

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα σε Σύγκριση με το Ηνωμένο Βασίλειο και την Ολλανδία

Θεανώ Καλαούζη,¹ Ελένη Κορνάρου²

Primary Health Care in Greece Compared to the United Kingdom and the Netherlands

Abstract at the end of the article

¹RN, MSc, Υπεύθυνη Νοσηλεύτρια MTN,
401 ΓΣΝΑ,

²Αναπληρώτρια Καθηγήτρια,
Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας,
Σχολή Δημόσιας Υγείας,
Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

Υποβλήθηκε: 31/05/2019
Επανυποβλήθηκε: 25/11/2019
Εγκρίθηκε: 25/02/2020

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
Θεανώ Καλαούζη, Αναπαύσεως 24,
151 26 Μαρούσι, Αττική
Τηλ: (+30) 6937 469 129
e-mail: t.v.kalaouzi@gmail.com

Εισαγωγή: Τα καλά οργανωμένα συστήματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) ξεκίνησαν να αποτελούν αντικείμενο έρευνας και στρατηγικής ήδη από τις αρχές του 20ού αιώνα. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η σύγκριση της ΠΦΥ ανάμεσα στην Ελλάδα, το Η. Βασίλειο και την Ολλανδία, αναλύοντας τη δομή, τη διαδικασία και τις εκροές τους, βάσει της προσέγγισης που πρότειναν οι Kringos et al το 2010. **Υλικό και Μέθοδος:** Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε είναι ηλεκτρονική συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση μέσω του pubmed, καθώς και επίσημων διεθνών, ευρωπαϊκών και εθνικών πηγών πληροφόρησης. **Διεξάχθηκε** στο χρονικό διάστημα μεταξύ του Σεπτεμβρίου 2016 και του Δεκεμβρίου του ίδιου έτους και λέξεις ευρετηρίου αποτέλεσαν η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, η Ελλάδα, το Η. Βασίλειο, η Αγγλία και η Ολλανδία. Τα κριτήρια επιλογής μιας μελέτης για την ανασκόπηση ήταν η συσχέτιση με το θέμα και η δημοσίευσή της εντός της τελευταίας πενταετίας και τελικά το μέγεθος του δείγματος ανήλθε στα 130 άρθρα και βιβλία. **Αποτελέσματα:** Στην Ελλάδα, κατόπιν των πρόσφατων ατελέσφορων προσπαθειών αναδιαμόρφωσης του τομέα της υγείας και της ΠΦΥ, η διακυβέρνηση της τελευταίας κρίνεται κατακερματισμένη. Οι γενικές οικονομικές συνθήκες είναι δυσχερείς. Η ΠΦΥ παρουσιάζει ανεπάρκεια σε όλες τις διαστάσεις της. Όμως, η παρούσα περίοδος αποτελεί κατάλληλη στιγμή για την έναρξη μιας φιλόδοξης μεταρρύθμισης, που θα κατευθύνεται και στη βελτίωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (ΠΦ). Στο Η. Βασίλειο, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, κατόπιν των μεταρρυθμίσεων, που ολοκληρώθηκαν στα τέλη 2014 - αρχές 2015, δείχνουν να λειτουργούν αρκετά καλά, δεδομένων των χαμηλών επιπέδων χρηματοδότησής τους. Βασίζονται στο “gate-keeping” των γενικών ιατρών (ΓΙ). Καινοτομίες τους αποτελούν η παραχώρηση διευρυμένων αρμοδιοτήτων στους νοσηλευτές και το “commissioning” Υπηρεσιών Υγείας (ΥΥ) από τους ΓΙ. Στην

Ολλανδία, έχουν, επίσης, σημειωθεί πρόσφατες μεταρρυθμίσεις. Καινοτομίες που προστέθηκαν στον παραδοσιακό θεσμό του ΓΙ και του "gate-keeping", αποτέλεσαν η καθολική κάλυψη από την ιδιωτική ασφάλιση, η οικοδόμηση της ομάδας ΠΦ, η υιοθέτηση επιστημονικά τεκμηριωμένων πρακτικών βάσει κατευθυντήριων γραμμών, η αξιοποίηση της σύγχρονης τεχνολογίας και ψηφιοποιημένης πληροφορίας. Έτσι, οικοδομήθηκε ένα ισχυρό, ποιοτικό και αποδοτικό σύστημα ΠΦ. **Συμπεράσματα:** Η Ολλανδία και το Ην. Βασίλειο διαθέτουν ισχυρά συστήματα ΠΦΥ και μπορούν να παράσχουν στην Ελλάδα πολύτιμη εμπειρία και εκτενή τεχνογνωσία σχετικά με αυτήν.

Λέξεις-ερευνηρίου: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Ελλάδα, Ην. Βασίλειο, Αγγλία, Ολλανδία.

Εισαγωγή

Ενώ βρισκόμαστε στις αρχές του 21ού αιώνα και παρά την παρέλευση δράσεων και ψηφισμάτων,^{1,2} παρατηρείται μεγάλη ποικιλομορφία στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) των κρατών. Στα αναπτυσσόμενα κράτη, τα 2/3 του πληθυσμού δεν διαθέτουν πρόσβαση σε μόνιμες δομές υγείας. Πολλά αναπτυγμένα και αναπτυσσόμενα κράτη έχουν αναπτύξει ισχυρά δομημένα συστήματα, με πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Άλλα βρίσκονται σε φάση μεταρρύθμισης, σε αρχικό ή προχωρημένο στάδιο, και καλούνται να αντιμετωπίσουν προκλήσεις στη διαχείριση του δικτύου ΠΦΥ και την αύξηση του κύρους και του σεβασμού προς τους γενικούς ιατρούς (ΓΙ), ώστε το Πρωτοβάθμιο Σύστημα Υγείας (ΠΣΥ) να προοδεύσει και αναπτυχθεί περαιτέρω και η πληροφορία, η τεχνολογία και η ηλεκτρονική καταγραφή να ενσωματωθούν στην καθημερινή πρακτική. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), σε προσπάθεια εφαρμογής των αρχών που τέθηκαν με τη διακήρυξη της Alma Ata, εξακολουθεί να παρακινεί τα κράτη μέλη του για ενδυνάμωση της ΠΦΥ (Ψήφισμα WHA62.12, Μάιος 2009)³ και να τους παρέχει αρωγή, μεταλαμπαδεύοντας τεχνογνωσία και δημιουργώντας ευνοϊκές συνθήκες για την ανταλλαγή εμπειριών και σύναψη συμφωνιών μεταξύ τους, σε παγκόσμιο επίπεδο, αλλά και σε επίπεδο περιφερειών.

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η ΠΦΥ ή περίθαλψη αποτελεί το πρώτο επίπεδο παροχής επαγγελματικής φροντίδας (φροντίδα πρώτης επαφής). Αποτελεί αναγκαία, γενικευμένη φροντίδα, κατευθυνόμενη όχι αποκλειστικά στην ασθένεια αλλά και στην κοινωνική υπόσταση του ασθενούς. Συνιστά

το πρωτεύον στοιχείο που εξασφαλίζει τη συνέχεια στην υγειονομική περίθαλψη και αναπόσπαστο μέρος του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), του οποίου είναι εστία και κεντρική λειτουργία, αλλά και ολόκληρης της κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινωνίας.³ Ο ΠΟΥ αναφέρει ότι η ΠΦΥ πρέπει να χαρακτηρίζεται από ανθρωποκεντρισμό και ενσωμάτωση των παρεχομένων υπηρεσιών, όπως και σταθερή, μακροχρόνια, προσωπική σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ του επαγγελματία υγείας και του ασθενούς.⁴

Πλεονεκτήματα ΠΦΥ

Το σύγχρονο νοσολογικό προφίλ επιτάσσει οι ασθενείς να λαμβάνουν πλήρη πληροφόρηση, να διατηρούν και να αναπτύσσουν ευρύτερες δυνατότητες αυτοδιαχείρισης και ποιότητα ζωής. Αυτό αποτελεί καθήκον των επαγγελματιών υγείας και μόνο σε ένα πλαίσιο παροχής ΠΦΥ μπορεί να επιτευχθεί.⁵ Στον πίνακα 1 φαίνονται περιληπτικά οι διαφορές μεταξύ της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (ΠΦ) και της συμβατικής φροντίδας.

ΠΦΥ και οικονομία

Στις χώρες υπό οικονομική κρίση, η αύξηση της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας (ΣΥ) και η πρόσβαση σε ποιοτική υγειονομική περίθαλψη πρέπει να αποτελούν μέρος της πολιτικής για την αντιμετώπισή της, ώστε ο τομέας της υγείας να μπορεί να λειτουργήσει ως κινητήρια δύναμη για αναζωογόνηση.⁶ Άλλωστε, η πλειονότητα των μελετών που συγκρίνουν παροχή υπηρεσιών σε πρωτοβάθμιο ή εξειδικευμένο επίπεδο, έχουν δείξει ότι η χρήση των γενικών ιατρών (ΓΙ) ΠΦ συνεισφέρει θετικά στη μείωση του οικονομικού κόστους, χωρίς να

Πίνακας 1. Διαστάσεις της φροντίδας που διαφοροποιούν τη συμβατική φροντίδα υγείας από την ανθρωποκεντρική ΠΦ.

Συμβατική φροντίδα υγείας σε κλινικές ή εξωτερικά ιατρεία	Προγράμματα ελέγχου ασθενειών	Ανθρωποκεντρική ΠΦ
Εστιάζει στην ασθένεια και τη θεραπεία	Εστιάζουν στις πρωτεύουσες ασθένειες	Εστιάζουν στις ανάγκες υγείας
Σχέση περιορισμένη στο χρονικό διάστημα της επίσκεψης	Σχέση περιορισμένη στην εφαρμογή του προγράμματος	Διαρκής προσωπική σχέση
Περιστασιακή θεραπευτική φροντίδα	Προγραμματισμένες παρεμβάσεις ελέγχου ασθενειών	Περιεκτική, συνεχής και ανθρωποκεντρική φροντίδα
Υπευθυνότητα περιορισμένη στην αποτελεσματική και ασφαλή συμβουλή στον ασθενή κατά την επίσκεψη	Υπευθυνότητα για τους στόχους ελέγχου των ασθενειών στον πληθυσμό-στόχο	Υπευθυνότητα για την υγεία ολόκληρης της κοινότητας κατά τη διάρκεια του κύκλου της ζωής· υπευθυνότητα για την αντιμετώπιση των καθοριστών ασθένειας - υγείας
Οι χρήστες αποτελούν καταναλωτές της φροντίδας που αγοράζουν	Οι ομάδες του πληθυσμού αποτελούν στόχους των παρεμβάσεων ελέγχου ασθενειών	Οι πολίτες είναι συνεταιίροι στη διαχείριση της υγείας τους και αυτήν της κοινότητας

Πηγή: WHO. Primary Health Care – Now More Than Ever. The World Health Report 2008, 3:43

επιφέρει έκπτωση στην ποιότητα, την αποτελεσματικότητα και την ικανοποίηση των ασθενών.

Αξιολόγηση της παρεχόμενης ΠΦΥ

Υπάρχουν διάφορα πρότυπα αξιολόγησης της παρεχόμενης ΠΦΥ. Όλα συνοψίζονται στο εργαλείο αξιολόγησης της ΠΦ που προτείνει ο ΠΟΥ, το οποίο συνδυάζει τις τέσσερις λειτουργίες του ΣΥ (διαχείριση, παραγωγή πόρων, χρηματοδότηση, πρόβλεψη υπηρεσιών) με τα τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών ΠΦ (πρόσβαση, συνέχεια, πληρότητα, συντονισμός). Συγχρόνως, προκειμένου να εκτιμηθεί η περιπλοκότητα κάθε συστήματος ΠΦ, η πληροφορία συλλέγεται από τρία διαφορετικά πεδία: από διάφορα επίπεδα άσκησης πολιτικής ΠΦ και διάφορα επίπεδα δομών σε εθνικό επίπεδο, από την πλευρά του παρόχου και από την πλευρά του ασθενούς.⁴

Σκοπός

Σκοπός της εργασίας είναι να αναδείξει τον ρόλο που διαδραματίζει η ΠΦΥ στη σύσταση ενός βιώσιμου, αποτελεσματικού και αποδοτικού ΣΥ. Να επιχειρήσει ανάλυση και σύγκριση των ΠΣΥ της Ελλάδας, της Μ. Βρετανίας και της Ολλανδίας. Τέλος, να αναδειχθούν τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του κάθε συστήματος και ενδεχομένως να αξιοποιηθούν, μετά από προσαρμογή τους στην ελληνική πραγματικότητα, στον σχεδιασμό και τη λειτουργία της ελληνικής ΠΦΥ.

Υλικό και Μέθοδος

Το Ην. Βασίλειο και η Ολλανδία επιλέχθηκαν για σύγκριση, επειδή αποτελούν χώρες της ΕΕ και αμφότερες χαρακτηρίζονται από ισχυρά συστήματα ΠΦ. Και οι δύο κατέληξαν στο υφιστάμενο σύστημα ΠΦ κατόπιν ευρέων και μακροχρόνιων μεταρρυθμίσεων, γεγονός που ενδεχομένως να αποτελέσει πηγή έμπνευσης για την οργάνωση του ελληνικού συστήματος ΠΦ. Ακολουθήθηκε η μέθοδος της βιβλιογραφικής ανασκόπησης.

Οι πηγές της βιβλιογραφικής ανασκόπησης που χρησιμοποιήθηκαν είχαν ηλεκτρονική μορφή και ήταν κυρίως πρωτογενείς, δηλαδή ποιοτικά και ποσοτικά δεδομένα από διάφορες εκδόσεις, άρθρα επιστημονικών περιοδικών, αναφορές και εκθέσεις διεθνών (WHO, OECD), ευρωπαϊκών (Eurostat, EFPC, Eur-lex) και εθνικών οργανισμών (ΕΛΣΤΑΤ, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, NIVEL, King's Fund), πτυχιακές εργασίες και διατριβές. Χρησιμοποιήθηκαν, όμως, και δευτερογενείς (δημοσιεύματα και περιλήψεις διαφόρων μελετών και ερευνών των πρωτογενών πηγών, βιβλία), καθώς και τριτογενείς πηγές (οδηγοί βιβλιογραφίας, ηλεκτρονικές εγκυκλοπαίδειες).

Τα στάδια της βιβλιογραφικής ανασκόπησης ήταν τα εξής:

- Αναζήτηση βιβλιογραφικών αναφορών. Διεξάχθηκε απευθείας μετάβαση στους επίσημους ιστότοπους των προαναφερθέντων φορέων, ηλεκτρονική συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση μέσω του "Pubmed" και

αλίευση επιπλέον επιστημονικού υλικού από άρθρα και ιστότοπους επίσημων φορέων, μέσω της μηχανής αναζήτησης "Google". Οι λέξεις – κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ΠΦ, ΠΦΥ, Ελλάδα, Ην. Βασίλειο, Ολλανδία, πάροχος ΠΦ, πρόσβαση, πληρότητα, συνέχεια, συντονισμός, ποιότητα, ισότητα, ικανοποίηση, γενικός ιατρός (ΓΙ), ιατρική ΠΦ, αξιολόγηση, "management".

- Ανάκτηση βιβλιογραφικών αναφορών. Τα κείμενα ανακτήθηκαν ηλεκτρονικά, μέσω του διαδικτύου. Στην πλειονότητά τους, σε πρώτη φάση, σε μορφή περίληψης και στη συνέχεια, εφόσον πληρούσαν αδρά τα κριτήρια αναφοράς και στην ολοκληρωμένη τους μορφή.
- Σύνθεση βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Συνολικά αξιολογήθηκαν 1030 αναφορές. Από αυτές επιλέχθηκαν οι 130. Κριτήριο επιλογής τους αποτέλεσε η αγγλική ή ελληνική γλώσσα και η δημοσίευσή τους εντός της τελευταίας πενταετίας (2012 έως και 2016). Επίσης, η αναφορά τους στην ΠΦ, την ιστορία ή τις διαστάσεις της, τη σημασία ή την αξιολόγησή της, τη δομή ή τις διαδικασίες και εκροές της. Άλλο κριτήριο αποτέλεσε η αναφορά τους στην Ελλάδα ή τη Μ. Βρετανία και την Ολλανδία. Γενικά κριτήρια επιλογής αποτέλεσαν η αξιοπιστία, η ακρίβεια, η αντικειμενικότητα, η μνεία ευθύνης, η επικαιρότητα, η τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων τους και η εξειδίκευσή τους. Ειδικότερα, οι αναφορές που αλιεύθηκαν μέσω της "Google", ελέγχθηκαν ενδελεχώς, δεδομένου ότι δεν υπόκεινται σε κάποια μορφή αξιολόγησης. Ιδιαίτερη έμφαση αποδόθηκε στη συσχέτισή τους με τη θεματολογία, την επικαιρότητά τους, την αξιοπιστία της ιστοσελίδας και του συγγραφέα, την εμπειριστατωμένη πληροφόρησή τους, καθώς και στην κατάληξη της ηλεκτρονικής τους διεύθυνσης, η οποία έπρεπε να είναι .edu, .org, .gov ή .com/ .gr/ .co.uk/ . nl κ.λπ., ανάλογα με τη χώρα προέλευσης.
- Ταξινόμηση και οργάνωση του υλικού σε θεματικές ενότητες. Αναλύθηκαν τα δεδομένα για τη δομή, τη διαδικασία και τις εκροές των συστημάτων ΠΦΥ των τριών χωρών, βάσει της προσέγγισης που προτείνουν οι Kringos et al.³ Ακολούθησε συζήτηση για το σύστημα ΠΦΥ της κάθε χώρας και κριτική σύγκρισή τους. Τέλος, καταγράφηκαν τα προκύπτοντα συμπεράσματα και οι προτάσεις.

Αποτελέσματα

Η ΠΦ συνοψίζεται σε δέκα ουσιαστικά, τις διαστάσεις. Αυτές κατηγοριοποιούνται σε τρεις ομάδες:

στη δομή, τη διαδικασία και τις εκροές της ΠΦΥ, όπως φαίνεται στην εικόνα 1.

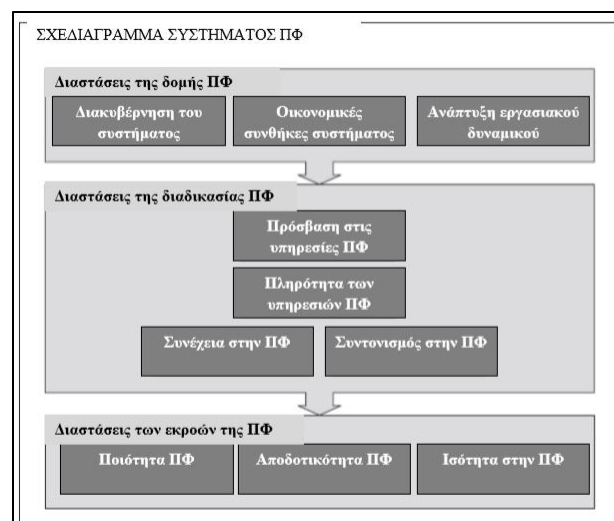
Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, μετά την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) το 1983, έχουν γίνει πολυάριθμες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες αναδιαμόρφωσης της ΠΦΥ, όμως, καμία δεν υλοποιήθηκε. Η αποτυχία οφείλεται μερικώς στις ελληνικές κυβερνήσεις, αλλά κυρίως στην παρεμπόδιση που προκάλεσαν τα κατεστημένα συμφέροντα, όπως οι ιδιώτες γιατροί, οι μερικής απασχόλησης γιατροί της κοινωνικής ασφάλισης και τα πλούσια ασφαλιστικά ταμεία.⁷

Διαστάσεις της δομής της ΠΦ στην Ελλάδα

Η διακυβέρνηση της υγείας και ειδικότερα της ΠΦΥ είναι κατακερματισμένη. Δεν υπάρχει ευρέως υποστηριζόμενο όραμα, που να καθορίζει προτεραιότητες, τη χρηματοδότηση, τον σχεδιασμό και τη διαχείριση των προμηθειών, την παροχή υπηρεσιών και την παρακολούθηση της ποιότητας. Παρατηρείται έλλειψη αποτελεσματικής σύγχρονης πολιτικής για τη δημόσια υγεία.

Το 2015 οι συνολικές δαπάνες για την υγεία ανήλθαν στο 8,2% του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ), χαμηλότερα από τον μέσο όρο του ευρωπαϊκού ΟΟΣΑ.⁸ Τα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτούνται από το ΕΣΥ, το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης,



Εικόνα 1. Σχεδιάγραμμα προσέγγισης συστήματος ΠΦ.

Πηγή: Kringos DS, Boerma WGW, Bourgueil Y, Cartier T, Hasvold T, Hutchinson A et al. The european primary care monitor: structure, process and outcome indicators. BMC Family Practice 2010, 11:81

την ιδιωτική ασφάλιση ή από ιδιωτικές πληρωμές.⁶ Οι τελευταίες εκτιμάται ότι ανέρχονται στο 35%, όταν ο ευρωπαϊκός Μέσος Όρος (ΜΟ) του ΟΟΣΑ ανέρχεται στο 15% (OECD, 2016). Το 40% αφορούν σε πληρωμές «κάτω από το τραπέζι». Συγκεκριμένα για το ποσοστό των δαπανών υγείας που καταλαμβάνει η ΠΦ, δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία. Παρέχονται κίνητρα αύξησης της παραγωγικότητας στους ΓΙ, όμως οι τελικές απολαβές τους είναι χαμηλότερες από αυτές των Ελλήνων ιατρών άλλων ειδικοτήτων, όπως και από των ΓΙ άλλων αναπτυγμένων χωρών.⁶

Το εργασιακό δυναμικό είναι άνισα κατανομημένο. Η Ελλάδα κατατάσσεται πρώτη στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) με 6,3 γιατρούς να αναλογούν σε 1.000 κατοίκους, ενώ παρατηρείται έλλειψη νοσηλευτών (3,2/1000 πληθυσμό) και άλλων επαγγελματιών υγείας.⁸ Μάλιστα, αυτοί κατανέμονται άνισα στην επικράτεια, με τις αγροτικές περιοχές να υποστελεχώνονται. Μόλις ένας ΓΙ αντιστοιχεί σε 3000 πληθυσμό, ενώ λιγότερες από τις μισές θέσεις ΓΙ στην επαρχία στελεχώνονται από ΓΙ. Μόλις το 4,3% των τελειόφοιτων ιατρικής εκφράζει επιθυμία να ακολουθήσει τη συγκεκριμένη ειδικότητα. Ως αποτέλεσμα, αναφορές από το 2009 δείχνουν ότι υπάρχουν 1930 εγγεγραμμένοι ΓΙ, το 2,8% των ιατρών της χώρας, που αντανakλά έναν μέσο ρυθμό αύξησης ίσο με 0,2% ανά 1000 κατοίκους.⁹

Διαστάσεις της διαδικασίας της ΠΦ στην Ελλάδα

Η πρόσβαση στη ΦΥ παρεμποδίζεται από τον κατακερματισμό του συστήματος, την άνιση κατανομή στην ελληνική περιφέρεια των υπερμεγεθών κέντρων υγείας, των θέσεων ΠΦ, και των λίγων ΓΙ,¹⁰ καθώς και λόγω του επίσημου και ανεπίσημου επιμερισμού της δαπάνης για τη ΦΥ. Δεν υπάρχει από την ΠΦ σύστημα υποχρεωτικών παραπομπών και πύλης στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (gatekeeping). Ο χρόνος αναμονής για εκτίμηση από ιατρό είναι μεγάλος, καθώς κάθε κέντρο υγείας καλύπτει τις ανάγκες περίπου 2.500–50.000 ατόμων.¹¹ Τα κέντρα και οι μονάδες υγείας είναι υπερμεγέθη και συνεπώς απρόσιτα στην κοινότητα. Χρησιμοποιούν περιστασιακά συστήματα για ραντεβού. Σπάνια προσφέρουν τηλεφωνικές διαβουλεύσεις ή μέσω e-mail ή διαθέτουν ιστοσελίδα. Η τηλεϊατρική χρησιμοποιείται σποραδικά.⁶ Η ικανοποίηση σχετικά με την ευκολία πρόσβασης σε ΓΙ είναι σχετικά χαμηλή.¹²

Η αντιμετώπιση των ασθενών δεν χαρακτηρίζεται από πληρότητα. Η φροντίδα είναι κατακερματισμένη

και παθητική προς την κοινότητα. Είναι οριοθετημένη μόνο στην ασθένεια και τη διάγνωση, καθώς τα κέντρα ΠΦ συνήθως προσφέρουν ειδικές κλινικές συνεδρίες. Τα τελευταία στερούνται υποτυπώδους προσωπικού και υγειονομικού υλικού (π.χ. ιατρονοσηλευτικό εξοπλισμό).¹³ Τέλος, δεν παρατηρείται ολοκληρωμένη φροντίδα από τη συνεργασία διαφορετικών υπηρεσιών ΠΦ ή μεταξύ ΠΦ και κοινωνικής υπηρεσίας. Παρόλ' αυτά, οι ασθενείς δηλώνουν ικανοποιημένοι με τις διάφορες πτυχές της φροντίδας.¹⁴

Η συνέχεια της φροντίδας κρίνεται αδύναμη στη διαπροσωπική και τη μακροπρόθεσμη διάστασή της, λόγω του κατακερματισμένου ΣΥ¹⁵ και στην πληροφοριακή διάσταση, η οποία βασίζεται στα πληροφοριακά συστήματα μεταξύ των υπηρεσιών της ΠΦ και μεταξύ της ΠΦ και ΔΦ.

Ο συντονισμός της φροντίδας είναι πολύ αδύναμος. Παρεμποδίζεται σοβαρά από την έλλειψη συστήματος παραπομπής και την έλλειψη ανταλλαγής πληροφοριών μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης.¹²

Διαστάσεις των εκροών της ΠΦ στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα σημειώνεται έλλειψη στοιχείων σχετικά με την ποιότητα της ΠΦ. Η έλλειψη της συνέχειας στο προσωπικό και λίστας ασθενών εμποδίζει την εκτίμησή της. Δεν υπάρχει εθνική υποδομή διαχείρισης της ποιότητας ή χρησιμοποιούμενοι σε τακτική βάση δείκτες, που να αποτελούν μέρος συστηματικών κύκλων ποιότητας, ούτε παρέχονται κίνητρα βελτίωσης για τους επαγγελματίες υγείας.⁶ Η Ελλάδα παρουσιάζει δείκτη συνολικής υιοθέτησης πρακτικών "eHealth",¹⁶ πολύ χαμηλότερο από τον μέσο όρο των ευρωπαϊκών χωρών του Οργανισμού για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (ΟΟΣΑ), και κατατάσσεται όγδοη από το τέλος.⁸ Σύμφωνα με το Ευρωβαρόμετρο, καταγράφεται μεγάλη δυσαρέσκεια για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Γενικά, η δημόσια αντίληψη για την ποιότητα της ΠΦ είναι χαμηλή.

Παρά το γεγονός ότι οι επίσημες πληροφορίες για την αξιολόγηση της αποδοτικότητας της ΠΦ είναι λίγες, υπάρχουν ενδείξεις ότι είναι μειωμένη.¹¹ Παρατηρείται αυξημένη επισκεψιμότητα στη Δευτεροβάθμια Φροντίδα (ΔΦ), αυξημένη χρήση εργαστηριακών εξετάσεων και ακριβών ιατρικών τεχνολογιών και μεγάλη απώλεια χρόνου κατά τη χρήση Υπηρεσιών Υγείας (ΥΥ).⁸

Τέλος, σημειώνονται σαφείς και αυξανόμενες ανισότητες στην κατάσταση της υγείας και την πρόσβαση στις

ΥΥ, ανάλογα με την κοινωνικοοικονομική και δημογραφική κατάσταση και τον τρόπο διαβίωσης.^{6,8,10}

Η υγεία του πληθυσμού στην Ελλάδα

Από την έναρξη της δημοσιονομικής κρίσης, έχει παρατηρηθεί στην Ελλάδα αύξηση της θνησιμότητας από αυτοκτονίες και ανθρωποκτονίες.^{16,17} Οι ψυχικές και ψυχολογικές διαταραχές, η κατάχρηση ουσιών και η νοσηρότητα από μολυσματικές ασθένειες παρουσίασαν επιδείνωση (π.χ. μόλυνση από τον ιό HIV) κατά το 2010 και 2011. Οι καθοριστές υγείας επιδεινώνονται. Όσον αφορά στους δείκτες υγείας, ενώ η Ελλάδα βρισκόταν αρκετά πάνω από τον ΜΟ της ΕΕ και των αναπτυγμένων χωρών του ΟΟΣΑ, από το 2009 φθίνουν σταδιακά.^{8,18} Τέλος, οι στατιστικές νοσηλευτικές κίνησης είναι αρνητικές, κατατάσσοντας την Ελλάδα πάνω από τον ΜΟ του ευρωπαϊκού ΟΟΣΑ, στην ένατη χειρότερη θέση.⁸

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο

Από το 1990, στην Αγγλία έχουν συμβεί σειρά μεταρρυθμίσεων. Διαχωρίστηκε η αγορά από την παροχή ΥΥ.¹⁹ Μετακινήθηκε η εξουσία και οι πόροι από το δευτεροβάθμιο προς το πρωτοβάθμιο επίπεδο (καθοριστικός ρόλος ΓΙ - GPs -, έλεγχος ροής προς το δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο –gatekeeping–).¹ Αυξήθηκε η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στην παροχή υπηρεσιών στο National Health System (NHS).¹⁹ Συστάθηκαν οι ομάδες ΠΦ (PCG, Primary Care Group) το 1999.¹ Αυτές αντικαταστάθηκαν το 2001 από τα PCT (Primary Care Trust), που αποτελούνταν από ΓΙ και νοσηλευτές ΠΦ και διέθεταν επιπλέον υπευθυνότητες για την αγορά (“commissioning”) υπηρεσιών ΠΦ, κοινότητας και ενδιάμεσων και νοσοκομειακών υπηρεσιών από ένα φάσμα παρόχων ΥΥ, καθώς και χάραξης στρατηγικής για την υγεία. Αυτά τελικά αντικαταστάθηκαν από 209 κλινικές ομάδες ανάθεσης – “Clinical Commissioning Groups” (CCG). Το 2005 εισήχθη το “Practice Based Commissioning” (αγορά βάσει πρακτικών) (PBC). Τα τελευταία έτη αυξήθηκαν οι πύλες εισόδου στο ΣΥ και συγκεκριμένα στην ΠΦ με τα “NHS walk – in centres” (ΥΥ για ελάσσοнос βαρύτητας ασθένειες και τραυματισμούς) και τα “NHS Direct (call – in centres)” (τηλεφωνικές και διαδικτυακές υπηρεσίες). Τέλος, έχει συσταθεί η οργάνωση “NHS England” που επιβλέπει την παροχή των υπηρεσιών του NHS και είναι, μεταξύ των άλλων, υπεύθυνη για την αγορά (“commissioning”) των υπηρεσιών ΠΦ.²⁰

Διαστάσεις της δομής της ΠΦ στο Ην. Βασίλειο

Οι μεταρρυθμίσεις για την υγεία στο Ην. Βασίλειο χαρακτηρίζονται από υψηλή πολιτική βούληση, καλά σχεδιασμένη δράση και αποφασιστική υλοποίηση και είναι απαλλαγμένες από προσκόλληση στα κατεστημένα και την αίσθηση του επείγοντος. Αξιοποιούν τα καλώς δρώντα του παρελθόντος, επεκτείνοντάς τα, και καταργούν τα παρωχημένα. Η διακυβέρνηση είναι αποκεντρωτική, προσδίδοντας αυτονομία στις περιφερειακές υπηρεσίες και την τοπική αυτοδιοίκηση.

Η χρηματοδότηση του ΣΥ, δεν αντιμετωπίζει προβλήματα διαφάνειας, όπως διαδεδομένες άτυπες πληρωμές ή φοροδιαφυγή. Όμως, παρατηρείται έλλειψη διαφάνειας στη λήψη κεντρικών αποφάσεων χρηματοδότησης και στη σύναψη των συμβάσεων με τους εμπορικούς εταίρους. Οι δημόσιες δαπάνες αποτελούν την κύρια μορφή χρηματοδότησης της υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο (το 2015, τα έξοδα για την υγεία αντιστοιχούσαν στο 9,8% του ΑΕΠ.⁸ Το υπόλοιπο προέρχεται κυρίως από τον συνδυασμό της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας με τις ιδιωτικές (“out-of-pocket”) πληρωμές (το 2013 κατέλαβαν το 9,3% των συνολικών δαπανών για την υγεία,⁸ είτε ως συν-πληρωμές, είτε ως άμεσες πληρωμές). Στην Αγγλία, το Υπουργείο Υγείας διαθέτει κεφάλαια στο “Public Health England”, το οποία διανέμει πόρους για τα προγράμματα δημόσιας υγείας στις τοπικές αρχές και στο “NHS England”, που διανέμει πόρους στα CCG, καθώς και σε υπηρεσίες εξειδικευμένης και πρωτοβάθμιας φροντίδας.²⁰ Η χρηματοδότηση αυτή παραμένει σε σταθερά επίπεδα, στα πλαίσια των κυβερνητικών μέτρων λιτότητας. Οι συμβάσεις των ΓΙ (GMS) αποτελούν αντικείμενο διαπραγμάτευσης μεταξύ του φορέα εκπροσώπησης των ΓΙ (the General Practitioners Committee of the BMA) και του σώματος εκπροσώπησης των εργοδοτών (NHS Employers, μέρος της Συνομοσπονδίας NHS). Αυτές αφορούν σε ιατρεία, όχι μεμονωμένους ΓΙ, ενώ παρέχονται και επιπλέον οικονομικά κίνητρα ποιότητας και αποδοτικότητας.¹⁹⁻²¹

Στο Ην. Βασίλειο ασκούν ιατρική 2,8 ιατροί ανά πληθυσμό 1000 ατόμων⁸ και από αυτούς οι 0,8 είναι ΓΙ.²² Αντίστοιχα, νοσηλευτική ασκείται από 8,2 νοσηλευτές/πληθυσμό 1000 ατόμων.⁸

Διαστάσεις της διαδικασίας της ΠΦ στο Ην. Βασίλειο

Οι υπηρεσίες ΠΦ παρέχονται δωρεάν στους πολίτες, τηλεφωνικά, μέσω διαδικτύου ή μέσω ιατρικής επίσκε-

ψης. Όμως, ενώ σημειώνεται θετικός ρυθμός αύξησης του αριθμού των ΓΙ, αυτός δεν επαρκεί για να καλύψει την τρέχουσα και μελλοντική ζήτηση.²³ Επίσης υφίστανται ανισότητες στην πρόσβαση, ανάλογα με την ηλικία, τη γεωγραφική κατανομή και τον βαθμό αναπηρίας.^{20,24} Έρευνα του 2008/2009 για την πρόσβαση έδειξε ότι το 81% των ασθενών ήταν ικανοποιημένοι με τις ώρες λειτουργίας του ιατρείου ΠΦ τους.²³

Η παροχή κινήτρων για ολοκληρωμένη ΠΦ κατέχει σημαντική θέση στην πολιτική για την ΠΦ.²⁵ Οι ομάδες ΠΦ αποτελούνται από ΓΙ, νοσηλευτές, μαίες, επισκέπτες υγείας και άλλους επαγγελματίες υγείας και εκτός των άλλων παρέχουν και υπηρεσίες ψυχικής υγείας, αντιμετώπισης χρόνιων νοσημάτων, κοινοτικής νοσηλευτικής και βοήθειας στο σπίτι.²⁰ Παρόλο που οι χρήστες ΥΥ αναφέρουν κακή συνέχεια και συντονισμό της φροντίδας τους και μειωμένη διάρκεια ιατρικής επίσκεψης,²⁶ το Ην. Βασίλειο ανήκει στις χώρες όπου ο συντονισμός και η ολοκληρωμένη φροντίδα παρουσιάζουν σημαντική βελτίωση μέσω της ανάθεσης αρμοδιοτήτων σε μη ιατρικό προσωπικό (π.χ. νοσηλευτές) και της χρήσης προγραμμάτων διαχείρισης των παθήσεων.²⁷

Το NHS έχει εισάγει "online" διαδικτυακές πύλες (portals) ασθενών και διατομεακή ηλεκτρονική τήρηση αρχείων. Ως αποτέλεσμα, η ικανοποίηση των ασθενών για τη συνέχεια στην ΠΦ είναι υψηλή, όπως και η ικανοποίηση για άλλες πτυχές των υπηρεσιών γενικής ιατρικής.²³

Ικανοποιητικός κρίνεται και ο συντονισμός μεταξύ των επαγγελματιών ΠΦΥ, μέσω του συστεγασμού τους, αλλά και μεταξύ ΠΦ και ΔΦ ή μεταξύ ΠΦ και των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, μέσω της αποτελεσματικής ανταλλαγής πληροφοριών.²³

Διαστάσεις των εκροών της ΠΦ στο Ην. Βασίλειο

Μεγάλη σημασία αποδίδεται στον έλεγχο των ΓΙ από το "Royal College of General Practitioners", τοπικούς και κυβερνητικούς οργανισμούς, με τους τελευταίους να είναι υποχρεωτικοί. Επίσης, συντάσσονται κατευθυντήριες οδηγίες, εφαρμόζονται και αναθεωρούνται τακτικά κλινικοί δείκτες βελτίωσης της υγείας, ποιότητας και αποτελεσματικότητας,²⁸ ενώ εθνικές δράσεις ηγούνται της προαγωγής της ασφάλειας του ασθενή. Σύμφωνα με έρευνες των 2011 και 2012, τουλάχιστον οι μισοί ασθενείς δηλώνουν «πολύ» ή «αρκετά» ικανοποιημένοι με τις υπηρεσίες ΠΦ, όμως απαιτούνται βελτιώσεις για τους

ασθενείς με μακροπρόθεσμη συνοσηρότητα²⁹ και για τα άτομα με φυσική αναπηρία.²⁴

Σύμφωνα με το ταμείο της κοινοπολιτείας, το Ην. Βασίλειο κατατάσσεται πρώτο σε 11 χώρες υψηλού εισοδήματος στην τεχνική αποδοτικότητα, όμως, δεύτερο από το τέλος στον σύνθετο δείκτη της υγιούς ζωής. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται σταδιακή μείωση των δυνητικά αποφευκτικών νοσηλείων σε νοσοκομείο λόγω χρόνιων παθήσεων, μείωση του αριθμού των νοσοκομειακών κλινών, μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας, καθώς και μειωμένος αριθμός ακριβών εργαστηριακών εξετάσεων.⁸ Παρόλ' αυτά, υποθέτοντας σταθερή χρηματοδότηση και επιτυχία της QIPP (Ποιότητα, Καινοτομία, Παραγωγικότητα, Πρόληψη), υπολογίζεται ότι από το 2021–2022 το NHS θα αντιμετωπίσει χρηματοδοτικό κενό ύψους τουλάχιστον £28–34 δισεκατομμύρια.³⁰

Οι δείκτες δείχνουν ότι οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες έχουν αυξηθεί από το 1970.^{19,31} Επίσης, παρατηρείται άνιση γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών.²⁰ Όλοι οι κάτοικοι του Ην. Βασιλείου μπορούν να αιτηθούν εγγραφής σε ένα ΓΙ και να επισκέπτονται το ιατρείο του δωρεάν, όμως ο ΓΙ έχει το δικαίωμα απόρριψης υπό προϋποθέσεις.²⁰ Παρόλ' αυτά, το 2014, η ανικανοποίητη ανάγκη για ιατρική εξέταση ήταν πολύ χαμηλή και δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των νοικοκυριών υψηλού και χαμηλού εισοδήματος (2% και 2,5%, αντίστοιχα).⁸

Η υγεία του πληθυσμού στο Ην. Βασίλειο

Την τελευταία δεκαετία, η Μ. Βρετανία παρουσίασε αξιοσημείωτη βελτίωση στη γενική υγεία του πληθυσμού. Αυξήθηκε το προσδόκιμο επιβίωσης, ενώ τα ποσοστά θνησιμότητας μειώθηκαν.^{19,20} Οι καθοριστές υγείας παρουσιάζουν μέτρια απόδοση.^{8,23} Το αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας αναφέρεται ως πολύ καλό ή καλό από το 70% του πληθυσμού ηλικίας > 16 ετών.⁸ Τέλος, παρουσιάζονται καλές επιδόσεις στη νοσηλευτική κίνηση, κατατάσσοντας το Ην. Βασίλειο στην πέμπτη καλύτερη θέση.⁸

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ολλανδία

Η Ολλανδία διαθέτει ισχυρό σύστημα ΠΦ. Αυτό διαμορφώνεται από συντονισμένες με τη ΔΦ δομές όπου εντάσσονται οι ΓΙ. Παρέχει υπηρεσίες πρόληψης και θεραπείας από ευρύ φάσμα επαγγελματιών υγείας (ΓΙ, ιατρούς εργασίας και γηριατρικής, νοσηλευτές διαφόρων ειδικοτήτων, οδοντίατρους, μαίες, ψυχολόγους, φυσικοθεραπευτές κ.λπ.), καλύπτοντας περισσότερο από το 90% του συνόλου της φροντίδας. Χαρακτηρίζεται από

την κυρίαρχη θέση των ΓΙ ως “gatekeepers” και τη δυνατότητα των μαιών στη διεκπεραίωση μη επιπλεγμένων τοκετών. Ιδιαίτερη σημασία παρέχεται στην ολοκληρωμένη φροντίδα των χρόνιων παθήσεων, της πολλαπλής νοσηρότητας και τη μετατόπιση της φροντίδας σε χαμηλότερα επίπεδα εξειδίκευσης (ΠΦ, αυτοφροντίδα).³²

Διαστάσεις της δομής της ΠΦ στην Ολλανδία

Η διακυβέρνηση του ΣΥ διεξάγεται από την κυβέρνηση, τους επαγγελματικούς και ασφαλιστικούς οργανισμούς. Η κυβέρνηση καθορίζει τον προϋπολογισμό και το βασικό πακέτο παροχών και κατέχει κυρίως ρόλο επιτηρητή και διαμεσολαβητή στην αγορά της υγείας. Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί προσφέρουν το υποχρεωτικό και βασικό πακέτο ασφάλισης, διαπραγματεύονται με τους παρόχους ΥΥ την τιμή, τον όγκο και την ποιότητα των ΥΥ. Επίσης, λόγω της αποκεντρωτικής τάσης, η τοπική αυτοδιοίκηση παίζει σημαντικό ρόλο στη διακυβέρνηση της ΦΥ.³²

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, το Ολλανδικό ΣΥ είναι από τα ακριβότερα στην Ευρώπη.³³ Αυτό, όμως, οφείλεται στην επένδυση στη μακροχρόνια περίθαλψη. Οι δαπάνες για την ΠΦ, το 2014 αντιστοιχούσαν μόλις στο 0,1% της δημόσιας δαπάνης για την υγεία και στο 3% των συνολικών δαπανών για την υγεία.³⁴ Η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από υποχρεωτικές εισφορές και ασφάλιστρα, ιδιωτικές πληρωμές (“out-of-pocket” και ιδιωτική συμπληρωματική ασφάλιση) και την κυβέρνηση. Οι ιδιωτικές πληρωμές (“out-of-pocket”) αυξήθηκαν μεταξύ 2011 και 2015 (το 2014 καταλάμβαναν το 3,1% των εξόδων των νοικοκυριών).⁸ Οι άτυπες πληρωμές απουσιάζουν.³² Οι ΓΙ απαγορεύεται να εκδίδουν συλλογικές συμβάσεις, προς όφελος του ανταγωνισμού. Η βασική τους σύμβαση συσχετίζεται με την αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση (“fee-for-service”), την κατά κεφαλή εγγεγραμμένου (“capitation”) και την απόδοση (“pay-for-performance”), η οποία εστιάζει στην άσκηση των καθηκόντων του “gate keeper”, την ορθολογική συνταγογράφηση φαρμάκων και την εύκολη πρόσβαση. Οι υπόλοιποι φροντιστές της ομάδας ΠΦ αμείβονται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς.³²

Στην Ολλανδία αναλογούν 10 νοσηλευτές/πληθυσμό 1000 ατόμων και 3,4 γιατροί/πληθυσμό 1000 ατόμων.⁸ Από αυτούς, οι 0,8 είναι ΓΙ.²² Το 20% των αποφοίτων ιατρικής επιθυμούν να ακολουθήσουν τη γενική ιατρική ανάμεσα σε 28 ειδικότητες. Τέλος, παρατηρείται τάση υποκατάστασης και μεταφοράς των αρμοδιοτήτων από τους ιατρούς στους νοσηλευτές.³²

Διαστάσεις της διαδικασίας της ΠΦ στην Ολλανδία

Οι Ολλανδοί δηλώνουν ικανοποιημένοι από την πρόσβαση στην ΠΦ. Οι βασικές ΥΥ παρέχονται σε κοντινή απόσταση και ο χρόνος αναμονής σταθερά μειώνεται.³² Δεν τίθενται οικονομικοί περιορισμοί (η επίσκεψη σε ΓΙ καλύπτεται ολοκληρωτικά από το υποχρεωτικό πακέτο ασφάλισης υγείας). Η διαδικτυακή επικοινωνία είναι σπάνια. Συνήθως εκτελούνται τηλεφωνικές διαβουλεύσεις, προσφέρονται ειδικές κλινικές συνεδρίες και τα ιατρεία διαθέτουν ιστοσελίδα. Ο έλεγχος της πρόσβασης στις ΥΥ διενεργείται από ανεξάρτητο φορέα.³²

Στους πάσχοντες από χρόνια νοσήματα παρέχεται, βάσει πρωτοκόλλων, πλήρης και συντονισμένη ΠΦ από ομάδες φροντιστών.³² Οι ηλικιωμένοι παρακολουθούνται με καινοτόμα μοντέλα ολοκληρωμένης φροντίδας. Οι Ολλανδοί δηλώνουν ευχαριστημένοι από την επικοινωνία με τον ιατρό τους και τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, όμως η συστηματική βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση της ΦΥ είναι ανύπαρκτη.³⁵ Η «συνεργασία» της δημόσιας υγείας και της πρόνοιας με την ΠΦ παρουσιάζει αργή ανάπτυξη, με διακύμανση στην επιτυχία.

Η χρήση βάσεων δεδομένων στην ΠΦ είναι ευρεία,³⁶ θέτοντας την Ολλανδία στις πρώτες θέσεις της ΕΕ. Οι Ολλανδοί δηλώνουν ικανοποιημένοι από τη συνέχεια στην ΠΦ, με εξαίρεση τη διάρκεια της επίσκεψης (ο ΜΟ είναι δέκα λεπτά).³²

Ο συντονισμός κρίνεται ικανοποιητικός, όμως πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι τουλάχιστον το 25% των ασθενών βίωσε ανεπαρκή συντονισμό.³²

Διαστάσεις των εκρών της ΠΦ στην Ολλανδία

Η ποιότητα στις ΥΥ διασφαλίζεται από την ψήφιση και εφαρμογή ειδικών νόμων, την εποπτεία ελεγκτικού φορέα, την τήρηση δεικτών ποιότητας και από την εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών. Επίσης, παρέχεται ειδική εκπαίδευση για αυτήν στους επαγγελματίες υγείας και κάθε πενταετία διεξάγονται ειδικά συνέδρια που καθορίζουν τις εθνικές πολιτικές για τη βελτίωση της ποιότητας. Σύμφωνα με το Ευρωβαρόμετρο, το 2013, το 91% του πληθυσμού αξιολόγησε την ποιότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης ως καλή.³²

Περισσότερο από το 95% των περιστατικών που απαιτούν ΦΥ αντιμετωπίζονται πλήρως από την ΠΦΥ³⁶ και παρουσιάζεται χαμηλή συνταγογράφηση φαρμάκων και ακριβών εργαστηριακών εξετάσεων και χαμηλά ποσοστά παραπομπών.^{8,32} Επίσης, ο αριθμός των απευκταί-

ων εισαγωγών σε νοσοκομείο λόγω επιπλοκών χρόνιων νοσημάτων διατηρείται σε επίπεδα αρκετά χαμηλότερα του ΜΟ των δυτικών χωρών.³²

Όλοι οι Ολλανδοί έχουν δικαίωμα πρόσβασης σε δωρεάν ΠΦ και επείγουσα ΦΥ. Όμως, παρατηρούνται ανισότητες στους δείκτες υγείας, με την ιθαγένεια, το κοινωνικοοικονομικό και εκπαιδευτικό επίπεδο να παίζουν καθοριστικό ρόλο.³²

Η υγεία του πληθυσμού στην Ολλανδία

Στην Ολλανδία, το προσδόκιμο επιβίωσης και τα ποσοστά θνησιμότητας κυμαίνονται σε ευνοϊκά επίπεδα, με συνεχή βελτίωση. Οι καθοριστές υγείας κυμαίνονται σε καλά επίπεδα (η Ολλανδία καταλαμβάνει την τέταρτη θέση στις χώρες της ΕΕ με μικρότερη κατανάλωση αλκοόλ στους ενήλικους) και οι δείκτες νοσηλευτικής κίνησης την κατατάσσουν στην τρίτη καλύτερη θέση μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών του ΟΟΣΑ.⁸

Συζήτηση

Στην Ελλάδα παρατηρείται ανεπάρκεια στην πρόσβαση, την πληρότητα, τη συνέχεια και τον συντονισμό της ΠΦΥ. Οι προσπάθειες αναδιαμόρφωσής της ατελεσφόρησαν, λόγω ανεπαρκούς διοίκησης, συνεργασίας με κοινωνικούς και οικονομικούς φορείς και αναποτελεσματικής χρήσης των πόρων. Οι πρόσφατες προσπάθειες μεταρρύθμισης στο ΕΣΥ, έχουν αμφίβολες μακροπρόθεσμες συνέπειες για την ελληνική δημόσια υγεία και τη ΦΥ,¹⁸ όμως η παρούσα περίοδος αποτελεί κατάλληλη στιγμή για την ελληνική κυβέρνηση να ξεκινήσει μια φιλόδοξη μεταρρύθμιση και να κάνει σημαντικά βήματα προς την κατεύθυνση βελτίωσης της ΠΦ.³⁷

Στο Ην. Βασίλειο, το σύστημα ΠΦ λειτουργεί αρκετά καλά, δεδομένων των χαμηλών επιπέδων χρηματοδότησής του. Καινοτομίες αποτελούν η παραχώρηση διευρυμένων αρμοδιοτήτων στους νοσηλευτές και το “commissioning” ΥΥ από τους ΓΙ. Αρνητικό στοιχείο αποτελούν οι σημαντικές ανισότητες υγείας μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων.

Η πιο σημαντική καινοτομία του ολλανδικού ΣΥ είναι ότι κατάφερε η καθολική κάλυψη από την ιδιωτική ασφάλιση να προσφέρει ισχυρή ΠΦ, με χαμηλές “out-of-pocket” πληρωμές συγκριτικά με τα διεθνή δεδομένα. Άλλες καινοτομίες αποτελούν η εισαγωγή των συνεργατών ΠΦ για παροχή ΥΥ σε ώρες εκτός ωραρίου, η εστίαση στη διαχείριση των χρόνιων ασθενειών, η οικοδόμηση της ομάδας ΠΦ, η βασιζόμενη στην πρακτική έρευνα,

η τεκμηριωμένη ιατρική, η εκτεταμένη μηχανοργάνωση και πληροφοριοποίηση.³⁶

Σύγκριση των τριών χωρών ως προς τις διαστάσεις ΠΦ

Η ΠΦ στην Ελλάδα είναι στοιχειώδης, αναπτύσσεται κατά κύριο λόγο στις αγροτικές περιοχές και υστερεί στις περισσότερες διαστάσεις της. Η Ολλανδία και το Ην. Βασίλειο διαθέτουν ισχυρή ΠΦ (πίνακας 2).

Στον πίνακα 3 φαίνονται ενδεικτικές διαφορές των τριών χωρών σε συγκεκριμένες διαστάσεις.

Στην Ελλάδα η διακυβέρνηση κρίνεται ασαφής και συγκεντρωτική, χωρίς την καθοδήγηση ενός ευρέως υποστηριζόμενου οράματος και δίχως τη θεμελίωση από μία σύγχρονη και αποτελεσματική πολιτική. Αντίθετα, στο Ην. Βασίλειο και την Ολλανδία, επικρατεί ισχυρή πολιτική βούληση, η οποία κατευθύνεται από συγκεκριμένη στρατηγική και επιφέρει αποφασιστική δράση. Παρατηρείται αποκεντρωτική τάση, η τοπική αυτοδιοίκηση και οι περιφερειακές υπηρεσίες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διακυβέρνηση της ΦΥ.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχει διάκριση μεταξύ παρόχου και αγοραστή ΥΥ. Στο Ην. Βασίλειο η διάκριση είναι ασαφής, ενώ στην Ολλανδία είναι απόλυτα σαφής και κινητήριο μοχλός της ανταγωνιστικότητας. Και στις τρεις χώρες χρησιμοποιούνται υβριδικές μέθοδοι πληρωμών, όπου νέες μορφές αποζημίωσης συνυπάρχουν με την κατά κεφαλή αποζημίωση (capitation). Η διαφορά είναι ότι στην Ελλάδα το σύστημα χαρακτηρίζεται πολύπλοκο, δύσκολα διαχειρίσιμο, δεν ευοδώνει την αποδοτικότητα και την ικανοποίηση των ΓΙ.

Η Ελλάδα υπερτερεί στον αριθμό ιατρών, όμως υστερεί στον αριθμό νοσηλευτών και ΓΙ, στα κίνητρα του εργασιακού δυναμικού για συνεχιζόμενη εκπαίδευση, την πρακτική βασιζόμενη σε ενδείξεις και τη βελτίωση της αποδοτικότητας.

Στο Ην. Βασίλειο και την Ολλανδία τα οικονομικά εμπόδια στην πρόσβαση σπανίζουν. Αντίθετα, η Ελλάδα, αντιμετωπίζει οικονομικά εμπόδια (“out-of-pocket” πληρωμές), υστερεί στις οργανωτικές ρυθμίσεις του συστήματος και η ιδιάζουσα γεωγραφία της περιορίζει την πρόσβαση.

Η διαφορά του Ην. Βασιλείου και της Ολλανδίας από την Ελλάδα ως προς την πληρότητα, έγκειται στην ανάπτυξη των ομάδων ΠΦ, μέσω των οποίων έχει προσοδεύσει η διεπιστημονική και τεκμηριωμένη διαχείριση των πολύπλοκων και χρόνιων νόσων.

Πίνακας 2. O'Donnell CA, Burns N, Mair FS, Dowrick C, Clissmann C, van den Muijsenbergh M et al. RESTORE Team. Reducing the health care burden for marginalised migrants: The potential role for primary care in Europe. *Hlth Policy* 2016, 120:495–508.

Χώρα	Αριθμός/10.000 πληθυσμό			Νοσοκομειακές κλίνες/10.000	Χαρακτηριστικά του συστήματος ΠΦ			
	Εξειδικευμένοι ιατροί ^α	ΓΙ ^β	ΓΙ ^γ		Εγγραφή σε ΓΙ	Επιλογή ΓΙ	Αμοιβή ΓΙ	Ισχύς του συστήματος
Ελλάδα	36,3	3,0	3,0	48	Ελεύθερη	Ελεύθερη	Κατά πράξη και περίπτωση	Μικρή
Ολλανδία	17,4	14,0	7,3	47	Απαιτητή	Ελεύθερη	Φόρος	Μεγάλη
Ην. Βασίλειο	19,4	8,1	8,1	29	Απαιτητή	Περιορισμένη	Φόρος+ κατά πράξη και περίπτωση	Μεγάλη

(α) Περιλαμβάνει ιατρούς παθολογικής και χειρουργικής ειδικότητας, παιδίατρους, ψυχιάτρους.

(β) Περιλαμβάνει εξειδικευμένους ιατρούς, οικογενειακούς ιατρούς, ΓΙ σε νοσοκομειακές δομές.

(γ) Περιλαμβάνει οικογενειακούς ιατρούς, ΓΙ σε συνοικιακές δομές.

Πίνακας 3. Διαστάσεις της ΠΦ σε Ελλάδα, Η. Βασίλειο και Ολλανδία το 2015 ή πιο πρόσφατο έτος.

Χώρα	Διαστάσεις δομής ΠΦ				Διαστάσεις διαδικασίας ΠΦ	Διαστάσεις εκρών ΠΦ	
	Οικονομικές συνθήκες		Εργασιακό δυναμικό		Πρόσβαση	Ποιότητα	Απόδοση
	Συνολικές Δαπάνες υγείας ως (%) ΑΕΠ	Ιατροί/1.000 πληθυσμό	ΓΙ/1.000 πληθυσμό ¹	Νοσηλεύτές/1.000 πληθυσμό ¹	"Out-of-pocket" πληρωμές (ως ποσοστό των εξόδων των νοικοκυριών) ⁴	Υιοθέτηση πρακτικών "eHealth"	Εξετάσεις MRI/1.000 πληθυσμό
Ελλάδα	8,2	6,3	0,39	3,20	4,0	1,6	67,9
Ην. Βασίλειο	9,8	2,8	0,80	8,20	1,5	2,1	40,4 ²
Ολλανδία	10,8	3,4	0,80	10,0	3,1	2,2	51,2 ³

¹WHO Regional Office for Europe. European Health For All Database. 2014. Διαθέσιμο στο <http://data.euro.who.int/hfadb/> Ανάκτηση στις 27/11/2016.

²Δεν συμπεριλαμβάνονται οι εξετάσεις εκτός νοσοκομείων.

³Δεν συμπεριλαμβάνονται οι ιδιωτικά χρηματοδοτούμενες εξετάσεις.

⁴Το 2014 ή πιο πρόσφατο έτος

Πηγή: OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle, Paris, OECD Publishing, 2016

Οι Έλληνες ασθενείς δηλώνουν πιο ικανοποιημένοι με τη συνέχεια της ΠΦ από τους Ολλανδούς.¹⁴ Τα στοιχεία από τη συγκεκριμένη μελέτη, που αφορούν στους Βρε-

τανούς, δεν διατίθενται, αλλά τα επίπεδα ικανοποίησής τους είναι γενικά υψηλά.²³ Ελλάδα και Ην. Βασίλειο, εξαιρουμένης της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, υστερούν

σημαντικά στη μηχανογράφηση και την υιοθέτηση των ηλεκτρονικών ιατρικών φακέλων, έναντι των Ολλανδών.

Και οι τρεις χώρες υστερούν από άποψη συντονισμού ΠΦ, με την Ολλανδία να έχει σημειώσει τη μεγαλύτερη πρόοδο σε αυτόν τον τομέα και την Ελλάδα τη μικρότερη.

Στο Ην. Βασίλειο και την Ολλανδία υφίστανται στρατηγικές βελτίωσης της ποιότητας (πίνακας 3). Στην Ελλάδα, έχει σημειωθεί μικρή πρόοδος εξασφάλισής της, όμως η ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών και η υιοθέτηση πρακτικών "eHealth" παραμένει περιορισμένη.

Η Ολλανδία παρουσιάζει υψηλή αποδοτικότητα, ενώ το Ην. Βασίλειο μέτρια.³⁸ Στην Ελλάδα η αποδοτικότητα είναι χαμηλή (πίνακας 3).

Στο Ην. Βασίλειο υφίστανται ανισότητες στην υγεία ανάλογα με το εισόδημα (τα ανώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα ευνοούνται), ενώ στην Ολλανδία ανάλογα με το κοινωνικό και εκπαιδευτικό επίπεδο. Στην Ελλάδα οι ανισότητες υφίστανται σε μεγαλύτερο βαθμό από τον ΜΟ των ευρωπαϊκών χωρών.³⁹

Οι τρεις χώρες παρουσιάζουν παρόμοιο προσδόκιμο επιβίωσης. Οι Ολλανδοί, αισθάνονται πιο υγιείς. Ακολουθούν Έλληνες και Βρετανοί. Η Ελλάδα υστερεί στον αριθμό εξιτηρίων από νοσοκομεία, αντικατοπτρίζοντας χειρότερη υγεία του πληθυσμού και ανεπαρκή αποδοτικότητα του συστήματος ΠΦ. Τέλος, οι Ολλανδοί ελέγχουν καλύτερα τους καθοριστές υγείας. Ακολουθούν οι Έλληνες, ελέγχοντας καλύτερα την κατανάλωση αλκοόλ και οι Βρετανοί, υπερτερώντας στον έλεγχο του καπνίσματος.

Συμπεράσματα

Η Ελλάδα δεν πάσχει από χαμηλή αποτελεσματικότητα, αλλά από χαμηλή αποδοτικότητα. Διαθέτει ανθρώπινο δυναμικό με προοπτικές που, υπό κατάλληλες συνθήκες και προϋποθέσεις, μπορεί να αποδώσει τα μέγιστα στην ΠΦ. Είναι θέμα πολιτικής βούλησης και χάραξης σωστής στρατηγικής να κινητοποιηθούν οι εθνικές πηγές και να αξιοποιηθούν οι εξωτερικές, ώστε να θεμελιωθεί ένα στιβαρό σύστημα ΠΦ. Το Ην. Βασίλειο αποτελεί καλό παράδειγμα για να εντοπισθούν τα θετικά και αρνητικά αποτελέσματα μιας αποκεντρωτικής πολιτικής. Η Ολλανδία αποτελεί πρότυπο πολιτικής που σκοπεύει στη συγκράτηση των ροών σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, την υιοθέτηση πρακτικών διασφάλισης ποιότητας και την ελεγχόμενη εισαγωγή των όρων της αγοράς στον τομέα της υγείας. Και τα τρία συστήματα ΠΦ πρέπει να αυξήσουν τη χρήση των πληροφοριακών και τηλεπικοινωνιακών τεχνολογιών, καθώς έρευνες δείχνουν ότι η χρήση τους ελαττώνει το κόστος των ΥΥ, ενώ αυξάνει την ποιότητα και την ισότητα στην πρόσβαση.⁴⁰

Ο στρατηγικός σχεδιασμός και των τριών χωρών για την υγεία πρέπει να θέσει ως προτεραιότητα την υλοποίηση του οράματος που έθεσε η ευρωπαϊκή περιφέρεια του ΠΟΥ με το «Υγεία 2020» ("Health 2020"). Αυτό συνοψίζεται στη βελτίωση της υγείας και ευημερίας των πληθυσμών, τη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας, την ενίσχυση της δημόσιας υγείας και τη διασφάλιση καθολικών, δίκαιων, βιώσιμων και ποιοτικών συστημάτων υγείας με επίκεντρο τον άνθρωπο.¹⁵

ABSTRACT

Primary Health Care in Greece Compared to the United Kingdom and the Netherlands

Theano Kalaouzi,¹ Helen Kornarou²

¹RN, MSc, Nephrology Nurse, Dialysis Unit, 401 Army General Hospital of Athens,

²Associate Professor, Department of Public Health Policies, School of Public Health, University of West Attica, Greece

Introduction: Since the early 20th century, investigation was developed and health strategy was set, based on providing well-organized Primary Care (PC) systems. **Purpose:** The purpose of this review is to compare Primary Health Care (PHC) among Greece, the United Kingdom and the Netherlands, by analyzing its structure, process and outcome, according to the approach suggested by Kringos DS et al, (Kringos DS et al 2010). **Material and Method:** The methodology was online systematic literature review using PUBMED and official international, European and national data sources that was conducted between September and December 2016. Keywords were Primary Health Care, Greece, the UK, England and the Netherlands. Criteria for selecting a study for the review were the correlation with the issue and its publication within the last five years. Finally, the size of the sample amounted to 130 articles and books. **Results:** In Greece, after the recent ineffective health care reform, governance of health, in general, and PC, in particular,

is fragmented. General economic condition is difficult. PC is inefficient in all its dimensions. However, the current period might be the appropriate to launch an ambitious reform, which will be also directed towards the improvement of PC. In the United Kingdom, health systems, after their reforms, which were completed in late 2014 - early 2015, seem to work quite well, given their low funding. They are based on gate-keeping by General Practitioners (GPs). Their innovations are nurses' empowerment and GP commissioning. In the Netherlands, several reforms have also taken place, in recent years. Innovations were added to the traditional term of GPs and their gate-keeping, such as global social health private insurance, PC groups, the adoption of evidence-based guidelines based on the use of modern technology and digitized information. As a result, a strong, qualitative and efficient PC was built. **Conclusion:** In general, the Netherlands and the United Kingdom are characterized by strong PC systems and can provide valuable experience and extensive expertise for Greece, whose PC is elementary.

Key-words: Primary care, Greece, United Kingdom, England, Netherlands.

✉ **Corresponding Author:** Theano Kalaouzi, 24 Anapafseos street, GR-151 26 Marousi, Attica, Greece, Tel: (+30) 6937 469 129, e-mail: t.v.kalaouzi@gmail.com

Βιβλιογραφία

1. Saltman R, Rico A, Boerma W. *Primary Care in the Driver's seat?* Organizational reform in European primary care. England, Open University Press, 2006
2. WHO. *Global Strategy for Health for All by the year 2000*. Health for All Series No 3. Geneva, 1989
3. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* 2010, 10:65
4. WHO. Primary Care Evaluation Tool. 2010. Available at <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-healthcare/publications/2010/primary-care-evaluation-tool-pcet> Assessed October 25, 2016
5. Cramm JM, Nieboer AP. Chronically ill patients' self-management abilities to maintain overall well-being: what is needed to take the next step in the primary care setting? *BMC Fam Pract* 2015, 16:123
6. Groenewegen PP, Jurgutis A. A future for primary care for the Greek population. *Qual Prim Care* 2013, 21:369–378
7. Kondilis E, Giannakopoulos S, Gavana M, Ierodiakonou I, Waitzkin H, Benos A. Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek case. *Am J Public Health* 2013, 103:973–979
8. OECD/EU. *Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle*. Paris, OECD Publishing, 2016
9. Kousoulis AA, Symvoulakis EK, Lionis C. What Greece can learn from UK primary care experience and empirical research. *Br J Gen Pract* 2012, 62:543
10. 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, 16:5–13
11. 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. *Hlth Care Manag Sci* 2016, 19:313325
12. Economou C. Greece: Health system review. *Hlth System Transit* 2010, 12:1–180
13. Sbarouni V, Tsimtsiou Z, Symvoulakis E, Kamekis A, Petelos E, Saridaki A et al. Perceptions of primary care professionals on quality of services in rural Greece: a qualitative study. *Rural Rem Hlth* 2012, 12:2156
14. Lionis C, Tedeschi P, Saridaki A. Greece. In: Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB (eds) *Building Primary Care in a changing Europe*. Case studies. UK, WHO Regional Office for Europe Publications, 2015:103
15. Schäfer WL, Boerma WG, Murante AM, Sixma HJ, Schellevis FG, Groenewegen PP. Assessing the potential for improvement of primary care in 34 countries: a cross-sectional survey. *Bull World Health Organ* 2015, 93:161–168
16. Economou M, Madianos M, Peppou LE, Theleritis C, Patelakis A, Stefanis C. Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. *World Psychiatry* 2013, 12:53–59
17. Kontaxakis V, Papaslanis T, Havaki-Kontaxaki B, Tsouvelas G, Giotakos O, Papadimitriou GN. *Suicide in Greece: 2001–2011*. *Psychiatriki* 2013, 24:1704
18. Simou E, Koutsogeorgou E. Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. *Hlth Policy* 2014, 115:111–119
19. Boyle S. United Kingdom (England): Health system review. *Hlth System Transit* 2011, 13:1–486
20. Cylus J, Richardson E, Findley L, Longley M, O'Neill C, Steel D. United Kingdom: Health system review. *Hlth System Transit* 2015, 17:1–125
21. BMA. *Focus on the global sum allocation formula (Car–Hill Formula)*, England, 2015
22. WHO Regional Office for Europe. European Health For All Database. 2014, Available at <http://data.euro.who.int/hfad/b/> Assessed November 27, 2016

23. Wilson A. United Kingdom. In: Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB (eds) *Building Primary Care in a changing Europe. Case studies*. UK, WHO Regional Office for Europe Publications, 2015:99–300
24. Popplewell NTA, Rechel BP, Abel GA. How do adults with physical disability experience primary care? A nationwide cross-sectional survey of access among patients in England. *BMJ Open* 2014, 4:e004714
25. Lluch M. Incentives for teleHealthcare deployment that support integrated care: a comparative analysis across eight European countries. *Int J Integr Care* 2013, 13:e042
26. Newbould J, Burt J, Bower P, Blakeman T, Kennedy A, Rogers A et al. Experiences of care planning in England: interviews with patients with long term conditions. *BMC Fam Pract* 2012, 13:71
27. van Loenen T, van den Berg MJ, Heinemann S, Baker R, Faber MJ, Westert GP. Trends towards stronger primary care in three western European countries; 2006–2012. *BMC Fam Pract* 2016, 17:59
28. Sutcliffe D, Lester H, Hutton J, Stokes T. NICE and the Quality and Outcomes Framework (QOF) 2009–2011. *Qual Prim Care* 2012, 20:47–55
29. Paddison CA, Saunders CL, Abel GA, Payne RA, Campbell JL, Roland M. Why do patients with multimorbidity in England report worse experiences in primary care? Evidence from the General Practice Patient Survey. *BMJ Open* 2015, 5:e006172
30. Wilson T. At the heart of change: what primary care needs to address to support the NHS at 75. *Qual Prim Care* 2013, 21:329–331
31. Rafnsson SB, Bhopal RS, Agyemang C, Fagot-Campagna A, Harding S, Hammar N et al. Sizable variations in circulatory disease mortality by region and country of birth in six European countries. *Eur J Publ Hlth* 2013, po23:594–605
32. Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, de Jong J, van Ginneken E. The Netherlands: health system review. *Hlth System Transit* 2016, 18:1–239
33. WHO Regional Office for Europe. European Health For All Database. 2015. Available at <http://data.euro.who.int/hfadb/> Assessed November 18, 2016
34. Statistics Netherlands StatLine. 2016. Available at <http://statline.cbs.nl/Statweb/?LA=en> Assessed November 18, 2016
35. van Dijk-de Vries A, Moser A, Mertens VC, van der Linden J, van der Weijden T, van Eijk JT. The ideal of biopsychosocial chronic care: how to make it real? A qualitative study among Dutch stakeholders. *BMC Fam Pract* 2012, 13:14
36. van Weel C, Schers H, Timmermans A. Health care in the Netherlands. *J Am Board Fam Med* 2012, 25(Suppl):S12–S17
37. Kousoulis AA, Angelopoulou KE, Lionis C. Exploring health care reform in a changing Europe: lessons from Greece. *Eur J Gen Pract* 2013, 3:194–199
38. Pelone F, Kringos DS, Spreeuwenberg P, De Belvis AG, Groenewegen PP. How to achieve optimal organization of primary care service delivery at system level: lessons from Europe. *Int J Qual Hlth Care* 2013, 25:381–393
39. Asgeirsdóttir TL, Ragnarsdóttir DO. Determinants of relative and absolute concentration indices: evidence from 26 European countries. *Int J Equity Health* 2013, 12:53
40. De Rosis S, Seghieri C. Basic ICT adoption and use by general practitioners: an analysis of primary care systems in 31 European countries. *BMC Med Inform Decis Mak* 2015, 15:70