

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Καταγραφή και Αξιολόγηση των Δομικών Αλλαγών του Ελληνικού Συστήματος Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Π. Σταχτέας¹, Χ. Σταχτέας²

¹Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ²Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Μία από τις ιδιαιτερότητες του ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι η απουσία οργανωμένης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας(ΠΦΥ). Αντ' αυτού η παροχή της εξωνοσοκομειακής φροντίδας στην Ελλάδα, σε αντίθεση με χώρες που έχουν ανάλογη εμπειρία εθνικών Συστημάτων Υγείας, είναι ασυνεχής και κατακερματισμένη με ανισότητες στην πρόσβαση και χωρίς σαφή προσανατολισμό στην πρόληψη και την προαγωγή υγείας. Από τη δεκαετία του '80 και ύστερα επιχειρήθηκαν, αρκετές υγειονομικές μεταρρυθμίσεις, οι οποίες -αν και κινούνταν προς τη σωστή κατεύθυνση- δεν κατόρθωσαν να επιτύχουν την εκπλήρωση των στόχων της ΠΦΥ, όπως αυτές διακηρύχθηκαν το 1978 στην Alma-Ata, αδυνατώντας ταυτόχρονα να ικανοποιήσουν τις μεταβαλλόμενες ανάγκες των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Σκοπός του παρόντος άρθρου είναι η καταγραφή και αξιολόγηση των δομικών αλλαγών του συστήματος παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ στο ελληνικό Σύστημα Υγείας. Περιγράφονται δύο ζωτικής σημασίας μεταρρυθμίσεις: ο Ν.1397/1983, με τον οποίο ιδρύεται το ΕΣΥ και επιχειρείται μια πρώτη προσπάθεια για ενιαία ανάπτυξη ΠΦΥ στη χώρα μας με τη δημιουργία των Κέντρων Υγείας και ο Ν. 4486/2017, στον οποίο δίνεται ιδιαίτερη έμφαση ως πιο πρόσφατη και εν εξελίξει μεταρρύθμιση, με τον οποίο επιχειρείται η εκ βάθρων ανασυγκρότηση της δημόσιας ΠΦΥ, με τη δημιουργία Τοπικών Μονάδων Υγείας, σε ένα ανθρωποκεντρικό μοντέλο παροχής υπηρεσιών υγείας. Συμπερασματικά, η ΠΦΥ στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από ένα σύνθετο νομοθετικό πλαίσιο, το οποίο είναι ημιτελές και ανενεργό σε μεγάλο τμήμα του, καθώς οι επανειλημμένες πολιτικές προσπάθειες αναβάθμισης και οργάνωσής της, τις περισσότερες φορές δεν έχουν πρακτικό αντίκτυπο. Οι πολιτικές δυνάμεις της χώρας είναι σημαντικό να καταλήξουν σε μία εθνική στρατηγική, η οποία να συμφωνηθεί και να εφαρμοστεί για μακρό χρονικό διάστημα. Πρώτη προτεραιότητα θα πρέπει να είναι η εφαρμογή του ισχύοντος νομοθετικού πλαισίου που κινείται στις αρχές που θεμελιώθηκαν στη διακήρυξη της Alma-Ata και στοχεύουν στην καθολική, ισότιμη, συνεχή και ολοκληρωμένη φροντίδα, διευκολύνοντας σταδιακά και τη σφυρηλάτηση ορθών συμπεριφορών και νοοτροπιών στους λήπτες υπηρεσιών υγείας.

Λέξεις ευρετηρίου: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Εθνικό Σύστημα Υγείας, Μεταρρυθμίσεις Υγείας, Κέντρα Υγείας, Τοπικές Μονάδες Υγείας

Π. Σταχτέας, Χ. Σταχτέας. Καταγραφή και Αξιολόγηση των Δομικών Αλλαγών του Ελληνικού Συστήματος Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. *Επιστημονικά Χρονικά* 2021; 26(1): 88-101

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) η υγεία ορίζεται ως μία κατάσταση στην οποία το άτομο έχει πλήρη φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και δε νοείται απλώς ως η απουσία ασθένειας [1]. Το αγαθό της υγείας αποτελεί διαχρονικά θεμελιώδες ατομικό δικαίωμα [2], ενώ ταυτόχρονα από μία πιο σύγχρονη πολιτικοοικονομική θεώρηση αποτελεί παραγωγικό πόρο, παράγοντα σταθεροποίησης και ειρήνης και ως εκ τούτου βασική προϋπόθεση κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης [3]. Για αυτό το λόγο, τα κράτη μέσω των Συστημάτων Υγείας προωθούν δράσεις για τη διαφύλαξη και την αναβάθμιση του επιπέδου υγείας των πολιτών τους [4,5], με στόχο την παροχή ποιοτικών και αποδοτικών υπηρεσιών υγείας με μειωμένο κόστος [6]. Το ελληνικό Σύστημα Υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό, καθώς συνδυάζει στοιχεία τόσο του μοντέλου Bismarck (σύστημα κοινωνικής ασφάλισης που βασίζεται στις εργατικές και εργοδοτικές εισφορές) όσο και του μοντέλου Beveridge (εθνικό σύστημα υγείας με χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό). Ταυτόχρονα, συμμετέχει και μία μεγάλη εύρους ιδιωτική αγορά υγείας με δραστηριότητα αφενός την παροχή υπηρεσιών αφετέρου στη χρηματοδότηση του συστήματος [7-9].

Μία από τις ιδιαιτερότητες του ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) είναι η απουσία οργανωμένης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) [3,10]. Αντ' αυτού η παροχή της εξωνοσοκομειακής φροντίδας στην Ελλάδα, σε αντίθεση με χώρες που έχουν

ανάλογη εμπειρία εθνικών Συστημάτων Υγείας (Μ. Βρετανία, Σουηδία) [11], είναι ασυνεχής και κατακερματισμένη με ανισότητες στην πρόσβαση και χωρίς σαφή προανατολισμό στην πρόληψη και την προαγωγή υγείας [3,10,12], αδυνατώντας, έτσι, να ανταποκριθεί στις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού. Με τον όρο ΠΦΥ, σύμφωνα με το άρθρο 1 του Ν.3235/2004, ορίζεται το σύστημα παροχής σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας που στηρίζεται στις θεμελιώδεις αρχές της ισότητας, της καθολικής κάλυψης, της συνέχειας και της ολοκληρωμένης φροντίδας, αποτελώντας το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με το Σύστημα Υγείας [13,14]. Τα τελευταία χρόνια, από την 30η γενική συνέλευση του ΠΟΥ το 1977 που τέθηκε ο στόχος «Υγεία για όλους» και τη Διακήρυξη της Alma-Atato 1978 [15] και έπειτα, η ΠΦΥ έχει τοποθετηθεί στο επίκεντρο της διεθνούς συζήτησης πολιτικών υγείας αποτελώντας το ρυθμιστικό μηχανισμό ανασυγκρότησης των υγειονομικών συστημάτων, με σκοπό τη βελτίωση όχι μόνο της ποιότητας αλλά και της αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας [16,17]. Έκτοτε, το ελληνικό Σύστημα Υγείας και η ΠΦΥ έχουν εξελιχθεί σημαντικά, ωστόσο η συνεχής εναλλαγή του πολιτικού κλίματος σε συνδυασμό με την οικονομική αστάθεια και την υποχρηματοδότηση, αποτελούν παράγοντες αβεβαιότητας, οδηγώντας αναπόφευκτα σε ζητήματα αφενός οργάνωσης, διαχείρισης και ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών, αφετέρου αποδοτικότητας των πόρων [18].

Ο ΠΟΥ ορίζει την υγειονομική μεταρρύθμιση ως «μια σκόπιμη, δυναμική διαδικασία, η οποία εμπεριέχει συστηματική πολιτική, δομικές αλλαγές και στοχεύει στην επίτευξη των επιθυμητών στόχων» [19]. Ένας άλλος ορισμός έχει δοθεί από τους Saltman & Figueras για τη μεταρρύθμιση στο χώρο της υγείας, ως «μια διαδικασία, η οποία εμπεριέχει μια αμείωτη και εις βάθος θεσμική και δομική αλλαγή, καθοδηγούμενη από την εκάστοτε εξουσία, με σκοπό την επίτευξη μίας σειράς ρητά καθορισμένων πολιτικών στόχων» [20]. Ο εκσυγχρονισμός και η βελτίωση των υγειονομικών υπηρεσιών αποτελεί ένα ζήτημα κρίσιμης σημασίας, τόσο για την κοινωνία όσο και για κάθε πολίτη ξεχωριστά. Σε αυτό το πλαίσιο, από τη δεκαετία του '80 και ύστερα επιχειρήθηκαν, αρκετές υγειονομικές μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα, οι οποίες -αν και κινούνταν προς τη σωστή κατεύθυνση- δεν κατόρθωσαν να επιτύχουν την εκπλήρωση των στόχων της ΠΦΥ, αδυνατώντας ταυτόχρονα να ικανοποιήσουν τις μεταβαλλόμενες ανάγκες των χρηστών των υπηρεσιών υγείας [21].

Στο παρόν άρθρο, γίνεται μία προσπάθεια καταγραφής και αξιολόγησης των δομικών αλλαγών του συστήματος παροχής υπηρεσιών της ΠΦΥ στο ελληνικό Σύστημα Υγείας. Πιο συγκεκριμένα, περιγράφονται δύο ζωτικής σημασίας μεταρρυθμίσεις: ο Ν.1397/1983, με τον οποίο ιδρύεται το ΕΣΥ και γίνεται η πρώτη παρέμβαση για ενιαία ανάπτυξη ΠΦΥ στη χώρα μας με τη δημιουργία των Κέντρων Υγείας και ο Ν. 4486/2017, στον οποίο δίνεται ιδιαίτερη έμφαση ως πιο πρόσφατη και εν εξελίξει μεταρρύθμιση, με τον οποίο επιχειρείται η εκ βάθρων ανασυγκρότηση της δημόσιας ΠΦΥ (δημιουργία Τοπικών

Μονάδων Υγείας), σε ένα ανθρωποκεντρικό μοντέλο παροχής υπηρεσιών υγείας με πυρήνα τον λήπτη υπηρεσιών υγείας.

ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΟ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Η ΠΦΥ στη χώρα μας αποτελεί υποσύστημα του ευρύτερου Συστήματος Υγείας και παρέχεται τόσο από δημόσιους όσο και από ιδιωτικούς φορείς (Πίνακας 1), ενώ η είσοδος στο σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από μία ποικιλία σημείων και διαδικασιών [22-24]. Κατά την εξέταση μεμονωμένων μεταρρυθμιστικών πρωτοβουλιών, είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι το ελληνικό σύστημα υγείας, και ιδιαίτερα η ΠΦΥ, έχει υποστεί πολυάριθμες τροποποιήσεις σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα. Κατά συνέπεια, μεταρρυθμιστικά βήματα που αποτελούσαν προϋπόθεση για περαιτέρω αλλαγές δεν είχαν χρόνο να ωριμάσουν πριν τη στιγμή που όφειλαν να ξεκινήσουν νέες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες [25].

Παρουσίαση και ανάλυση του Ν.1397/1983

Έχει σημασία να τονιστεί ότι περί το τέλος της δεκαετίας του 1970, περίοδο κατά την οποία κυριαρχούσαν οι διακηρυγμένες αρχές της Alma-Ata που έδιναν έμφαση στην ανάπτυξη της ΠΦΥ, στο διεθνές πολιτικό σκηνικό επικρατούσαν νεοφιλελεύθερες κυβερνήσεις, οπότε το περιβάλλον δεν ήταν ευνοϊκό να εφαρμοστούν συστήματα υγείας που θα περιόριζαν τους κανόνες της ελεύθερης αγοράς και θα ενίσχυαν το κράτος πρόνοιας [26]. Η Ελλάδα ακολουθώντας με

Πίνακας 1. Φορείς παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα

Φορείς παροχής ΠΦΥ στην Ελλάδα	
Κέντρα Υγείας	ΕΣΥ
Περιφερειακά Ιατρεία	
Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία	
Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία	
Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤοΜΥ)	
Εξωτερικά Ιατρεία νοσοκομείων του ΕΣΥ	
Πολυϊατρεία και μονάδες του ΠΕΔΥ (πρώην ΕΟΠΥΥ)	
Ιδιώτες ιατροί (συμβεβλημένοι και μη)	ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ
Ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια	
Μη κερδοσκοπικές οργανώσεις	
Δημοτικά Ιατρεία	ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ
Κέντρα ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων	
Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»	

Πηγή: προσαρμογή των συγγραφέων με βάση τις αναφορές [8,11,22-24].

σχετική καθυστέρηση τις πολιτικές εξελίξεις, ανέδειξε στις αρχές της δεκαετίας του 1980 κυβέρνηση, η οποία προέβαλλε έντονο σοσιαλιστικό προφίλ, διατυπώνοντας σαφή λόγο υπέρ της κοινωνικοποίησης και προτάσσοντας τη δυνατότητα του καθενός να βελτιώσει τη ζωή του, δηλώνοντας χαρακτηριστικά ότι «η προστασία της υγείας και η κοινωνική φροντίδα, αποτελούν θεμελιακές επιταγές για την πολιτεία» [27]. Η τρέχουσα κοινωνική και οικονομική συγκυρία της εποχής εξασφάλισε ευμενές περιβάλλον για την εμπέδωση της ιδέας ότι η υγεία πρέπει να πάψει να αποτελεί

αντικείμενο εκμετάλλευσης και ανταγωνισμού, διευκολύνοντας τη μετάβαση σε ένα σύστημα όπου η υγεία αποκτά κοινωνική διάσταση [28].

Στην Ελλάδα, παρόλο που οι προσπάθειες οργάνωσης και ανάπτυξης της ΠΦΥ έχουν την αναφορά τους στις αρχές της δεκαετίας του 1960, ο πρώτος νόμος με σαφή στόχευση στην ΠΦΥ ήταν ο Ν.1397/1983 που αφορούσε την ίδρυση του ΕΣΥ [10]. Το συγκεκριμένο νομοθέτημα συνεχίζει να αποτελεί τη βάση της σύγχρονης οργάνωσης των υπηρεσιών Υγείας της χώρας με κύριο χαρακτηριστικό τη θέσπιση της ισότιμης παροχής υπηρεσιών

υγείας στους πολίτες μέσα από ένα ενιαίο και αποκεντρωμένο σύστημα. Με τον νόμο αυτό δίδεται έμφαση στην ΠΦΥ, οι ανάγκες της οποίας εξυπηρετούνται από τα δημιουργηθέντα Κέντρα Υγείας (ΚΥ) και τα εξωτερικά ιατρεία (ΕΙ) των νοσοκομείων [29]. Για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ιδρύονται 172 ΚΥ αστικού και αγροτικού τύπου ως αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων με νοσηλευτική, επιστημονική, χρηματοδοτική και λειτουργική διασύνδεση με αυτά [22,30]. Επίσης, θεσπίζεται η λειτουργία των Περιφερειακών Ιατρείων(ΠΙ), ως αποκεντρωμένη δομή των ΚΥ. Επιπρόσθετα, από τον Ν.1397 προβλέπεται ένταξη των ιατρείων των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης στο ΕΣΥ και δημιουργία ειδικού λογαριασμού για την κάλυψη των δαπανών υγείας από τα ασφαλιστικά ταμεία. Ωστόσο, τα αστικού τύπου ΚΥ, η ένταξη των ιατρείων των ταμείων και ο κοινός ειδικός λογαριασμός δεν κατάφεραν να εφαρμοστούν [10].

Παρουσίαση και ανάλυση του Ν.4486/2017

Στο μεταξύ οι διάφορες εναλλαγές στη διακυβέρνηση της χώρας δεν εμπέδωσαν πνεύμα σταθερότητας, αλλά αντίθετα εξασθένησαν και αποδόμησαν το υφιστάμενο σύστημα ΠΦΥ. Προς αυτή την κατεύθυνση συνέβαλε σημαντικά η οικονομική κρίση, η οποία προσέλαβε σύντομα και χαρακτηριστικά κοινωνικής κρίσης, κυρίως από το 2010 και μετά. Βασικά στοιχεία της κρίσης αυτής ήταν τα αυστηρά μέτρα λιτότητας που αύξησαν την ανεργία και συρρίκνωσαν αισθητά τον δημοσιονομικό

χώρο, χωρίς να αφήσουν αλώβητο και τον τομέα της υγείας. Μέσα στη δίνη μίας κρίσης που τελικά αποδείχθηκε ότι δεν ήταν μόνο οικονομική, το ΕΣΥ, διαρκώς τροποποιούμενο, συνέχισε να λειτουργεί νοσοκομειοκεντρικά με έμφαση στη διάγνωση και τη θεραπεία, παραγκωνίζοντας επανειλημμένως την ΠΦΥ, δυσκολευόμενο, όπως ήταν επόμενο, να ανταποκριθεί στις σύγχρονες ανάγκες υγείας του ελληνικού πληθυσμού (αυξημένο προσδόκιμο επιβίωσης, γήρανση, αστικοποίηση, δημογραφικό πρόβλημα, υπογεννητικότητα, μεγάλες ροές μεταναστών και προσφύγων κ.α.) [12]. Υπό αυτές τις συνθήκες, προέκυψε αδήριτη ανάγκη για προσαρμογή της ΠΦΥ στα νέα δεδομένα.

Με το Νόμο 4486/2017 για τη «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις», επιχειρείται η εκ βάθρων ανασυγκρότηση της ΠΦΥ [22,31]. Βασικοί πυλώνες της μεταρρύθμισης είναι η στρατηγική αναμόρφωση του συστήματος υπηρεσιών της ΠΦΥ, η διασφάλιση του δικαιώματος του πληθυσμού σε δωρεάν, καθολική, ισότιμη και χωρίς διακρίσεις πρόσβαση στις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, η διαφανής και δημοκρατική διοικητική οργάνωση και ηλεκτρονική διακυβέρνηση της ΠΦΥ, η οικονομική προστασία του πληθυσμού αναφορικά με τις δαπάνες υγείας, ο κοινωνικός έλεγχος και η λογοδοσία των μονάδων παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ και η διασφάλιση της προάσπισης των δικαιωμάτων των ληπτών υπηρεσιών υγείας [32].

Μία από τις μεγαλύτερες καινοτομίες του νόμου συνίσταται στη νέα δομή του συστήματος παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, το οποίο αναπτύσσεται πλέον σε δύο επίπεδα. Στο πρώτο επίπεδο, παρέχονται υπηρεσίες ΠΦΥ από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤοΜΥ), τα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΙ), τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΠΙ), τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (ΕΠΙ) και τα Τοπικά Ιατρεία (ΤΙ). Το επίπεδο αυτό περιλαμβάνει τους επαγγελματίες υγείας των μονάδων παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, καθώς και τους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ επαγγελματίες υγείας. Ειδικότερα ως προς τις ΤοΜΥ, αυτές είναι νέες αποκεντρωμένες δομές, περιφερειακές των ΚΥ, οι οποίες λειτουργούν στη βάση εγγεγραμμένου πληθυσμού αναφοράς και στελεχώνονται από διεπιστημονική ομάδα υγείας, στην οποία προεξάρχει ο οικογενειακός γιατρός. Οι ΤοΜΥ συνιστούν μονάδες οικογενειακής ιατρικής με έμφαση στην προληπτική ιατρική, στη Δημόσια Υγεία, στη διαχείριση των χρόνιων ασθενών, στην κατ' οίκον φροντίδα και νοσηλεία καθώς και στην εν γένει συνεχή και ολιστική φροντίδα του πολίτη. Αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το ΕΣΥ αλλά ταυτόχρονα αναπτύσσουν εξωστρεφείς και κοινοτικό χαρακτήρα παρεμβάσεις (εμβολιασμοί σε ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, δράσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης για τον γενικό πληθυσμό, τακτικές επισκέψεις σε σχολεία, ΚΑΠΗ, χώρους εργασίας). Κάθε ΤοΜΥ έχει στην ευθύνη της πληθυσμό 10.000 - 12.000 κατοίκων, ενώ σε ειδικές περιπτώσεις (νησιά, ορεινοί πληθυσμοί) ο πληθυσμός ευθύνης τους μπορεί να είναι μεγαλύτερος ή μικρότερος. Σε πρώτη φάση, σχεδιάστηκε η

ανάπτυξη 239 ΤοΜΥ σε 65 αστικές περιοχές (τον Ιούνιο του 2018, περίπου 100 ΤοΜΥ βρίσκονταν σε λειτουργία[25]), που δύναται να λειτουργούν σε δύο βάρδιες, κατά τις καθημερινές και εργάσιμες μέρες, ενώ η χρηματοδότηση του προγράμματος έχει εξασφαλιστεί -τουλάχιστον μέχρι το 2020- μέσω πόρων του προγράμματος ΕΣΠΑ.

Στο δεύτερο επίπεδο παρέχονται υπηρεσίες περιπατητικής φροντίδας από τα ΚΥ και τις Μονάδες Υγείας του ΠΕΔΥ, οι οποίες μετονομάζονται σε Κέντρα Υγείας [22,28,30,31]. Τα υπάρχοντα αγροτικά ΚΥ και οι αστικές μονάδες περιπατητικής φροντίδας θα μετατραπούν σε κέντρα αναφοράς του δικτύου ΠΦΥ και θα δημιουργήσουν ένα επίπεδο περιπατητικής φροντίδας με εξειδικευμένες, διαγνωστικές και εκτός ωραρίου εργασίας υπηρεσίες, απαλλάσσοντας τα νοσοκομεία από αχρειαστο φόρτο εργασίας στα ΕΙ και τα ΤΕΠ. Ειδικότερα, τα ΚΥ θα λειτουργήσουν ως ειδικευμένες μονάδες, με ευθύνη για: α) τον συντονισμό του δικτύου των ΤοΜΥ στον τομέα τους, β) την παροχή εξειδικευμένης περιπατητικής φροντίδας για όλους τους ασθενείς που παραπέμπονται από τις ΤοΜΥ, γ) τη διεξαγωγή διαγνωστικών και εργαστηριακών εξετάσεων, δ) τη ρύθμιση των παραπομπών στα νοσοκομεία, ε) την κοινοτική ψυχική υγεία, στ) την τηλεϊατρική και την υποστήριξη των ΤοΜΥ εξ αποστάσεως και ζ) τον συντονισμό της 24ωρης πρόσβασης στη φροντίδα υγείας που παρέχεται εκτός ωραρίου εργασίας. Τα γενικά νοσοκομεία αναφοράς θα συνεργάζονται με έναν ή περισσότερους τομείς ΠΦΥ και θα είναι υπεύθυνα για την ανταπόκριση σε έκτακτα περιστατικά σε όλη τη διάρκεια του 24ώρου,

την εξειδικευμένη εξωνοσοκομειακή και νοσοκομειακή φροντίδα ασθενών που θα παραπέμπονται από τις ΤοΜΥ, καθώς και για την υποστήριξη των ΤοΜΥ εξ αποστάσεως. Επιπλέον, προβλέπεται ότι σε κάθε δήμο θα αντιστοιχεί τουλάχιστον ένα ΚΥ και σε κάθε δημοτική ενότητα τουλάχιστον μία ΤοΜΥ ή άλλη δημόσια μονάδα ΠΦΥ [28,30,31].

ΚΡΙΤΙΚΗ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΔΟΜΙΚΩΝ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΩΝ ΠΦΥ

Η μεταρρύθμιση που επέβαλε ο Ν.1397/1983 κρίνεται θεμελιακής σημασίας, καθότι συνεχίζει να επηρεάζει μικρές ή μεγαλύτερες αλλαγές στο χώρο της υγείας μέχρι και σήμερα, συμπεριλαμβανομένης και της πρόσφατης μεταρρύθμισης που επιχείρησε ο Ν. 4486/2017. Πρωταρχική επιδίωξη τόσο του Ν.1397/1983 όσο και του Ν.4486/2017 είναι η σύμπλευση της ΠΦΥ με τις βασικές αρχές της Alma-Ata, κυρίως με την παροχή ολοκληρωμένης και ισότιμης πρωτοβάθμιας φροντίδας στο σύνολο των πολιτών, χωρίς διακρίσεις [22, 28, 30]. Τα βασικά χαρακτηριστικά που συνδέουν τις διακηρύξεις της Alma-Ata και της Astana με τους προαναφερόμενους νόμους είναι ο ορισμός της ΠΦΥ, η προσφορά υγείας σε όλο τον πληθυσμό ανεξάρτητα από κοινωνική και οικονομική θέση, η ισότητα, η καθολική κάλυψη υγείας και το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών (προαγωγή υγείας, πρόληψη νόσου έως διάγνωση και θεραπεία) [22].

Με δεδομένη την καθολική ισχύ των προαναφερόμενων νόμων για όλους τους πολίτες, γίνεται αντιληπτή η προσπάθεια εκπλήρωσης της συνταγματικής επιταγής περί κρατικής ευθύνης στην παροχή υγείας και του ισότιμου δικαιώματος όλων των πολιτών σε αυτή [33]. Μέσω των συγκεκριμένων μεταρρυθμίσεων διορθώνονται πιθανοί έμμεσοι αποκλεισμοί ανασφάλιστων πολιτών που ίσχυαν μέχρι την ψήφιση του, και διασφαλίζεται η δυνατότητα παροχής υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών [28]. Ειδικά ο νόμος 4486/2017 εγκαθιδρύει την εγγύτητα, την πυκνή δικτύωση και την διασύνδεση με άλλες υπηρεσίες, βοηθώντας τις ομάδες υγείας να δημιουργήσουν μια μόνιμη σχέση με τις κοινότητές τους [24].

Η μεταρρυθμιστική πολιτική που επιχειρείται μέσα από τις διατάξεις του Ν.1397/1983 θεωρείται σημαντική ως προς την αντιμετώπιση του χρονίζοντος προβλήματος της αστικής συγκέντρωσης, όχι μόνο διότι θεσμοθέτησε τα ΚΥ, αλλά μερίμνησε και για την γεωγραφική τους διασπορά ανά την επικράτεια, με έμφαση και στην ύπαιθρο. Ο Ν.1397/1983, αν και προέβλεπε τη δημιουργία ΚΥ αστικού τύπου, αυτά δεν αναπτύχθηκαν επαρκώς [34], ενώ οι λίγες προσπάθειες που επιχειρήθηκαν, κυρίως στην Αττική, κρίθηκαν αναποτελεσματικές [12]. Τονίζεται ότι μέχρι την ψήφιση του Ν. 4486/2017 η παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ στα αστικά κέντρα γίνεται σε ένα μεγάλο ποσοστό από τα ΕΙ των νοσοκομείων και από ιδιώτες, ενώ οι δημόσιες δομές παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας (ΚΥ και ΠΙ) παραμένουν υποβαθμισμένες. Με τον Ν. 4486/2017 επιδιώκεται η δυνατότητα προσέγγισης των υπηρεσιών υγείας από τον

χρήστη στην περιοχή εργασίας ή κατοικίας του και η αποδέσμευση σημαντικού -και εν τέλει αντιπαραγωγικού- φόρτου εργασίας από τα νοσοκομεία [28,31]. Εκτός από την έννοια της εγγραφής του πληθυσμού σε οικογενειακό γιατρό, ο Ν.4486/2017 καθιερώνει στο άρθρο 19 διαδικασία παραπομπής (referrals), ως απαραίτητη προϋπόθεση της πρόσβασης στα ΚΥ και τις δημόσιες μονάδες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας (με εξαίρεση τα επείγοντα περιστατικά), κάτι που απουσίαζε αισθητά από το νόμο του 1983, λειτουργώντας ως τροχοπέδη για την απαραίτητη συνέχεια της φροντίδας. Έτσι, ο οικογενειακός γιατρός καθίσταται υπεύθυνος για την παραπομπή του ασθενή στα άλλα επίπεδα του συστήματος υγείας και για την εν γένει «πλοήγηση» (gatekeeping) του πολίτη στο σύστημα, κάτι που έλλειπε από τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ, προσφέροντας τη δυνατότητα στους ασθενείς να έχουν ελεύθερη πρόσβαση σε εξειδικευμένη φροντίδα, ανάλογα με τις προσωπικές τους εκτιμήσεις, οδηγώντας σε συμφόρηση των νοσοκομειακών δομών και σε αύξηση των δαπανούμενων πόρων για την υγεία. Σύμφωνα με την αιτιολογική έκθεση του νόμου, η καθιέρωση της διαδικασίας παραπομπών αποσκοπεί στην αποσυμφόρηση των νοσοκομείων, αφού ένας μεγάλος όγκος περιστατικών που φθάνει σήμερα στα ΕΙ και στα ΤΕΠ των νοσοκομείων, αναμένεται να αντιμετωπίζεται πολύ νωρίτερα, από τις δομές της ΠΦΥ [22,32].

Αν και οι ΤοΜΥ φαίνεται να διόρθωσαν το πρόβλημα της γεωγραφικής ανισοκατανομής των δομών ΠΦΥ που δεν ρυθμιζόνταν από τον Ν.1397/1983, θα πρέπει να σημειωθεί πως δεν υπάρχει κάλυψη όλων των δήμων από ΚΥ

ή ΤοΜΥ, γεγονός που εναποθέτει όλο το βάρος της εκτέλεσης του έργου της ΠΦΥ στους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ τοπικούς ιδιώτες ιατρούς [28], υποβαθμίζοντας το ρόλο του δημόσιου συστήματος υγείας και αυξάνοντας τις συμπληρωμές και τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας. Επιπροσθέτως, πρέπει να σημειώσουμε πως ο νέος νόμος δεν καλύπτει μια εκ των βασικών αρχών της ΠΦΥ, τη συνεχή 24ωρη λειτουργία των δομών της [29]. Εντούτοις, ήδη καταγράφονται βήματα βελτίωσης: το ΚΥ Αλεξάνδρας, για παράδειγμα, έχει ξεκινήσει την 24ωρη λειτουργία του· αυτό θα πρέπει να επεκταθεί, αν όχι στο σύνολο των δομών της πρωτοβάθμιας, τουλάχιστον κατά τέτοιο τρόπο ώστε να καλύπτονται ικανοποιητικά όλες οι περιοχές της χώρας (αστικές, αγροτικές και νησιωτικές), σε 24ωρη βάση [28].

Το σημαντικότερο, ίσως, πρόβλημα ως προς την εφαρμογή και των δύο προαναφερόμενων νόμων είναι η δυσκολία στελέχωσης των δομών ΠΦΥ. Μία άλλη κοινή αστοχία και των δύο μεταρρυθμίσεων, αποτελεί το γεγονός ότι οι κενές θέσεις ΚΥ και ΠΙ απομακρυσμένων και νησιωτικών περιοχών, δύναται να καλυφθούν από αγροτικούς ιατρούς, γεγονός που εγείρει προβληματισμούς για τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, λόγω της απειρίας τους. Ειδικότερα για τον Ν.4486/2017 αξίζει να αναφερθεί ότι ο απαιτούμενος αριθμός οικογενειακών ιατρών δεν επαρκεί για τις ανάγκες του πληθυσμού [28]. Οι γιατροί, σε αντίθεση με άλλους επαγγελματίες υγείας (νοσηλεύτες, επισκέπτες υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς) δεν ενδιαφέρονται να στελεχώσουν τις νέες δομές, όχι μόνο επειδή οι αμοιβές είναι μικρές, αλλά

και επειδή αμφιβάλλουν για τη μακροήμερευση του θεσμού των ΤοΜΥ εξαιτίας της έλλειψης βέβαιης χρηματοδότησης [22,25]. Σημειώνεται ότι το 2020 λήγει η χρηματοδότηση του προγράμματος ανάπτυξης των ΤοΜΥ από το ΕΣΠΑ και το πρόγραμμα θα πρέπει να χρηματοδοτηθεί εξ ολοκλήρου από εθνικούς πόρους [28], οι οποίοι δεν είναι εξασφαλισμένοι. Επίσης, το εργασιακό καθεστώς τους είναι αβέβαιο, καθώς θα ενταχθούν σε δημόσιες δομές χωρίς δημοσιούπαλληλική μονιμότητα και μόνο προσωρινά, με ταυτόχρονη αποστέρηση του δικαιώματος άσκησης ιδιωτικής ιατρικής [22]. Οικονομικά και επαγγελματικά κίνητρα προσέλκυσης ενδιαφέροντος των ιατρών, καθώς και τόνωση του ενδιαφέροντος των φοιτητών ιατρικής για τις επαγγελματικές δυνατότητες της Γενικής Ιατρικής μπορούν να συμβάλλουν στην επίλυση αυτού του προβλήματος.

Αν και ο Ν.1397/1983 συνετέλεσε στην δημιουργία πολλών ΚΥ, σχετικά σύντομα φάνηκε η αδυναμία επέκτασης και συντήρησής τους [3]. Η μειωμένη χρηματοδότηση, οι ελλείψεις σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό και η ανεπάρκεια των κτιριακών υποδομών διαμόρφωσαν δυσμενείς συνθήκες λειτουργίας και περιορίσαν την αποδοτικότητα [35]. Αλλά και ο Ν.4486/2017 δεν κατόρθωσε να ξεπεράσει παρόμοια εμπόδια. Ο αρχικός κτιριακός σχεδιασμός του έργου βασίστηκε στην αναζήτηση διαθέσιμων δημόσιων ή δημοτικών κτιριακών υποδομών, ο οποίος λειτούργησε ατελέσφορα [22], καθότι άλλες φορές δεν προσφέρθηκαν κτήρια και άλλες φορές προσφέρθηκαν χωρίς να πληρούν τις προδιαγραφές στέγασης. Για τις

μελλοντικές προσπάθειες χωροταξικής διευθέτησης κρίνεται αναγκαίο πρώτα να εξασφαλίζεται η κτιριακή υποδομή, μέσω της δημόσιας ακίνητης περιουσίας ή μέσα από διεξοδικό διάλογο με τους τοπικούς φορείς, και μετά να ολοκληρώνεται η ένταξη μιας περιοχής στον σχετικό προγραμματισμό [28].

Όπως είναι γενικά γνωστό, κάθε αλλαγή συνοδεύεται από την αντίσταση πολλών να την αναγνωρίσουν και να την αποδεχτούν [36]. Εξ αυτού του λόγου παρατηρήθηκε δυσκολία προσαρμογής στις πρωτοποριακές για την εποχή ρυθμίσεις του Ν.1397/1983, η οποία καταγράφηκε και κατά την προσπάθεια υλοποίησης του Ν.4486/2017. Η δυσκολία αλλαγής της κουλτούρας και της νοοτροπίας των Ελλήνων ληπτών υπηρεσιών υγείας, για τους οποίους οι έννοιες του οικογενειακού γιατρού, της ομάδας υγείας και του συστήματος των παραπομπών είναι εν πολλοίς άγνωστες, αναμένεται να δυσκολέψει την εφαρμογή του νέου νόμου. Αυτό το πρόβλημα ενδεχομένως να είναι εντονότερο στους ηλικιωμένους ή/και στους κατοίκους της επαρχίας (ιδίως των νησιών και των απομακρυσμένων περιοχών της ηπειρωτικής Ελλάδας). Όπως συμβαίνει με όλες τις μεταρρυθμίσεις, έτσι και στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι απαραίτητο να περάσει ένα εύλογο χρονικό διάστημα, ώστε γινόμενοι οι πολίτες κοινωνοί του νέου συστήματος, να πειστούν για τη χρησιμότητα του και να φτάσουν στο σημείο να θεωρούν την εγγραφή τους στον οικογενειακό γιατρό ως κάτι αυτονόητο [22,25].

Καταλήγοντας, κάθε υγειονομική μεταρρύθμιση σκοπεύει στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού [20].

Πίνακας 2. Προτάσεις αναβάθμισης της ΠΦΥ στην Ελλάδα

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
Ισότητα στην πρόσβαση	<ul style="list-style-type: none"> • Γεωγραφική (ικανοποιητική προσπελασιμότητα τόσο σε αστικές όσο και αγροτικές περιοχές) και χρονική διαθεσιμότητα (όλο το 24ωρο, καθημερινά) σε όλη την επικράτεια. • Απαλοιφή των χρόνιων αναμονών για εξειδικευμένη φροντίδα • Μη αποκλεισμός ανέργων, ανασφάλιστων, περιθωριοποιημένων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων.
Επαρκής χρηματοδότηση	<ul style="list-style-type: none"> • Αύξηση των πόρων που επενδύονται στην ΠΦΥ, σωστός και δίκαιος καταμερισμός αυτών. • Κάλυψη αναγκών σε ανθρώπινους πόρους (προσλήψεις) και υλικοτεχνικό εξοπλισμό.
Επαρκής στελέχωση των δομών ΠΦΥ	<ul style="list-style-type: none"> • Κίνητρα προσέλκυσης ενδιαφέροντος των ιατρών, εκτός από το οικονομικό και στο επαγγελματικό επίπεδο. • Τόνωση ενδιαφέροντος των φοιτητών ιατρικής για τις επαγγελματικές δυνατότητες της Γενικής Ιατρικής.
Ολοκληρωμένη φροντίδα	<ul style="list-style-type: none"> • Από πρόληψη και προαγωγή υγείας μέχρι θεραπεία και αποκατάσταση (ανθρωποκεντρική προσέγγιση, ανάπτυξη κοινοτικών δράσεων Δημόσιας Υγείας) • Επαναπροσανατολισμός της Υγείας από την υπερεξειδίκευση στην προαγωγή και την πρόληψη μέσω της ΠΦΥ
Συνέχεια της φροντίδας	<ul style="list-style-type: none"> • Αποτελεσματική διασύνδεση και διαλειτουργικότητα διαφορετικών επιπέδων δομών παροχής υπηρεσιών υγείας. • Διασύνδεση δομών ΠΦΥ μεταξύ τους (οριζόντια), καθώς και με νοσοκομεία δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης (κάθετα). • Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας.
Συνεχιζόμενη εκπαίδευση	<ul style="list-style-type: none"> • Συνεχής κατάρτιση στη Γενική Ιατρική. • Πρωτόκολλα συνταγογράφησης και Αλγόριθμοι (θεραπευτικοί-διαγνωστικοί) για τις βασικές ιατρικές πράξεις και τήρηση αυτών. • Διεξαγωγή σχετικών, κοινών και κατά ειδικότητα επιμορφωτικών σεμιναρίων για το προσωπικό που απαρτίζει τις Ομάδες Υγείας. • Εξοικείωση με τις δυνατότητες των νέων τεχνολογιών και της τηλεϊατρικής (ψηφιακός εγγραματισμός).
Αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας ΠΦΥ	<ul style="list-style-type: none"> • Αξιολόγηση τόσο των δημοσίων όσο και των ιδιωτικών δομών από ενιαία αρχή με σαφώς ορισμένο τρόπο. • Διασφάλιση ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών. • Ανταποκρισιμότητα υπηρεσιών στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, στις απαιτήσεις του και στις σύγχρονες προκλήσεις.
Ενημέρωση κοινού	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση πολιτών (χρηστών υπηρεσιών υγείας) για τις δυνατότητες της ΠΦΥ και εγκαθίδρυση κλίματος εμπιστοσύνης. • Καταπολέμηση σύγχυσης και παραπληροφόρησης.

Πηγή: προσαρμογή των συγγραφέων με βάση τις [3,8,12,28,30,31,38,40]

Συνεπώς, μία πληρέστερη αξιολόγηση των μεταρρυθμίσεων θα προϋπόθετε την κριτική ανάλυση με βάση δείκτες αποτελέσματος [37].

Η έκβαση, όμως, είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο, που επηρεάζεται από πολυάριθμους δείκτες και για να αξιολογηθεί

είναι απαραίτητο να συνεκτιμηθούν η κατάσταση υγείας και η ποιότητα ζωής του πληθυσμού, δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας, η αποδοτικότητα της χρήσης με βάση τους πόρους, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών κ.α. [38]. Είναι χρήσιμο λοιπόν, να διενεργηθούν σχετικές μελέτες σε βάθος χρόνου, που να αναλύουν και να αξιολογούν τον αντίκτυπο των δομικών μεταρρυθμίσεων των ΠΦΥ στην Ελλάδα σε αυτούς τους επιμέρους δείκτες. Στον Πίνακα 2 περιλαμβάνεται ένα σύνολο βασικών προτάσεων που θα συμβάλλουν στην αναβάθμιση της ΠΦΥ στην Ελλάδα με βάση το ισχύον νομοθετικό και μεταρρυθμιστικό πλαίσιο, ώστε η ΠΦΥ να πάψει να είναι μία παρεξηγημένη, ταλαιπωρημένη και διαστρεβλωμένη έννοια[39].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ΠΦΥ στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από ένα σύνθετο νομοθετικό πλαίσιο, το οποίο είναι ημιτελές και ανενεργό σε μεγάλο τμήμα του, καθώς οι επανειλημμένες πολιτικές προσπάθειες αναβάθμισης και οργάνωσής της, αν και χαρακτηρίζονται από υπερβάλλοντα θεωρητικό ζήλο, τις περισσότερες φορές δεν έχουν πρακτικό αντίκτυπο. Καθίσταται εμφανές, λοιπόν, ότι στην Ελλάδα, η ΠΦΥ οικοδομείται ασυντόνιστα και αποσπασματικά στη βάση μιας συνέχειας που θεμελιώθηκε με τον Ν.1397/1983, επέκταση του οποίου μπορεί να

θεωρηθεί και ο Ν.4486/2017. Η μη ικανοποιητική γεωγραφική και χρονική διαθεσιμότητα, η ανεπαρκής χρηματοδότηση και στελέχωση, η δυσλειτουργική διασύνδεση και διαλειτουργικότητα, η χωλαίνουσα συνεχιζόμενη εκπαίδευση, η έλλειψη έγκυρης αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς και η αποσπασματική ενημέρωση του πληθυσμού, αποτελούν μόνο κάποια από τα εμπόδια και τις προκλήσεις που επιχειρήθηκαν να επιλυθούν από τους προαναφερόμενους νόμους με αντικρουόμενα ως τώρα αποτελέσματα. Παρόλο που ουδέποτε αμφισβητήθηκε ότι η ΠΦΥ αποτελεί τον κορμό του συστήματος υγείας και παρόλο που κάθε μεταρρυθμιστική προσπάθεια προέβλεπε φιλόδοξες ρυθμίσεις για την ΠΦΥ, η πραγματικότητα είναι ότι η ΠΦΥ στην Ελλάδα εξακολουθεί να αποτελεί μία παρεξηγημένη, ταλαιπωρημένη και διαστρεβλωμένη έννοια. Για να μπορέσει η ΠΦΥ να απολέσει την ενδογενή της παθογένεια και να εκπληρώσει τον πολυδιάστατο ρόλο της, είναι απαραίτητο οι πολιτικές δυνάμεις της χώρας να καταλήξουν σε μία εθνική στρατηγική, η οποία να συμφωνηθεί και να εφαρμοστεί απαρέγκλιτα για μακρύ χρονικό διάστημα. Το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο, δύναται να αποτελέσει την αφετηρία, ώστε να ακολουθηθούν οι αρχές της ισότητας, της καθολικής κάλυψης και της συνεχούς και ολοκληρωμένης φροντίδας που θεμελιώθηκαν στη διακήρυξη της Alma-Ata.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. World Health Organization. Preamble to the constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June, 1946. WHO, Geneva, Switzerland, 1948.
2. United Nations. Universal Declaration of Human Rights. General Assembly of the United Nations, Paris, France, 1948.
3. Βραχάτης Δ, Παπαδόπουλος Α. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και Προοπτικές. *Νοσηλευτική*, 2012;51(1):10-17.
4. Commission of the European Communities. White Paper – Together for health: A strategic approach for the EU 2008–2013. EU, Brussels, 2007:1–11.
5. Αδαμακίδου Θ, Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική*, 2008;47:320-333.
6. Βαλοάμος Π. Συστήματα Πληροφορικής Υπηρεσιών Υγείας. Αθήνα: ΕΣΔΔΑ; 2018.
7. Φιλαλήθης, Τ. Οργάνωση υπηρεσιών: Μοντέλα Συστημάτων Υγείας, [Διαδίκτυο]. Πανεπιστήμιο Κρήτης; 2018. Διαθέσιμο στο https://opencourses.uoc.gr/courses/pluginfile.php/16838/mod_resource/content/1/KY%20-06%20Models%202015.pdf.
8. Economou C. Greece: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2010;12(7):1–180.
9. Kondilis E. Private health sector in Greece: development features, comparative quality evaluation, recent trends and perspectives. Thessaloniki: Aristotle University of Thessaloniki; 2009.
10. Ποτήρης Α, Σαράφης Π. Ανασκόπηση του νομοθετικού πλαισίου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – Προτάσεις βελτίωσης. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*. 2014;6(3):116-121.
11. Γιανασμίδης Α, Τσιαούση Μ. Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980-2008) και η εμπειρία του βρετανικού και σουηδικού μοντέλου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 2012;29(1):106-115.
12. Economou C, Kaitelidou D, Karanikolos M, Maresso A. Greece: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2017;19(5):1–192.
13. Νόμος 3235/2004. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. ΦΕΚ 53Α/2004.
14. World Health Organization. From Alma-Ata to Astana: Primary health care – reflecting on the past, transforming for the future, interim report from the WHO European Region. Astana, Kazakhstan, 2018.
15. International Conference on Primary Health Care. Declaration of Alma-Ata. *WHO Chron* 1978, 32:428–430.
16. Μωραΐτης Ε. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τα δίκτυα κοινωνικής φροντίδας. Η σύγχρονη προσέγγιση στην ανάπτυξη ολοκληρωμένων συστημάτων προστασίας της υγείας: Το διεθνές περιβάλλον και η θέση της Ελλάδας. Αθήνα: ΕΚΔΔ; 2003.
17. Δημολιάτης Γ, Κυριόπουλος Γ, Λαγγάς Δ, Φιλαλήθης Τ. Η δημόσια υγεία στην Ελλάδα. Αθήνα: Θεμέλιο; 2002.
18. Θεοδώρου Μ, Μητροσύλη Μ. Υπηρεσίες υγείας/ Νοσοκομείο ιδιοκτησίες και προκλήσεις. Δομή και λειτουργία του ελληνικού συστήματος υγείας, Διοικητικές και νομικές διαστάσεις. Τόμος Γ. Πάτρα: ΕΑΠ; 1999.
19. World Health Organisation. Health Futures – Glossary [Internet]. Geneva: WHO; 2000. Available from: http://www.who.int/terminology/ter/Health_futures.html.

20. Figueras J, Saltman R, Mossialos E. Challenges in Evaluating Health Sector Reform: An Overview. Discussion Paper No 8. 1997. LSE Health, London.
21. Κουρής Γ, Σουλιώτης Κ, Φιλαλήθης Α. Οι υγειονομικές μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα. Παράγοντες αποτυχίας και κανόνες ορθού μεταρρυθμιστικού σχεδιασμού. Διοικητική Ενημέρωση. 2006;39: 82-90.
22. Βραχνέλη Α. Πρωτοβάθμια περίθαλψη και σύστημα υγείας: μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, προβλήματα και προοπτικές. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης (ΕΣΔΔΑ); 2017.
23. Kondilis E, Smyrnakis E, Gavana M, et al. Economic crisis and primary care reform in Greece: driving the wrong way?. Br J Gen Pract. 2012;62(598):264-265.
24. Πετρέλης Μ, Δομάγερ Φ. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. Το βήμα του Ασκληπιού. 2016;15(4):365- 379.
25. World Health Organisation. Παρακολούθηση και τεκμηρίωση των συστημικών και υγειονομικών επιπτώσεων των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα. Copenhagen:WHO Regional Office for Europe;2018.
26. Benos A et al. Proposal for the development of primary health care. Athens, Ministry of Health and Social Solidarity (in Greek):2015.
27. Πανελλήνιο Σοσιαλιστικό Κίνημα. Διακήρυξη Κυβερνητικής Πολιτικής: «Συμβόλαιο με το Λαό». 1981.
28. Βεριώνης Δ. Νόμος 4486/2017 για ΤοΜΥ και η διαλειτουργική σύνδεση με την Νοσοκομειακή περίθαλψη. Αθήνα: ΕΚΔΔΑ; 2018.
29. Πιερράκος Γ. Σημειώσεις Μαθήματος «Οργάνωση και Διοίκηση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», Αθήνα: ΕΣΔΔΑ;2018.
30. Μαλαβάζος Θ, Μαρκασιώτη Β, Μαλλιάρου Μ, Σαράφης Π. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα από την Alma-Ata στην Astana. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας. 2019;11(3):39-56.
31. Νόμος 4486/2017 (ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017) για τη «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις».
32. Αιτιολογική Έκθεση Ν.4486/2017, 2017. <http://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/c8827c35-4399-4fbb8ea6-aebdc768f4f7/10151258.pdf> [Πρόσβαση 20 10 2017].
33. Μπουρσανίδης Χρ. Οργάνωση Συστημάτων Υγείας & Συγκριτική πολιτική Υγείας, Διδακτικές Σημειώσεις-Typscript, 10η Βελτιωμένη Έκδοση, Αθήνα: ΕΣΔΔΑ; 2017.
34. Mossialos E, Allin S. Interest groups and health system reform in Greece. West Eur Polit. 2005; 28(2):420-444.
35. Oikonomidou E, Anastasiou F, Dervas D, Patri F, Karaklidis D, Moustakas P, Andreadou N, et al. Rural primary care in Greece: working under limited resources. Int J Qual Health Care. 2010;22(4):333-337. Available from: doi: 10.1093/intqhc/mzq032 [Accessed 10th January].
36. Shimoni B. What is Resistance to Change? A Habitus-Oriented Approach. AMP. 2017;31:257-270.
37. Sang S, Wang Z, Yu C. Evaluation of Health Care System Reform in Hubei Province, China. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2014;11(2):2262-2277.
38. Μπορτζάκη Ε, Κουτσούρης Δ, Λάμπρου Γ. Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και υγείας στην Ελλάδα. Ελληνική Ιατρική. 2019;85(1-2):41-52.
39. Μπένος Α. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας το 2000. Ένα όνειρο για την αναζωογόνηση μιας ταλαιπωρημένης και παρεξηγημένης έννοιας. Ιατρικά Θέματα. 1999;16:12-15.
40. Σταχτέας Π, Σταχτέας Φ. Η πανδημία Covid-19 ως παράγοντας επιδείνωσης των ανισοτήτων υγείας. ΕΚΕ. 2020;154:129-148.

REVIEW

Description and Evaluation of the Structural Reforms of Primary Health Care Services in Greece

P. Stachteas¹, C. Stachteas²

¹ Medical School, Aristotle University of Thessaloniki, ²Department of Physical Education and Sports Science, Aristotle University of Thessaloniki, Greece

ABSTRACT

The absence of a well-organized Primary Health Care (PHC) is one of the peculiarities of the Greek National Health System (NHS). Instead, the provision of outpatient care in Greece, in contrast to countries that have similar experience with national Health Systems, is discontinuous and fragmented with inequalities in access and without a clear focus on health prevention and promotion. From the 1980s onwards, several health reforms were attempted, which - although moving in the right direction - failed to meet the objectives of the PHC, as declared in 1978 in Alma-Ata, to meet the changing needs of health care users. The purpose of this article is to describe and evaluate the structural changes of the PHC service delivery system in the Greek Health System. Two vital reforms are described: The Law 1397/1983, with which the NHS was founded and Health Centers were constructed, as a first attempt or a unified development of PHC in Greece and the Law 4486/2017, - a recent and ongoing reform-, which attempts to fundamentally restructure the public PHC, with the creation of Local Health Units, in a human-centered model of health services provision. In conclusion, in Greece despite the repeated political efforts for upgrade and organization, PHC is characterized by a complex legislative framework, which is largely incomplete and inactive. It is important that the country's political forces come up with a national strategy that can be agreed upon and implemented over a long period of time. The first priority should be the implementation of the current legal framework based on the principles focused on the Alma-Ata Declaration, which aim at a universal, equal, continuous and comprehensive care.

Keywords: Primary Health Care, National Health System, Health Reforms, Health Centers, Local Health Units

P. Stachteas, C. Stachteas. Description and Evaluation of the Structural Reforms of Primary Health Care Services in Greece. Scientific Chronicles 2021; 26(1): 88-101
