και προαγωγής της

υγείας για την αντιμετώπιση των ασθενειών που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής (όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο καρκίνος) παρά σε ζητήματα οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας. Στην Ελλάδα αντιθέτως διαχρονικά η ΠΦΥ μεταρρυθμίζεται με νομοσχέδια και ζητήματα οργάνωσης, χωρίς να προκύπτουν υλικά αποτελέσματα: έχουν νομοθετηθεί αρκετές φορές κέντρα υγείας αστικού τύπου, η κάρτα υγείας ασθενούς και ο οικογενειακός γιατρός, χωρίς να εμφανίζονται στην καθημερινή ζωή. Λόγω αυτού, την παροχή της ΠΦΥ αναλάμβαναν κυρίως ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και ιδιώτες γιατροί, με υψηλό κόστος για το δημόσιο και τα ταμεία ασφάλισης με αμφίβολα αποτελέσματα. Το κόστος της έλλειψης συντονισμένων και σοβαρών δομών ΠΦΥ είναι μεγαλύτερο από τη δημιουργία τους, αφενός γιατί απουσιάζει ο έλεγχος ροής εξετάσεων και φαρμακευτικής κάλυψης και αφετέρου γιατί η έλλειψη πρόληψης και οικογενειακού προγραμματισμού επιβαρύνει τη λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, πολλαπλασιάζοντας το κόστος.

Η υπόθεση της ΠΦΥ αποτέλεσε μια μεταφορά του δημοτικού μύθου του γεφυριού της Άρτας για το χώρο της υγείας στην Ελλάδα. Συνολικά εμφανίστηκαν 9 νομοθετικές πρωτοβουλίες που αφορούν την ΠΦΥ από τις οποίες καμία δεν εφαρμόστηκε πλήρως στην πράξη. Κύριο πρόβλημα που εμφανιζόταν ήταν η έλλειψη βούλησης της εκάστοτε κυβέρνησης να οριοθετήσει το ρόλο του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα. Πρακτικά όπως αναφέρθηκε την ΠΦΥ ανέλαβαν οι ιδιώτες, με το δημόσιο να λειτουργεί ως δείκτη ασφαλείας για τους οικονομικά ασθενέστερους ή για τις ιατρικές πράξεις που ήταν ασύμφορες για τον ιδιωτικό τομέα.

Στην Ελλάδα η οργάνωση της ΠΦΥ ανήκει στο Υπουργείο Υγείας, το οποίο την κατανέμει σε διάφορες ανεξάρτητες αρχές, όπως το ΚΕΕΛΠΝΟ, το οποίο είναι υπεύθυνο για την καταγραφή και παρακολούθηση των λοιμώξεων και ο ΕΟΦ ο οποίος είναι υπεύθυνος για την κυκλοφορία των φαρμακευτικώνσκευασμάτων. Δεν υπάρχει στην πράξη οικογενειακός γιατρός ή η λογική της κατανομής των ασθενών μέσω της ΠΦΥ στις υπόλοιπες δομές του συστήματος. Η ΠΦΥ και κυρίως η πρόληψη δεν έχει αναπτυχθεί στην Ελλάδα, όπου ευνοείται η δευτεροβάθμια κάλυψη, όπως έχει αναφερθεί σε προηγούμενες ενότητες. Παρόλο που η Ελλάδα δαπανά 25% λιγότερα χρήματα από το μέσο όρο των χωρών της ΕΕ, οι πολίτες δαπανούν τα υπερδιπλάσια λεφτά για την υγεία από αυτούς των άλλων χωρών της ΕΕ, ενώ το εισόδημά τους έχει μειωθεί σε σημαντικό βαθμό⁴⁵.

Με στοιχεία του 2006, μόλις το 2.6% εκ των γιατρών της χώρας έχουν την ειδικότητα της γενικής ιατρικής. Στα 201 κέντρα υγείας μόλις το 47% των ιατρικών θέσεων είναι καλυμμένες και μόλις το 54% του παραϊατρικού προσωπικού. Στα κέντρα υγείας κοντά σε αστικές περιοχές το ποσοστό κάλυψης για όλο το προσωπικό φθάνει το 71%, ενώ σε πιο απομακρυσμέ-

νες περιοχές μόλις το 31%. Την ίδια στιγμή υπάρχουν 25000 ιδιωτικά ιατρεία και 400 διαγνωστικά/εργαστηριακά κέντρα. Έρευνα του 2006 έδειξε ότι το 50% των πολιτών επισκέπτεται δομές που ανήκουν ή είναι συμβεβλημένες με τα ταμεία του, το 25% δομές του ΕΣΥ και το 25% δομές ιδιωτικές⁴⁶. Στοιχεία του Υπουργείου Υγείας, συγκεκριμένα για την ΠΦΥ έδειξαν ότι το 12.5% επισκέπτεται αγροτικά ιατρεία, το 41.3% συμβεβλημένες με τα ταμεία δομές, το 34.4% ιδιώτες γιατρούς και το 11.2% ιδιωτικά εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα⁴⁷. Την ίδια στιγμή στο διάστημα 2009-2015 περίπου 8000 γιατροί εγκατέλειψαν την Ελλάδα για το εξωτερικό. Η έλλειψη δομών ηλεκτρονικής καταγραφής (εκτός από λίγες πειραματικού χαρακτήρα περιπτώσεις στην Κρήτη) δυσχεραίνουν την ήδη ελλιπή προσπάθεια καταγραφής και μελέτης στοιχείων, όπως συμβαίνει στις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ⁴⁸.

Στη μελέτη «Measuring the efficiency of the Greek rural primary health care using a restricted DEA model; the case of southern and western Greece» των Oikonomou et al.⁴⁹ γίνεται μέτρηση πάνω σε τυποποιημένα κριτήρια και ερωτηματολόγια της αποδοτικότητας 42 κέντρων υγείας στην Δυτική και Νότια Ελλάδα. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η αποδοτικότητα των κέντρων υγείας διαφέρει, με κύριο υστέρημα τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και τη λήψη προληπτικών μέτρων. Αν και η έρευνα έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τα Ελληνικά δεδομένα, δε λαμβάνει υπόψη την εμπειρία των πολιτών ή των εργαζομένων στα κέντρα υγείας, αφού στηρίζεται σε τυποποιημένες παραμέτρους που δεν αφήνουν παρακαταθήκη για επόμενες μελέτες. Επιπλέον από τα 42 κέντρα υγείας, έχει επιτευχθεί η συλλογή στοιχείων μόνο για τα 16.

Η έρευνα «Reinventing primary health care in the Greece of austerity: the role of health-care workers» των Simou et al.⁵⁰ εστιάζει στην κατάσταση που επικρατεί στην ΠΦΥ μετά την εφαρμογή των μνημονιακών συμφωνιών το 2010. Η έρευνα συνέκρινε τα στοιχεία που έχει καταγράψει η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας για 202 Κέντρα Υγείας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι σε επίπεδο δομών και προσωπικού υπάρχει σαφής μείωση του επιπέδου και του δυναμικού. Το πιο ενδιαφέρον είναι όμως ότι δεν παρατηρείται ιδιαίτερη μετάπτωση στο επίπεδο των αποτελεσμάτων και συνεπειών, καθώς ήδη υπήρχε λανθασμένη διοίκηση και χρήση των δομών.

Η έρευνα «Comparison of primary health care services between urban and rural settings after the introduction of the first urban health centre in Vyronas, Greece» των Mariolis et al.⁵¹ ασχολείται με τη σύγκριση των περιστατικών ενός κέντρου υγείας σε αγροτική περιοχή και (ενός από τα λίγα) κέντρα υγείας αστικού τύπου στο Βύρωνα. Αν και το δείγμα είναι (δικαιολογημένα λόγω της μη ύπαρξης αντίστοιχων δομών) μικρό και τα αποτελέσματα είναι κυρίως δημογραφικού

χαρακτήρα και ενδιαφέροντος, προκύπτει έμμεσα το συμπέρασμα ότι οι λόγοι που οι κάτοικοι επισκέπτονται ένα κέντρο υγείας δεν αφορούν τη φιλοσοφία της πρωτοβάθμιας φροντίδας, αλλά είναι κυρίως σχετικοί με την εύκολη και γρήγορη πρόσβαση σε αυτή.

Με την έρευνα «Operational integration in primary health care: patient encounters and workflows» των Sifaki-Pistolla et al.⁵² σε 22 κέντρα υγείας προέκυψε το συμπέρασμα ότι η έλλειψη ενός συνεχούς και ολοκληρωμένου συστήματος υγειονομικής κάλυψης (integrated model) δυσχεραίνει το έργο των επαγγελματιών υγείας και μειώνει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Το πρόβλημα της ασυνέχειας της παρακολούθησης του ασθενούς ξεκινά από την ΠΦΥ με την έλλειψη ηλεκτρονικής κάρτας ασθενούς και συστημάτων καταγραφής.

Η ανασκόπηση «Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review» των Lionis et al.⁵³, πέρα από την επιβεβαίωση του προηγούμενου συμπεράσματος, επαληθεύει και τον ισχυρισμό περί περιορισμένης βιβλιογραφίας προερχόμενης από την Ελλάδα, σε σχέση με την ΠΦΥ. Η συντριπτική πλειοψηφία των μελετών ασχολείται με την ανάπτυξη πληροφορικών συστημάτων και ένα μικρό κομμάτι με το ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού στην ΠΦΥ. Πέρα από λίγα άρθρα που αφορούν συγκροτημένες προτάσεις για την ΠΦΥ, δεν υπάρχει κάποια ποιοτική ή ποσοτική καταγραφή της αποδοτικότητας του συστήματος.

Η έρευνα «Primary health care and general practice attachment: establishing an undergraduate teaching network in rural Greek health centers» των Smirnakis et al.⁵⁴ ανέδειξε το έλλειμμα των κέντρων υγείας στο να εκπαιδεύουν τους φοιτητές και τους νέους αγροτικούς γιατρούς σε μια ολιστική θεώρηση της ΠΦΥ, γεγονός που αποτυπώνεται στις υπηρεσίες που παρέχουν μετέπειτα, δημιουργώντας ένα φαύλο κύκλο.

Η έρευνα «Perceptions of primary care professionals on quality of services in rural Greece: a qualitative study» του Sbarouni εστίασε στην αντίληψη που διαμορφώνουν οι επαγγελματίες των κέντρων υγείας για την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν. Η έρευνα αυτή παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον καθώς καταγράφει την άποψη γενικών γιατρών από 21 κέντρα υγείας της Ηπείρου και της Κρήτης πάνω σε ζητήματα που αφορούν τις δομές που εργάζονται. Οι απόψεις που εκφράζονται εστιάζουν κυρίως στην έλλειψη προσωπικού και υποδομών, αλλά και στην ελλιπή γνώση του κόσμου για το ρόλο των γενικών γιατρών.

Η μελέτη «Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας» των Σουλιώτη et al.⁵⁵ είναι μια ολοκληρωμένη καταγραφή της υπάρχουσας κατάστασης των δομών ΠΦΥ, η οποία καταλήγει σε μια δέσμη προτάσεων. Οι ελλείψεις, όπως αναφέρθηκαν και προηγουμένως, σε συνάρτηση με τους στόχους του ΠΟΥ βρίσκονται στην αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων, στη συνέχεια

της θεραπείας, στην κατ' οίκον φροντίδα, στη διασύνδεση με τις υπόλοιπες δομές του ΕΣΥ και στον τρόπο αποζημίωσης των ιατρικών πράξεων. Η μελέτη διαπιστώνει πως για το σύνολο των απαραίτητων αλλαγών (εκτός από τη μέθοδο αποζημίωσης του προσωπικού) υπάρχει ήδη το αντίστοιχο νομικό πλαίσιο, το οποίο όμως δεν εφαρμόζεται. Ορθά λοιπόν παρατηρεί η μελέτη πως η λύση δεν έγκειται στην επανομοθέτηση μέτρων σχετικά με την ΠΦΥ, αλλά στην εκπόνηση ενός συγκροτημένου σχεδίου λειτουργίας της ΠΦΥ. Το σχέδιο αυτό στοχεύει στην ύπαρξη αυτόνομων δομών ΠΦΥ οι οποίες θα έχουν αναφορά στις περιφέρειες, οι οποίες θα στελεχώνονται με οικογενειακούς γιατρούς (χωρίς η υποχρέωση να βαρύνει τους πολίτες, αλλά το κράτος) και θα εκπονούν ένα σχέδιο προληπτικών μέτρων που θα απαντούν στα σύγχρονα προβλήματα του τρόπου ζωής. Οι δομές προτείνεται να έχουν 24ωρη λειτουργία, με μόνιμο προσωπικό και διασύνδεση με τις υπόλοιπες δομές του συστήματος, με ταυτόχρονη θεμελίωση ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων και ηλεκτρονικής κάρτας ασθενούς.

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση αναδεικνύει όχι μόνο ότι η Ελλάδα υστερεί σημαντικά στον τομέα της ΠΦΥ σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ, αλλά και ότι υπάρχει έλλειμμα στον τομέα της έρευνας γύρω από το συγκεκριμένο ζήτημα. Μια επιχειρούμενη έρευνα όμως δε θα μπορούσε να αποκτήσει τα χαρακτηριστικά των ερευνών που αναπτύσσονται στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, αφού η ΠΦΥ εκεί βρίσκεται σε ένα τελείως διαφορετικό στάδιο. Οι έρευνες εκεί λοιπόν προσανατολίζονται στη βελτίωση και ανάπτυξη διαφόρων πλευρών της ΠΦΥ, όπως η τηλεϊατρική, η φροντίδα κατ' οίκον και η αποκέντρωση, ενώ στην Ελλάδα δεν υπάρχουν καν οι απαραίτητες δομές. Γι αυτό το λόγο χρειάζεται ένα ερευνητικό ερώτημα που να αφορά τις ελλείψεις που υπάρχουν και τη νοοτροπία που έχει αναπτυχθεί όλα τα προηγούμενα χρόνια.

Σε αντίθεση με τις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ, οι νομοθετικές παρεμβάσεις στην Ελλάδα δε βασίζονται στη γνώμη, στη γνώση και την εμπειρία των πολιτών. Γι αυτό το λόγο στις χώρες αυτές διαμορφώνεται ένα σύστημα ΠΦΥ που συμβαδίζει με τις απαιτήσεις και τις ανάγκες των πολιτών, ενώ ταυτόχρονα κράτος και πολίτες επιχειρούν μαζί να πραγματοποιήσουν τα αναγκαία και για τους δυο βήματα προς το μέλλον. Αντίθετα στην Ελλάδα οι νομοθετικές παρεμβάσεις συμβαδίζουν με τις ανάγκες και τις απαιτήσεις του εκάστοτε Υπουργού. Αρκεί διαχρονικά στις πολιτικές ηγεσίες του Υπουργείου Υγείας το τι γράφουν οι νόμοι και όχι το τι βιώνουν οι πολίτες. Δεν είναι τυχαίο λοιπόν που η πλειοψηφία των πολιτών δεν γνωρίζει ότι υπάρχει νόμος που κατοχυρώνει τον οικογενειακό γιατρό ή την ηλεκτρονική κάρτα ασθενούς. Και είναι λογικό, καθώς κανένα από τα δύο δεν τα έχει δει στην καθημερινότητά του. Επίσης ακόμα και οι πολίτες που γνωρίζουν για τις νομοθετικές πρωτοβουλίες έχουν διαμορφωμένη αρνητική εμπειρία από την επαφή

τους με τις δομές ΠΦΥ.

Η τάση αυτή αποτυπώνεται πλήρως στην ερευνητική συγγραφή «Primary care in the driver 's seat?»⁵⁶. Η πολιτική ΠΦΥ στην πλειοψηφία των ευρωπαϊκών χωρών βρισκόταν στο επίπεδο που βρίσκεται σήμερα η Ελλάδα, τη δεκαετία του 70. Από τότε έχει αποτελέσει αντικείμενο αυτόνομο και πλέον συγκροτεί τη βάση της υγειονομικής πυραμίδας. Εκτός από το ιατρικό προσωπικό (ως οικογενειακοί γιατροί λειτουργούν γενικοί γιατροί, παθολόγοι και παιδίατροι), ενεργή συμμετοχή στον τομέα της πρόληψης και της διαχείρισης των ασθενειών έχει και το νοσηλευτικό προσωπικό. Η δυνατότητα συνεχιζόμενης περίθαλψης μέσω πληροφοριακών συστημάτων και η ύπαρξη κατανομής (gatekeeping), έχει αποδειχθεί ότι ελαττώνει το κόστος και αυξάνει την αποτελεσματικότητα των δομών⁵⁷. Γενικά η συντριπτική πλειοψηφία των χωρών της ΕΕ επένδυσε στην ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος ΠΦΥ με διασύνδεση, βάση δεδομένων και αποκεντρωμένη κατανομή, δίνοντας παράλληλα οικονομικά κίνητρα στους εργαζόμενους σε αυτή (ακριβώς το αντίθετο με την ελληνική πολιτική υγείας). Στον ευρωπαϊκό χώρο έχουν πραγματοποιηθεί τρία κύματα ποιοτικού ελέγχου της ΠΦΥ, στα οποία σε κανένα δεν συμπεριλαμβάνεται η Ελλάδα, με αποτέλεσμα να μην υπάρχουν συγκεκριμένα δεδομένα. Το ακόμα πιο σημαντικό είναι ότι καμία ερευνητική πρωτοβουλία στην Ελλάδα δεν προέρχεται από το κράτος, με αποτέλεσμα οι νομοθετικές παρεμβάσεις να γίνονται χωρίς υπόβαθρο.

Η αντίθεση όμως μεταξύ της Ελλάδας και των χωρών της ΕΕ δεν έγκειται στο κατά πόσο το σύστημα είναι κυρίως δημόσιο ή ιδιωτικό, αλλά στο τι κατεύθυνση δίνει το Υπουργείο Υγείας, τη λεγόμενη πολιτική υγείας. Στις υπόλοιπες χώρες η πολιτική υγείας διαμορφώνεται μέσα από τις εμπειρίες των πολιτών και δίνει μια ορισμένη κατεύθυνση προς ένα ορισμένο στόχο. Αντιθέτως η πολιτική υγείας στην Ελλάδα είναι κυρίως διεκπεραιωτική, προσπαθώντας να συμβιβάσει αντικρουόμενα συμφέροντα και να δημιουργήσει την αίσθηση ύπαρξης πλαισίου παροχής υπηρεσιών και όχι την πραγματική ύπαρξη του. Σε αυτό το πλαίσιο δεν αξιοποιεί το όποιο επιστημονικό δυναμικό προς την έρευνα της πραγματικότητας, αλλά προς το σχεδιασμό νομοσχεδίων και πρωτοσέλιδων εφημερίδων.

Summary

Primary Health Care in Europe and Greece

Christodoulou Panagiotis, Resident in Medical Biopathology GHI Chatzikosta, MSc in Health Structure Management

Primary health care (PHC) is a key pillar of all health systems, as it is the first contact of citizen with the health facilities, it provides the first stage address and treatment, and it plays an important role in prevention. If it functions properly, it contributes in both the rational use of health services as well as in smooth operation of secondary and tertiary units and it prevents the appearance and the expansion of new cases of infections and diseases to the general population. From the international literature and from the study of PHC models in countries of the European Union, it is deduced that PHC is a component of health systems, while in Greece is timelessly the main purpose of reforms attempted by governments in Greece.

Key words: Primary Health Care, World Health Organization, European Union, reforms

Βιβλιογραφία

1. Harrison MI, Calltorp J., The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health care, Health Policy 2000
2. National Board of Health and Welfare, Kartläggning av närsjukvård [Survey of community care initiatives], εκδ. Socialstyrelsen, Stockholm 2003
3. Boerma, W.G.W., Coordination and integration in European primary care, εκδ. Open University Press, UK 2006
4. Boyle S., United Kingdom Health System Review, European Observatory on Health Systems and policies, 2011
5. Viano D., Restraint effectiveness, availability and use in fatal crashes: implications to injury control, Journal of trauma, 1995
6. Lionis C., Symvoulakis E., Markaki A., Vardavas C., Papadaki M., Daniilidou N., Souliotis K., Kyriopoulos I., Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review, International Journal of Integrated Care – Vol. 9, 30 July 2009
7. McDaid D., Willey M., Maresco A., Mossialos E., Health Systems in Transition: Ireland, WHO 2009
8. WHO, Country Health Profile: Denmark , WHO 2017
9. Schäffer W., Kroneman M., Boerma W., Westert G., Ginneken W., Netherlands Report, European Observatory on health systems and policies 2010
10. WHO , The world health report 2000. Health systems: improving performance, Geneva 2000
11. WHO, Country Health Profile: Netherlands, WHO 2017
12. Ringard A., Sagan A., Saunes I., Lindahl A., Health systems in transition: Norway, WHO 2013
13. Skudal K., Commonwealth Fund 2010: results from a comparative survey among citizens in 11 countries, Oslo, Nationalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010
14. Olejaz M., Nielen A., Rudkjøbing A., Birk H., Krasnik A., Hernández C., Health Systems in Transition:Denmark, WHO 2012
15. Busse R., Blumel M., Germany Health Report, European Observatory on health systems and policies, 2014
16. Armesto R., Abadia M, Duran A., Hernandez C., Bernal C., Health Systems in transition, WHO 2010
17. Chevreul K., Berg K., Durand I., Hernandez C., Health Systems in Transition: France, WHO 2010
18. Ferre F., De Belvis A., Valerio L., Longhi S., Lazare A., Fatore G., Ricardi W., Maresso A., Health in transition: Italy, Who 2014
19. Azzopardi N., Buttigieg M., Calleja N., Merkur S., Health Systems in Transition: Malta, WHO 2016
20. WHO, Country Health Profile: Cyprus, WHO 2017
21. Theodorou M., Patient satisfaction from services provided by outpatient departments of public hospitals in Cyprus: findings report, Nicosia, May 2009
22. Theodorou M., Charalambus C., Petrou C., Cylus J., Health Systems in transition: Cyprus, WHO 2015
23. WHO, Country Health Profile: Belgium , WHO 2017
24. Gerkems S., Merkur S., Health Systems in Transition: Belgium, WHO, 2010
25. Simoes J., Augusto G., Fronteira I., Hernandez C., Health Systems in Transition: Portugal, WHO 2017
26. Hofmarcher M., Health systems in transition: Austria, WHO 2013

27. WHO, Country Health Profile: Austria, WHO 2017
28. Dimova A., Popov M., Robova M., The health care reform in Bulgaria: analysis, Sofia, Open Society Institute 2007
29. Dimova A., Robova M., Moutafova E., Atanasova E., Koeva S., Panteli D., Ginneken E., Health Systems in Transition: Bulgaria, WHO 2012
30. Vladescu C., Scîntee G., Olsavszky V., Hernández-Quevedo C., Sagan A., Health Systems in Transition: Romania, WHO 2016
31. Alexa J., Recka L., Votápková J., Ginneken E., Spranger A., Wittenbecher F., Health Systems in Transition: Czech Republic, WHO 2015
32. WHO, Country Health Profile: Czech Republic, WHO 2017
33. Mitenbergs U., Taube M., Misins J., Mikitis E., Martinsons A., Rurane A., Quentin A., Health Systems in Transition: Latvia, WHO 2012
34. Gaál P., Szigeti S., Csere M., Gaskins M., Panteli D., Health Systems in Transition: Hungary, WHO 2011
35. Albrecht T., Brinovec R., Jošar D., Kostnapfel M., Zaletel M., Panteli D., Maresso A., Health Systems in Transition: Slovenia, WHO 2016
36. Smatana M., Pažitný P., Kandilaki D., Laktišová M., Sedláková D., Palušková M., Spranger A., Health Systems in Transition: Slovakia, WHO 2016
37. Smatana M., Pažitný P., Kandilaki D., Laktišová M., Sedláková D., Palušková M., Spranger A., Health Systems in Transition: Slovakia, WHO 2016
38. Berthet F., Health Systems in Transition: Luxemburg, WHO 2015
39. Vuorenkoski L., Health systems in transition: Finland, WHO 2008
40. Panteli D., Sagan A., Busse R., Health Systems in Transition: Poland, WHO 2011
41. Lai T., Habicht T., Kahur K., Reinap M., Kiivet R., van Ginneken M., Health Systems in Transition: Estonia, WHO 2013
42. Murauskienė L., Janonienė M., Veniute M., van Ginneken E., Karanikolos M., Health Systems in Transition: Lithuania, WHO 2013
43. WHO, Country Health Profile: Romania, WHO 2017
44. Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Public Health in Europe, DG V, Luxembourg 1997
45. WHO, Country Health Profile: Greece, WHO 2017
46. Νικολακοπούλου-Στεφάνου Η., Κράτος πρόνοιας και ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, εκδ. The european institute of social security, Αθήνα 1990
47. Simou E., Karamagioli E., Roumeliotou A., Reinventing primary health care in the Greece of austerity: the role of health-care workers, Prim Health Care Res Dev. 2015 Jan;16
48. Oikonomou N., Tountas Y., Mariolis A., Souliotis K., Athanasakis K., Kyriopoulos J., Measuring the efficiency of the Greek rural primary health care using a restricted DEA model; the case of southern and western Greece, Health Care Manag Sci. 2016 Dec;19
49. Economou C., Health Systems In Transition: Greece, WHO 2010
50. Simou E., Karamagioli E., Roumeliotou A., Reinventing primary health care in the Greece of austerity: the role of health-care workers, Prim Health Care Res Dev. 2015 Jan;16
51. Mariolis A., Mihas C., Alevizos A., Mariolis-Sapsakos T., Marayiannis K., Papathanasiou M., Gizlis V., Karanasios D., Merkouris B., Comparison of primary health care services between urban and rural settings after the introduction of the first urban health centre in Vyronas, Greece, BMC Health Services Research 2008, 8:124
52. Sifaki P., Chatzea V., Markaki A., Kritikos K., Petrelos E., Lionis C., Operational integration in primary health care: patient encounters and workflows, BMC Health Serv Res. 2017 Nov 29
53. Lionis C., Papadaki S., Tatsi C., Bertsiias A., Duijker G., Mekouris P., Boerma W., Schäfer W., Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study), BMC Health Services Research 2017 17:255
54. Smyrnakis E., Gavana M., Kondilis E., Giannakopoulos S., Panos A., Chainoglou A., Stardeli T., Kavaka N., Benos A., Primary health care and general practice attachment: establishing an undergraduate teaching network in rural Greek health centers, Rural Remote Health. 2013 Jan-Mar
55. Σουλιώτης Κ., Θηραίος Ε., Καϊτελίδου Δ., Παπαδακάκη Μ., Τσαντίλας Π., Τσιρώνη Μ., Ψαλτοπούλου Θ., Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Αθήνα 2013
56. Saltman R., Rico A., Boerma W., Primary care in the driver 's seat, Open University Press, WHO 2006
57. Delnoij D., Van Merode G., Paulus A., Groenowegen P., Does general practitioners gatekeeping curb health care expenditures?, Journal of health services, research and policy 2000