

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και Προοπτικές

Δημήτριος Α. Βραχάτης,¹ Άγγελος Παπαδόπουλος²

PHC in Greece

Abstract at the end of the article

¹Ιατρός, Μεταπτυχιακός Φοιτητής,
Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο» - Παράρτημα
(πρώην 1^ο Ι.Κ.Α.), Αθήνα

²Ιατρός, Διευθυντής Παθολογίας,
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αττικόν»,
Αθήνα

Σχολή Κοινωνικών Επιστημών,
Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο,
Πάτρα

Υποβλήθηκε: 18.4.2011
Επανυποβλήθηκε: 20.9.2011
Εγκρίθηκε: 6.12.2011

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Δημήτριος Α. Βραχάτης
Ιωνίας 16
171 21 Νέα Σμύρνη
Τηλ. και Fax: 210 93 12 994
e-mail: dvrachatis@gmail.com

Εισαγωγή: Οι σύγχρονες προσεγγίσεις για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) θέτουν ως προτεραιότητά της την καθολική και ισότιμη πρόσβαση σε ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας. Σήμερα, η ΠΦΥ έρχεται στο προσκήνιο ως μέθοδος βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας αλλά και μείωσης του κόστους.

Σκοπός: Ανάλυση αφενός της υφιστάμενης δομής και καταγραφή των προβλημάτων της ΠΦΥ στην Ελλάδα και αφετέρου της επίδρασης στην ΠΦΥ των πρόσφατων νομοθετικών παρεμβάσεων: (α) για την αποκεντρωμένη διοίκηση της χώρας (πρόγραμμα «Καλλικράτης») και (β) για το σύστημα υγείας, καθώς και καταγραφή των προτάσεων για την περαιτέρω βελτίωσή της. **Υλικό-Μέθοδος:** Βιβλιογραφική αναζήτηση και δευτερογενής ανάλυση. **Αποτελέσματα:** Το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο για την ΠΦΥ εφαρμόζεται μερικώς και με αναποτελεσματικό τρόπο. Υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονται από τις μονάδες του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) (Κέντρα Υγείας, Περιφερειακά Ιατρεία, Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων), των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (ΟΚΑ), των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ) και από ιδιώτες ιατρούς. Η ΠΦΥ παρουσιάζει πολυδιάσπαση και ανεπαρκή συντονισμό. Το σκέλος της προαγωγής υγείας έχει ατονήσει. Η λειτουργία της ως πρώτη επαφή των ασθενών με ιατρική φροντίδα παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα και χαρακτηρίζεται από ετερογένεια μεταξύ των αστικών/μη αστικών κέντρων. Οι πρόσφατες νομοθετικές ρυθμίσεις για την υγεία ενοποιούν τους κλάδους υγείας των ΟΚΑ υπό έναν ενιαίο οργανισμό, ο οποίος θα έχει και την ευθύνη συντονισμού του δικτύου όλων των υφιστάμενων δομών ΠΦΥ της χώρας. Παράλληλα, το πρόγραμμα «Καλλικράτης» εκχωρεί αρμοδιότητες εφαρμογής ΠΦΥ στους ΟΤΑ. **Συμπεράσματα:** Κυρίαρχο ρόλο για την επίλυση των προβλημάτων και την περαιτέρω βελτίωση της παρεχόμενης ΠΦΥ θα πρέπει να είναι η συνεπής εφαρμογή του νομοθετικού πλαισίου. Η δημιουργία αξιόπιστου συστήματος αξιολόγησης και ανατροφοδότησης κρίνεται ιδιαίτερης βαρύτητας.

Λέξεις ευρετηρίου: Διακήρυξη της Άλμα-Άτα, Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), Ελλάδα, Πρόγραμμα «Καλλικράτης», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)

Εισαγωγή

Το αγαθό της «υγείας» αποτελεί δομικό στοιχείο στο αξιακό σύστημα του σύγχρονου δυτικού πολιτισμού¹ και αναγνωρίζεται ως θεμελιώδες ατομικό δικαίωμα.² Τα κράτη προωθούν δράσεις, οι οποίες διαφυλάσσουν και αναβαθμίζουν το επίπεδο της υγείας των πολιτών τους.³ Η έννοια της αναβάθμισης δεν αναφέρεται μόνο στην ποιότητα της υγείας, αλλά και στο οικονομικό σχήμα κόστος-απόδοση.⁴⁻⁷

Η τρέχουσα παγκόσμια οικονομική ύφεση επανέφερε την ανάγκη κρατικών παρεμβάσεων στην οικονομία για ορθολογική κατανομή των πόρων⁸ (ο τομέας της υγείας δεν εξαιρείται).^{9,10} Αυτή την περίοδο βρίσκεται σε εξέλιξη ευρεία συζήτηση για την ανεύρεση μεθόδων μείωσης του κόστους, δίχως υποβάθμιση του επιπέδου υγείας. Οι προτεινόμενες λύσεις εντοπίζονται κυρίως σε τομείς από τους οποίους προκύπτει αμεσότερη εξοικονόμηση πόρων.¹¹ Αναδεικνύεται ωστόσο και ο ρόλος των ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας, με προμετωπίδα την προαγωγή υγείας, οι οποίες βέβαια αποδίδουν καρπούς μακροπρόθεσμα.^{3,12}

Η ως άνω πολιτική υγείας στοχοθετεί κατά προτεραιότητα στην πρόληψη, στην αγωγή υγείας και γενικά στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ). Δεν αποτελεί σύγχρονη επινόηση, αλλά έχει επισημανθεί από το 1978 με τη διακήρυξη της Άλμα-Άτα,¹³ η οποία διεύρυνε την έννοια της ΠΦΥ και έθεσε στρατηγικούς στόχους για την παγκόσμια υγεία.

Η πρωτογενής έννοια της ΠΦΥ αναφερόταν στην πρώτη επαφή ενός ασθενούς με κάποιον επαγγελματία υγείας, ενώ θα μπορούσε να λεχθεί ότι ο ρόλος της ήταν υποβαθμισμένος και εντοπισμένος εκτός των αστικών κέντρων.¹⁴ Το 1978, η διεθνής διάσκεψη για την ΠΦΥ, στην Άλμα-Άτα του Καζακστάν, κατέληξε σε διακήρυξη δέκα σημείων,¹³ η οποία σηματοδότησε μια επαναστατική αλλαγή στην αντίληψη¹⁵ περί παροχής υπηρεσιών υγείας με σαφή στοχοθέτηση για την ανάπτυξή τους, με κέντρο την ΠΦΥ.¹⁶

Η διακήρυξη της Άλμα-Άτα διεύρυνε το μοντέλο παροχής υπηρεσιών υγείας στη βάση του ορισμού της «υγείας» –κατά τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, (ΠΟΥ)¹– ως μια κατάσταση στην οποία το άτομο έχει πλήρη φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία – και όχι απλά απουσία ασθένειας (άρθρο Ι¹³). Επιπλέον, κατέστησε σαφές (άρθρα ΙΙ, ΙΙΙ¹³) ότι δεν μπορεί να είναι αποδεκτές οι ανισότητες στην υγεία όχι μόνο από ανθρωπιστική ή κοινωνική σκοπιά, αλλά και από πολιτικο-οικονομική θεώρηση, καθώς η υγεία αποτελεί παραγωγικό πόρο, παράγοντα σταθεροποίησης και ειρήνης για τα σύγχρονα κράτη. Η φιλοσοφία που δια-

πνέει τη διακήρυξη μπορεί να συνοψιστεί στις ακόλουθες αρχές:¹⁷ (α) ισότητα, κοινωνική δικαιοσύνη και υγεία για όλους, (β) κοινωνική συμμετοχή, (γ) προαγωγή υγείας, (δ) ορθολογική χρήση των πόρων, (ε) διατομεακή δράση και συνεργασία. Στο πλαίσιο αυτό κατέληξε σε ένα νέο περίγραμμα για την ΠΦΥ, το οποίο δεν καταγράφεται με γενικό τρόπο αλλά με επτά σημεία,¹³ που περιγράφουν αναλυτικά το πεδίο δράσης της (Πίνακας 1).

Σκοπός

Στόχος του παρόντος άρθρου είναι η ανάλυση (α) της υφιστάμενης δομής και η καταγραφή των προβλημάτων της ΠΦΥ στην Ελλάδα, (β) η επίδραση των πρόσφατων νομοθετικών παρεμβάσεων και (γ) η καταγραφή προτάσεων για την περαιτέρω βελτίωσή της. Για το σκοπό αυτόν θα αναπτυχθούν στοιχεία σχετικά με την ισχύουσα νομοθεσία και τις νεότερες παρεμβάσεις του κράτους στον τομέα της ΠΦΥ, δηλαδή του προγράμματος «Καλλικράτης»¹⁸ για την αποκεντρωμένη διοίκηση της χώρας, καθώς και του Νόμου 3918/2011 «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις».¹⁹ Επιπλέον, θα συνοψιστούν τα κυριότερα προβλήματα της ΠΦΥ στην Ελλάδα, όπως αυτά περιγράφονται στη βιβλιογραφία. Τέλος, θα κατατεθούν προτάσεις για τη βελτίωσή της.

Υλικό και Μέθοδος

Οι πληροφορίες συλλέχθηκαν βάσει αναζήτησης σε ελληνικές και διεθνείς βάσεις δεδομένων για τα λήμματα «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», «Εθνικό Σύστημα Υγείας», “Primary Healthcare”, “Greek National Health System”, “Health System Reform”, την ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθώς και την ιστοσελίδα του ελληνικού Εθνικού Τυπογραφείου. Τη συλλογή των δεδομένων ακολούθησε καταγραφή και δευτερογενής ανάλυση.

Αποτελέσματα

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Τρέχουσα κατάσταση – Νομοθεσία

Η πρώτη συγκροτημένη παρέμβαση για την ενιαία ανάπτυξη ΠΦΥ στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκε με το Νόμο 1397/1983²⁰ (ίδρυση Εθνικού Συστήματος Υγείας, ΕΣΥ). Στο πλαίσιο του ΕΣΥ υπήρχε πρόβλεψη για δημιουργία αστικών και μη αστικών Κέντρων Υγείας (ΚΥ) και Περιφερειακών Ιατρείων (ΠΙ), τα οποία, ως αποκεντρωμένες

Πίνακας 1. Περιγραφή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) σύμφωνα με τη διακήρυξη της Άλμα-Άτα.

1. Αντανακλά και εξελίσσεται από τις οικονομικές συνθήκες, τα κοινωνικο-πολιτισμικά και πολιτικά χαρακτηριστικά των κρατών και των κοινωνιών και βασίζεται στην εφαρμογή των σχετικών αποτελεσμάτων από τις κοινωνικές, βιοϊατρικές και ιατρικές έρευνες, καθώς και την εμπειρία από τη δημόσια υγεία
2. Εντοπίζει τα κύρια ζητήματα υγείας στην κοινότητα και παρέχει αντίστοιχες υπηρεσίες προαγωγής της υγείας, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης
3. Περιλαμβάνει κατ'ελάχιστο: εκπαίδευση σχετικά με τα κυριότερα προβλήματα υγείας και μεθόδους για την πρόληψη και τον έλεγχο αυτών, προώθηση της παροχής τροφής και της ορθής διατροφής, επαρκή παροχή καθαρού νερού και βασικής στέγης, φροντίδα για τη μητρότητα, τα παιδιά και τον οικογενειακό προγραμματισμό, ανοσοποίηση κατά των κυριότερων λοιμωδών νοσημάτων, πρόληψη και έλεγχο των ενδημικών νοσημάτων, κατάλληλη θεραπεία βασικών νοσημάτων και τραυμάτων, καθώς και παροχή της αντίστοιχης φαρμακευτικής αγωγής
4. Περιλαμβάνει, εκτός από τον τομέα υγείας, κάθε σχετικό τομέα της εθνικής και κοινωνικής ανάπτυξης και ιδιαίτερα τη γεωργία, την κτηνοτροφία, τα τρόφιμα, τη βιομηχανία, την εκπαίδευση, τις πολιτικές στέγασης, τα δημόσια έργα, την επικοινωνία. Απαιτεί τη συνεργασία των τομέων αυτών για τις αντίστοιχες δράσεις
5. Απαιτεί και προωθεί στο μέγιστο την κοινοτική και την ατομική συμμετοχή στο σχεδιασμό, στον προγραμματισμό και στον έλεγχο της ΠΦΥ, κάνοντας πλήρη χρήση των τοπικών, εθνικών και άλλων πόρων. Στην κατεύθυνση αυτή παρέχει εκπαίδευση ώστε να αναπτυχθεί η ικανότητα για συμμετοχή
6. Αναπτύσσεται μέσω ενιαίων, λειτουργικών, αμοιβαία υποστηρικτικών συστημάτων, τα οποία οδηγούν με προοδευτικό τρόπο σε βελτίωση της υγείας για όλους. Δίνει προτεραιότητα σε όσους έχουν μεγαλύτερη ανάγκη
7. Στηρίζεται σε τοπικά επίπεδα και επίπεδα αναφοράς, σε επαγγελματίες υγείας (ιατροί, νοσηλευτές, μαιές, επικουρικό προσωπικό, εργάτες) που έχουν τα κατάλληλα κοινωνικά και τεχνικά προσόντα για να εργαστούν ως «ομάδα υγείας» και να ανταποκριθούν στις υγειονομικές ανάγκες της κοινωνίας.

*Declaration of Alma-Ata*²³

μονάδες των οικείων νοσοκομείων, θα αναλάμβαναν την παροχή της «εξωνοσοκομειακής περίθαλψης (πρωτοβάθμιας)». Ακολούθησε ο Νόμος 2071/1992,²¹ με τον οποίο η δυνατότητα για παροχή ΠΦΥ επεκτάθηκε στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ, στον ιδιωτικό τομέα (μικρής κλίμακας μονάδες, ιατρεία/οδοντιατρεία ή αντίστοιχα κέντρα). Σήμερα, τις δομές του ΕΣΥ και τις ιδιωτικές μονάδες συμπληρώνουν αυτές που λειτουργούν στο πλαίσιο των πολυάριθμων Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (ΟΚΑ).²² Επιπλέον, υπάρχουν ορισμένες μονάδες πρωτοβάθμιας υγείας από Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ), ενώ λειτουργούν και 6 Διασυνοριακά Κέντρα Δημόσιας Υγείας στο πλαίσιο του προγράμματος INTERREG-IIIΑ της ΕΕ.²³

Ο Νόμος 2519/1997²⁴ ενίσχυσε την έννοια της «Δημόσιας Υγείας» (α) εντάσσοντας υπό τη σκέπη αυτή σειρά δράσεων, που εμπεριέχονται στην έννοια της ΠΦΥ και (β) κατοχυρώνοντας με τη σύσταση της «Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας» στο Υπουργείο Υγείας ως κεντρικό συντονιστικό όργανο.

Επιπλέον, δύο ακόμη νόμοι στόχευσαν στην οργάνωση και στο συντονισμό της ΠΦΥ. Ο Νόμος 3172/2003²⁵ για την οργάνωση και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και ο Νόμος 3235/2004²⁶ για την Πρωτοβάθμια Υγεία. Βασικό χαρακτηριστικό του πρώτου ήταν

η ίδρυση του «Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας» και των αποκεντρωμένων οργάνων του, ενώ στην κύρια στόχευση του δεύτερου εντάσσεται η εισαγωγή του θεσμού του «οικογενειακού ιατρού», η πιστοποίηση των ΚΥ, η μετατροπή των πρωτοβάθμιων δομών υγείας των ΟΚΑ σε αντίστοιχα ΚΥ και ο ενιαίος έλεγχος των μονάδων ΠΦΥ. Με τους νόμους αυτούς –αν και ο τελευταίος δεν εφαρμόστηκε πλήρως–^{27,28} το περιεχόμενο της ΠΦΥ διαχωρίστηκε στη «Δημόσια Υγεία» (επί της ουσίας το –κατά «Άλμα-Άτα»– σκέλος της αλληλεπίδρασης της ΠΦΥ με το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον) και ιδίως στην «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» (με έμφαση στο ρόλο της ως πρώτο σημείο επαφής ασθενών με το σύστημα υγείας).

Η πρώτη νομοθετική ρύθμιση μετά το Νόμο 3235/2004²⁶ είναι το πρόγραμμα «Καλλικράτης» (Νόμος 3852/2010),¹⁸ το οποίο προβλέπει τη μεταβίβαση των μειζόνων αρμοδιοτήτων των Διοικήσεων Υγειονομικών Περιφερειών²⁹ (ΔΥΠΕ) στις Περιφέρειες, ενώ μια σειρά αρμοδιοτήτων των ΔΥΠΕ και των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Υγείας (ΜΠΥ)²⁶ τίθεται υπό την ευθύνη των Δήμων. Βάσει της ισχύουσας νομοθεσίας,^{25,26,29} οι αρμοδιότητες αυτές αποτελούν επί της ουσίας ένα σημαντικό τμήμα της διαδικασίας για τη διαμόρφωση και την εφαρμογή πολιτικών ΠΦΥ. Για την εφαρμογή του νόμου¹⁸ προβλέπεται η έκδοση προεδρικών διαταγμάτων έως το 2012.

Τέλος, η πλέον πρόσφατη νομοθετική παρέμβαση στο χώρο της ΠΦΥ είναι ο Νόμος 3918/2011.¹⁹ Πρώτη μεταβολή στον τομέα της ΠΦΥ που απορρέει από το νόμο αυτόν είναι η σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Υπό τον ΕΟΠΥΥ, εντάσσονται οι κλάδοι υγείας των μεγαλύτερων ΟΚΑ της χώρας – με δυνατότητα για ένταξη και των κλάδων υγείας και των υπολοίπων ΟΚΑ. Ο ΕΟΠΥΥ θα βρίσκεται υπό την εποπτεία των υπουργείων «Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης» και «Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης». Στους κύριους σκοπούς του περιλαμβάνεται, εκτός από την κάλυψη με υπηρεσίες υγείας των ασφαλισμένων των υπό ένταξη ΟΚΑ, ο λειτουργικός συντονισμός όλων των παρόχων ΠΦΥ. Στο δίκτυο αυτό συμμετέχουν οι αντίστοιχες μονάδες του ΕΟΠΥΥ, του ΕΣΥ (ΚΥ, ΠΙ), των ΟΤΑ, οι μονάδες ΝΠΔΔ/ΝΠΙΔ και οι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ ιδιώτες ιατροί (τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων δεν αναφέρονται ρητά ως πάροχοι ΠΦΥ – αποτελεί ερώτημα, αν η παράλειψη του νομοθέτη είναι σκόπιμη ή τυχαία.). Ως πρώτο βήμα λειτουργικής ενοποίησης, παρέχεται η δυνατότητα στους ασφαλισμένους του ΙΚΑ (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων) να απευθύνονται σε όλους τους παρόχους ΠΦΥ του υπό ίδρυση δικτύου του ΕΟΠΥΥ.

Η δεύτερη μεταβολή είναι η μετονομασία της Γενικής Γραμματείας «Δημόσιας Υγείας» σε «Δημόσιας Υγείας και Ποιότητας Ζωής» με παράλληλη αναβάθμιση των αρμοδιοτήτων και αναδιάρθρωση αυτής. Η εν λόγω Γενική Γραμματεία αναλαμβάνει το συντονισμό και την αξιολόγηση της προόδου εφαρμογής των πολιτικών για τη Δημόσια Υγεία και την ΠΦΥ, όπως αυτοί καταγράφονται στους αντίστοιχους Νόμους 2519/1997,²⁴ 3172/2003,²⁵ 3235/2004.²⁶ Είναι, επιπλέον, αρμόδια για την αξιολόγηση και τη διασύνδεση των υπηρεσιών ΠΦΥ/Δημόσιας Υγείας που θα μεταφερθούν στην ευθύνη των ΟΤΑ βάσει του Νόμου 3852/2010.¹⁸

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Προβλήματα

Οι θεωρητικοί στόχοι της ΠΦΥ παρουσιάζονται νομικά με σχετική σταθερότητα και βρίσκονται γενικά σε αντιστοιχία με τα χαρακτηριστικά που προέβλεπε η διακήρυξη της Άλμα-Άτα.¹³ Ωστόσο, μόνο ο ρόλος της ως πρώτη επαφή του ασθενούς με το ιατρικό προσωπικό φαίνεται να είναι σαφής. Το σκέλος της αλληλεπίδρασης με την κοινωνία, της προληπτικής ιατρικής και της προαγωγής της υγείας γενικότερα δεν είναι σαφές και οι αρμοδιότητες επικαλύπτονται μεταξύ τελικών και ενδιάμεσων οργάνων. Επιπλέον, οι νομοθετικές παρεμβάσεις^{25,26} για

τη διάκριση των λειτουργιών και τον ενιαίο συντονισμό της συγκεκριμένης πολυδιάστατης διαδικασίας δεν εφαρμόστηκαν στην πράξη.

Όσον αφορά στις δομές παροχής ΠΦΥ, το νομοθετικό πλαίσιο αποτυπώνει μια εικόνα πολυδιάσπασης (ΕΣΥ – ΟΚΑ – ιδιώτες). Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι συγκεκριμένες δομές που είχαν προβλεφθεί να δημιουργηθούν στο πλαίσιο του ΕΣΥ (αστικού τύπου ΚΥ) δεν αναπτύχθηκαν. Χαρακτηριστικό είναι ότι η ίδρυση του ΚΥ Βύρωνα στην Αθήνα,³⁰ 20 έτη μετά από τον αντίστοιχο νόμο,²⁰ αποτελεί την πρώτη εφαρμογή του θεσμού. Συνεπώς, η ΠΦΥ στις μεγάλες πόλεις προσφέρεται κυρίως μέσω των δομών των ΟΚΑ ή των ιδιωτικών δομών. Αυτό δεν ισχύει για τις περιοχές εκτός των μεγάλων αστικών κέντρων όπου αναπτύχθηκαν ΚΥ του ΕΣΥ και τα αντίστοιχα ΠΙ συμπληρώνουν τις δομές ΠΦΥ. Πρόκειται δηλαδή για ένα δίκτυο ΠΦΥ, το οποίο έχει αναπτυχθεί με γεωγραφικές και όχι μόνο ιδιαιτερότητες.^{31,32} Το περιγραφέν πλέγμα δομών ΠΦΥ εγείρει το ζήτημα της ανισότιμης πρόσβασης των πολιτών, καθώς η ένταξη στους ΟΚΑ και η δυνατότητα παροχής υπηρεσιών από τα ΚΥ πραγματοποιείται επί της ουσίας βάσει επαγγελματικών κριτηρίων.

Σχετικά με τις δομές ΠΦΥ των ΟΚΑ καταγράφονται³³ συγκεκριμένα προβληματικά σημεία, όπως η έλλειψη 24ωρης κάλυψης, η συχνή εναλλαγή του ιατρικού προσωπικού, η μη ικανοποιητική διασύνδεσή τους με τις υπόλοιπες δομές υγείας και την κεντρική πολιτική ΠΦΥ, η επί της ουσίας λειτουργία τους ως δομών δευτεροβάθμιου επιπέδου και η εν γένει απουσία «συνέχειας» στη φροντίδα υγείας.

Όσον αφορά στα ΚΥ και στα ΠΙ, δεδομένου ότι αποτελούν το μεγαλύτερο ενιαίο υποσύστημα μονάδων παροχής ΠΦΥ, τα κυριότερα προβληματικά σημεία, όπως αυτά περιγράφονται σε αρκετές ερευνητικές εργασίες και ανασκοπήσεις,^{9,28,31,32,34,35} μπορούν να συνοψιστούν στις εξής κατηγορίες:

- *Συνέχεια στη φροντίδα υγείας:* Οι πρωτοβάθμιες μονάδες υγείας δεν είναι διασυνδεδεμένες με τις δευτεροβάθμιες κατά το πρότυπο: «πρόληψη – διάγνωση – θεραπεία – αποκατάσταση», η διασύνδεση με κέντρα αναφοράς και η λειτουργία ηθμού είναι ανεπαρκής, δεν εφαρμόζεται ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού, δεν τηρούνται με συστηματικό τρόπο ατομικά ιατρικά ιστορικά για ενιαία χρήση από τον ασθενή και τους επαγγελματίες υγείας, ενώ επιπλέον δεν υπάρχει σύστημα διακίνησης ιατρικών πληροφοριών για τους ασθενείς τόσο μεταξύ των μονάδων υγείας όσο και εντός της αυτής μονάδας μεταξύ δύο διαδοχικών επισκέψεων.

- *Εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών:* Η ιατρική και η νοσηλευτική πράξη δε διέπονται από την εφαρμογή διαγνωστικών, κλινικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων, με συνέπεια την ετερογένεια στο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών.
- *Ενσωμάτωση νέων τεχνολογιών:* Καταγράφονται ελλείψεις σε απαραίτητη υλικοτεχνική υποδομή για τη διεκπεραίωση του ιατρονοσηλευτικού έργου. Δεν έχουν αναπτυχθεί ευρέως τηλεματικές (e-health) ή άλλες εφαρμογές (ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος, ηλεκτρονική συνταγογράφηση).
- *Ανθρώπινο δυναμικό:* Η στελέχωση γίνεται από ιατρούς μη προσανατολισμένους στην ΠΦΥ (ή από ανειδίκευτους ιατρούς υποχρεωτικής θητείας), υπάρχουν ελλείψεις σε νοσηλευτικό και τεχνολογικό προσωπικό, ενώ η κατανομή του προσωπικού παρουσιάζει γεωγραφικές ανισότητες. Τα προγράμματα συνεχούς εκπαίδευσης και κατάρτισης αναπτύσσονται χωρίς προγραμματισμό και εξαρτώνται περισσότερο από την προσωπική πρωτοβουλία. Τέλος, δεν εφαρμόζονται μέθοδοι υποκίνησης/κινήτρων για τη βέλτιστη αξιοποίηση του στελεχειακού δυναμικού.
- *Οικονομική διαχείριση:* Οι παροχές υγείας (π.χ. ποσοστό συμμετοχής ασθενούς στις δαπάνες) μεταξύ των διαφόρων ΟΚΑ, καθώς και η χρηματοδότηση της ΠΦΥ έρχεται σε ακολουθία με την πολυδιάσπαση των φορέων που την παρέχουν.
- *Αξιολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών:* Δεν εφαρμόζεται.

Τέλος, σημειώνεται ότι για τις ιδιωτικές μονάδες παροχής ΠΦΥ δεν υπάρχει ενιαίος έλεγχος ή καταγραφή. Είναι αναμενόμενο, τα δομικά προβλήματα που οφείλονται στις γενικές ανωμαλίες του συστήματος παροχής ΠΦΥ να εντοπίζονται και σε αυτές τις μονάδες υγείας. Από μια άλλη οπτική, η αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης για υπηρεσίες υγείας ίσως υποδεικνύει ότι οι ιδιωτικές μονάδες καλύπτουν σε ένα βαθμό την αδυναμία των δημοσίων μονάδων να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στο ρόλο τους.³⁶

Προτάσεις για την αναβάθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα

Κατά την ανασκόπηση της υφιστάμενης κατάστασης στις προηγούμενες ενότητες κατέστη σαφές ότι η ανεπαρκής εφαρμογή των νομοθετικών παρεμβάσεων αποτελεί κύρια αδυναμία. Δεδομένης της σταθερότητας με την οποία η σχετική νομοθεσία περιγράφει τους στόχους της ΠΦΥ κατά την τελευταία 20ετία, αποτελεί πρώτη

προτεραιότητα η εφαρμογή της σχετικής νομοθεσίας. Ακολούθως, βάσει των προβληματικών σημείων που περιγράφονται στη βιβλιογραφία οι συγγραφείς καταθέτουν τις εξής προτάσεις:

- Να αξιοποιηθούν τα δεδομένα από το Χάρτη Υγείας της χώρας, ώστε το νέο, διευρυμένο δίκτυο μονάδων ΠΦΥ να έχει ικανοποιητική προσπελασιμότητα και διαθεσιμότητα σε όλη την επικράτεια.
- Να δοθεί έμφαση στην προσφορά ολοκληρωμένων υπηρεσιών ΠΦΥ. Δηλαδή, η ΠΦΥ να αρχίζει από τους υγιείς πολίτες, παρέχοντάς τους υπηρεσίες προληπτικής Ιατρικής και προαγωγής υγείας, να αντιμετωπίζει τις συνήθεις νόσους της κοινότητας, να διασυνδέεται αποτελεσματικά με ανώτερου επιπέδου μονάδες υγείας, να κατευθύνει τους ασθενείς και το περιβάλλον τους και, τέλος, να συνδράμει στη φάση της αποκατάστασης.
- Να παρασχεθούν εργαλεία που θα υποβοηθήσουν τους παραπάνω σκοπούς: δημιουργία ενιαίου συστήματος ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου, να αναπτυχθούν αλγόριθμοι για τις βασικές ιατρικές πράξεις (προληπτικής ιατρικής/θεραπευτικής), να καλυφθούν οι βασικές ανάγκες σε ανθρώπινους πόρους και εξοπλισμό.
- Να αναπτυχθούν προγράμματα συνεχούς κατάρτισης στη Γενική Ιατρική σε συνδυασμό με τα αποτελέσματα των ερευνών για τις υφιστάμενες συνθήκες και σε συνεργασία με τις ιατρικές σχολές ή τις πλησιέστερες νοσοκομειακές μονάδες. Θα μπορούσε να συζητηθεί ακόμη και η εκ περιτροπής μετακίνηση προσωπικού μεταξύ μονάδων ΠΦΥ και νοσοκομείων για μικρά χρονικά διαστήματα, ώστε η εκπαίδευση να εμπεδώνεται σε επίπεδο κλινικής πρακτικής.
- Να αναπτυχθούν αλγόριθμοι πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας από τους πολίτες. Να επιτελεστούν αντίστοιχες εκστρατείες ενημέρωσης ώστε να διευρυνθεί η εμπιστοσύνη προς το σύστημα ΠΦΥ.
- Να δοθεί έμφαση στην αποτελεσματική επικοινωνία και στη λειτουργική διασύνδεση μεταξύ του ΕΟΠΥΥ, της Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας και Ποιότητας Ζωής και των αποκεντρωμένων μονάδων ΠΦΥ. Σημαντική είναι η συνεχής αξιολόγηση και ανατροφοδότηση από τα πραγματικά δεδομένα χρήσης και λειτουργίας, ώστε να επιτευχθούν οι απαραίτητες διορθωτικές παρεμβάσεις.
- Να δημιουργηθούν προϋποθέσεις και να δοθούν κατάλληλα κίνητρα, ώστε οι επαγγελματίες υγείας να στηρίξουν ενεργά την αποδοτική εφαρμογή του συστήματος υγείας.

Συζήτηση

Στην Ελλάδα, ο Νόμος 1397/1983 πρώτη φορά κατοχύρωσε την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προσδιόρισε τις δομές παροχής της. Ωστόσο, στην πράξη εφαρμόστηκε μερικά. Σημειώνεται, ότι τονίστηκε ο ρόλος της ΠΦΥ ως πρώτης επαφής των ασθενών με το σύστημα υγείας και περιορίστηκε ο ρόλος της προαγωγής υγείας και αποκατάστασης. Έκτοτε, ακολούθησε σειρά νομοθετικών παρεμβάσεων για την ΠΦΥ οι οποίες δε μετέβαλαν τους στόχους και τις αρχές της ΠΦΥ. Στο σύνολό τους ακολουθούν τις αρχές της διακήρυξης της Άλμα-Άτα. Θέτουν ως στόχο την καθολική, συνεχή, ισότιμη, ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας (προαγωγή υγείας – θεραπεία – αποκατάσταση). Βασικό χαρακτηριστικό τους είναι η διάδραση με το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον και έχει εκφάνσεις σε όλες σχεδόν τις ανθρώπινες δραστηριότητες.

Στην πράξη, η ανάπτυξη της ΠΦΥ χαρακτηρίστηκε από κατακερματισμό, έλλειψη συντονισμού και σειρά λειτουργικών προβλημάτων που σχετίζονται τόσο με τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού όσο και με την υλικοτεχνική υποστήριξη. Συνέπεια ήταν η αναποτελεσματικότητα και η αποτυχία στην ουσιαστική ενσωμάτωση και λειτουργική διασύνδεση με το ευρύτερο σύστημα υγείας.

Είναι σαφές, ότι η μεταφορά από τη «θεωρία» στην πράξη διαστρεβλώνει τους στόχους του νομοθέτη, τουλάχιστον όσον αφορά στον τομέα της ΠΦΥ. Για το λόγο αυτόν, η κριτική στην πρόσφατη παρέμβαση με το πρόγραμμα «Καλλικράτης»¹⁸ θα κινηθεί σε δύο κατευθύνσεις. Πρώτον, αποτελεί κοινό τόπο ότι η πολυδιάσπαση των υπηρεσιών ΠΦΥ και της Δημόσιας Υγείας συνιστά κύριο προβληματικό σημείο για την εφαρμογή τους. Με την απόδοση της αρμοδιότητας εφαρμογής τους στους ΟΤΑ, ο κατακερματισμός αυτός εντείνεται. Επιπλέον, δεν υπάρχει σαφής πρόβλεψη για τη διασύνδεση των αποκεντρωμένων φορέων. Δεύτερον, είναι πιθανό να εκπληρώνονται κατά προτεραιότητα οι γραφειοκρατικού τύπου/χαμηλού κόστους αρμοδιότητες που είναι και κατά τεκμήριο πιο πιεστικές (π.χ. έκδοση πιστοποιητικών). Στον αντίποδα, ενδεχομένως να «παραγκωνιστούν» οι δράσεις που αφορούν στην προληπτική ιατρική και την προαγωγή υγείας, επειδή έχουν μεγαλύτερο κόστος, απαιτούν εξειδικευμένο προσωπικό και κεντρικό σχεδιασμό. Τέλος, η μεταβατική περίοδος ίσως λειτουργήσει αφ' εαυτής ως ανασταλτικός παράγοντας διεύρυνσης ή ακόμη και εφαρμογής ορισμένων δράσεων από τους φορείς που μέχρι σήμερα ασκούν τις αντίστοιχες αρμοδιότητες.

Η πλέον πρόσφατη παρέμβαση στο χώρο της ΠΦΥ είναι η σύσταση του ΕΟΠΥΥ με το Νόμο 3918/2011.¹⁹

Η ενοποίηση των μονάδων παροχής ΠΦΥ αποτέλεσε αντικείμενο διαφωνιών την προηγούμενη 20ετία.²² Μάλιστα, έχει καταγραφεί ως θετική προοπτική στη σχετική βιβλιογραφία.^{22,28} Παρόλα αυτά, ακόμη και μετά από την ψήφιση του νόμου οι συλλογικοί φορείς των ιατρών τηρούν αρνητική στάση, θεωρώντας ότι εξυπηρετεί μόνο λογιστικές παραμέτρους και ότι θα θίξει το επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.³⁷

Ο νόμος¹⁹ είναι ιδιαίτερα φιλόδοξος και κινείται στην κατεύθυνση περιορισμού της πολυδιάσπασης της ΠΦΥ, με σκοπό την ισότιμη πρόσβαση των πολιτών, τη βελτίωση της διαθεσιμότητας και της αποτελεσματικότητας με παράλληλη μείωση του κόστους. Παρέχεται η δυνατότητα για αξιοποίηση των μονάδων ΠΦΥ, των ΟΚΑ και των ΟΤΑ στα αστικά κέντρα, ώστε να καλύψουν το κενό των αστικών ΚΥ που δεν αναπτύχθηκαν ποτέ. Στα θετικά καταγράφεται επίσης η ένταξη των ιδιωτικών μονάδων ΠΦΥ στο σύστημα ελέγχου και αξιολόγησης. Πρόσθετα, διευρύνεται η δυνατότητα επιλογής ιατρού από τον πολίτη, ιδιαίτερα όσον αφορά στους ασφαλισμένους του ΙΚΑ. Σημείο τριβής πιθανόν να αποτελέσει η λειτουργική ένταξη των ΚΥ και των ΠΙ στον ΕΟΠΥΥ, ενώ παραμένουν διοικητικά στο ΕΣΥ, καθώς επίσης και ο έλεγχος του ΕΟΠΥΥ από δύο διαφορετικά υπουργεία.³⁸

Επιπλέον, ο Νόμος 3918/2011¹⁹ στοχεύει στην ενεργοποίηση σειράς ανενεργών ρυθμίσεων από προηγούμενους νόμους για την ΠΦΥ. Αυτό κυρίως επιτελείται μέσω της νέας Γενικής Γραμματείας «Δημόσιας Υγείας και Ποιότητας Ζωής», στην οποία κατανέμεται μεγάλο πεδίο ευθύνης με έμφαση στο συντονισμό και την αξιολόγηση των υπηρεσιών. Θα μπορούσε να λεχθεί ότι με την αναβάθμιση αυτής της Γενικής Γραμματείας γίνεται προσπάθεια να δημιουργηθεί ένα συντονιστικό όργανο για ζητήματα για τα οποία μέχρι πρότινος υπήρχε διασταύρωση ευθυνών και αναποτελεσματικότητα. Παρόλα αυτά, το πρόγραμμα «Καλλικράτης» προβλέπει ως τελικούς φορείς εφαρμογής των εν λόγω πολιτικών τους ΟΤΑ,¹⁸ οι οποίοι πιθανόν να έχουν διαφορετικές δυνατότητες και προτεραιότητες. Επίσης, λόγω του νομοθετικού πλαισίου των ΟΤΑ, ίσως ανακύψουν ζητήματα δικαιοδοσίας των κεντρικών οργάνων επί των αποφάσεων των αποκεντρωμένων οργάνων. Μόνο στην πράξη θα αποδειχθεί, εάν η ύπαρξη κεντρικού συντονισμού θα επιτύχει την εύρυθμη διασύνδεση των –ανεξάρτητων μεταξύ τους– εμπλεκόμενων υπηρεσιών.

Συμπεράσματα

Η ΠΦΥ στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από ένα σύνθετο νομοθετικό πλαίσιο, το οποίο είναι ανενεργό σε μεγάλο

τμήμα του. Στην πράξη, οι δομές και οι υπηρεσίες ΠΦΥ χαρακτηρίζονται από ανομοιογένεια και κατακερματισμό και εκεί οφείλεται μεγάλο τμήμα των προβλημάτων. Οι πρόσφατες νομοθετικές ρυθμίσεις στοχεύουν αφενός στην ενοποίηση των κεντρικών φορέων και αφετέρου στην αποκέντρωση των τελικών μονάδων παροχής ΠΦΥ. Το κατά πόσο θα βελτιώσουν το τελικό αποτέλεσμα αποτελεί σήμερα αντικείμενο συζήτησης.

Ωστόσο, είναι σαφές ότι πρώτη προτεραιότητα θα

πρέπει να είναι η εφαρμογή του ισχύοντος νομοθετικού πλαισίου. Ακολουθεί η συνεχής αξιολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ, η αξιοποίηση των πληροφοριών από τον υγειονομικό χάρτη της χώρας, η αποτελεσματική διασύνδεση της ΠΦΥ με τις δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας, η ανάπτυξη προγραμμάτων κινήτρων και συνεχούς εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας της ΠΦΥ και, τέλος, η αποτελεσματική ενημέρωση των πολιτών για τις δυνατότητες της ΠΦΥ.

ABSTRACT

Primary Health Care in Greece: Current Data and Perspectives

Dimitrios A. Vrachatis,¹ Angelos Papadopoulos²

¹MD, MSc Student, "Sismanoglio" General Hospital, Athens ²MD, PhD, Director of Internal Medicine, "Atticon" University Hospital, Athens, Greece

Background: Under the current social and economic circumstances Primary Health Care (PHC) has emerged as a means of promotion of quality and reduction of cost in the health care services. Universal and equal access is regarded as a priority of PHC. **Aim:** Analysis of the current PHC network in Greece, with a view to identification of deficiencies and delineation of future prospects in the light of the recent legislation related to government decentralization and PHC reform. **Method:** Bibliographic review of data from Greek and international databases and secondary analysis. **Results:** The recent legislation regarding PHC has been inadequately promoted. PHC in Greece is provided by a heterogeneous network comprised of services of the National Healthcare System ("Ethnikon Systima Ygeias", ESY), Social Insurance Organisations (SIOs), regional authorities (municipalities, prefectures) and private practitioners. The main characteristics of the present PHC network are fragmentation, ineffective central coordination and inconsistency in the availability, accessibility and quality of PHC services between urban and rural areas. Health promotion services are inadequate. Recent legislation reforms target unification of the health sector of the SIOs to form a new organisation which will be responsible for the PHC network in Greece. In addition, the legislation on decentralisation confers the responsibility for local PHC policies on the regional authorities. **Conclusions:** Effective enforcement of the new legislation is expected to have a favourable effect on the Greek PHC system. It is crucial that quality assessment and management systems are developed to monitor the changes. *NOSILEFTIKI* 2012, 51 (1): 10–17.

Key-words: Greece, "Kallikratis" programme, National Health Service, National Organization for Provision of Health Care, primary health care (PHC), the Alma-Ata convention

✉ **Corresponding Author:** Dimitrios A. Vrachatis, 16 Ionias street, GR-171 21 Nea Smyrni, Greece, tel. & fax: +30 210 93 12 994, e-mail: dvrachatis@gmail.com

Βιβλιογραφία

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. Commission of the European Communities. *White Paper – Together for health: A strategic approach for the EU 2008–2013*. EU, Brussels, 2007:1–11
4. Dow WH, Rehkopf DH. Socioeconomic gradients in health in international and historical context. *Ann N Y Acad Sci* 2010, 1186:24–36
5. Mackenbach JP, Meerding WJ, Kunst AE. Economic costs of health inequalities in the European Union. *J Epidemiol Community Health* 2011, 65:412–419
6. Preston SH. The changing relation between mortality and level of economic development. *Population Studies*, vol. 29, no 2, July 1975. *Int J Epidemiol* 2007, 36:484–490
7. Swift R. The relationship between health and GDP in OECD countries in the very long run. *Health Econ* 2011, 20:306–322
8. Stiglitz JE. A new capitalist order (chapter 7). In: Stiglitz JE (ed) *Freefall: America, free markets, and the sinking of the world economy*. 1st ed. W.W. Norton & Co., New York, 2010:xxx:361
9. Αδαμακίδου Θ, Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. Οι μέθοδοι

- χρηματοδότησης της νοσοκομειακής και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική* 2009, 48:37–49
10. Selgelid MJ. The importance of “throwing money at” the problem of global health. *Indian J Med Ethics* 2007, 4:73–75
 11. OECH Health Ministerial 2010. Health system priorities when money is tight (session 1). 7–8 October 2010. Available at: http://www.oecd.org/document/0/0,3746,en_21571361_44701414_46141632_1_1_1_1,00.html (retrieved 14.2.2010)
 12. OECD Health Policy Studies. Improving value in health care: Measuring quality. Available at: http://www.oecd.org/document/42/0,3746,en_21571361_44701414_46144874_1_1_1_1,00.html (retrieved 14.2.2010)
 13. International Conference on Primary Health Care. Declaration of Alma-Ata. *WHO Chron* 1978, 32:428–430
 14. Walt G, Vaughan P. Primary health care: What does it mean? *Trop Doct* 1982, 12:99–100
 15. Anonymous. A renaissance in primary health care. *Lancet* 2008, 372:863
 16. Chan M. Return to Alma-Ata. *Lancet* 2008, 372:865–866
 17. Lawn JE, Rohde J, Rifkin S, Were M, Paul VK, Chopra M. Alma-Ata 30 years on: Revolutionary, relevant, and time to revitalize. *Lancet* 2008, 372:917–927
 18. Νόμος 3852/2010. Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης – Πρόγραμμα Καλλικράτης. ΦΕΚ 87Α/2010
 19. Νόμος 3918/2011. Διαρθρωτικές Αλλαγές στο Σύστημα Υγείας και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 31Α/2011
 20. Νόμος 1397/1983. Εθνικό Σύστημα Υγείας. ΦΕΚ 143Α/1983
 21. Νόμος 2071/1992. Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας. ΦΕΚ 123Α/1992
 22. Mossialos E, Allin S, Davaki K. Analysing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia. *Health Econ* 2005, 14(Suppl 1):S151–S168
 23. Κομματάς Δ, Παπανότη Β, Γκολφινόπουλος Π, Ανδριώτη Δ. Το μέλλον της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2008, 20:80–88
 24. Νόμος 2519/1997. Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 165Α/1997
 25. Νόμος 3172/2003. Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Διοίκησης και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 197Α/2003
 26. Νόμος 3235/2004. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. ΦΕΚ 53Α/2004
 27. Mossialos E, Allin S. Interest groups and health system reform in Greece. *West Eur Polit* 2005, 28:420–444
 28. Lionis C, Symvoulakis EK, Markaki A, Vardavas C, Papadakaki M, Daniilidou N et al. Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: A systematic review. *Int J Integr Care* 2009, 9:e88
 29. Νόμος 3329/2005. Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις. ΦΕΚ 81Α/2005
 30. Mariolis A, Merkouris B, Lionis C. Introducing general practice in urban Greece: Focus on morbidity profile. *Eur J Gen Pract* 2004, 10:105–106
 31. Oikonomidou E, Anastasiou F, Dervas D, Patri F, Karaklidis D, Moustakas P et al. Rural primary care in Greece: Working under limited resources. *Int J Qual Health Care* 2010, 22:333–337
 32. Tountas Y, Oikonomou N, Pallikarona G, Dimitrakaki C, Tzavara C, Souliotis K et al. Sociodemographic and socioeconomic determinants of health services utilization in Greece: The Hellas Health I study. *Health Serv Manage Res* 2011, 24:8–18
 33. Mariolis A, Mihas C, Alevizos A, Mariolis-Sapsakos T, Marayiannis K, Papathanasiou M et al. 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 Serv Res* 2008, 8:124
 34. Αδαμακίδου Θ, Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική* 2008, 47:320–333
 35. Tountas Y, Karnaki P, Pavi E. Reforming the reform: The Greek National Health System in transition. *Health Policy* 2002, 62:15–29
 36. Tountas Y, Karnaki P, Pavi E, Souliotis K. The “unexpected” growth of the private health sector in Greece. *Health Policy* 2005, 74:167–180
 37. Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος. Εξελίξεις στο χώρο της υγείας. ΠΙΣ, Δελτίου Τύπου, 07.09.2011. Διαθέσιμο από: http://www.pis.gr/images/site/100/107_deltiotyrou07092011.pdf (πρόσβαση 15.10.2011)
 38. Τούντας Ι. *Το νομοσχέδιο για την υγεία: καλό μεν, αλλά...* Εφημερίδα «Καθημερινή», Αθήνα, 04.02.2011