



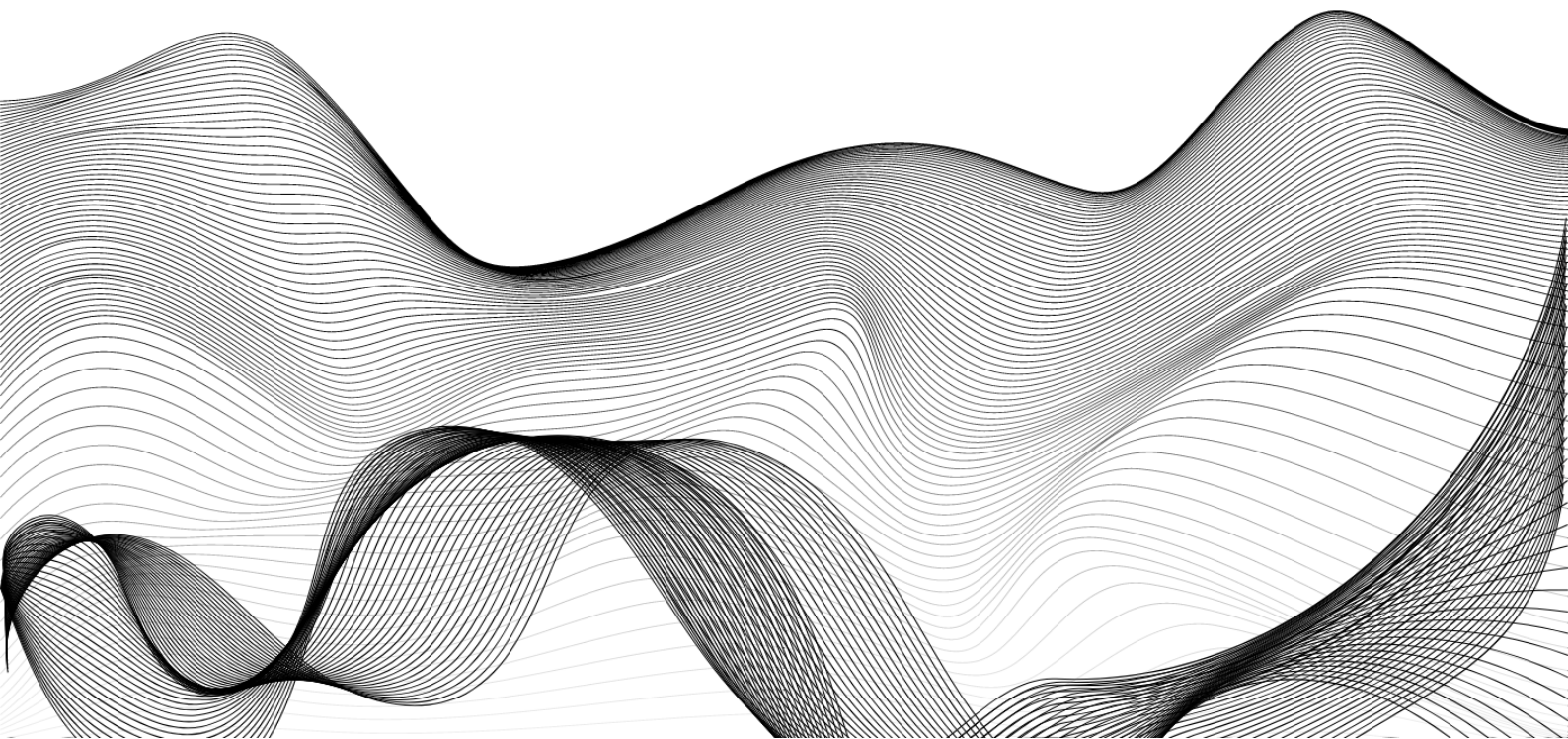
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

# Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Μελέτη του μοντέλου Pay for Performance ως αποζημίωσή της

Δήμητρα Συριάτου

Απρίλιος 2024

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του  
Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση Μεταπτυχιακού  
Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.



Πανεπιστήμιο Πειραιώς  
Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών  
«Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας»

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας  
Μελέτη του μοντέλου Pay for Performance ως αποζημίωσή της

Δήμητρα Συριάτου

Επιβλέπων: Παναγιώτης Ξένος, Επίκουρος Καθηγητής,  
Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής  
Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και  
Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2024

University of Piraeus  
Department of Economics  
Master of Science in Health Economics & Management

Primary Health Care  
Study of the Pay for Performance model as compensation

Dimitra Syriatou

Supervisor: Panagiotis Xenos, Assistant Professor, University of  
Piraeus

Master Thesis submitted to the Department of Economics of the  
University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements for  
the degree of M.Sc. in Health Economics & Management

Piraeus, Greece, 2024

*To make an end is to make a beginning.  
The end is where we start from.  
T.S. Eliot*

## Περίληψη

Η παρούσα διπλωματική εργασία με τίτλο «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Μελέτη του μοντέλου Pay for Performance ως αποζημίωσή της» πραγματοποιεί μια ανασκόπηση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας τόσο γενικά, όσο και στην Ελλάδα πιο συγκεκριμένα. Μεταξύ άλλων, εξετάζει τη μέθοδο αποζημίωσης αμοιβή βάσει απόδοσης ως συμπληρωματικό σύστημα στο σύστημα αμοιβής των παρόχων σε αυτό το επίπεδο περίθαλψης. Η διπλωματική πραγματοποιήθηκε με βιβλιογραφική ανασκόπηση τόσο ελληνικής όσο και ξένης βιβλιογραφίας. Τα αποτελέσματα της έρευνας αναδεικνύουν τον πολύτιμο ρόλο που παίζει η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο Σύστημα Υγείας, υπογραμμίζοντας ότι θα πρέπει να αποτελεί τον πυλώνα του. Το Pay for Performance μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο στη βελτίωση της ποιότητας, αν και τα αποτελέσματα είναι μεικτά. Επί του παρόντος, τα περισσότερα τέτοια προγράμματα εφαρμόζονται στην ΠΦΥ.

## Abstract

This diploma thesis entitled "Primary Health Care. Study of the Pay for Performance model as compensation" conducts a review of Primary Health Care both in general and in Greece more specifically. Among other things, it considers the Pay for Performance method of reimbursement as a complementary system to the provider payment system at this level of care. The thesis was carried out with a bibliographic review of both Greek and foreign literature. The results of the research highlight the valuable role that Primary Health Care plays in the Health System, underlining that it should be its pillar. Pay for Performance can play an important role in improving quality, although the results are mixed. At present, most such programs are implemented in PHU.

## Περιεχόμενα

Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή	1
Κεφάλαιο 2: Κατανοώντας την έννοια του Συστήματος Υγείας	4
Κεφάλαιο 3: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	0
1. Γενικά για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	0
2. Το μοντέλο ΠΦΥ του Ηνωμένου Βασιλείου	7
3. Το μοντέλο ΠΦΥ της Σουηδίας	9
4. Το μοντέλο ΠΦΥ των ΗΠΑ	10
5. Μετά τη Διακήρυξη της Alma-Ata	12
Κεφάλαιο 4: Το μοντέλο Pay for Performance γενικά και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	15
1. Γενικά	15
2. Πληρωμή για την απόδοση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	24
i. Αγγλία	26
ii. Γερμανία	32
iii. Γαλλία	33
iv. Σύνοψη ευρημάτων	36
Κεφάλαιο 5: Πρωτοβάθμια Υγεία στην Ελλάδα	38
Κεφάλαιο 6: Συμπεράσματα	50
Κεφάλαιο 7: Βιβλιογραφία	51

## Συντομογραφίες

ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
N.	Νόμος
NHS	National Health System
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΠΕΔΥ	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
ΤοΜΥ	Τοπική Μοναδα Υγείας
ΤοΠΦΥ	Τομεάς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
ICER	Incremental cost-effectiveness ratio
P4P	Pay for Performance
QALY	Quality-adjusted life year

## Πίνακες

Πίνακας 1: Συστήματα αποζημίωσης	18
Πίνακας 2: Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα διάφορων μεθόδων πληρωμής	19
Πίνακας 3: Θετικά και αρνητικά του P4P	24
Πίνακας 4: Χώρες με P4P στην ΠΦΥ	25
Πίνακας 5: Σύνοψη στόχων από διάφορα προγράμματα P4P	41
Πίνακας 6: Συνολικό μέγεθος QOF	31
Πίνακας 7: Επίτευξη στόχων QOF για ορισμένους δείκτες	31
Πίνακας 8: Δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα	42
Πίνακας 9: Αριθμός ιατρών για τις έξι κύριες κατηγορίες ειδικοτήτων	48
Πίνακας 10: Απογραφή Κέντρων Υγείας και λοιπών Μονάδων ΠΦΥ έτους 2022	48
Πίνακας 11: Απογραφή Κέντρων Ψυχικής Υγείας	49

## Εικόνες

Εικόνα 1: Διακήρυξη Alma-Ata	2
Εικόνα 2: Το πρόγραμμα NHS Health Check	8
Εικόνα 3: 4 στόχοι για την ΠΦΥ	13
Εικόνα 4: Στόχοι Βιώσιμης Ανάπτυξης	13
Εικόνα 5: Ροή πληροφορίας στο QOF	28

## Σχήματα

Σχήμα 1: Αναπαράσταση συστήματος	4
Σχήμα 2: Επίπεδα περιθαλψης	8
Σχήμα 3: Πριν ανάπτυξη της ΠΦΥ	9
Σχήμα 4: Μετά την ανάπτυξη της ΠΦΥ	9
Σχήμα 5: Η πορεία της ΠΦΥ πριν την ίδρυση του ΕΣΥ	39

## ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Δηλώνω υπεύθυνα ότι το έργο που εκπονήθηκε και παρουσιάζεται στην υποβαλλόμενη διπλωματική εργασία, έχει γραφτεί από εμένα αποκλειστικά στο σύνολό της. Δεν έχει υποβληθεί ούτε έχει εγκριθεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου μεταπτυχιακού προγράμματος ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών, ούτε είναι εργασία ή τμήμα εργασίας ακαδημαϊκού ή επαγγελματικού χαρακτήρα.

Δηλώνω επίσης ότι αναφέρονται καταλλήλως στο σύνολό τους οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου.»

Όνοματεπώνυμο

*Δήμητρα Συριάτου*

Υπογραφή Μεταπτυχιακού Φοιτητή







## Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή

*Άριστον υγιαίνειν, δεύτερον δε κάλλος, τρίτον δε πλούτος.  
Πλάτων*

Αδιαμφισβήτητα, το πιο πολύτιμο αγαθό του ανθρώπου είναι η υγεία. Ένας «πόρος ζωής» που επιτρέπει στους ανθρώπους να λειτουργούν αλλά και να συμμετέχουν σε μια ποικιλία δραστηριοτήτων που χαρακτηρίζουν κάθε κοινωνία. Δεν είναι απλώς ένα ατομικό ζήτημα, αλλά ένα κοινωνικό ζητούμενο.

<sup>1</sup>

Πώς θα μπορούσαμε όμως να ορίσουμε τι είναι η υγεία; Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν αποδοθεί διάφορες ερμηνείες. Για πολύ καιρό, η υγεία καθοριζόταν από την απουσία ή παρουσία ασθένειας, κι έτσι αποτελούσε απλά το αντίθετο της ασθένειας. Σήμερα, η υγεία θεωρείται κάτι πολύ περισσότερο από την απουσία ασθένειας. Η υγεία είναι μεν μια κατάσταση που συνεπάγεται την απουσία ασθένειας και βλάβης, αλλά επιπλέον είναι μια κατάσταση που επιτρέπει στο άτομο να ανταπεξέλθει επαρκώς σε όλες τις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής, κάτι που συνεπάγεται τόσο τη φυσική ευεξία, όσο και την ψυχική. Είναι μια κατάσταση ισορροπίας που έχει δημιουργήσει το άτομο τόσο μέσα του όσο και με το κοινωνικό και φυσικό του περιβάλλον.<sup>2</sup>

Ο επικρατέστερος ορισμός σήμερα είναι αυτός που έχει δοθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) το 1948, σύμφωνα με τον οποίο:

**Η υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας.**<sup>3</sup>

Το 1986, ο ορισμός εμπλουτίστηκε περαιτέρω από τον ΠΟΥ στον Χάρτη της Οτάβα:

Η προαγωγή της υγείας είναι η διαδικασία που δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να αυξήσουν τον έλεγχο και να βελτιώσουν την υγεία τους. Για να φτάσει σε μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, ένα άτομο ή μια ομάδα πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζει και να πραγματοποιεί φιλοδοξίες, να ικανοποιεί ανάγκες και να αλλάζει ή να αντιμετωπίζει το περιβάλλον. Ως εκ τούτου, η υγεία θεωρείται ως πηγή για την καθημερινή ζωή, όχι ως στόχος της ζωής. Η υγεία είναι μια θετική έννοια που δίνει έμφαση στους κοινωνικούς και προσωπικούς πόρους, καθώς και στις φυσικές ικανότητες. Επομένως, η

**προαγωγή της υγείας δεν είναι μόνο ευθύνη του τομέα υγείας, αλλά υπερβαίνει τον υγιεινό τρόπο ζωής στην ευημερία.** <sup>4</sup>

Η προαγωγή της υγείας επηρεάζεται από τις διαφορές στον ορισμό της υγείας. Ο απλούστερος ορισμός της υγείας, αυτός δηλαδή που ταυτίζεται με την απουσία ασθένειας, περιχαρακώνει την προαγωγή της υγείας στην προσπάθεια εξάλειψης ασθενειών και μείωσης του αριθμού των ατόμων που υποφέρουν από αυτές. Η συμμετοχή της λειτουργικότητας στον ορισμό της υγείας προσθέτει στην προαγωγή της υγείας τη διαδικασία μέσω της οποίας τα άτομα θα ενισχύσουν την ικανότητά τους να είναι λειτουργικά, για παράδειγμα με τακτική και υποχρεωτική σωματική άσκηση. Υπό το πρίσμα αυτό, η προαγωγή υγείας θα αποτελούταν από συστάσεις για τη βελτίωση της θεραπείας ασθενειών και την εξάλειψη παραγόντων κινδύνου που μπορεί να οδηγήσουν σε αυτές, όπως η καθιστική ζωή, το κάπνισμα, οι κακές διατροφικές συνήθειες και η ανεπαρκής εφαρμογή μέτρων υγιεινής, για παράδειγμα το πλύσιμο των χεριών πριν από τα γεύματα.<sup>2</sup>

Ο πιο εμπλουτισμένος ορισμός, από τη φύση του, δεν περιορίζει την προαγωγή υγείας στις προσπάθειες για την εξάλειψη ασθενειών και τη μείωση των παραγόντων κινδύνου που μπορεί να οδηγήσουν σε ασθένειες. Επιπρόσθετα αυτών, εντάσσει τα άτομα στην προαγωγή της υγείας τους με ενεργό τρόπο. Θα πρέπει να διαμορφώσει έτσι τις κλίμακες αξιών των ατόμων και των κοινοτήτων, ώστε να διασφαλιστεί ότι η υγεία τοποθετείται υψηλότερα σε αυτές τις κλίμακες. Η υψηλή αξία που δίνεται στην υγεία, αντιμετωπίζοντάς την όχι μόνο ως απουσία ασθένειας, ωθεί τους ανθρώπους να κάνουν ό,τι είναι απαραίτητο για την ενίσχυση της υγείας. Το να κάνουν προληπτικές εξετάσεις και να αναζητούν θεραπείας θα θεωρούνταν μια φυσιολογική έκφραση της ανάγκης του ατόμου να βρίσκεται σε αρμονία και με τον εαυτό του αλλά και με την κοινωνία. Η αλλαγή της θέσης της υγείας στην κλίμακα των αξιών, ωστόσο, δεν είναι δυνατό αν αφηθεί μόνο στον τομέα της υγείας: οι αξίες διαμορφώνονται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής υπό την επιρροή των γονέων, των φίλων, των σχολείων, των μέσων ενημέρωσης, των νόμων και της πορείας της ζωής του ατόμου. Έτσι, η αλλαγή των αξιών, για παράδειγμα για να δοθεί στην υγεία υψηλότερη αξία, η προαγωγή της υγείας, πρέπει να είναι καθήκον όλων όσων εμπλέκονται στη διαμόρφωση των αξιών και στην τοποθέτησή τους σε μια κλίμακα και όχι μόνο στο σύστημα υγείας.<sup>2</sup>

Είναι η υγεία ένα αγαθό; Υπάρχουν εκείνοι που υποστηρίζουν ότι είναι αγαθό και ως αγαθό, οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας είναι μια αγορά με ζήτηση, προσφορά και κόστος. Οι καταναλωτές (ασθενείς) προβαίνουν σε ορθολογικές επιλογές βάσει των ατομικών τους αναγκών και η κοινωνία στο σύνολό της επωφελείται καθώς το κόστος μειώνεται μέσω του ανταγωνισμού

της αγοράς, η ποιότητα βελτιώνεται μέσω του ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος και τα είδη των προσφερόμενων υπηρεσιών αναθεωρούνται με βάση την κατανομή των απαιτούμενων πόρων. Στον αντίποδα, υπάρχουν εκείνοι που υποστηρίζουν ότι η υγεία και η υγειονομική περίθαλψη είναι δικαίωμα. Πρόκειται για ανάγκη και όχι επιλογή, ενώ η κοινωνία στο σύνολό της επωφελείται μέσω της υγείας και της παραγωγικότητας όλων των πολιτών. Πάντως, η παρέμβαση του κράτους στη λειτουργία της αγοράς του αγαθού υγεία είναι απαραίτητη, ώστε να διασφαλίσει ότι κανείς δεν αποκλείεται από αυτήν.<sup>5,6</sup>

Στο σημείο αυτό είναι σκόπιμο να κάνουμε διάκριση μεταξύ φροντίδας και περίθαλψης υγείας. Η **φροντίδα υγείας (health care)** αποτελεί μια πιο ευρεία έννοια. Περιλαμβάνει το σύνολο των θεραπευτικών υπηρεσιών, αλλά και των υπηρεσιών και παροχών πρόληψης και προαγωγής της υγείας. Με άλλα λόγια, εμπεριέχει το σύνολο των πολιτικών, δραστηριοτήτων και παροχών που προσφέρονται τόσο σε πάσχοντες, όσο και σε υγιή άτομα με σκοπό τη διατήρηση και βελτίωση της υγείας τους. Από την άλλη, η **περίθαλψη** έχει στενότερη έννοια και αναφέρεται σε υπηρεσίες που παρέχονται σε άτομα τα οποία έχουν εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά συμπτώματα ενός προβλήματος υγείας, δηλαδή σε πάσχοντες.<sup>7</sup>

Όλες οι χώρες έρχονται αντιμέτωπες με μια δυναμική εξίσωση όσον αφορά τις υπηρεσίες υγείας:

#### «ΘΕΛΩ» ΑΣΘΕΝΩΝ > ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ > ΠΟΡΟΙ

Τα «θέλω» των ασθενών θα είναι πάντα μεγαλύτερα από τις πραγματικές ανάγκες οι οποίες θα είναι πάντα μεγαλύτερες από τους διαθέσιμους πόρους.<sup>8</sup> Το σύνολο των μέτρων και των αποφάσεων που λαμβάνει κάθε κυβέρνηση προκειμένου να αναπτύξει και να προωθήσει τις υπηρεσίες υγείας που θα παρέχει στους πολίτες, αποτελούν την **πολιτική υγείας**. Η εφαρμογή της πολιτικής υγείας προϋποθέτει την ύπαρξη μιας συγκεκριμένης δομής και οργάνωσης που θα υλοποιήσει την πολιτική αυτή και θα συμβάλλει στην επίτευξη των στόχων της. Τον ρόλο αυτό παίζει το **Σύστημα Υγείας**.<sup>9</sup>

## Κεφάλαιο 2: Κατανοώντας την έννοια του Συστήματος Υγείας

Προσεγγίζοντας το Σύστημα Υγείας, θα πρέπει πρώτα να σταθούμε στην έννοια του συστήματος γενικότερα. Στην καθημερινότητά μας χρησιμοποιούμε συχνά τη λέξη «σύστημα»: από τις πιο απλές συζητήσεις, μέχρι και τις πιο εξειδικευμένες. Αναφερόμαστε, για παράδειγμα, σε ένα σύστημα ποδοσφαίρου, ένα βιολογικό σύστημα, ή ακόμα στο Σύστημα Υγείας. Τι είναι όμως αυτό που χαρακτηρίζει ένα σύστημα;

Σύστημα είναι ένα σύνολο Συνιστωσών ή Στοιχείων (Components or Elements) που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους μέσω Διαδικασιών (Procedures), οι οποίες διαδικασίες μετασχηματίζουν κάποιους πόρους που εισάγουμε (Inputs) σε κάποιο αποτέλεσμα που εξάγουμε (Output).<sup>10</sup>

Διακρίνουμε, λοιπόν, πέντε βασικά στοιχεία, σύμφωνα με τη συστημική προσέγγιση:<sup>11</sup>

1. Εισαγόμενοι πόροι (inputs)
2. Αποτελέσματα/ Εξερχόμενα (outputs)
3. Διαδικασία (process)
4. Έλεγχος (control)
5. Ανακύκλωση (feed back)

### Περιβάλλον



Σχήμα 1: Αναπαράσταση συστήματος<sup>11</sup>

Η έννοια του συστήματος συζητούνταν εδώ και αιώνες, ωστόσο από τον 20<sup>ο</sup> αιώνα και μετά η συστημική σκέψη άρχισε να αναπτύσσεται ως επίσημος, διακριτός κλάδος. Στη θεμελιώδη εργασία του το 1969, ο Ludwig von Bertalanffy περιέγραψε αυτό που έκτοτε έγινε γνωστό ως Γενική Θεωρία Συστημάτων: τα συστήματα δεν μπορούν να περιοριστούν σε μια σειρά από

μέρη που λειτουργούν μεμονωμένα, αλλά προκειμένου να κατανοηθεί ένα σύστημα ως σύνολο, πρέπει να κατανοήσουμε τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μερών του. Ένα σύστημα, λέει, είναι ένα σύνολο με άθροισμα μεγαλύτερο από αυτό των απαρτιζόντων μερών του.<sup>12, 13</sup>

Υποστήριξε, ακόμα, ότι όλα τα συστήματα, είτε είναι φυσικά, βιολογικά ή κοινωνικά, μοιράζονται ορισμένες κοινές ιδιότητες. Αυτές οι ιδιότητες περιλαμβάνουν:<sup>12</sup>

- την ύπαρξη μερών που συνδέονται και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους
- Το σύστημα έχει σκοπό ή στόχο
- Το σύστημα επηρεάζεται από το περιβάλλον του
- Το σύστημα είναι δυναμικό και αλλάζει με την πάροδο του χρόνου.

Η θεωρία των συστημάτων μπορεί να εφαρμοστεί και στον τομέα της Υγείας. Η παροχή υπηρεσιών σε αυτόν τον τομέα είναι το αποτέλεσμα-προϊόν ενός πολύπλοκου συστήματος που απαιτεί τη συνεργασία ανθρώπων, εξοπλισμού, διαδικασιών και ιδρυμάτων.<sup>14</sup>

Η ανάπτυξη των Συστημάτων Υγείας ακολουθεί, θα λέγαμε, την πορεία εξέλιξης του ανθρώπου. Οι άνθρωποι από αρχαιοτάτων χρόνων έψαχναν τρόπους να προστατευθούν από κινδύνους που απειλούσαν την υγεία τους και να θεραπεύσουν ό,τι ήδη τους ταλαιπωρούσε. Ωστόσο, καθώς η επιστήμη δεν ήταν τόσο ανεπτυγμένη και η γνώση γύρω από την κάθε ασθένεια ήταν ελάχιστη, η κοινωνία έτεινε να αντιμετωπίζει την κατάσταση με παραίτηση και λίγες δημόσιες ενέργειες γίνονταν. Όταν η ανάπτυξη της επιστήμης και η κατανόηση των τρόπων μετάδοσης και διαχείρισης διάφορων νόσων έγινε πιο εκλεπτυσμένη, άρχισαν να δημιουργούνται δημόσιοι οργανισμοί και φορείς που εφάρμοζαν όλα εκείνα που η επιστημονική κοινότητα υποδείκνυε για να περιορίσει τις απειλές για την υγεία. Ιδιαίτερα μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, όπου το Κράτος Πρόνοιας παίρνει μορφή, η απαίτηση για καλύτερη υγεία δεν είναι μόνο ένα επιστημονικό ζητούμενο, αλλά και μια κοινωνική ανάγκη. Οπότε αρχίζουν να δημιουργούνται φορείς που αναλαμβάνουν καθήκοντα όπως η υγιεινή, η ανοσοποίηση, η ρύθμιση, η αγωγή υγείας και η προσωπική φροντίδα υγείας.<sup>15</sup> Έτσι, το Σύστημα Υγείας οποιασδήποτε κοινωνίας είναι εκείνος ο κοινωνικός μηχανισμός που έχει προκύψει για να αντιμετωπίσει προβλήματα που συχνά αναφέρονται ως τα πέντε D:<sup>16</sup>

1. Death (θάνατος)
2. Disease (ασθένεια)
3. Disability (αναπηρία)
4. Discomfort (δυσφορία)
5. Dissatisfaction (δυσαρέσκεια)

Στον σημερινό κόσμο που χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερη περιπλοκότητα, είναι δύσκολο να πούμε ακριβώς τι είναι ένα σύστημα υγείας, από τι αποτελείται και πού αρχίζει και πού τελειώνει. Ένας απλός ορισμός του Συστήματος Υγείας, είναι:

**Σύστημα υγείας είναι το σύνολο των υγειονομικών μονάδων, οι οποίες βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και λειτουργική αλληλεξάρτηση με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού.**

Εάν θέλαμε να δώσουμε έναν πιο ολοκληρωμένο ορισμό για το Σύστημα Υγείας, σύμφωνα με τον ΠΟΥ:

Ένα Σύστημα Υγείας αποτελείται από όλους εκείνους τους οργανισμούς, τα ιδρύματα, τους πόρους και τους ανθρώπους των οποίων ο πρωταρχικός σκοπός είναι να βελτιώσουν την υγεία. Αυτό περιλαμβάνει τόσο προσπάθειες για να επηρεαστούν οι καθοριστικοί παράγοντες της υγείας, όσο και άμεσες δραστηριότητες βελτίωσης της υγείας γενικότερα. Το σύστημα υγείας παρέχει προληπτικές, θεραπευτικές και επανορθωτικές παρεμβάσεις μέσω ενός συνδυασμού δράσεων δημόσιας υγείας από κρατικούς και μη φορείς.<sup>17</sup>

Το Σύστημα Υγείας είναι κάτι πολύ ευρύτερο του συστήματος ιατρικής περίθαλψης. Περιλαμβάνει όχι μόνο τη συμβατική ιατρική περίθαλψη, αλλά και υπηρεσίες που έχουν σχέση με πρόληψη και υγειονομική διαπαιδαγώγηση, με οικογενειακό προγραμματισμό και διατροφή, με υπηρεσίες στέγης, ύδρευσης και αποχέτευσης, υγιεινής της κατοικίας και εργασίας κ.ά. Κι αυτό γιατί η υγεία επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες και η ασθένεια αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά μόνο με διατομεακή συνεργασία. Άρα, η ιατρική περίθαλψη αποτελεί υποσύστημα του ευρύτερου συστήματος υγείας.

<sup>14</sup> Ένα σύστημα υγείας είναι «εκ γενετής» πολύπλοκο, αφού:

- εμπεριέχει πολλά και διαφοροποιημένα στοιχεία
- υπάρχουν πολλές και έντονες διασυνδέσεις μεταξύ των στοιχείων τους
- έχει πολλά επίπεδα που συνήθως είναι ιεραρχημένα
- τα στοιχεία συμπεριφέρονται με ποικίλους βαθμούς ελευθερίας
- κάποια στοιχεία τους αλλάζουν γρήγορα και κάποια άλλα αργά.<sup>18</sup>

Ένα λειτουργικό Σύστημα Υγείας ανταποκρίνεται επαρκώς και με ισορροπημένο τρόπο στις ανάγκες του πληθυσμού, μέσω:<sup>19</sup>

1. Βελτίωσης της κατάστασης της υγείας των ατόμων, των οικογενειών αλλά και των κοινοτήτων,

2. Πρόληψης από κινδύνους που μπορούν να απειλήσουν την υγεία του πληθυσμού
3. Προστασίας των ανθρώπων από τις οικονομικές συνέπειες της κακής υγείας
4. Παροχής ισότιμης πρόσβασης στην ανθρωποκεντρική φροντίδα
5. Συμμετοχής των ανθρώπων σε αποφάσεις που επηρεάζουν την υγεία τους και το Σύστημα Υγείας

Ουσιαστικά, υπάρχουν τρεις ευθύνες στην υγειονομική περίθαλψη: πρώτον, η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας μέσω φορολογίας, εισφορών κοινωνικής ασφάλισης ή ιδιωτικών μέσων. Δεύτερον, η παροχή υγειονομικής περίθαλψης που μπορεί να πραγματοποιηθεί σε κρατικές εγκαταστάσεις αντίστοιχα από κρατικούς φορείς, σε κοινωνικές εγκαταστάσεις ή σε ιδιωτικές κερδοσκοπικές εγκαταστάσεις από ιδιωτικούς φορείς. Και τρίτον, η ρύθμιση από αυτούς τους φορείς των διαφόρων πτυχών χρηματοδότησης και παροχής. Συνολικά, η χρηματοδότηση, η παροχή υπηρεσιών και η ρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης είναι βασικές διαστάσεις κατά τις οποίες διαφορετικές ομάδες παραγόντων μπορούν να επιδείξουν πολυάριθμους ρόλους.<sup>20</sup> Επειδή αυτοί οι στόχοι δεν επιτυγχάνονται πάντα, η δημόσια δυσαρέσκεια με τον τρόπο λειτουργίας ή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας είναι ευρέως διαδεδομένη, με αναφορές για λάθη, καθυστερήσεις, αγένεια, εχθρότητα και αδιαφορία εκ μέρους των εργαζομένων στον τομέα της υγείας και άρνηση περίθαλψης ή έκθεση σε καταστροφικά οικονομικά κινδύνους από τους ασφαλιστές και τις κυβερνήσεις, σε μεγάλη κλίμακα. WHO 2000

Μια διάκριση των συστημάτων ανάλογα κυρίως με τον τρόπο χρηματοδότησης και δευτερευόντως του τρόπου παραγωγής και παροχής των υπηρεσιών τους, είναι η ακόλουθη:<sup>20</sup>

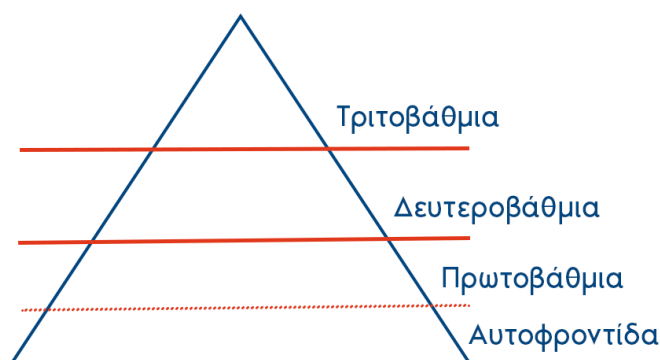
1. Κρατικό Σύστημα ή Εθνικό Σύστημα Υγείας (μοντέλο Beveridge), όπου καλύπτει όλο τον πληθυσμό ανεξαιρέτως και χρηματοδοτείται από τον προϋπολογισμό τους κράτους, με τα έσοδα να προκύπτουν από την άμεση και την έμμεση φορολογία
2. Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης (μοντέλο Bismarck), όπου υπάρχουν πολλά και διαφορετικά ασφαλιστικά ταμεία κατ' αντιστοιχία των επαγγελματικών ή κοινωνικών ομάδων. Το Σύστημα χρηματοδοτείται μέσω εισφορών των εργαζομένων και των εργοδοτών.
3. Ιδιωτικό Σύστημα, το οποίο χρηματοδοτείται από ιδιωτικές δαπάνες.

Πρακτικά όμως, στα σημερινά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης τα στοιχεία «κρατικό», «κοινωνικό» και «ιδιωτικό» τείνουν να συνυπάρχουν.<sup>21</sup>



Η παροχή υπηρεσιών διακρίνεται σε επίπεδα, που μπορούμε να θεωρήσουμε ότι σχηματίζουν μια πυραμидική δομή. Τα επίπεδα αυτά είναι η **πρωτοβάθμια**, η **δευτεροβάθμια** και η **τριτοβάθμια** φροντίδα υγείας.

Με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας θα ασχοληθούμε εκτενώς παρακάτω. Μπορούμε όμως να πούμε ότι με τον όρο πρωτοβάθμια φροντίδα νοούμε το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με τις υπηρεσίες υγείας. Είναι η λεγόμενη εξωνοσοκομειακή ή ανοικτή περίθαλψη και περιλαμβάνει τις υπηρεσίες εκείνες, οι οποίες παρέχονται σε ασθενείς που δεν είναι απαραίτητο να εισαχθούν και νοσηλευθούν στο νοσοκομείο προκειμένου να διαγνωστεί και θεραπευτεί το πρόβλημα υγείας τους. Με τη σειρά της, η δευτεροβάθμια φροντίδα περιλαμβάνει την περίθαλψη του ατόμου σε νοσοκομεία για την αντιμετώπιση συνηθισμένων ιατρικών προβλημάτων, ενώ η τριτοβάθμια φροντίδα αναφέρεται σε σημαντικότερα ιατρικά προβλήματα που απαιτούν υψηλό επίπεδο κατάρτισης. Στο δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο εντάσσονται οι υπηρεσίες που αφορούν στη νοσοκομειακή ή κλειστή περίθαλψη, η οποία παρέχεται στα νοσοκομεία. <sup>22,23</sup>



Σχήμα 2: Επίπεδα περίθαλψης<sup>24</sup>

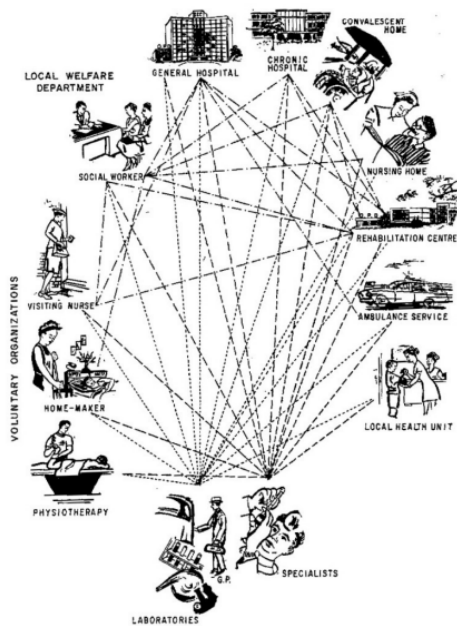
Η πυραμίδα αυτή εν πολλοίς οφείλεται στη δημοσίευση για την «Οικολογία της ιατρικής φροντίδας» των White, Williams και Greenberg του Πανεπιστημίου της Βόρειας Καρολίνας το 1961, που έπαιξε καθοριστικό ρόλο στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. <sup>25</sup>

Κάθε επίπεδο είναι απαραίτητο για την καθολική κάλυψη υγείας, καθώς ενσωματώνει το πλήρες φάσμα των βασικών υπηρεσιών υγείας που απαιτούνται καθ' όλη τη διάρκεια ζωής μιας κοινότητας, από την πρόληψη υγείας, τη θεραπεία, τον έλεγχο χρόνιων ασθενειών, την αποκατάσταση και την παρηγορητική φροντίδα. <sup>26</sup> Τα επίπεδα περίθαλψης αντιπροσωπεύουν τους αυξανόμενους βαθμούς εξειδίκευσης και τεχνικής πολυπλοκότητας, παρέχοντας παράλληλα ένα αριθμητικό φίλτρο, υπό την έννοια ότι μόνο εκείνοι οι ασθενείς που χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή είτε για διάγνωση είτε

για θεραπεία θα πρέπει να φτάσουν στη δεύτερη (συμβουλευτική) ή στην τρίτη (εξειδικευμένη θεραπεία) βαθμίδα όπου το κόστος ανά υπηρεσία γίνεται ολοένα και υψηλότερο. <sup>23</sup>

Ίσως το πιο σημαντικό είναι ότι αυτός ο διαχωρισμός διασφαλίζει την αποτελεσματική και αποδοτική παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στα άτομα και τις κοινωνίες, καθώς θεωρητικά τουλάχιστον, υπάρχει μια διαφοροποίηση στο ποιος κάνει τι. Και πάλι, υπάρχει συνεργασία μεταξύ των επιπέδων αυτών, ώστε να παρέχεται ένα πλήρες και συνεκτικό πλαίσιο παροχής υπηρεσιών.

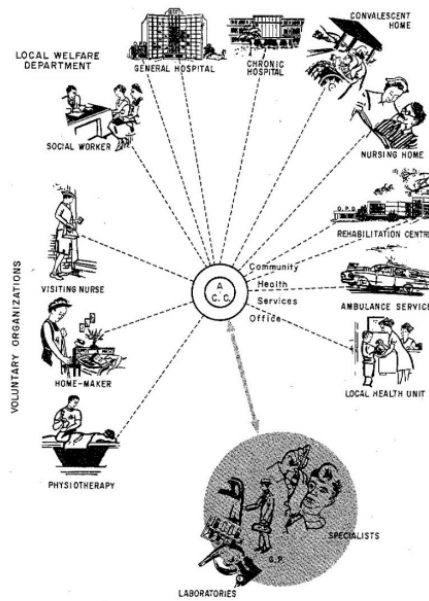
Fig. 2. Inter-agency lines of communication before . . . .



Shift of emphasis from hospital to community care and stress on outreach in primary care require the primary physician or team to maintain effective liaison with many community agencies, only some of which are shown here. The bewildering network of communications is difficult to maintain, particularly for the physician.

Σχήμα 3: Πριν ανάπτυξη της ΠΦΥ

Fig. 3. . . . And after



Where there exists a multiplicity of agencies, many under different auspices, the function of maintaining the necessary communications could be assigned to one central agency to which the physician or members of his team could refer patients, just as they are now referred to a hospital that coordinates all available services within it.

Σχήμα 4: Μετά την ανάπτυξη της ΠΦΥ

Τα συστήματα υγείας έχουν διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής που σημειώθηκε κατά τον 20ό αιώνα. Έχουν συμβάλει πάρα πολύ στην καλύτερη υγεία και έχουν επηρεάσει τη ζωή και την ευημερία δισεκατομμυρίων ανδρών, γυναικών και παιδιών σε όλο τον κόσμο. Ο ρόλος τους γίνεται όλο και πιο σημαντικός.

## Κεφάλαιο 3: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

*«Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δεν είναι το σημείο εισόδου  
στο σύστημα υγείας, αλλά το κέντρο.  
Και στο κέντρο του κέντρου είναι οι άνθρωποι»  
Dr. Isabella De Ferrari*

### 1. Γενικά για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη αποτελεί ίσως την πιο παλαιά μορφή ιατρικής φροντίδας. Δείγματά της υπάρχουν ήδη από το 3000 π.Χ., όπου στην Ινδία αναφέρονται σε οργανωμένα προγράμματα δημόσιας και ατομικής υγιεινής, Στην Αρχαία Ελλάδα, καθιερώνεται ο θεσμός του «δημοσιεύοντος ιατρού», ο οποίος παρέχει δωρεάν τις υπηρεσίες του στους πολίτες έναντι πάγιας αντιμισθίας.<sup>27</sup>

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το 1920, το νεο-ιδρυθέν Υπουργείο Υγείας δημοσίευσε την «Ενδιάμεση έκθεση για τη μελλοντική παροχή ιατρικών και συναφών υπηρεσιών», η οποία έγινε γνωστή ως «Έκθεση Dawson», από το όνομα του προέδρου της επιτροπής, Λόρδου Bertrand Dawson. Η Έκθεση πρότεινε τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος υπηρεσιών υγείας ανά περιοχή, και περιλάμβανε πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια κέντρα υγείας, καθώς και πανεπιστημιακά νοσοκομεία, σανατόρια, κέντρα ανάρρωσης, νοσοκομεία ψυχικών παθήσεων κ.λπ. Στις 30 σελίδες της Έκθεσης περιλαμβάνονται, εκτός από την περιγραφή των υπηρεσιών, δύο χάρτες με την κατανομή των δομών σε συγκεκριμένες περιοχές και αρχιτεκτονικά σχέδια για τρεις τύπους πρωτοβάθμιων κέντρων υγείας. Ωστόσο, η έκθεση αυτή δεν εφαρμόστηκε.<sup>25</sup>

Λίγο αργότερα, εισήχθη ο όρος «Προσανατολισμένη στην Κοινότητα Πρωτοβάθμια Φροντίδα» (Community Oriented Primary Care, COPC) που αποτελεί τον συγκερασμό δύο πεδίων: της ΠΦΥ και της δημόσιας υγείας. Ένα κεντρικό δόγμα της είναι ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα πρέπει να έχει τις ρίζες του στις κοινότητες, από τις κοινότητες και για τις κοινότητες.<sup>28</sup> Πατέρας της θεωρείται ο ο Will Pickles, ιατρός της Γενικής Ιατρικής, ο οποίος στα 7 χωριά που είχε υπό την εποπτεία του χρησιμοποίησε επιδημιολογικές τεχνικές για να βελτιώσει την πρακτική του στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.<sup>28</sup> Ωστόσο, το εγχείρημα της COPC άρχισε ουσιαστικά να παίρνει σάρκα και οστά στην περιοχή Pholela, μια επαρχία της Nadal της Νότιας Αφρικής, όπου υπήρχε υψηλή νοσηρότητα των μαύρων κατοίκων της περιοχής. Έτσι, το 1940, δύο νέοι ιατροί, οι Sidney και Emily Kark, προκειμένου να αντιμετωπίσουν την υψηλή αυτή νοσηρότητα, εφάρμοσαν ένα πρόγραμμα καταγραφής και παρέμβασης για την πρόληψη και τη θεραπεία των ασθενών, με την ενεργό συμμετοχή της

κοινότητας. Τα αποτελέσματα του προγράμματος ήταν εντυπωσιακά, με μείωση την θνητότητας, ενώ επεκτάθηκε και σε άλλες πόλεις. Το εγχείρημα όμως εγκαταλείφθηκε λόγω του Απαρτχάιντ.<sup>28</sup> Όμως το project της Pholela ήταν η βάση της δημιουργίας των πρώτων κοινοτικών κέντρων υγείας στις ΗΠΑ από τους Δρ. Geiger και Δρ. Count Gibson. Ο ιατρός Jack Geiger, ήταν ακτιβιστής και ένθερμος υποστηρικτής της «κοινωνικής ιατρικής», της ιδέας δηλαδή ότι οι γιατροί πρέπει να χρησιμοποιούν την τεχνογνωσία και την ηθική τους όχι μόνο για να θεραπεύσουν ασθένειες αλλά και για να αλλάξουν τις συνθήκες που κάνουν τους ανθρώπους να αρρωσταίνουν, όπως φτώχεια, πείνα, διακρίσεις, ανεργία και έλλειψη εκπαίδευσης. Στα κοινοτικά κέντρα υγείας παρείχαν υγειονομική περίθαλψη αλλά και τρόφιμα, εγκαταστάσεις υγιεινής, εκπαίδευση, θέσεις εργασίας και κοινωνικές υπηρεσίες. Τα κέντρα αυτά ενέπνευσαν, αργότερα, τη δημιουργία ενός εθνικού δικτύου κλινικών.<sup>29</sup>

Ωστόσο όλα αυτά ήταν απλώς σκόρπιες προσπάθειες. Μέχρι τα μέσα του 20<sup>ου</sup> αιώνα, οι υπηρεσίες υγείας στα δυτικά βιομηχανικά κράτη αναπτύσσονταν με γνώμονα τη θεραπευτική πτυχή τους, περιοριζόμενες στις υπηρεσίες υγείας στα νοσοκομεία, την ιατρική πρακτική και τα φαρμακεία, με την πρόληψη να έχει σχετικά μικρή αξία. Η μονόπλευρη, νοσοκομειοκεντρική αυτή προσέγγιση, από την άλλη πλευρά, δεν μπορούσε εύκολα να εφαρμοστεί στις αναπτυσσόμενες χώρες. Έρευνες μάλιστα είχαν δείξει ότι περίπου το 80% όλων των ασθενειών στις χώρες αυτές ήταν ασθένειες που μπορούσαν να προληφθούν, π.χ. διάρροια, φλεγμονές των πνευμόνων, φυματίωση, ελονοσία<sup>30</sup> Βέβαια, και στις δε ανεπτυγμένες χώρες υπήρχε προβληματισμός. Ιδίως μετά την πετρελαϊκή κρίση και τη γενικότερη οικονομική κρίση που ακολούθησε, παρατηρούνταν ότι ενώ τα κράτη δαπανούσαν πολλά χρήματα στην υγεία, εντούτοις η βελτίωση της υγείας των ατόμων ήταν οριακή, ενώ οι ανισότητες παρέμεναν. Έτσι, τη δεκαετία του '70, ο Οργανισμός για την Οικονομική Συνεργασία & Ανάπτυξη (ΟΟΣΑ) σύστηνε στα κράτη-μέλη να λάβουν μέτρα για «τη συγκράτηση του κόστους του υγειονομικού τομέα». Ταυτόχρονα, οι απαιτήσεις και οι προσδοκίες των πολιτών αυξάνονταν, χωρίς πάντα να βρίσκουν ανταπόκριση. Όλα αυτά οδήγησαν στο πρώτο συνέδριο του ΠΟΥ για την υγεία στην Άλμα Άτα/Καζακσταν (στην πρώην Σοβιετική Ένωση) το 1978, όπου αναπτύχθηκε μια **πολιτική της υγείας** ως απάντηση στα προβλήματα που παρουσιάζονταν στις αναπτυγμένες αλλά και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Το όραμα του συνεδρίου ήταν «**Υγεία για όλους μέχρι το έτος 2000**».

Όπως αναφέρεται στο κείμενο της Διακήρυξης της Άλμα Άτα, «ένας από τους κύριους κοινωνικούς στόχους κυβερνήσεων, διεθνών οργανισμών και ολόκληρης της παγκόσμιας κοινότητας, στις ερχόμενες δεκαετίες, πρέπει να είναι η επίτευξη μέχρι το έτος 2000 ενός επιπέδου Υγείας για Όλους τους ανθρώπους παγκόσμια, που θα τους επιτρέπει να διάγουν έναν κοινωνικά και

οικονομικά παραγωγικό βίο. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί το κλειδί για την επίτευξη αυτού του στόχου ως μέρος μιας ανάπτυξης στο πνεύμα της κοινωνικής δικαιοσύνης». <sup>31</sup>



Εικόνα 1: Διακήρυξη Alma-Ata<sup>31</sup>

Στη Διακήρυξη αυτή γίνεται η πρώτη θεμελιώδης οριοθέτηση τόσο της έννοιας όσο και της σημασίας της ΠΦΥ, αλλά και του αδιαπραγμάτευτου δικαιώματος της υγείας για τους ανθρώπους παγκοσμίως. <sup>32</sup>

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι βασική υγειονομική περίθαλψη που βασίζεται σε πρακτικές, επιστημονικά ορθές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία. Είναι καθολικά προσβάσιμη σε άτομα και οικογένειες στην κοινότητα μέσω της πλήρους συμμετοχής τους και με κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να αντέξουν οικονομικά να διατηρήσουν σε κάθε στάδιο την ανάπτυξή τους, διατηρώντας το πνεύμα της αυτοδυναμίας και της αυτοδιάθεσης. Αποτελεί αναπόσπαστο μέρος τόσο του συστήματος υγείας της χώρας, του οποίου είναι η κεντρική λειτουργία και κύριος στόχος, όσο και της συνολικής κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Είναι το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας με το εθνικό σύστημα υγείας, φέρνοντας την υγειονομική περίθαλψη όσο το δυνατόν πιο κοντά στον τόπο διαμονής και εργασίας των ανθρώπων και αποτελεί το πρώτο στοιχείο μιας συνεχούς διαδικασίας υγειονομικής περίθαλψης. <sup>3</sup>

Μέσω της διακήρυξης, σηματοδοτήθηκε η δέσμευση των 134 συμμετεχόντων εθνών. Τα συστήματα υγείας των κρατών επιστρατεύτηκαν θεωρητικά στην εφαρμογή των θεμελιωδών αρχών της ΠΦΥ (πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση, χάραξη οργανωμένης πολιτικής των υπηρεσιών υγείας, ενεργό

συμμετοχή της κοινότητας στις λήψεις αποφάσεων για την υγεία), προβάλλοντάς την ως τον ακρογωνιαίο λίθο στην επίτευξη της βελτίωσης της υγείας των λαών και του δικαιώματος αυτής, μέσα από την συντονισμένη διατομεακή δράση και την πολιτική τους δέσμευση.<sup>32</sup>

Με βάση τον ορισμό του ΠΟΥ για την ΠΦΥ, δημιουργείται μια νέα φιλοσοφία, η οποία στηρίζεται στην ολιστική προσέγγιση της υγείας, σε αντίθεση με την έως τότε μηχανιστική προσέγγισή της. Δηλαδή, η πρακτική της πρωτοβάθμιας περίθαλψης ξεφεύγει από τη διάγνωση και τη θεραπεία ασθενειών και επικεντρώνεται περισσότερο στην υποστήριξη της υγείας, της ευεξίας και της αποτελεσματικής διαχείρισης χρόνιων παθήσεων. Παρατηρείται μια μετατόπιση από την πρωτοβάθμια περίθαλψη στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.<sup>33</sup>

Στο σημείο αυτό να θυμηθούμε ότι η έννοια της φροντίδας υγείας, όπως αναλύθηκε παραπάνω, είναι ευρύτερη από την έννοια της περίθαλψης. Αντίστοιχα, η ΠΦΥ περιλαμβάνει ευρύτερες έννοιες που σχετίζονται με την πολιτική υγείας και την πρόληψη και απευθύνεται και σε υγιή πληθυσμό. Αντίθετα, η πρωτοβάθμια περίθαλψη αποτελεί ένα υποσύνολο της ΠΦΥ και σχετίζεται με τη θεραπεία και αποκατάσταση ασθενών, η οποία γίνεται εξωνοσοκομειακά.<sup>34,35</sup>

Στον ορισμό που δόθηκε στη Διακήρυξη της Άλμα-Άτα, ιδιαίτερη σημασία έχει ο όρος «βασική υγειονομική περίθαλψη». Αυτή βασίζεται σε 8 στοιχεία, τα όποια είναι:<sup>36</sup>

1. Η αγωγή υγείας, η γνώση δηλαδή γύρω από επικρατούντα προβλήματα υγείας και τις μεθόδους πρόληψης και ελέγχου τους,
2. Η επάρκεια σε τροφή και η σωστή διατροφή
3. Η παροχή επαρκούς και ασφαλούς νερού και απολύμανσης
4. Η υγειονομική περίθαλψη μητέρας και παιδιού
5. Η ανοσοποίηση
6. Η πρόληψη και ο έλεγχος τοπικά ενδημικών ασθενειών
7. Η κατάλληλη θεραπεία κοινών ασθενειών και τραυματισμών
8. Η παροχή βασικών φαρμάκων

Ορισμένες αρχές στις οποίες βασίζεται η ΠΦΥ είναι:<sup>20</sup>

1. Η προσβασιμότητα, δηλαδή να μην υπάρχουν εμπόδια στη χρήση των υπηρεσιών
2. Η συνέχεια, υπό την έννοια του να μην παρέχεται αποσπασματικά αλλά μέσα από ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο με συνέχεια και συνέπεια

3. Η αποδοχή. Να μην δημιουργούνται αντιδράσεις στον πληθυσμό και να συνάδει με τα ήθη, τα έθιμα και τις προσδοκίες των πολιτών
4. Η διαθεσιμότητα, όλο το 24ωρο
5. Η ολότητα, η οποία ουσιαστικά αφορά την επέκταση της ΠΦΥ στην πρόληψη και τη φροντίδα, πέρα από τη διάγνωση.

Σύμφωνα δε με τη Χάρτα του 1994 για την Άσκηση Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής στην Ευρώπη, η ΠΦΥ πρέπει να έχει 11 γνωρίσματα: <sup>37</sup>

1. Γενική: δεν υπάρχουν περιορισμοί ηλικιακοί, φύλου κλπ
2. Προσβάσιμη: χρονικά, γεωγραφικά, οικονομικά, κοινωνικά
3. Ολοκληρωμένη: με θεραπείες που καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα θεραπειών αποκατάστασης, πρόληψης και προαγωγής υγείας
4. Συνεχής: σε όλη τη διάρκεια ζωής ενός ατόμου
5. Ομαδική: απαιτεί τη συνεργασία διάφορων επαγγελματιών υγείας
6. Ολιστική: λαμβάνει υπόψη την υγεία στο όλον της, σωματική, ψυχική και κοινωνική
7. Ατομοκεντρική: εστιάζεται στο άτομο και όχι στην αρρώστια
8. Προσανατολισμένη στην οικογένεια: εστιάζει στις δράσεις στο οικογενειακό περιβάλλον
9. Συντονισμένη: μεταξύ των διαφόρων υπηρεσιών και επιπέδων περίθαλψης
10. Εμπιστευτική: ιατρικό απόρρητο και δικαιώματα του ασθενή
11. Υποστηρικτική: στηρίζει και συμβουλεύει τον ασθενή

Η Δρ Barbara Starfield, διακεκριμένη μελετήτρια και ερευνήτρια της ΠΦΥ, αντιλήφθηκε τον ζωτικό ρόλο και την αξία της πρωτοβάθμιας περίθαλψης ως 4 C: <sup>38</sup>

1. Contact (πρώτη επαφή)
2. Continuity (συνέχεια)
3. Comprehensiveness (περιεκτικότητα)
4. Coordination of Care (συντονισμός της περίθαλψης)

Συνοπτικά, η λειτουργική αποστολή των μονάδων και υπηρεσιών πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας είναι: <sup>39</sup>

1. Η διάγνωση και θεραπεία κοινών νοσημάτων και τραυματισμών
2. Η παραπομπή σε γιατρούς άλλων ειδικοτήτων
3. Η αποθεραπεία ασθενών μετά την έξοδο από το νοσοκομείο
4. Η «βραχεία νοσηλεία » για διαγνωστικούς ή θεραπευτικούς λόγους
5. Η οδοντιατρική φροντίδα
6. Η ανάπτυξη προληπτικών προγραμμάτων και δραστηριοτήτων, όπως:

- διενέργεια εμβολιασμών
- προσυμπτωματικός έλεγχος
- πρόληψη και καταπολέμηση τοπικών ή χρόνιων νοσημάτων
- προσχολική και σχολική υγιεινή
- παρακολούθηση εγκύων και η προετοιμασία του τοκετού
- παροχή συμβουλών
- υγιεινή της εργασίας
- αγωγή υγείας.

7. Να αναπτύσσουν προγράμματα που έχουν σκοπό την κοινωνική και ψυχολογική φροντίδα.

Σύμφωνα με τη Διακήρυξη της Άλμα-Άτα, βασικοί θεσμοί παροχής των υπηρεσιών της ΠΦΥ είναι το κέντρο υγείας και ο γενικός ή οικογενειακός ιατρός.<sup>20</sup> Στην παροχή των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης συμμετέχουν και άλλοι επαγγελματίες υγείας, όπως οδοντίατροι, φυσιοθεραπευτές, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, κοινωνικοί λειτουργοί και ψυχολόγοι. Οι υπηρεσίες μπορούν να προσφερθούν στα ιδιωτικά ιατρεία, σε κέντρα υγείας, πολυϊατρεία και πολυκλινικές, στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων ή σε όποια άλλη δομή έχει σχεδιαστεί για ενταχθεί στο σύστημα της ΠΦΥ.<sup>7</sup>

Οι όροι «Γενικός Ιατρός» και «Οικογενειακός Ιατρός» πλέον τείνουν να γίνουν ταυτόσημοι, παρόλο που ο πρώτος αφορά την ιατρική εξειδίκευση και ο δεύτερος τον τρόπο άσκησης του ιατρικού έργου.<sup>39</sup> Η ονοματολογία της ειδικότητας στο Ηνωμένο Βασίλειο ήταν και παραμένει «Γενική Ιατρική» (general practice). Όμως, πολλές χώρες που ανέπτυξαν την ειδικότητα μετά τη δεκαετία του 1980 υιοθέτησαν την ονομασία της «Οικογενειακής Ιατρικής» (family medicine), ώστε να υπάρχει διαχωρισμός από τους ιατρούς χωρίς ειδικότητα. Προέκυψε, τελικά η σύνθετη ονομασία της «Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής», η οποία χρησιμοποιείται από τον επιστημονικό φορέα της ειδικότητας στην Ευρώπη, γνωστό ως «WONCA Europe».<sup>25</sup> Ως οικογενειακοί γιατροί έχουν χρησιμοποιηθεί, ανάλογα με τη φιλοσοφία των συστημάτων υγείας, γιατροί χωρίς ειδικότητα, γενικοί γιατροί, παθολόγοι, παιδίατροι, γυναικολόγοι, κλπ.<sup>8,39</sup>

**Γενική/οικογενειακή ιατρική είναι η ιατρική ειδικότητα που διαχειρίζεται κοινές και μακροχρόνιες ασθένειες των ατόμων και των οικογενειών τους, εστιάζοντας στη συνολική υγεία και ευεξία. Οι γενικοί/ οικογενειακοί ιατροί βρίσκονται στην πρώτη γραμμή της ΠΦΥ.**<sup>40</sup>

Όπως αναφέρεται και στον ορισμό, η ΠΦΥ αποτελεί την πρώτη και κύρια είσοδο του ασθενή στο σύστημα υγείας. Ως τέτοια λοιπόν, επιτρέπει τον



έλεγχο ροής των ασθενών, λειτουργώντας ως «φύλακας» (*gatekeeping*). Η πρακτική αυτή συμβάλλει στη μείωση της χρήσης κλινικών ειδικοτήτων και τμημάτων επειγόντων περιστατικών και κατά συνέπεια στη μείωση της άσκοπης δαπάνης.<sup>41</sup> Σήμερα ωστόσο, οι φραγμοί ως προς την πρόσβαση σε νοσοκομειακή περίθαλψη εξασθενούν, μετατοπίζοντας την ευθύνη των ιατρών της ΠΦΥ από τον έλεγχο των πυλών σε καθοδήγηση ως προς την πρόσβαση (*gateadvising*) ή ακόμα και τη διευκόλυνση εισόδου (*gateopening*).<sup>20</sup>

Επομένως, ο ρόλος της ΠΦΥ και του γενικού ιατρού θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι:

1. Παροχή αναγκαίων υπηρεσιών σε πρώτο βαθμό, «προστατεύοντας» το σύστημα από άσκοπες δαπάνες
2. Διαμόρφωση του προφίλ περίθαλψης του ασθενούς και διαχείριση, μέσω του παραπεμπτικού, τη ροή των ασθενών στις επόμενες βαθμίδες περίθαλψης.<sup>20</sup>

Σύμφωνα με μια μελέτη της Barbara Starfield, υπολογίζεται ότι το 75% του πληθυσμού θα παρουσιάσει τουλάχιστον ένα πρόβλημα υγείας τον μήνα, με μόνο το 1/3 αυτών να προσφεύγει στην ΠΦΥ. Στην ίδια μελέτη αναφέρεται επίσης ότι το 80% των ασθενών που προσέρχονται στο σύστημα υγείας θα μπορούσαν να είχαν αντιμετωπιστεί από τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες.<sup>42</sup> Καταλαβαίνουμε, λοιπόν, ότι είναι πολύ σημαντικό για μια χώρα να αναπτύξει ένα ισχυρό σύστημα ΠΦΥ, παράλληλα όμως πρέπει να εμφυσήσει στον πληθυσμό την κουλτούρα της χρήσης των υπηρεσιών αυτών.

Ο Fry διακρίνει 3 επίπεδα, ανάλογα με το πόσο «ισχυρή» είναι η ΠΦΥ. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τα επίπεδα αυτά είναι οι παραδόσεις και η ιστορία κάθε χώρας, οι ανάγκες και οι προσδοκίες των πολιτών αλλά και η πολιτική δύναμη των επαγγελματιών υγείας. Έτσι, έχουμε:<sup>8</sup>

- Υψηλό, σε χώρες όπως η Δανία, η Ολλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και ο Καναδάς
- Μεσαίο, στη Σουηδία, το Χονγκ Κονγκ, τη Σιγκαπούρη, τη Γαλλία και τη Γερμανία
- Χαμηλό, στις ΗΠΑ και την Ιαπωνία.

Παρακάτω θα μελετήσουμε το σύστημα ΠΦΥ 3 χωρών: του Ηνωμένου Βασιλείου, της Σουηδίας και των ΗΠΑ.

## 2. Το μοντέλο ΠΦΥ του Ηνωμένου Βασιλείου

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (NHS) ιδρύθηκε το 1948 και ήταν το πρώτο Εθνικό Σύστημα που παρείχε δωρεάν και καθολική κάλυψη, με τη χρηματοδότησή του να προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό (μοντέλο Beveridge).<sup>43</sup> Παραμένει ακόμα και σήμερα ένα μοντέλο-υπόδειγμα, με τους Βρετανούς να το εμπιστεύονται. Τα βασικά χαρακτηριστικά της ΠΦΥ θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι σταθερά από τότε. <sup>44</sup>

Η ΠΦΥ αποτελεί κεντρικό πυλώνα του NHS, η οποία έχει 3 στόχους: <sup>45</sup>

1. Λειτουργεί ως το πρώτο σημείο επαφής για τους ασθενείς
2. Παρέχει συνεχή πρόσβαση
3. Λειτουργεί ως φύλακας σε πιο εξειδικευμένη φροντίδα.

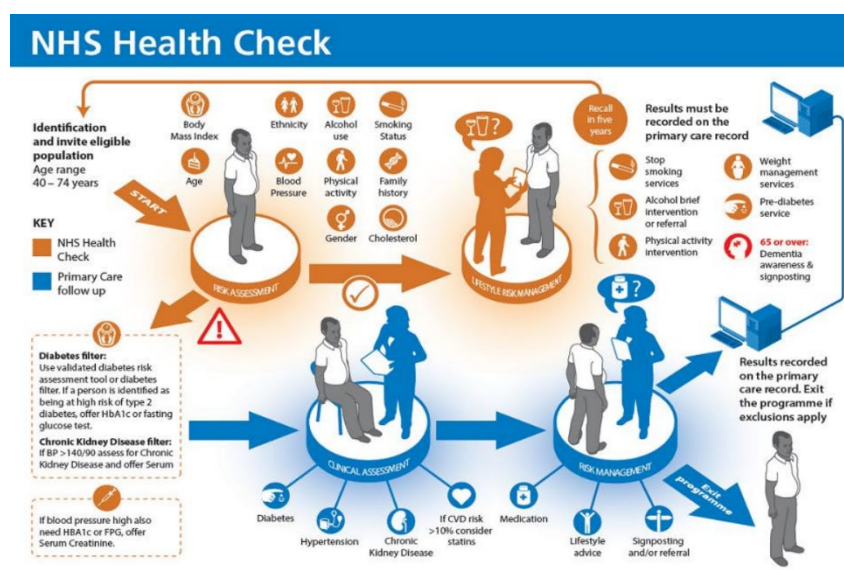
Την ευθύνη για τον συντονισμό της ΠΦΥ την έχουν οι Οργανισμοί Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (Primary Care Trusts, PCTs). Οι οργανισμοί αυτοί συντονίζουν και διασφαλίζουν την φροντίδα υγείας κάνοντας συμβάσεις με παρόχους, ενώ ο αριθμός τους σε κάθε περιοχή εξαρτάται από το μέγεθος του πληθυσμού. Στα PCTs κατευθύνεται το 80% του προϋπολογισμού υγείας από το Υπουργείο Υγείας και αυτά έπειτα αγοράζουν υπηρεσίες από παρόχους. Η αμοιβή των επαγγελματιών υγείας προκύπτει από ένα σύνολο παραμέτρων, μεταξύ των οποίων το δημογραφικό προφίλ του πληθυσμού που εξυπηρετούν, το πόσοι ασθενείς είναι εγγεγραμμένοι σε αυτούς, τα κοινωνικά στρώματα στην περιοχή, καθώς και η επιθυμία του ίδιου του γιατρού να εργάζεται νυκτερινή ώρα ή όχι, όπου σε αυτή την περίπτωση πληρώνονται με σύστημα αμοιβής κατά πράξη. Αξίζει ακόμα να σημειωθεί ότι παίρνουν κάποιο πριμ εάν επιτύχουν κάποιους συγκεκριμένους στόχους υγείας. <sup>46</sup>

Η ΠΦΥ παρέχεται κυρίως από του Γενικούς Ιατρούς (General Practitioners, GPs) οι οποίοι αποτελούν την πρώτη επαφή του ασθενούς με το σύστημα και έχουν παράλληλα και τον ρόλο του ελέγχου των πυλών (gatekeepers) προς άλλες, εξειδικευμένες υπηρεσίες ή γιατρούς σε νοσοκομεία. Η εξειδικευμένη φροντίδα διαχωρίζεται αυστηρά από την πρωτοβάθμια: οι «ειδικοί» εργάζονται σε μεγάλο βαθμό σε νοσοκομεία, όπου παρέχουν ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, βλέπουν νέους ασθενείς και παρακολουθούν ασθενείς στις κλινικές, ενώ οι γενικοί ιατροί ενεργούν ως φύλακες στους ειδικούς με ορισμένες μικρές εξαιρέσεις. <sup>44</sup>

Όπως αναφέρθηκε, οι γενικοί γιατροί δεν είναι μισθωτοί υπάλληλοι, αλλά ανεξάρτητοι επαγγελματίες, συμβεβλημένοι με τα PCTs. Μπορούν να εργάζονται είτε στα ιδιωτικά τους ιατρεία είτε σε ιδιωτικά ομαδικά ιατρεία (Group Practices), όπου συστεγάζεται μια ομάδα ιατρών μαζί με νοσηλευτές, διοικητικό προσωπικό, ακόμα και διοικητή. <sup>46</sup>

Η επιλογή του γενικού ιατρού από τον πληθυσμό γίνεται πολύ εύκολα, με ένα κλικ στη σελίδα <https://www.nhs.uk/service-search/find-a-GP>, εισάγοντας την πόλη και τον ταχυδρομικό κώδικα στον οποίο κατοικεί. Έπειτα, όλες οι κλινικές έχουν ψηφιακές και on-line οδηγίες με πληροφορίες για τις ώρες λειτουργίας, τα ραντεβού, τους γιατρούς και τους τρόπους επικοινωνίας, έτσι ώστε να μην υπάρχει αναμονή στα νοσοκομεία. Πάντως, για να πάει κάποιος ασθενής σε νοσοκομείο, πρέπει πρώτα να επισκεφθεί τον γενικό ιατρό του, καθώς αυτός έχει όλο το ιστορικό αρχείο του το οποίο θα στείλει στην κλινική και έπειτα η κλινική θα στείλει πίσω στον γιατρό όλες τις νέες πληροφορίες. Αυτό γίνεται για να διασφαλιστεί ένα ενεργό σύστημα αλληλεπίδρασης μεταξύ όλων των επιπέδων περίθαλψης.<sup>47</sup>

Ένα άλλο πολύ σημαντικό κομμάτι της ΠΦΥ στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι το NHS Health Check, ένα εθνικό πρόγραμμα με στόχο τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης ορισμένων νόσων όπως καρδιακή ανεπάρκεια, εγκεφαλικό, διαβήτη. Φυσικά, πρωταρχικό ρόλο και εδώ παίζει η ΠΦΥ.<sup>47</sup>



Εικόνα 2: Το πρόγραμμα NHS Health Check<sup>47</sup>

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται επίσης από έναν αριθμό άλλων οργανισμών, όπως μέσω εναλλακτικών παρόχων (π.χ. τον εθελοντικό τομέα, εμπορικούς παρόχους), μέσω της άμεσης παροχής κοινοτικών υπηρεσιών υγείας και μέσω του NHS Direct (τηλέφωνο και υπηρεσία Διαδικτύου), τα ιδιωτικά κέντρα υποδοχής, τους οδοντίατρους και τους κοινοτικούς φαρμακοποιούς.<sup>46</sup>

Τα βασικά πλεονεκτήματα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης του Ηνωμένου Βασιλείου παραμένουν η καθολική κάλυψη με εγγραφή σε γενικό ιατρό, η σχετικά καλή πρόσβαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη όσον αφορά τόσο την

κατανομή των γιατρών όσο και την ταχύτητα πρόσβασης, η ύπαρξη αρχείων πρωτοβάθμιας περίθαλψης δια βίου που ακολουθούν τον ασθενή όταν μετακινείται και που είναι πλέον σχεδόν πάντα ηλεκτρονικά, και η παροχή φροντίδας που είναι ως επί το πλείστον δωρεάν στο σημείο παράδοσης.<sup>44</sup>

### 3. Το μοντέλο ΠΦΥ της Σουηδίας

Το σουηδικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτείται κυρίως από τη φορολογία, είναι καθολικό και χαρακτηρίζεται από εκτεταμένη αποκέντρωση. Η σουηδική κυβέρνηση έχει τρία επίπεδα: την εθνική κυβέρνηση, 21 περιφέρειες και 290 δήμους. Το κράτος έχει τη συνολική ευθύνη για την πολιτική υγείας, αλλά τα 21 συμβούλια της κομητείας και οι 290 τοπικές αρχές χρηματοδοτούν και παρέχουν την πλειονότητα της υγειονομικής περίθαλψης στους αντίστοιχους τομείς ευθύνης τους.<sup>48</sup>

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη αντιπροσωπεύει σχεδόν το 20% των συνολικών δαπανών υγείας. Σύμφωνα με κυβερνητική απόφαση του 1995, όλοι οι γιατροί της ΠΦΥ πρέπει να είναι ειδικοί γενικής ιατρικής. Οι άλλοι επαγγελματίες που απασχολούνται είναι νοσηλευτές, μαίες, φυσιοθεραπευτές και γυναικολόγοι. Κάθε νομαρχιακό συμβούλιο έχει την ελευθερία να αποφασίσει πώς θα εξυπηρετήσει τον πληθυσμό του όσον αφορά την πρωτοβάθμια περίθαλψη.<sup>49</sup> Η οργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης ποικίλλει ανάλογα με την κομητεία.

Το παραδοσιακό μοντέλο ΠΦΥ επικεντρωνόταν σε δημόσια κέντρα (70% πριν από τη μεταρρύθμιση του 2010) που είχε την ευθύνη για την υγεία του πληθυσμού σε μια γεωγραφική περιοχή (områdesansvar), και απασχολούσε πολυεπιστημονικό εργατικό δυναμικό, συνήθως με 4 έως 10 γενικούς ιατρούς (GPs) και άλλους επαγγελματίες, όπως νοσοκόμες περιφέρειας, φυσιοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, εργασιοθεραπευτές, ψυχολόγους και ειδικευμένους νοσηλευτές. Οι γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης ήταν κατά κύριο λόγο μισθωτοί στη Σουηδία και η ίδρυση εγκαταστάσεων πρωτοβάθμιας περίθαλψης ήταν αποτέλεσμα δημόσιου προγραμματισμού και όχι αποφάσεων αυτοαπασχολούμενων γιατρών.<sup>50</sup>

Με τη μεταρρύθμιση του 2010 όμως, γνωστή ως Μεταρρύθμιση Επιλογής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (Primary Care Choice Reform, PCCR), δόθηκε στους ιδιώτες παρόχους το δικαίωμα να ιδρύσουν και να αποζημιωθούν οικονομικά, υπό τους ίδιους όρους με τους δημόσιους παρόχους ΠΦΥ. Το διπλό κίνητρο πίσω από τη μεταρρύθμιση ήταν η παροχή καλύτερων συνθηκών για την ιδιωτική επιχειρηματικότητα στον τομέα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αλλά

και η προσφορά στους ασθενείς περισσότερων επιλογές μεταξύ ιδιωτικών και δημόσιων παρόχων.<sup>50</sup> Η μεταρρύθμιση της επιλογής ΠΦΥ σήμαινε ότι η Σουηδία «έχει πλέον πιο φιλελεύθερους κανόνες για την είσοδο στην αγορά και την ιδιωτική ιδιοκτησία των παρόχων πρωτοβάθμιας περίθαλψης από πολλές ευρωπαϊκές χώρες με μακρές παραδόσεις ρυθμιζόμενων ιδιωτικών αγορών». Ωστόσο, παρόλο που ένα μεγαλύτερο ποσοστό των κέντρων ΠΦΥ ανήκει πλέον σε ιδιωτικές εταιρείες (44%), εξακολουθεί να παραμένει το σουηδικό μοντέλο ΠΦΥ με πολυεπιστημονικό εργατικό δυναμικό. Όπως και πριν, οι ασθενείς πραγματοποιούν επίσης συμπληρωματικές πληρωμές για επίσκεψη σε δομές ΠΦΥ (μεταξύ 150-300 SEK). Από το 2022, η επιλογή του παρόχου έχει ρυθμιστεί σε εθνικό επίπεδο. Οι ασθενείς πρέπει να εγγραφούν εκ των προτέρων σε ένα κέντρο ΠΦΥ (δημόσιο ή ιδιωτικό) που έχει συμβόλαιο με μια περιοχή και η αλλαγή εγγραφής περιορίζεται σε δύο φορές το πολύ ανά 12μηνο.<sup>48</sup>

Οι γενικοί ιατροί δεν έχουν τον ρόλο του gatekeeping. Οι κάτοικοι μπορούν να επιλέξουν να πάνε απευθείας σε νοσοκομεία ή σε ιδιώτες ειδικούς χωρίς πρώτα να έχουν επισκεφθεί τον γενικό ιατρό.<sup>49</sup>

Το 2021, το πεδίο εφαρμογής της πρωτοβάθμιας περίθαλψης αποσαφηνίστηκε στον νόμο για την υγεία και τις ιατρικές υπηρεσίες ως μέρος μιας μεγάλης συνεχιζόμενης μεταρρύθμισης για την ενίσχυση του ρόλου της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στη Σουηδία.<sup>48</sup>

#### 4. Το μοντέλο ΠΦΥ των ΗΠΑ

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης των ΗΠΑ βασίζεται στην ιδιωτική ασφάλιση, με την κυβερνητική εμπλοκή να βρίσκεται σε χαμηλό επίπεδο. Μπορεί να θεωρηθεί ως πολλαπλά συστήματα που λειτουργούν ανεξάρτητα και, μερικές φορές, σε συνεργασία μεταξύ τους. Συνδυάζει υψηλά επίπεδα χρηματοδότησης από τον ιδιωτικό τομέα με σαφώς περιορισμένη κρατική συμμετοχή.<sup>51</sup>

Δύο είναι τα κύρια κρατικά προγράμματα που έρχονται να καλύψουν ανθρώπους που δεν μπορούν να υποστηρίξουν το κόστος της ιδιωτικής ασφάλισης: το Medicare, που παρέχει κάλυψη για ηλικιωμένους και άτομα με ειδικές ανάγκες και το Medicaid, το οποίο καλύπτει υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για φτωχούς.<sup>52</sup>

Αν και οι ΗΠΑ θεωρούνται -και είναι- από τους πιο πλούσιες χώρες, εν τούτοις το σύστημα υγείας της είναι κατακερματισμένο. Πολλά από τα προβλήματα

που αντιμετωπίζει το σύστημα υγείας είναι το αποτέλεσμα της οπτικής της υγειονομικής περίθαλψης ως αγορά. Το επενδυτικό κεφάλαιο προς την υγεία που οδηγεί την ανάπτυξη υπηρεσιών και προγραμμάτων δεν χρησιμοποιείται για την ανάπτυξη πρωτογενών ή γενικών ιατρικών υπηρεσιών. Αντίθετα, όπως σε κάθε οικονομία της αγοράς, το κεφάλαιο επενδύεται για την επέκταση των πιο προσοδοφόρων υπηρεσιών. Ο ρόλος των υπηρεσιών υγείας ως αξιόπιστης οικονομικής μηχανής παράγει εκπληκτική τεχνολογία και φαρμακευτική ανάπτυξη, αλλά επίσης αποφέρει μη ασφάλιση, κακή υγεία πληθυσμού σε σύγκριση με άλλες ανεπτυγμένες χώρες και ανήθικες ανισότητες τόσο στην υγεία όσο και στην υγειονομική περίθαλψη. Η οπτική του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης των ΗΠΑ, ως κύριος μοχλός της οικονομίας τους, μείωσε τις δαπάνες για άλλα κοινωνικά προγράμματα, όπως η εκπαίδευση, και με τον τρόπο αυτό απειλεί την υγεία.<sup>53</sup>

Η Αμερική ξοδεύει 50% λιγότερα για την πρωτοβάθμια περίθαλψη από οποιαδήποτε ανεπτυγμένη χώρα.<sup>54</sup> Η πρόσβαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη απαιτεί οι ασθενείς να έχουν τη δυνατότητα να πληρώνουν για τη φροντίδα αυτή. Αρκετές ειδικότητες έχουν ενταχθεί στην πρωτοβάθμια περίθαλψη: οικογενειακοί γιατροί, γενικοί γιατροί, παιδίατροι και γυναικολόγοι. Ωστόσο, οι γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης αντιπροσωπεύουν μόνο περίπου το ένα τρίτο του συνολικού εργατικού δυναμικού των ιατρών στις Ηνωμένες Πολιτείες.<sup>38</sup> Σε αυτούς προστίθενται και οι νοσηλευτές, οι φαρμακοποιοί και οι οδοντίατροι. Ο κυρίαρχος τρόπος αμοιβής για την πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι η αμοιβή για την υπηρεσία.<sup>53</sup>

Οι χώροι στους οποίους παρέχεται η ΠΦΥ είναι κυρίως η ιδιωτική κλινική/γραφείο των γιατρών. Τα ιατρεία πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε ιδιωτικές κλινικές παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς που είναι ασφαλισμένοι ή που μπορούν να αντέξουν οικονομικά σημαντικά έξοδα OOP.<sup>51</sup> Ένας άλλος χώρος είναι το δημόσιο ή μη κερδοσκοπικό κοινοτικό κέντρο υγείας (Community Health Center, CHC), το οποίο παρέχει πρόσβαση σε άτομα χαμηλού εισοδήματος, ανασφάλιστους και μειονοτικούς πληθυσμούς, ενώ άλλες κυβερνητικές δομές αποτελούν οι κλινικές του στρατού, των φυλακών, κλινικές για τους μετανάστες ή του άστεγους. Τα αστικά δημόσια και εκπαιδευτικά νοσοκομεία μπορεί επίσης να διαθέτουν εξωτερικά ιατρεία για υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, που συνήθως απευθύνονται σε υποεξυπηρετούμενους πληθυσμούς.<sup>52</sup>

Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί και η Ασθενοκεντρική Ιατρική Στέγη (Patient Centered Medical Home, PCMH), μια πρωτοβουλία που βρίσκεται σε εξέλιξη για τη μείωση του κατακερματισμού της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.<sup>51,55</sup> Στο μοντέλο αυτό, κάθε ασθενής έχει μια συνεχή σχέση με

έναν πάροχο ΠΦΥ, ο οποίος είναι υπεύθυνος για όλες τις ανάγκες υγείας που θα προκύψουν. Τα PCMH χρησιμοποιούν διεπιστημονικές ομάδες και τεχνολογία πληροφοριών υγείας για τη διαχείριση και την ενοποίηση του συντονισμού και των μεταβάσεων περίθαλψης από το ένα στάδιο στο άλλο.<sup>51</sup> Επίσης, έχουν αναπτυχθεί και οι Υπεύθυνοι Οργανισμοί Φροντίδας (Accountable Care Organizations, ACOs), τα οποία είναι ομάδες από παρόχους σε μια περιοχή που αποτελούνται από γιατρούς της πρωτοβάθμιας και ειδικευμένης περίθαλψης, νοσοκομεία και άλλους και συντονίζουν και ενσωματώνουν τη φροντίδα για τους ασθενείς. Σκοπός τους είναι να διασφαλίσουν ότι οι ασθενείς λαμβάνουν την κατάλληλη θεραπεία τη σωστή ώρα, χωρίς επικάλυψη υπηρεσιών ή ιατρικών λαθών. Η διαφορά PCMH και ACO είναι στην πληρωμή: η απόδοση είναι συνυφασμένη με την πληρωμή του ACO.<sup>52</sup>

## 5. Μετά τη Διακήρυξη της Alma-Ata

Όπως αναφέρθηκε, η Διακήρυξη της Alma-Ata έθεσε τη βάση για την ανάπτυξη και τη λειτουργία της ΠΦΥ, δίνοντάς της έναν πρωταρχικό ρόλο στα συστήματα υγείας, αλλά καθιστώντας την και ως προϋπόθεση για τον στόχο της καθολικής κάλυψης υγείας. Από εκεί και πέρα, ήταν στο «χέρι» του κάθε κράτους πώς θα οργάνωνε την ΠΦΥ. Παρά το γεγονός ότι η υγεία των ατόμων βελτιώθηκε σημαντικά από το 1978, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στα χρόνια που ακολούθησαν τη Διακήρυξη, στην πραγματικότητα η ΠΦΥ έχασε τον προσανατολισμό της: περιορίστηκε, παρερμηνεύθηκε, ή ακόμα και αγνοήθηκε.<sup>56</sup> Ο όρος «πρωτογενής» απέκτησε γρήγορα μια ποικιλία σημασιών, μερικές από αυτές τεχνικές (αναφερόμενες στην πρώτη επαφή με το σύστημα υγείας, ή στο πρώτο επίπεδο περίθαλψης, ή απλές θεραπείες που θα μπορούσαν να παρασχεθούν από σχετικά μη εκπαιδευμένους παρόχους, ή παρεμβάσεις που δρουν σε πρωτογενείς αιτίες ασθένειας) και ορισμένες πολιτικές (ανάλογα με πολυτομεακή δράση ή συμμετοχή της κοινότητας).<sup>57</sup> Υποστηρίχτηκε, ακόμα, ότι όταν τα συστήματα υγείας «αφήνονται» στην τύχη τους, τότε αυτά δεν τείνουν φυσικά προς τους στόχους της «Υγείας για όλους» μέσω της ΠΦΥ όπως διατυπώνονται στη Διακήρυξη της Alma-Ata. Αντίθετα, αναπτύσσονται προς κατευθύνσεις που συμβάλλουν ελάχιστα στην ισότητα και την κοινωνική δικαιοσύνη. Έτσι λοιπόν, 30 χρόνια μετά την Alma-Ata, ο ΠΟΥ με σύνθημα «ΠΦΥ: τώρα, περισσότερο από ποτέ», έθεσε ξανά στο επίκεντρο την ΠΦΥ. Μέσα από 4 στόχους παρουσιάζει τις μεταρρυθμίσεις που πρέπει να γίνουν ώστε η ΠΦΥ να μπορεί να απαντά αποτελεσματικά στις σύγχρονες προκλήσεις, ενδυναμώνοντας τις αξίες της ισότητας, της δικαιοσύνης και της αλληλεγγύης. Οι 4 ομάδες μεταρρυθμίσεων ήταν:<sup>58</sup>

1. Μεταρρυθμίσεις καθολικής κάλυψης, που θα διασφαλίζουν ότι τα συστήματα υγείας θα συμβάλλουν στην ισότητα της υγείας, στην κοινωνική δικαιοσύνη και στο τέλος του αποκλεισμού, κυρίως με τη μετάβαση προς καθολική πρόσβαση και κοινωνική προστασία της υγείας
2. Μεταρρυθμίσεις στην παροχή υπηρεσιών. Προτείνει την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας στην ΠΦΥ γύρω από τις ανάγκες και τις προσδοκίες των ατόμων, ώστε να ανταποκρίνονται εκτενέστερα στον μεταβαλλόμενο κόσμο, παράγοντας παράλληλα καλύτερα αποτελέσματα
3. Μεταρρυθμίσεις της δημόσιας πολιτικής. Οι μεταρρυθμίσεις αυτές έχουν ως στόχο να διασφαλίσουν πιο υγιείς κοινότητες, ενσωματώνοντας δράσεις δημόσιας υγείας σε όλους τους τομείς
4. Μεταρρυθμίσεις στην ηγεσία, όπου προτείνεται μια συμμετοχική και βασισμένη στις διαπραγματεύσεις ηγεσία, έναντι του αποκλειστικού μοντέλου που επικρατούσε τότε.



Εικόνα 3: 4 στόχοι για την ΠΦΥ <sup>58</sup>

Το 2018 πραγματοποιήθηκε **Διάσκεψη στη Αστάνα** του Καζακστάν, όπου εγκρίθηκε μια **νέα Διακήρυξη** που παρείχε νέα ώθηση και παγκόσμια δέσμευση από τους ηγέτες των κρατών, δίνοντας έμφαση στον κρίσιμο ρόλο της πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας σε όλο τον κόσμο. Τέθηκαν, επίσης, οι Στόχοι Βιώσιμης Ανάπτυξης για το 2030, όπου οι στόχοι για την Υγεία μέσω της ΠΦΥ μπορούμε να πούμε ότι αποτυπώνονται στους στόχους 2 έως 4: <sup>59</sup>



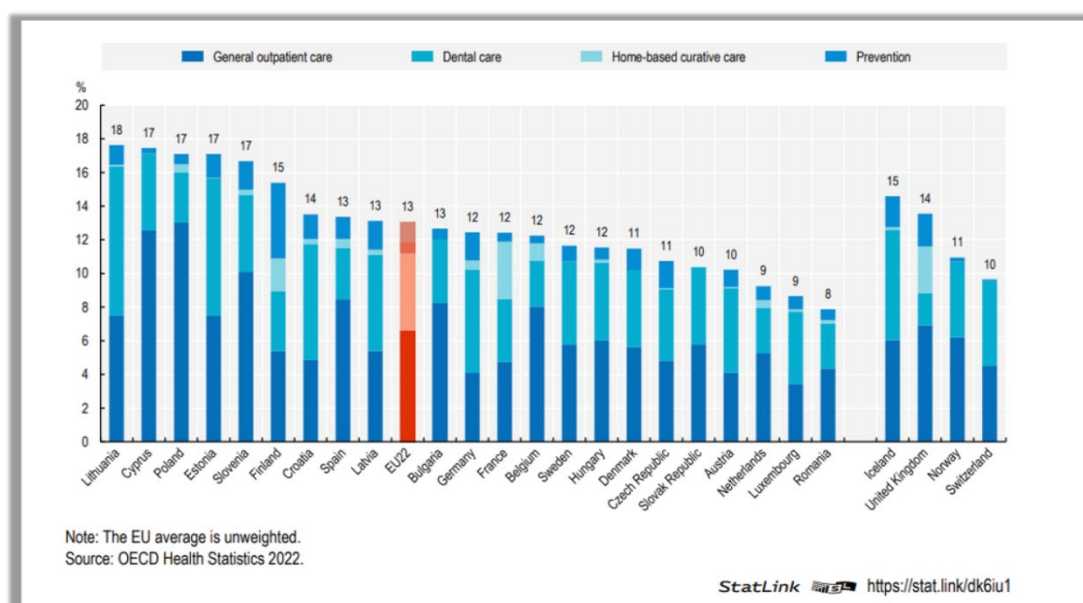
Εικόνα 4: Στόχοι Βιώσιμης Ανάπτυξης



Στη Διακήρυξη της Αστάνα διατυπώνεται ότι η επιτυχία της ΠΦΥ θα οδηγηθεί από: <sup>60</sup>

1. Τη γνώση και την ανάπτυξη ικανοτήτων: μέσω της επιστημονικής και της παραδοσιακής γνώσης θα ενισχυθεί η ΠΦΥ, βελτιώνοντας τα αποτελέσματα υγείας και εξασφαλίζοντας πρόσβασης σε όλους τους ανθρώπους στη σωστή φροντίδα, την κατάλληλη στιγμή
2. Το ανθρώπινο δυναμικό για την υγεία: διασφαλίζοντας αξιοπρεπή εργασία και κατάλληλη αποζημίωση και επενδύοντας στην εκπαίδευση, την κατάρτιση, την ανάπτυξη και τη δημιουργία κινήτρων
3. Την τεχνολογία: προώθηση της προσβασιμότητας σε τεχνολογία με ορθολογική και ασφαλή χρήση, καθώς και προστασία των προσωπικών δεδομένων
4. Τη χρηματοδότηση: η Διακήρυξη καλεί τις χώρες να επενδύουν στην ΠΦΥ για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας.

Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται οι δαπάνες για την ΠΦΥ ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία, για το έτος 2020.



## Κεφάλαιο 4: Το μοντέλο Pay for Performance γενικά και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

### 1. Γενικά

Οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη αποτελούν σημαντικό ποσοστό των δημοσίων δαπανών ενός κράτους. Η ζήτηση για υγειονομική περίθαλψη συνεχίζει να αυξάνεται λόγω των ταυτόχρονων επιπτώσεων της γήρανσης του πληθυσμού και των αυξανόμενων προσδοκιών, ενώ η πανδημία του κορωνοϊού αύξησε αυτή τη ζήτηση κατακόρυφα. Η χρηματοδότηση επηρεάζει την αποτελεσματικότητα των Συστημάτων Υγείας. Το να διασφαλίσει ένα Σύστημα Υγείας ότι ολόκληρος πληθυσμός θα έχει πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας χωρίς κίνδυνο οικονομικής δυσπραγίας ή εξαθλίωσης, η επίτευξη δηλαδή της καθολικής υγειονομικής κάλυψης, είναι μια πρόκληση που αντιμετωπίζουν όλες οι χώρες. Για να επιτευχθεί, αρχικά, και να διατηρηθεί, μετέπειτα, η καθολική κάλυψη υγείας, οι κυβερνήσεις πρέπει να δημιουργήσουν πόρους για την επέκταση της κάλυψης, να καταναείμουν τους πόρους αυτούς δίκαια και να τους χρησιμοποιήσουν αποτελεσματικά για να επιτύχουν το μέγιστο όφελος όσον αφορά την κάλυψη των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης, τη διασφάλιση της ποιότητας της περίθαλψης και την προστασία των χρηστών από τις οικονομικές δυσκολίες που προκύπτουν. Πώς θα γίνει όμως αυτό, όταν οι αυξανόμενες δημοσιονομικές πιέσεις δρουν συμπιέζοντας τον προϋπολογισμό της υγειονομικής περίθαλψης; <sup>61,62</sup>

Για να επιτύχουν τον στόχο τους είναι απαραίτητη η ανάπτυξη μιας στρατηγικής, ενός σχεδίου με το οποίο τα περιορισμένα κονδύλια για την υγεία θα αποκτήσουν μεγαλύτερη αξία. Αυτό δηλαδή που παραπάνω ονομάσαμε **πολιτική υγείας**. Ο τρόπος με τον οποίο οι αγοραστές (για παράδειγμα: Υπουργείο Υγείας, Κοινωνικά Ασφαλιστικά Ταμεία, Ιδιωτικά Ασφαλιστικά Ταμεία) επιλέγουν να αποζημιώσουν τους παρόχους υγείας αποτελεί ένα κρίσιμο σημείο της στρατηγικής αυτής. <sup>61</sup>

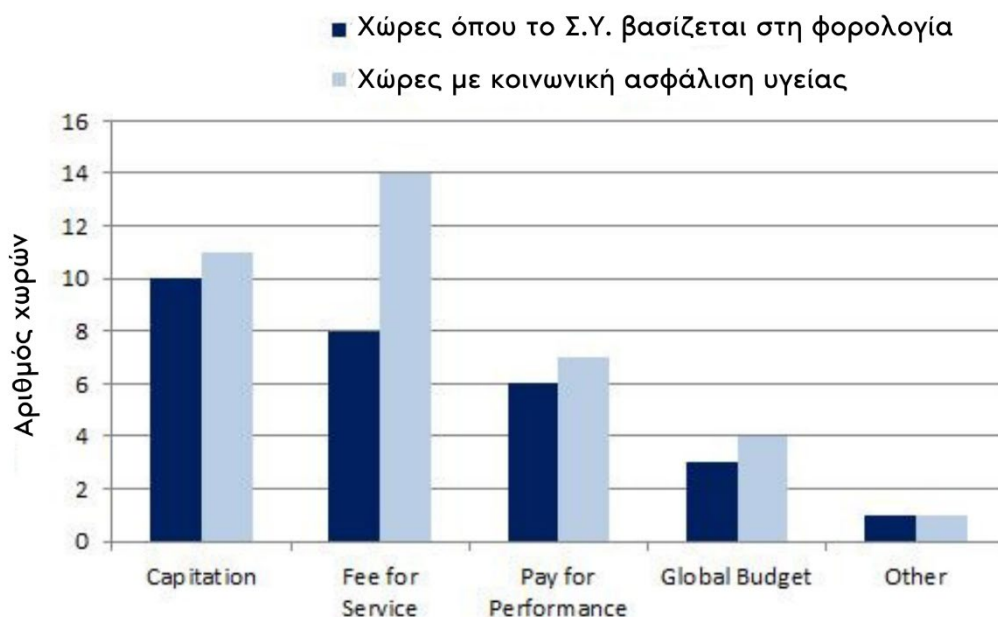
Ο αγοραστής υπηρεσιών υγείας έχει 3 πρωταρχικούς στόχους:<sup>61</sup>

1. Οι συνολικές πληρωμές προς τους παρόχους να είναι εντός των διαθέσιμων πόρων
2. Η πληρωμή να είναι αρκετή ώστε οι πάροχοι να είναι ικανοποιημένοι και να προσφέρουν καλή ποιότητα υπηρεσιών
3. Να δημιουργήσουν κίνητρα που θα οδηγήσουν τους παρόχους να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα, την ποιότητα και την ανταπόκρισή τους προς τους ασθενείς.

Οι μέθοδοι με τις οποίες αποζημιώνονται οι πάροχοι επηρεάζουν την συμπεριφορά τους, δημιουργώντας οικονομικά κίνητρα και καταστάσεις που άλλοτε προάγουν την αποτελεσματικότητα και άλλοτε όχι. Εάν, για παράδειγμα, ο αγοραστής χρησιμοποιεί το μέσο κόστος για να αποζημιώσει τις παρεχόμενες υπηρεσίες, οι τιμές θα αντικατοπτρίζουν τις τρέχουσες πρακτικές στο σύστημα υγείας, χωρίς να ανταμείβουν την αποτελεσματικότητα. Οι πάροχοι που είναι σε θέση να παρέχουν υπηρεσίες με κόστος κάτω του μέσου όρου μπορεί να επωφεληθούν από αυτό, όμως πάροχοι που χρεώνουν παραπάνω για τις υπηρεσίες τους, χάνουν το κίνητρο για συνεχή εξέλιξη, δεδομένου ότι όσο καλοί και αν είναι, θα ανταμείβονται με τιμή του μέσου κόστους. Ωστόσο, μερικές φορές ο αγοραστής μπορεί να θέλει να ορίσει ποσοστά πληρωμής πάνω από το κόστος παροχής της υπηρεσίας. Για παράδειγμα, εάν η αύξηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι στόχος πολιτικής, ο καθορισμός ποσοστών πληρωμής πάνω από το κόστος για αυτές τις υπηρεσίες θα ενθαρρύνει τους παρόχους να τις παρέχουν πιο συχνά. Θα πρέπει να έχουμε υπόψιν ότι, ανεξάρτητα με το με ποια μέθοδο θα αποζημιωθεί ο πάροχος, εκείνος έχει -τις περισσότερες φορές- κίνητρο να αυξήσει τις υπηρεσίες του για να αυξήσει το προσωπικό του κέρδος, χωρίς όμως απαραίτητα αυτό να σημαίνει ότι γίνεται με θεμιτό τρόπο.<sup>61</sup>

Τα ποσοστά πληρωμής επηρεάζονται από τέσσερις παράγοντες: τους στόχους πολιτικής, τους διαθέσιμους πόρους, το κόστος παροχής υπηρεσιών και τη διαπραγμάτευση με τους παρόχους.<sup>61</sup>

Σήμερα, υπάρχουν διάφορα μοντέλα πληρωμής σε ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, τα πιο συχνά από τα οποία είναι: μισθός, προϋπολογισμός, πληρωμές βάσει περιπτώσεων (DRG), πληρωμή ανά κεφάλαιο (capitation) και αμοιβή για υπηρεσία (fee for service). Ο μισθός είναι μια σταθερή πληρωμή για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Οι πληρωμές βάσει περιπτώσεων (DRG) είναι πληρωμές στο πλαίσιο ενός μεμονωμένου περιστατικού και είναι σταθερό και διακριτό, δηλαδή δεν αντικατοπτρίζεται από τα κέρδη του γιατρού. Η πληρωμή ανά κεφάλαιο παρέχει ένα καθορισμένο ποσό για κάθε εγγεγραμμένο ασθενή που ανατίθεται σε ιατρό, ανεξάρτητα από το αν οι ασθενείς χρειάζονται βοήθεια τελικά. Τέλος, η αμοιβή για την υπηρεσία προκύπτει όταν ο ιατρός πληρώνεται για τις υπηρεσίες που παρέχει. Όλες οι μέθοδοι έχουν πλεονεκτήματα, αλλά και μειονεκτήματα.<sup>63</sup>



Πίνακας 1: Συστήματα αποζημίωσης <sup>64</sup>

Τα παραπάνω μοντέλα πληρωμής εστιάζουν περισσότερο στον όγκο των ασθενών ή των υπηρεσιών που παρέχονται στους ασθενείς, έχουν δηλαδή ποσοτικά κριτήρια. Τα αποτελέσματα των ασθενών από την παρεχόμενη υπηρεσία δεν υπολογίζονται σε καμία περίπτωση στην αποζημίωση, αλλά το ποσό που καταβάλλεται εξαρτάται από τις αμοιβαίες διαπραγματεύσεις μεταξύ του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης και του αγοραστή, κάτι που μπορεί να οδηγήσει σε περιττές διαδικασίες ή διαγνωστικές εξετάσεις για τους ασθενείς, στο φαινόμενο δηλαδή της προκλητής ζήτησης. <sup>61,65</sup>

Η υγειονομική περίθαλψη, πλέον, θεωρείται ότι εισέρχεται σε μια εποχή όπου τόσο η ποιότητα όσο και η αποτελεσματικότητα έχουν προτεραιότητα στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Την τελευταία δεκαετία μάλιστα, υπήρξε μεγάλη συζήτηση για τον επανασχεδιασμό των στρατηγικών πληρωμής υγειονομικής περίθαλψης, δίνοντας μεγαλύτερη έμφαση στην ανάγκη αύξησης της ποιότητας. Μια συζήτηση που υποκινήθηκε εν μέρει από ένα αυξανόμενο σύνολο ερευνών που εξέταζαν τα ποιοτικά αποτελέσματα από τους τρεις παραδοσιακούς τρόπους πληρωμής (αμοιβή κατά υπηρεσία, κατά κεφάλαιο και μισθός) και τον αντίκτυπο της προσθήκης κινήτρων όπως, η αμοιβή για την απόδοση. <sup>65,66</sup>

Η **αμοιβή για απόδοση (Pay for Performance, P4P)**, γνωστή και ως πληρωμή βάσει αξίας, ανήκει στα λεγόμενα εναλλακτικά μοντέλα πληρωμής (Alternative Payment Models, APMs) και περιλαμβάνει μοντέλα πληρωμών που προσδίδουν οικονομικά κίνητρα/αντικίνητρα στην αυξανόμενη απόδοση του

παρόχου. Δηλαδή συνδέει την αποζημίωση με τα αποτελέσματα που βασίζονται στη μέτρηση, τις αποδεδειγμένες βέλτιστες πρακτικές και την ικανοποίηση των ασθενών, ευθυγραμμίζοντας έτσι την πληρωμή με την αξία και την ποιότητα. Οι πάροχοι ανταμείβονται ή μπορεί και να τιμωρούνται με βάση την απόδοσή τους σε σχέση με προκαθορισμένες μετρήσεις/στόχους που έχουν τεθεί, όπως για παράδειγμα η τήρηση προτύπων ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης ή η διατήρηση ενός προτύπου αποτελεσματικότητας.<sup>65</sup>

Πρωταρχικός στόχος του μοντέλου είναι η επιβράβευση για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης. Ο άλλος στόχος είναι συνήθως ο έλεγχος του κόστους είτε άμεσα είτε έμμεσα με τη μείωση των σφαλμάτων και την ακατάλληλη χρήση. Άρα, το P4P στοχεύει και σε ποιοτικούς στόχους, αλλά και σε στόχους κόστους, και ανάλογα ανταμείβει.<sup>61</sup>

Μέθοδος Πληρωμής	Πλεονεκτήματα	Πιθανές ανεπιθύμητες συνέπειες
Μισθός (πληρωμή ανεξάρτητη από ποσότητα ή ποιότητα)	Παροχή ενός βασικού και σίγουρου εισοδήματος	Δεν παρέχει κίνητρο για παροχή καθολικής κάλυψης, βελτίωση της πρόσβασης, παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας
Ανά κεφάλαιο (πληρωμή ανάλογα με τον αριθμό των ανθρώπων που αντιστοιχούν σε έναν γιατρό)	Παροχή κάλυψης για όλον τον πληθυσμό, προωθώντας την ισότητα	Δεν παρέχει κίνητρο για την παροχή πρόσβασης εάν οι ασθενείς είναι τεχνικά εγγεγραμμένοι ή για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης
Αμοιβή για υπηρεσία (αμοιβή ανά περίπτωση ασθενούς)	Προτεραιότητα στη ζήτηση για ικανοποίηση	Τάση για υπερβολική παροχή φροντίδας, είτε χρειάζεται φροντίδα είτε όχι
Αμοιβή για απόδοση (πληρωμή για την επίτευξη ποιοτικών στόχων)	Βελτίωση της ποιότητας	Παραμέληση πτυχών της φροντίδας που δεν έχουν μετρηθεί ή δεν δίνονται κίνητρα γι' αυτή

Πίνακας 2: Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα διάφορων μεθόδων πληρωμής<sup>65</sup>

Στο σημείο αυτό, σκόπιμο είναι να ορίσουμε την Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ: <sup>67</sup>

Ποιότητα φροντίδας είναι ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας. Βασίζεται σε τεκμηριωμένη επαγγελματική γνώση και είναι ζωτικής σημασίας για την επίτευξη καθολικής κάλυψης υγείας.

Μια ποιοτική υπηρεσία υγείας πρέπει να πληροί κάποιους στόχους. Δηλαδή, να είναι: <sup>68</sup>

1. Αποτελεσματική
2. Ασφαλής
3. Με επίκεντρο τον άνθρωπο
4. Έγκαιρη
5. Δίκαιη
6. Ολοκληρωμένη
7. Αποδοτική

Η πληρωμή για απόδοση συχνά χρησιμοποιείται ως πρόσθετο σε άλλες μεθόδους πληρωμής. Είναι σύνηθες, άλλωστε, οι χώρες να χρησιμοποιούν έναν συνδυασμό μεθόδων πληρωμής για να αντισταθμίσουν την αδυναμία που σχετίζεται με προσεγγίσεις ενιαίας πληρωμής και μη βέλτιστη παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Επίσης, πιστεύεται ότι πρέπει να χρησιμοποιείται ως ένα μέρος μιας ευρύτερης στρατηγικής που βασίζεται σε πολλαπλά συστήματα για τη βελτίωση της ποιότητας. Θα πρέπει να χρησιμοποιείται ρητά για την προώθηση της βελτίωσης της ποιότητας και όχι απλώς για την επιβράβευση εκείνων που ήδη παρέχουν υψηλής ποιότητας φροντίδα. <sup>66,69</sup> Το 2012, τα δύο τρίτα των χωρών του ΟΟΣΑ ανέφεραν ότι διαθέτουν τουλάχιστον ένα σύστημα P4P. Τα περισσότερα προγράμματα στοχεύουν στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, αλλά ωστόσο διαδίδονται και για χρήση σε νοσοκομεία. <sup>70</sup>

Η δημιουργία ενός προγράμματος P4P είναι μια περίπλοκη υπόθεση. Δεν υπάρχει βέλτιστο μοντέλο πληρωμής για απόδοση. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι τα προγράμματα P4P περιλαμβάνουν ένα κοινό σύνολο κάποιων βασικών στοιχείων για τη δημιουργία τους: <sup>71,72</sup>

1. Εύρεση δεικτών απόδοσης
2. Καθορισμός βάσης ανταμοιβής ή ποινής
3. Φύση της ανταμοιβής ή της ποινής
4. Αναφορά και επαλήθευση δεδομένων

Για την όσο πιο δυνατόν βέλτιστη δημιουργία ενός προγράμματος οικονομικών κινήτρων, θα πρέπει να απαντηθούν ορισμένες ερωτήσεις: <sup>73</sup>

### 1. Ποιος θα ανταμειφθεί;

Το P4P μπορεί να στοχεύει τόσο στην πλευρά των ασθενών, όσο και των παρόχων. Στην παρούσα διπλωματική εργασία, θα εξετάσουμε την πλευρά των παρόχων. Θα πρέπει να προσδιοριστεί αν θα ανταμειφθεί καθένας γιατρός ξεχωριστά ή αν η ανταμοιβή θα γίνει ανά ομάδα γιατρών (πχ το παθολογικό τμήμα εξ ολοκλήρου). Επίσης, η ανταμοιβή μπορεί να στοχεύει σε διοικητικές θέσεις (πχ διευθυντές, διοικητές). Κομβικό σημείο είναι η επικοινωνία με τους παρόχους και η συμμετοχή τους στη διαμόρφωση του προγράμματος.

<sup>74</sup>

### 2. Ποιοι θα είναι οι στόχοι;

Τα προγράμματα P4P συνδέουν στόχους με οικονομικά κίνητρα. Για τη μέτρηση των στόχων απαιτείται η ανάπτυξη κλινικών δεικτών, που ωστόσο η ανάπτυξη αυτή είναι από μόνη της μια επιστήμη. Οι δείκτες που θα τεθούν θα πρέπει να είναι αξιόπιστοι, έγκυροι, με κλινική συνάφεια που θα ανταποκρίνονται επίσης σε διοικητικές ή διαχειριστικές ανάγκες. Θα πρέπει, συνοπτικά, να είναι SMART: Specific (συγκεκριμένοι), Measurable (μετρήσιμοι), Achievable (εφικτοί), Relevant (σχετικοί) και Time-limited (χρονικά περιορισμένοι). Υπάρχουν εκατοντάδες πιθανοί δείκτες ποιότητας, όπως για παράδειγμα μέτρηση συγκεκριμένων αποτελεσμάτων, εμπειρία των ασθενών κ.ά.. Θα πρέπει, επίσης, να είναι ευαίσθητοι στις διακυμάνσεις της προσπάθειας του παρόχου, αλλά και ανθεκτικοί σε φαινόμενα απάτης. <sup>62,65,75</sup>

Γενικά, οι δείκτες μπορούν να χωριστούν σε κλινικούς και μη κλινικούς (οργανωτικούς). Ο πιο κοινός τομέας απόδοσης που μετράται στα προγράμματα P4P που αφορούν στην υγεία είναι ο κλινικός, όπου μπορούμε περαιτέρω να διακρίνουμε τους δείκτες σε αυτούς που αφορούν τη διαδικασία/περίθαλψη και τα αποτελέσματα. Η διαδικασία αφορά στους τρόπους για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένου του τρόπου με τον οποίο χρησιμοποιούνται οι οδηγίες πρακτικής και τα πρωτόκολλα διαχείρισης ασθενειών. Ένα παράδειγμα πάλι από το P4P στην ΠΦΥ της Αυστραλίας: παρέχεται ένα εφάπαξ μπόνους για πρακτικές πρωτοβάθμιας περίθαλψης που αφορούν τον διαβήτη, έχοντας δημιουργήσει ένα μητρώο καταγραφής και ένα σύστημα υπενθύμισης κλήσεων (τα στοιχεία αυτά ανήκουν στη δομή), καθώς και πληρωμές μπόνους ανά ασθενή όταν αυτός ολοκληρώνει τον προτεινόμενο κύκλο περίθαλψης (αυτό αφορά στη διαδικασία). Τέλος, όσον αφορά τα αποτελέσματα, αυτά μπορεί να είναι μετρήσιμοι στόχοι σε δείκτες όπως ποσοστό ανοσοποίησης, προσυμπτωματικός έλεγχος, πρόληψη χρόνιων νοσημάτων κ.ά.. <sup>62,71,76</sup>

Στην περίπτωση των μη κλινικών δεικτών, τα μέτρα απόδοσης αντικατοπτρίζουν γενικά τη χρήση της τεχνολογίας πληροφοριών και επικοινωνιών για εγγραφές, ραντεβού, επικοινωνία με ασθενείς, εκπαίδευση και κατάρτιση, διαχείριση φαρμάκων και διαχείριση ιατρικών πρακτικών. Στην Αυστραλία, οι γενικοί ιατροί ανταμείβονται για επενδύσεις σε υποδομές, όπως η μηχανογράφηση ή η επέκταση των υπηρεσιών μετά από το ωράριό τους ή η παροχή φροντίδας κατ' οίκον. Ένας μη κλινικός δείκτης, επίσης, είναι οι στόχοι για μείωση του κόστους.<sup>62,71,76</sup>

Μια άλλη παράμετρος είναι το πόσο δείκτες θα χρησιμοποιηθούν. Εάν το σχήμα είναι μεγάλο, θα είναι πολύπλοκο στην υλοποίηση και δύσκολο στο να αφομοιωθεί από τους παρόχους, ένας παράγοντας που μπορεί να τους αποθαρρύνει. Αντίθετα, ένα πρόγραμμα με μικρό αριθμό δεικτών μπορεί να οδηγήσει τους παρόχους να δώσουν προτεραιότητα σε ένα περιορισμένο φάσμα πτυχών της περίθαλψης, κάτι που επίσης δεν είναι επιθυμητό. Τα σχήματα βελτίωσης της ποιότητας που εξαρτώνται από τη μέτρηση θα τείνουν αναπόφευκτα να δίνουν προτεραιότητα σε πτυχές της φροντίδας που είναι εύκολο να μετρηθούν, ενδεχομένως σε βάρος της φροντίδας που είναι εξίσου ή πιο σημαντική. Ακόμα όμως κι αν έχουν επιλεγεί οι δείκτες, απαραίτητο θεωρείται ότι θα έχει βρεθεί ένα αξιόπιστο μοντέλο για την καταγραφή, αναφορά και ανάλυση των δεδομένων. Η προσπάθεια συνήθως δεν μπορεί να παρατηρηθεί και να μετρηθεί. Επομένως, το πώς θα καταγράφεται ο δείκτης είναι κεντρικό σημείο σε οποιοδήποτε πρόγραμμα P4P. Ένα σωστό πρόγραμμα καταγραφής θα επιτρέψει και την όσο πιο σωστή επαλήθευση των στοιχείων. Πρόκειται για την διαδικασία μέσω της οποίας ο αγοραστής (δηλαδή το Υπουργείο Υγείας, τα Ασφαλιστικά Ταμεία κλπ) μετρά και επικυρώνει τα αποτελέσματα και είναι επίσης πολύ σημαντικό, καθώς εκτός της εγκυρότητας, εξασφαλίζει ότι οι κυβερνήσεις δεν θα υπερπληρώνουν για στόχους που βασίζονται σε ψευδή αποτελέσματα.<sup>62,74</sup>

### **3. Πόσο θα είναι η ανταμοιβή και σε τι είδος;**

Το μέγεθος της ανταμοιβής είναι σημαντικό για τη δημιουργία ενός ουσιαστικού κινήτρου στο οποίο οι πάροχοι θα θεωρήσουν ότι αξίζει τον κόπο να ανταποκριθούν, αλλά χωρίς από την άλλη να οδηγούνται σε ανεπιθύμητες συμπεριφορές. Δεν μπορεί να οριστεί ένα ποσό στάνταρ που θα δίνεται ως ανταμοιβή, αλλά αυτό εξαρτάται από τη φύση και την κλίμακα των προκλήσεων που πρέπει να αντιμετωπιστούν. Η εξίσωση που συνδέει την απόδοση με την αμοιβή θα πρέπει να είναι απλή και διαφανής, ενθαρρύνοντας τη βελτίωση σε όλα τα επίπεδα μέχρι ένα συμφωνημένο μέγιστο όριο. Ωστόσο, μπορεί το σύστημα να εισάγει και ποινές όταν οι στόχοι δεν επιτυγχάνονται, θέτοντας ένα κατώτερο όριο.<sup>65</sup>



Οι πιο συνηθισμένες επιλογές ανταμοιβής περιλαμβάνουν: το απόλυτο επίπεδο επίτευξης του στόχου (π.χ. εάν επιτεύχθηκε ένας στόχος ή ο αριθμός των ασθενών που επιτεύχθηκε), η αλλαγή στη συμπεριφορά (βελτίωση) ή ο τρόπος με τον οποίο ο πάροχος αποδίδει έναντι του μέτρου σε σχέση με άλλους παρόχους (σχετική κατάταξη). Τα περισσότερα προγράμματα P4P επιβραβεύουν ή τιμωρούν τους παρόχους για κάθε τομέα απόδοσης και δείκτη ξεχωριστά. Υπάρχουν βέβαια χώρες, όπως για παράδειγμα η Τουρκία, που στο μοντέλο P4P που εφαρμόζει για την πρωτοβάθμια περίθαλψη ακολουθεί μια προσέγγιση «όλα ή τίποτα», με τους παρόχους να αποφεύγουν τις κυρώσεις μόνο εάν όλα τα μέλη της οικογενειακής ιατρικής φτάσουν τους στόχους για όλους τους δείκτες. Η ανταμοιβή επίσης μπορεί να μην είναι χρηματική, αν και σπάνια. Ένα είδος μη χρηματικής ανταμοιβής θα μπορούσε να είναι η ανάρτηση ενός πίνακα κατάταξης μεταξύ των γιατρών βάσει των αποτελεσμάτων τους. Οι γιατροί θα θέλουν να δουν το όνομά τους πρώτο στον πίνακα, καθώς αυτό θα ωθήσει έπειτα ασθενείς να επιλέγουν αυτόν τον γιατρό έναντι κάποιου άλλου.<sup>62</sup>

Ένα ερώτημα που τίθεται εδώ, είναι πότε απορρίπτει ένα σύστημα υγείας τους δείκτες που είχε θέσει για τη βελτίωση της ποιότητας; Πρέπει να σταματήσουν οι πληρωμές όταν η μέγιστη επίτευξη των δεικτών έχει επιτευχθεί και διατηρηθεί για μερικά χρόνια; Ή θα πέσει η ποιότητα στη συνέχεια; Σε αυτό το ερώτημα δεν υπάρχει σαφής απάντηση. Μια προσέγγιση αποτελεί η μείωση των πληρωμών καθώς οι δείκτες αλλάζουν ή αποσύρονται, ωστόσο, απαιτείται συνεχής παρακολούθηση και έλεγχος ενός μικρότερου συνόλου δεικτών.<sup>65</sup>

Μαζί με τους παραπάνω προβληματισμούς, υπάρχουν και άλλα στοιχεία που συγκαταλέγονται στα μειονεκτήματα του τρόπου αποζημίωσης P4P. Συνήθως τα σχήματα αυτά δεν εφαρμόζονται πιλοτικά και σπάνια παρατηρούνται δεδομένα για στόχους (και μη), πριν την εφαρμογή τους. Αυτά δημιουργούν εμπόδια για τον εντοπισμό και την πρόβλεψη των επιπτώσεων και των πιθανών κινδύνων του P4P. Βασικό μειονέκτημα, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, είναι ότι τα προγράμματα αυτά είναι δύσκολο να σχεδιαστούν.<sup>65,72</sup>

Ένα άλλο πρόβλημα είναι η απροθυμία των παρόχων να συμμετάσχουν στο πρόγραμμα. Το P4P είναι ένας τρόπος αποζημίωσης με τον οποίο ο κίνδυνος μεταφέρεται από τους αγοραστές στους παρόχους. Τα οικονομικά κίνητρα θέτουν σε κίνδυνο ένα μέρος των εισοδημάτων των παρόχων, εξαρτώντας τις πληρωμές από την επίτευξη ορισμένων μετρήσιμων στόχων. Με σκοπό λοιπόν να επιτύχουν τους στόχους αυτούς, μπορεί να προβούν σε αθέμιτη συμπεριφορά, εννοώντας πως προκειμένου να πετύχουν τον ποιοτικό στόχο που τους έχει ανατεθεί, μπορεί ακόμα και να μην αναλαμβάνουν συγκεκριμένους ασθενείς, κάτι που φυσικά δεν συνάδει με τους κανόνες

καλής πρακτικής. Στοιχεία από τη βιβλιογραφία των οικονομικών συμπεριφοράς υποδηλώνουν ότι οι μεμονωμένοι γιατροί θα ποικίλλουν ως προς τον τρόπο με τον οποίο ανταποκρίνονται στα κίνητρα. Πρέπει, πάντως, να τονιστεί ότι για πτυχές της υγειονομικής φροντίδας που είναι δύσκολο να μετρηθούν, θα πρέπει να χρησιμοποιούνται εναλλακτικές στρατηγικές για τη βελτίωση της ποιότητας, για να αποφευχθεί η παραμέλησή τους.<sup>65,72,77</sup>

Στην πράξη, το καθαρό αποτέλεσμα, δηλαδή ο συνδυασμός της βελτίωσης της απόδοσης και των πιθανών ανεπιθύμητων συνεπειών των προγραμμάτων P4P, στην απόδοση του συστήματος υγείας θα καθοριστεί τελικά από την αλληλεπίδραση των οικονομικών κινήτρων, τις απαντήσεις του παρόχου σε αυτά τα κίνητρα και τις ρυθμίσεις υλοποίησης.<sup>62</sup>

Τα στοιχεία που υπάρχουν σχετικά με την επίδραση του P4P στη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών υγείας και των αποτελεσμάτων των ασθενών παραμένουν ανάμεικτα. Γενικά, δεν έχει παρατηρηθεί κάποια ριζική βελτίωση της ποιότητας. Τα περισσότερα προγράμματα P4P δείχνουν ότι τα μέτρα απόδοσης που συνδέονται με κίνητρα τείνουν να βελτιώνονται, αλλά αυτές οι βελτιώσεις είναι συχνά οριακές. Επίσης, τα προγράμματα αυτά μπορούν να έχουν και θετικές, παράπλευρες επιπτώσεις, όπως για παράδειγμα η επένδυση σε εξοπλισμό, η ανάπτυξη μιας κουλτούρας μέτρησης και παρακολούθησης της απόδοσης, η δημιουργία τυποποιημένων διαδικασιών κ.ά.. Πρέπει, όμως, να αναζητηθούν και να καταγραφούν οι πιθανές ανεπιθύμητες συνέπειες που μπορεί να συνοδεύουν ένα τέτοιο πρόγραμμα, ώστε στη συνέχεια να αντιμετωπιστούν κατάλληλα.<sup>62</sup>

Στον παρακάτω πίνακα αναφέρονται συνοπτικά κάποια από τα θετικά και τα αρνητικά του P4P.

Θετικά	Αρνητικά
Ανταμοιβή της υψηλής ποιότητας παροχής υπηρεσιών	Μείωση προθυμίας παρόχων για φροντίδα μη στοχευμένης υπηρεσίας, καθώς και διεύρυνση ανισοτήτων, αποκλεισμός
Δέσμευση στην υγειονομική περίθαλψη που βασίζεται σε απτά στοιχεία	Μη ύπαρξη συναίνεσης στη στρατηγική του προγράμματος
Διαφάνεια στην επιβράβευση	Ασαφής η αποτελεσματικότητα και η σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας
Εστίαση της προσοχής σε υποεξυπηρετούμενες ή υψηλές ομάδες κινδύνου	Δύσκολη η μέτρηση αποτελεσμάτων σε περίπλοκες περιπτώσεις

Πίνακας 3: Θετικά και αρνητικά του P4P<sup>66</sup>

## 2. Πληρωμή για την απόδοση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Όπως αναφέρθηκε, τα συστήματα υγείας τροφοδοτούνται από τον τρόπο που χρηματοδοτούνται. Η θέσπιση των σωστών χρηματοδοτικών κανόνων είναι ένας πολύ σημαντικός τρόπος υποστήριξης της ανάπτυξης της ΠΦΥ με επίκεντρο τον άνθρωπο. Η βελτίωση των ρυθμίσεων χρηματοδότησης μπορεί να οδηγήσει σε βελτιώσεις στην ΠΦΥ, ανταποκρινόμενη πιο αποτελεσματικά στις εξελισσόμενες ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Οι πολιτικές που αλλάζουν τη συμπεριφορά στην πρωτοβάθμια περίθαλψη μπορούν να έχουν ευρύτερες επιπτώσεις στο ευρύτερο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, και αυτό γιατί ο ρόλος της ΠΦΥ στο σύστημα υγείας, όπως αυτός περιγράφηκε παραπάνω, θέτει τη βάση για ολόκληρη την αλληλεπίδραση μεταξύ των αγοραστών, των παρόχων και του πληθυσμού σε όλο το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. <sup>77-79</sup>

Ο τρόπος πληρωμής των παρόχων στη ΠΦΥ, λοιπόν, μπορεί να θεωρηθεί ευρύτερα ως ένας μηχανισμός για την τόνωση των αλλαγών στην ισορροπία δυνάμεων μεταξύ αγοραστών, παρόχων και πληθυσμού, κάτι που μπορεί να οδηγήσει όχι μόνο στον επαναπροσανατολισμό του ρόλου της ΠΦΥ στην ανάπτυξη του συστήματος υγείας, αλλά μπορεί και να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην ευρύτερη θεσμική, κοινωνική και δημοκρατική εξέλιξη μιας χώρας. Κι αυτό γιατί τα μοντέλα χρηματοδότησης και πληρωμής για την ΠΦΥ μπορούν να είναι σημαντικά εργαλεία για την αντιμετώπιση ζητημάτων πρόσβασης, ποιότητας και ισότητας στην υγειονομική περίθαλψη. <sup>79</sup>

Για την αποζημίωση παρόχων στην ΠΦΥ χρησιμοποιούνται κυρίως τρεις τρόποι: ο προϋπολογισμός, η αμοιβή για υπηρεσία και η κατά κεφαλήν αποζημίωση. Η αποζημίωση των παρόχων ανά περίπτωση ή επεισόδιο θεραπείας χρησιμοποιείται σπάνια, καθώς τέτοιες μέθοδοι πληρωμής δεν συμβαδίζουν με τον θεμελιώδη ρόλο της ΠΦΥ, ο οποίος είναι η προαγωγή της υγείας, η πρόληψη και η συνεχής παρακολούθηση. Βέβαια, πέρα από αυτό, οι μέθοδοι πληρωμής ανά περίπτωση είναι πολύ περίπλοκες για να σχεδιαστούν για την ΠΦΥ, δημιουργώντας υπερβολικό διοικητικό φόρτο στον αγοραστή, καθώς οι περισσότερες χρόνιες παθήσεις δεν έχουν διακριτό τελικό σημείο και θα έπρεπε να αναπτυχθεί ένα ξεχωριστό σύστημα πληρωμής για υπηρεσίες πρόληψης. <sup>79</sup>

Πιστεύεται ότι η κατά κεφαλήν αποζημίωση θα πρέπει να αποτελεί τον πυρήνα του συστήματος χρηματοδότησης της ΠΦΥ κι αυτό γιατί συνδέει άμεσα τον πληθυσμό με τις υπηρεσίες. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια προσπάθεια εισαγωγής οικονομικών κινήτρων και στην ΠΦΥ για την επίτευξη

συγκεκριμένων στόχων. Στόχοι μπορεί να αποτελούν, για παράδειγμα, ένα ορισμένο ποσοστό των ασθενών λάβει όλες τις προτεινόμενες εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου ή η παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας με ταυτόχρονη μείωση του κόστους και η ανταμοιβή, ως ένα μέρος εξοικονόμησης κόστους. Τα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα του P4P για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι μικτά. Αυτό οφείλεται σε κάποιο βαθμό στο γεγονός ότι τα προγράμματα P4P που χρησιμοποιούνται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη σε διάφορες χώρες ποικίλλουν σημαντικά. Τα περισσότερα προγράμματα στοχεύουν στην πληρωμή για επίτευξη στόχων που σχετίζονται με την πρόληψη και τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων, ενώ σε χαμηλότερη κλίμακα ανταμείβονται για τη χρήση της πληροφορικής, την ικανοποίηση των ασθενών ή την αποτελεσματική παροχή φροντίδας.<sup>70,71,78,80</sup>

Το πρώτο πρόγραμμα P4Q στην πρωτοβάθμια περίθαλψη εισήχθη το 2001 στο πλαίσιο προγραμμάτων διαχείρισης ασθενειών στη Γερμανία, ενώ το τελευταίο εισήχθη το 2016 στην Πολωνία. Στον παρακάτω πίνακα αναγράφονται ορισμένες χώρες οι οποίες έχουν εισάγει σύστημα P4P στην ΠΦΥ.<sup>81</sup>

Χώρα	Πρόγραμμα	Έτος εκκίνησης
Αυστραλία	Practice Incentives Programme	1998
Γερμανία	Disease Management Programmes	2002
Καλιφόρνια	Integrated Healthcare Association Physician Incentive Programme	2002
Τουρκία	Family Medicine Performance Based Contracting Scheme	2003
Αγγλία	Quality and Outcomes Framework	2004
Εσθονία	Primary Health Care Quality Bonus System	2005
Νέα Ζηλανδία	Primary Health Organization Performance Programme	2006
Γαλλία	Payment for Public Health Objectives	2009

Πίνακας 4: Χώρες με P4P στην ΠΦΥ<sup>62</sup>

Στον παρακάτω πίνακα γίνεται μια σύνοψη μερικών στόχων από διάφορα προγράμματα P4P που έχουν εφαρμοστεί στην ΠΦΥ.

Χώρα	Πρόληψη χρόνιων παθήσεων	Έλεγχος Καρκίνου	Εμβολιασμός	Αποτελεσματικότητα και βέλτιστη χρήση των πόρων	Συμβουλές για διακοπή του καπνίσματος	Χρήση πληροφορικής & ηλεκτρονικού αρχείου υγείας
Αγγλία	+	+	+	+	+	
Νέα Ζηλανδία	+	+	+		+	
Γερμανία	+	+				+
Γαλλία	+	+	+	+		+
Αυστραλία	+	+		+		+
Καλιφόρνια	+	+	+	+	+	+

Πίνακας 5: Σύνοψη στόχων από διάφορα προγράμματα P4P<sup>71</sup>

## i. Αγγλία

Το πιο εκτεταμένο παράδειγμα αμοιβής για την απόδοση στην ΠΦΥ αποτελεί το Quality and Outcomes Framework (QOF) που εισήχθη στην Αγγλία το 2004. Πρόκειται για μια σημαντική μεταρρύθμιση της ΠΦΥ στη χώρα, η οποία όμως δεν αφορούσε μόνο την εισαγωγή οικονομικών κινήτρων, αλλά είχε και άλλες πτυχές. Η μεταρρύθμιση αυτή αύξησε τον προϋπολογισμό για την ΠΦΥ κατά 20%. Το QOF έχει αποτελέσει αντικείμενο σημαντικής έρευνας για τις επιπτώσεις του P4P στην ποιότητα της περίθαλψης.<sup>74,77</sup> Αξίζει να σημειωθεί ότι στα μέσα της δεκαετίας του 1980 είχε επίσης προταθεί η εισαγωγή οικονομικών κινήτρων, με το πρόγραμμα Επίδομα Καλής Πρακτικής (Good Practice Allowance). Ωστόσο το πρόγραμμα απορρίφθηκε από τους γιατρούς, καθώς θα λέγαμε ότι εκείνη την εποχή ο ισχυρισμός ότι υπάρχουν διαφοροποιήσεις στην πρακτική της ιατρικής και ότι οι διαφοροποιήσεις αυτές μπορεί να είναι επιζήμιες για τους ασθενείς, δεν τύχαινε αποδοχής. Το 2004 το QOF εισήχθη σε εθελοντική βάση ως πρόσθετο στην κατά κεφαλήν αποζημίωση και πάνω από το 99% των γενικών ιατρών του ΗΒ συμμετείχαν σε αυτό.<sup>76</sup>

Οι στόχοι του προγράμματος QOF ήταν:<sup>62</sup>

- αύξηση της παραγωγικότητας
- επανασχεδιασμός υπηρεσιών γύρω από τους ασθενείς
- βελτίωση δεξιοτήτων στην πρωτοβάθμια περίθαλψη
- δημιουργία κουλτούρας και δομής διακυβέρνησης για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης
- επέκταση φάσματος των διαθέσιμων υπηρεσιών;
- βελτίωση της πρόσληψης, της διατήρησης και του ηθικού των παρόχων

Το QOF περιέχει πέντε τομείς, οι οποίοι είναι:<sup>82</sup>

1. Κλινική πρακτική
2. Δημόσια Υγεία
3. Δημόσια Υγεία - επιπρόσθετες υπηρεσίες
4. Εμπειρία ασθενών
5. Βελτίωση ποιότητας

Κάθε τομέας αποτελείται από ένα σύνολο μέτρων επίτευξης, δηλαδή δείκτες, έναντι των οποίων οι πρακτικές βαθμολογούνται με πόντους ανάλογα με το επίπεδο επίτευξής τους. Το QOF 2022-23 είχε 76 δείκτες. Όταν εισήχθη για πρώτη φορά, οι δείκτες ήταν 136 και ανά κάποια χρόνια οι δείκτες προσαρμόζονταν.<sup>71,76</sup>

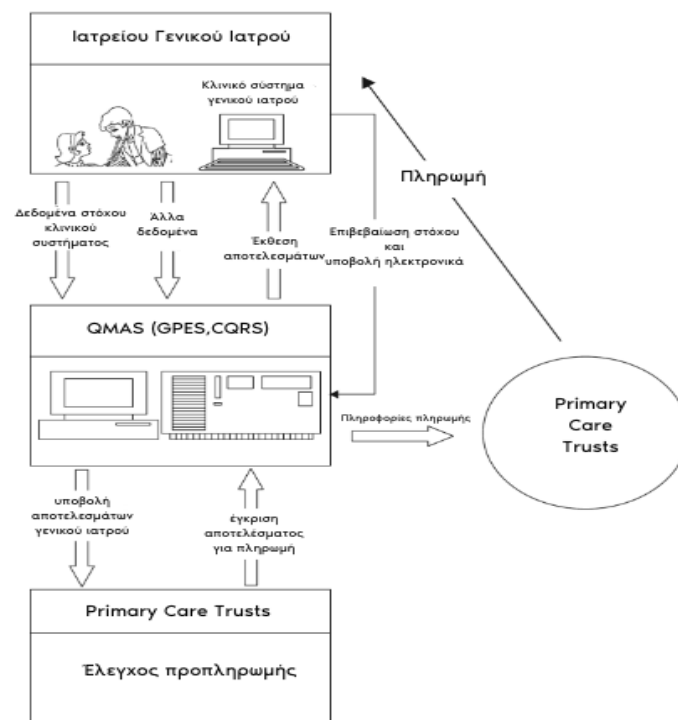
Τα σχετικά κλινικά δεδομένα εξάγονται από τα συστήματα των ιατρείων μέσω του προγράμματος «Υπηρεσία Εξαγωγής Γενικής Ιατρικής» (General Practice Extraction Service, GPES) και στη συνέχεια γίνεται πρόσβαση στα δεδομένα μέσω της Υπηρεσίας Αναφοράς Ποιότητας Υπολογισμού (Calculating Quality Reporting Service, CQRS). Οι δύο αυτές υπηρεσίες αναπτύχθηκαν και συντηρούνται από το NHS και έχουν πιστοποιηθεί από το Εθνικό Πρόγραμμα Πληροφορικής (NPFIT). Στην αρχή, για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιούταν το Σύστημα Διαχείρισης και Ανάλυσης Ποιότητας (Quality Management and Analysis System, QMAS) που αντικαταστάθηκε από τα 2 προαναφερθέντα προγράμματα και είχε δοκιμαστεί σε 25.000 ασθενείς πριν τεθεί σε λειτουργία.<sup>68,82</sup>

Η διαδικασία απόκτησης πόντων περιλαμβάνει μια σύνθετη φόρμουλα που λαμβάνει υπόψη τόσο το μέγεθος της πρακτικής όσο και την επικράτηση σε των συνθηκών που έχουν τεθεί. Κάθε δείκτης έχει μια μέγιστη τιμή πόντων. Οι πόντοι κατανέμονται με τέτοιο τρόπο ώστε να αποδίδεται μεγαλύτερο βάρος στους δείκτες με μεγαλύτερο φόρτο εργασίας και μεγαλύτερη σύνδεση με τα αποτελέσματα. Θα μπορούσαν να κερδηθούν σε κάθε τομέα και στη συνέχεια μετατρέπονται σε εισόδημα. Το 2004/2005 που εισήχθη, κάθε πόντος αντιστοιχούσε σε £75. Το 2009 κάθε πόντος αντιστοιχούσε σε £125, το 2021-22 ήταν £194, ενώ το 2023-24 έχει διαμορφωθεί στις £213.43. Η τελική πληρωμή προσαρμόζεται λαμβάνοντας υπόψη τον φόρτο εργασίας, τα τοπικά δημογραφικά στοιχεία και τον επιπολασμό των χρόνιων ασθενειών. Οι πληρωμές αυτές αποτελούν το 25 έως 30% του εισοδήματος των γιατρών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Να επισημανθεί ότι με την εισαγωγή του QOF, οι γιατροί της ΠΦΥ είδαν το προσωπικό τους εισόδημα να αυξάνεται κατά περίπου 25.000 £, αύξηση 30% σε σχέση με το προηγούμενο έτος.<sup>71,76,77</sup>

Το ποσοστό του εισοδήματος που συνδέεται με το QOF και η τεκμηριωμένη φύση των δεικτών θεωρήθηκαν καθοριστικά για την επιτυχία του. Ωστόσο, η

αμοιβή για απόδοση φαίνεται να είχε αρνητικό αντίκτυπο σε ορισμένες πτυχές, με την αντίληψη ότι ήταν, εν μέρει, υπεύθυνη για μια σημαντική μειοψηφία των γενικών ιατρών που έδωσαν προτεραιότητα στη δική τους αμοιβή και όχι στα συμφέροντα των ασθενών. Μια μικρή μειοψηφία γενικών ιατρών ανακτούσε στοιχεία της αυτονομίας τους μέσω της τροποποίησης δεικτών για την κάλυψη των αναγκών μεμονωμένων ασθενών. Θα μπορούσε επίσης να επιτευχθεί μεγαλύτερη κλινική αυτονομία μέσω της ενεργότερης συμμετοχής του επαγγέλματος σε όλη τη διαδικασία ανάπτυξης δεικτών και της πιο συνεπούς και σηματοδοτημένης επικοινωνίας σχετικά με τις αλλαγές στο QOF. <sup>69</sup>

Οι οικογενειακοί ιατροί είχαν τη δυνατότητα να αποκλείουν ασθενείς, αν αυτοί πληρούσαν ένα από τα ακόλουθα κριτήρια αποκλεισμού: δεν προσέρχονται στο ιατρείο παρά τις τρεις υπενθυμίσεις, έχουν πρόσφατα διαγνωσθείσες παθήσεις ή έχουν εγγραφεί πρόσφατα, αρνούνται τη θεραπεία, λαμβάνουν ήδη τις μέγιστες δόσεις ενός φαρμάκου των οποίων οι επιδράσεις δεν ήταν βέλτιστες κ.α.. Δεν υπάρχει όριο στον αριθμό των ασθενών τους οποίους μπορούν να αποκλείσουν, αν και οι αποφάσεις των γιατρών ενδέχεται να αμφισβητηθούν σε ετήσιες επισκέψεις επιθεώρησης από οργανισμούς του NHS με διαχειριστική ευθύνη για την πρωτοβάθμια περίθαλψη (Primary Care Trusts PCTs). <sup>76</sup>



Εικόνα 5: Ροή πληροφορίας στο QOF <sup>62</sup>

Είχε τελικά αποτέλεσμα το QOF; Τα ευρήματα είναι μικτά. Πάντως να τονιστεί ότι το πρόγραμμα έχει ριζώσει στην ΠΦΥ της Αγγλίας. Το QOF δεν εφαρμόζεται μεμονωμένα, αλλά μάλλον ως μέρος μιας συνολικής στρατηγικής για τη βελτίωση της απόδοσης και της ποιότητας του παρόχου σε όλο το NHS.

Σε γενικές γραμμές, οι στόχοι του QOF επιτυγχάνονται όσον αφορά ορισμένες βελτιώσεις στις διαδικασίες περίθαλψης ασθενών, καθώς και βελτιωμένη διαθεσιμότητα και χρήση δεδομένων. Το κόστος εφαρμογής του είναι υψηλό (κοστίζει περίπου £1 δις. ετησίως), ωστόσο το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου προετοιμάζε έτσι και αλλιώς μια μεγάλη επένδυση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Οπότε, το QOF χρησιμεύει για να συνδέσει αυτήν την επένδυση με πιο αυστηρά πρότυπα απόδοσης και μεγαλύτερη υπευθυνότητα.<sup>62</sup>

Συστηματικές ανασκοπήσεις καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι συμβάσεις P4P επηρεάζουν τη συμπεριφορά των γιατρών και αυξάνουν το φάσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, με τον αντίκτυπό τους ωστόσο να είναι συχνά περιορισμένος.<sup>83</sup> Κρίνοντας τον αντίκτυπο του QOF, διαπιστώνεται ότι η απόδοση αυξήθηκε κατά το πρώτο έτος του προγράμματος. Κατά την εφαρμογή του, το QOF δημιούργησε επίσης ένα «τυποποιημένο μοντέλο επιτυχίας» για τους γενικούς ιατρούς. Η έρευνα έχει δείξει ότι όταν οι δείκτες αφαιρούνται από το QOF, η απόδοση παραμένει στο επίπεδο των κινήτρων ακόμη και αν δεν υπάρχουν πια αυτά. Η επίδραση των κινήτρων ακόμα και μετά την κατάργησή τους θα μπορούσε να οφείλεται σε επενδύσεις που πραγματοποιήθηκαν ενώ τα κίνητρα ήταν ενεργά, πράγμα που σημαίνει ότι η διατήρηση του ίδιου επιπέδου ποιότητας θα είχε μικρό κόστος πια. Ή, όπως αναφέρουν οι συγγραφείς, αυτοί οι δείκτες που είχαν αφαιρεθεί τα κίνητρά τους κάλυπταν παράλληλα πτυχές περίθαλψης που είχαν κίνητρα σε άλλα σημεία του προγράμματος. Εάν αυτό ισχύει, αυτό υποδηλώνει ότι τα κίνητρα επηρεάζονται και από άλλους δείκτες και ο πραγματικός αντίκτυπος της κατάργησής τους είναι ακόμη άγνωστος.<sup>76,77</sup>

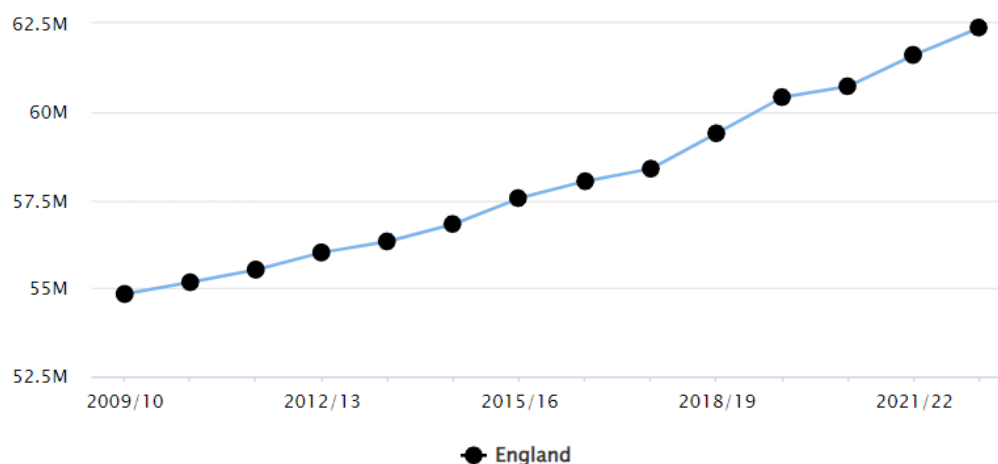
Η αυξημένη χρήση ηλεκτρονικών προτύπων για την καθοδήγηση των κλινικών γιατρών και τη βοήθεια στη συλλογή δεδομένων κατά τη διάρκεια των διαβουλεύσεων θα μπορούσε επίσης να έχει γενικότερο θετικό αντίκτυπο στη συνολική ποιότητα της περίθαλψης.<sup>62</sup>

Το QOF παρείχε κίνητρα για την καλύτερη διαχείριση των χρόνιων παθήσεων. Η καλύτερη διαχείριση έχει αποδειχθεί ότι μείωσε τις εισαγωγές έκτακτης ανάγκης στα νοσοκομεία για διαβήτη και εγκεφαλικό. Αυτό υποδηλώνει ότι οι πολιτικές που αλλάζουν τη συμπεριφορά στην πρωτοβάθμια περίθαλψη



μπορούν να έχουν ευρύτερες επιπτώσεις και στα άλλα επίπεδα περιθαλψής.

77



Πίνακας 6: Συνολικό μέγεθος QOF<sup>84</sup>

Τύπος	2021-2022		2022-2023	
	Συνολική βαθμολογία επίτευξης στόχου	Επίτευξη στόχου (%)	Συνολική βαθμολογία επίτευξης στόχου	Επίτευξη στόχου (%)
Υπέρταση	145.144,65	91,14	145.681,94	91,37
Διαβήτης	427.864,81	88,38	374.584,03	87,66
Παχυσαρκία	50.944,00	99,97	51.008,00	99,97
Χρόνια Νεφρική Νόσος	38.202,00	99,95	38.226,00	99,89

Πίνακας 7: Επίτευξη στόχων QOF για ορισμένους δείκτες<sup>84</sup>

Οι επενδύσεις σε υποδομές για τη δημιουργία και τη χρήση καλύτερων δεδομένων ήταν μια σημαντική απόρροια του προγράμματος. Στην πραγματικότητα, ένα από τα πιο ευρέως αναγνωρισμένα θετικά δευτερογενή αποτελέσματα του προγράμματος QOF είναι μια γενική βελτίωση στα διαθέσιμα δεδομένα, τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη βελτίωση της ποιότητας συνολικά.<sup>62</sup>

Εστιάζοντας στα ανεπιθύμητα αποτελέσματα, υπάρχουν ενδείξεις ότι οι γιατροί που εργάζονται σε συστήματα κινήτρων στην ΠΦΥ που έχουν σχεδιαστεί για τη μείωση των ποσοστών παραπομπής δευτεροβάθμιας περίθαλψης ανησυχούν ότι η ικανότητά τους να παρέχουν ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς τους θα μπορούσε να διακυβευτεί καθώς αντιμετωπίζουν πίεση για μείωση των ποσοστών παραπομπής.<sup>72</sup>

Ένα άλλο πιθανό πρόβλημα που δημιουργείται από τα συστήματα οικονομικών κινήτρων είναι ότι θα μπορούσαν να οδηγήσουν στην παραμέληση εκείνων των τομέων περίθαλψης που δεν έχουν κίνητρα. Οι γιατροί, οι νοσηλευτές και οι ασθενείς θεώρησαν ότι το QOF είχε αρνητική επίδραση στη συνέχεια της περίθαλψης. Τα ισχυρά οικονομικά κίνητρα μπορεί να οδηγήσουν σε ανεπιθύμητη συμπεριφορά, όπως η εξαπάτηση του συστήματος. Δηλαδή, οι γιατροί να επιλέγουν συγκεκριμένους ασθενείς για να επιτύχουν τεχνητή βελτίωση της απόδοσής τους (δυσμενής επιλογή).<sup>77,85</sup>

Σε μια ανάλυση της περιόδου 5 έτη πριν από την εισαγωγή του συστήματος QOF έως 7 έτη μετά την εισαγωγή του, μετρήθηκε ότι τα ποσοστά επείγουσων εισαγωγών για όλες τις παθήσεις που μπορούσαν να μειωθούν με τη βελτίωση της ποιότητας της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αυξήθηκαν κατά 34% μεταξύ 1998/99 και 2010/11. Ωστόσο, οι επείγουσες εισαγωγές που αφορούσαν παθήσεις, ο έλεγχος των οποίων αποτελούσε «κίνητρο», μειώθηκαν κατά 10%. Αξίζει να σημειωθεί ότι πριν αυτές τεθούν ως κίνητρο, το ποσοστό των συγκεκριμένων επείγουσων εισαγωγών αυξανόταν κατά 1,7% ετησίως. Συμπεραίνεται ότι η στόχευση των ομάδων χρόνιων ασθενειών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη μπορεί να μειώσει την επιβάρυνση των πόρων και του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης από τις επείγουσες εισαγωγές. Η διαφορά μεταξύ των τάσεων δείχνει ότι το σύστημα P4P της πρωτοβάθμιας περίθαλψης είχε σημαντικό αντίκτυπο στις επείγουσες εισαγωγές στα νοσοκομεία.<sup>86</sup>

Σε μία μελέτη του 2018, ερευνητές ήθελαν να προσδιορίσουν τη σχέση κόστους αποτελεσματικότητας του προγράμματος QOF, χρησιμοποιώντας τον δείκτη QALY. Σύμφωνα λοιπόν με τη μελέτη αυτή, το ICER για τη συνέχιση του προγράμματος εκτιμήθηκε στα £49.362/QALY, όταν το συμβατικό όριο που χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι στα 20.000–30.000 £/QALY. Συνάγεται, λοιπόν, το συμπέρασμα ότι το πρόγραμμα QOF δεν είναι αποτελεσματικό με βάση αυτή τη μελέτη κόστους-αποτελεσματικότητας. Ωστόσο, αν διακοπεί το πρόγραμμα και οι πρόσθετοι πόροι που δίνοντας ως ανταμοιβή για την ποιότητα δοθούν ξανά στους ιατρούς αλλά ως αύξηση στην πληρωμή κεφαλαίου, όπως έγινε στη Σκωτία, τότε το κόστος θα

διατηρηθεί, ενώ ταυτόχρονα θα καθούν οι δείκτες μέτρησης της ποιότητας. Σε σχέση με αυτό το σενάριο, η συνέχιση, του QOF θα ήταν πιο ευνοϊκή.<sup>87</sup>

## ii. Γερμανία

Μια άλλη χώρα που χρησιμοποιεί πρόγραμμα P4P είναι η Γερμανία. Η Γερμανία, μια χώρα που έχει από τα μεγαλύτερα κατά κεφαλήν ΑΕΠ και οι δαπάνες της για την υγεία είναι από τις υψηλότερες στις χώρες του ΟΟΣΑ (περισσότερο από το 10% του ΑΕΠ), εντούτοις, το 2000 βρισκόταν στην 25<sup>η</sup> θέση καλύτερης περίθαλψης. Την ίδια χρονιά δημοσιεύθηκαν έρευνες σύμφωνα με τις οποίες οι παροχές στον τομέα της πρόληψης, της διάγνωσης και της διαχείρισης χρόνιων ασθενειών έπασχαν σε όρους αποδοτικότητας και ποιότητας, παρόλο που η χώρα είχε σαφή πρωτόκολλα και οδηγίες για τέτοιες περιπτώσεις. Το 2002 λοιπόν, η Γερμανία εισήγαγε σε εθνικό επίπεδο τα Προγράμματα Διαχείρισης Ασθενειών (DMPs). Τα προγράμματα αυτά θέτουν τους γιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης ως συντονιστές φροντίδας για ασθενείς με χρόνιες ασθένειες, όπως διαβήτη, καρκίνο του μαστού, άσθμα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια ή στεφανιαία νόσο.<sup>62,71</sup>

Οι στόχοι του DMP προσδιορίστηκαν ως εξής:<sup>62</sup>

- βελτίωση της πρόσβασης στη θεραπεία και φροντίδα για ασθενείς με χρόνια πάθηση
- εφαρμογή των κλινικών οδηγιών από τους γιατρούς στην ΠΦΥ
- δημιουργία δικτύου γιατρών προς υποστήριξη σε όλα τα διάφορα επίπεδα περίθαλψης, ιδιαίτερα προς ενίσχυση της ΠΦΥ και της έκτακτης φροντίδας
- παροχή οικονομικής υποστήριξης σε ταμεία ασθενείας και ενθάρρυνση καινοτομιών σε τομείς της πρόληψης, διάγνωσης και φροντίδας για χρόνιες παθήσεις.

Αξίζει να τονιστεί ότι η μείωση κόστους δεν ήταν από τους αρχικούς σκοπούς του προγράμματος. Παρόλα αυτά, ενδόμυχα ήταν και αυτός ένας στόχος. Σύμφωνα με αρχικούς υπολογισμούς από το Ινστιτούτο Υγείας και Κοινωνικής Έρευνας IGES, η εισαγωγή των DMPs θα αποφύγει περισσότερες από 5000 επιπλοκές ετησίως, κυρίως σε καρδιαγγειακά και εγκεφαλοαγγειακά νοσήματα, μειώνοντας τελικά το κόστος.<sup>62</sup>

Τα Ταμεία Ασθένειας (βασική δομή του συστήματος υγείας της Γερμανίας) μπορούν να σχεδιάσουν τα δικά τους DMPs, θα πρέπει όμως να τηρούν κάποια βασικά κριτήρια, όπως ηλεκτρονική καταγραφή, υπενθύμιση ασθενών για προληπτικές ενέργειες κλπ. Οι ασθενείς εγγράφονται σε κάποιον γιατρό και ο

γιατρός από τη μεριά του θέτει κάποιους στόχους θεραπείας, ελέγχει τη φροντίδα τους, διασφαλίζει ότι η θεραπεία πληροί τις τεκμηριωμένες κατευθυντήριες γραμμές και ότι έχουν έγκαιρη πρόσβαση στη φροντίδα, ενώ νοσηλευτές και άλλοι πάροχοι παρέχουν εκπαίδευση για την αυτοδιαχείριση. Ως κίνητρο, λαμβάνουν επιπλέον 35 \$ για κάθε ασθενή που εγγράφεται. Όμως κίνητρα δίνονται και στους ασθενείς για να εγγραφούν, απαλλάσσοντάς τους από ένα μέρος από αυτό που θα πλήρωναν σε υπηρεσίες υγείας.<sup>62,71,80</sup>

Αξιολογήσεις των προγραμμάτων DMPs διαπιστώνουν θετικές βελτιώσεις σε ορισμένες πτυχές της φροντίδας και των αποτελεσμάτων στην υγεία, με υψηλά ποσοστά ικανοποίησης των συμμετεχόντων στο DMP, αλλά παρέχουν ανάμεικτα αποτελέσματα όταν εξετάζονται τα αποτελέσματα των ασθενών. Είναι επίσης σημαντικό να σημειωθεί ότι και εδώ, τα DMPs εισήχθησαν σε ένα ευρύτερο φάσμα πρωτοβουλιών που στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας της διαχείρισης χρόνιων ασθενειών, όπως η ανάπτυξη ολοκληρωμένων κλινικών κατευθυντήριων γραμμών, τυπικών διαδικασιών παραπομπής και συνεχής διασφάλιση ποιότητας μέσω του καθορισμού προτύπων φροντίδας και δεικτών διαδικασίας.<sup>62,71</sup>

### iii. Γαλλία

Μια διαφορετική περίπτωση είναι αυτή της Γαλλίας. Το 2000, ο ΠΟΥ κατέταξε το Σύστημα Υγείας της χώρας ως ένα από τα καλύτερα συστήματα υγείας σε όρους αποτελεσματικότητας και ικανοποίησης των ασθενών. Όμως, αντιμετωπίζει οικονομικά προβλήματα, λειτουργώντας υπό έλλειμμα. Ο έλεγχος του κόστους είναι δύσκολος, καθώς η Γαλλία χρησιμοποιεί ως μέθοδο αποζημίωσης την πληρωμή ανά υπηρεσία και το σύστημά της χαρακτηρίζεται από υψηλό βαθμό ελευθερίας όσον αφορά την επιλογή των ιατρών από τους ασθενείς. Διαφαινόμενο το πρόβλημα, τη δεκαετία του 1990 είχε προταθεί η εισαγωγή ποινών σε όσους γιατρούς δεν ακολουθούσαν τις κατευθυντήριες γραμμές που είχαν δοθεί και στόχευαν στη μείωση του κόστους. Ωστόσο, το σχέδιο αυτό εγκαταλείφθηκε το 1998, προτού καν εφαρμοστεί. Τα διαδοχικά μεταρρυθμιστικά σχέδια που εισήχθησαν από το 2004 είχαν ως στόχο σε μεγάλο βαθμό τον έλεγχο της ανεξέλεγκτης ζήτησης υγειονομικής περίθαλψης, ώστε να μειωθεί τελικά το έλλειμμα.<sup>62,88</sup>

Η Γαλλία έχει υποχρεωτική ασφάλιση υγείας από το Εθνικό Ταμείο Ασφάλισης Υγείας (National Health Insurance Fund, NHIF). Η ιδιωτική ασφάλιση χρησιμεύει για την κάλυψη πρόσθετων υπηρεσιών και επίσης ως κάλυψη του επιπλέον κόστους. Οι γιατροί μπορούν να αυξήσουν το εισόδημά τους αν απλά

αυξήσουν τους ασθενείς που βλέπουν καθημερινά. Οπότε, δεν υπήρξε κίνητρο για πρόληψη ή για μια πιο συντονισμένη προσέγγιση στην ΠΦΥ. Ένα άλλο σημείο που πρέπει να τονιστεί είναι ότι σχεδόν το 90% των ασθενών που επισκέπτονταν κάποιο ιατρό έφευγε από το ιατρείο με συνταγογράφηση.<sup>62,71</sup>

Το 2009, λοιπόν, το NHIF εισήγαγε πιλοτικά για γιατρούς της ΠΦΥ ένα πρόγραμμα αμοιβής για απόδοση υπό την ονομασία Συμβόλαια για Βελτιωμένη Ατομική Πρακτική (Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles, CAPI). Το 2012, το CAPI επεκτάθηκε σε όλους τους γενικούς ιατρούς και μετονομάστηκε σε Αμοιβή με βάση τους Στόχους Δημόσιας Υγείας (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique, ROOSP). Στο πρόγραμμα υπάρχουν τέσσερις τομείς απόδοσης που ανταμείβονται με βάση συνολικά 29 δείκτες: πρόληψη (συμμετοχή των ασθενών στον προσυμπτωματικό έλεγχο), διαχείριση χρόνιων ασθενειών, οικονομικά αποδοτική συνταγογράφηση (συνταγογράφηση γενόσημων φαρμάκων, τήρηση των κατευθυντήριων γραμμών για τον έλεγχο του κόστους) και οργάνωση πρακτικής άσκησης. Το P4P εντάχθηκε συμπληρωματικά στην αποζημίωση ανά υπηρεσία με τον δημοσιονομικό νόμο του 2008 για μια δοκιμαστική περίοδο πέντε ετών, με υποχρεωτική ετήσια αξιολόγηση που αποστέλλεται στο Κοινοβούλιο. Αξίζει να σημειωθεί πως οι προσομοιώσεις είχαν δείξει ότι μια περιορισμένη βελτίωση της συνταγογράφησης γενόσημων, που όπως είδαμε αποτελούσε έναν από τους στόχους του προγράμματος, θα μπορούσε να συμβάλει στη χρηματοδότηση του.<sup>62,71,81,88</sup>

Με την εισαγωγή του συστήματος, ο εκάστοτε ασθενής δεν είναι ελεύθερος να επιλέξει όποιον γιατρό θέλει και να αλλάζει κάθε φορά. Αντίθετα, κάθε πολίτης πρέπει να επιλέξει έναν γενικό ιατρό, ο οποίος θα είναι υπεύθυνος για όλη την πρωτοβάθμια περίθαλψη και τις παραπομπές σε ειδικούς των άλλων βαθμίδων περίθαλψης. Άρα, θα λειτουργεί πλέον ως gate keeper. Εάν οι ασθενείς επιλέξουν να απευθυνθούν μόνοι τους σε ειδικούς, το ποσοστό αποζημίωσης από το ταμείο ασφάλισης υγείας μειώνεται από 70% σε 50%.<sup>62</sup>

Για τον καθορισμό της πληρωμής χρησιμοποιούνται δύο τύποι:<sup>62</sup>

- ένας ενδιάμεσος στόχος που αντιστοιχεί στη μέση βαθμολογία των ιατρών για έναν συγκεκριμένο δείκτη, ο οποίος θα πληρούσε τις προϋποθέσεις για τον ιατρό για το ήμισυ των πόντων που μπορεί να κερδίσει για αυτόν τον δείκτη.
- ένας στόχος που βασίζεται σε στόχους που ορίζονται από τον Νόμο για τη Δημόσια Υγεία, τις κατευθυντήριες γραμμές της Εθνικής Αρχής Υγείας ή διεθνείς συγκρίσεις, οι οποίες θα πληρούν τις προϋποθέσεις

για τον ιατρό για το μέγιστο των πόντων που μπορεί να κερδίσει για αυτόν τον δείκτη.

Το ποσοστό επίτευξης του στόχου υπολογίζεται διαφορετικά εάν το αρχικό επίπεδο απόδοσης των παρόχων είναι κάτω από τον ενδιάμεσο στόχο ή μεταξύ του ενδιάμεσου στόχου και του τελικού, ως εξής: <sup>62</sup>

- Εάν το τρέχον επίπεδο είναι κάτω από τον ενδιάμεσο στόχο, τότε:

$$\text{ποσοστό επίτευξης} = 50\% \times \frac{\text{τελικό επίπεδο} - \text{αρχικό επίπεδο}}{\text{ενδιάμεσος στόχος} - \text{αρχικό επίπεδο}}$$

- Εάν το τρέχον επίπεδο είναι μεταξύ του ενδιάμεσου και του τελικού στόχου, τότε:

$$\text{ποσοστό επίτευξης} = 50\% + 50\% \times \frac{\text{τελικό επίπεδο} - \text{ενδιάμεσος στόχος}}{\text{τελικός στόχος} - \text{ενδιάμεσος στόχος}}$$

Η χρηματική αξία ανά πόντο αποτελεί αντικείμενο διαπραγμάτευσης. Η συνολική πληρωμή ανά δείκτη είναι η τιμή πόντων πολλαπλασιασμένη με το ποσοστό επιτυχίας, προσαρμοσμένη με τον αριθμό των ασθενών που επέλεξαν τον ιατρό (με εξαίρεση τους δείκτες που σχετίζονται με την οργάνωση του ιατρείου). Οι γιατροί έχουν πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικά με την απόδοση και τη δραστηριότητά τους στον ιστότοπο του NHIF χρησιμοποιώντας τους επαγγελματικούς τους λογαριασμούς και αν κάποιος δεεν συμφωνεί με την αξιολόγηση του, μπορεί να ζητήσει συνάντηση με την τοπική αντιπροσωπεία του NHIF για μια δεύτερη αξιολόγηση. <sup>62</sup>

Οι γενικοί ιατροί στη Γαλλία δουλεύουν μεμονωμένα, στα ιδιωτικά τους ιατρεία. Μια άλλη μεταρρύθμιση που προτάθηκε και υλοποιήθηκε από το 2010 ήταν το Πείραμα με Νέα Συστήματα Πληρωμών (Expérimentation de Nouveaux Modes de Rémunération, ENMR), το οποίο είχε ως στόχο να μεταφερθεί η ΠΦΥ από τα μεμονωμένα ιατρεία σε ομάδες ιατρών που θα φρόντιζα για την ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών στον πληθυσμό. Το ENMR χρηματοδοτούσε τη συλλογική πρακτική έναντι της ατοικής, τη χρήση της χρηματοδότησης διεπαγγελματικών προσεγγίσεων και διαδικασιών (πρωτόκολλα κοινής φροντίδας, δομημένα σχέδια κοινής φροντίδας). Η ολοκληρωμένη περίθαλψη συσχετίστηκε με χαμηλότερες δαπάνες υγείας που συνδέονται με λιγότερες διαβουλεύσεις με ειδικούς, συνταγές φαρμάκων και λιγότερη υποστηρικτική φροντίδα (νοσηλευτική εκτός του ιατρείου, φυσιοθεραπεία <sup>88</sup>

Η ανασκόπηση στη βιβλιογραφία δείχνει ότι το πρόγραμμα οδήγησε σε κάποια βελτίωση στην ποιότητα της περίθαλψης των ασθενών, όχι όμως σε όλους τους τομείς. Θετικό αντίκτυπο είχε επίσης και όσον αφορά την οργάνωση του ιατρείου, με την εισαγωγή νέων τεχνολογιών επικοινωνίας και τον ηλεκτρονικό φάκελο ασθενών. Οι ίδιοι οι γιατροί συνηγόρησαν στο ότι μέσω του προγράμματος αναβάθμισαν τον εξοπλισμό υπολογιστών και το λογισμικό τους.<sup>62</sup> Ωστόσο, τα δεδομένα δείχνουν ότι τα προγράμματα RO5P και ENMR είχαν καλύτερα αποτελέσματα στις αστικές πόλεις, παρά στις αγροτικές περιοχές.<sup>89</sup>

Επίσης, οι γιατροί, ανταποκρινόμενοι στα κίνητρα, βελτίωσαν τις πρακτικές τους όσον αφορά τη χρήση γενόσημων φαρμάκων και την οργάνωση της εργασίας, αλλά σε μικρότερο βαθμό για προληπτικές δραστηριότητες υγείας. Ακόμη, ασαφή παραμένουν τα αποτελέσματα γύρω από το αν τελικά μειώθηκε το κόστος.<sup>88</sup>

#### **iv. Σύνοψη ευρημάτων**

Η πληρωμή για απόδοση δεν θα πρέπει να θεωρείται ως αυτοσκοπός, αλλά ως μέρος ενός ολοκληρωμένου προγράμματος για την επίτευξη και τη διασφάλιση της ποιότητας. Βασιζόμενοι στην υπόθεση ότι εάν οι πάροχοι αμείβονται περισσότερο για την επίτευξη ορισμένων στόχων, τότε αυτοί θα κάνουν ό,τι είναι απαραίτητο για να πετύχουν αυτούς τους στόχους, βελτιώνοντας τελικά την παρεχόμενη υπηρεσία. Η υπόθεση αυτή δεν αμφισβητείται, ωστόσο η πραγματική ισχύς των προγραμμάτων P4P και τα κίνητρα που δημιουργούν για τη βελτίωση της απόδοσης του παρόχου και τελικά των αποτελεσμάτων υγείας, μπορούν να μεταβληθούν από πολλούς παράγοντες.<sup>62,71,72,77,90</sup>

Το κύριο εύρημα από τις μελέτες είναι ότι το P4P δεν οδήγησε σε ριζικές βελτιώσεις απόδοσης σε κάποια από τις χώρες που έχει εφαρμοστεί. Όμως, βελτίωση υπήρξε. Τα περισσότερα προγράμματα συνέβαλαν σε μεγαλύτερη εστίαση στους στόχους των συστημάτων υγείας, στην καλύτερη παραγωγή και χρήση πληροφοριών και των συστημάτων τεχνολογίας, μεγαλύτερη υπευθυνότητα από τη μεριά των ιατρών, οι οποίοι είναι πρόθυμοι να συμμετάσχουν στα προγράμματα αυτά, ενώ σε πολλές περιπτώσεις οδήγησε σε μια πιο αποτελεσματική διακυβέρνηση. Όσο αφορά την καθολική κάλυψη, και εδώ τα αποτελέσματα είναι μικτά, ακόμα και σε προγράμματα που το είχαν θέσει ως στόχο. Στην περίπτωση της Γερμανίας, η βελτίωση της ποιότητας οδήγησε και σε εξοικονόμηση πόρων, μειώνοντας τελικά το κόστος.<sup>62,71,72,77,90</sup>

Τα προγράμματα P4P ενισχύουν τις πρωτοβουλίες βελτίωσης της απόδοσης, ενώ έχουν και σημαντικά δευτερογενή αποτελέσματα, που δεν αποτελούν άμεσους στόχους. Για παράδειγμα, η χρήση της πληροφορικής, η δημιουργία σαφών πρωτοκόλλων και η συνολικότερη καλή διακυβέρνηση εντός του συστήματος υγείας. Τα δευτερογενή αποτελέσματα των προγραμμάτων μπορεί να είναι πιο σημαντικά ακόμα από το ίδιο το κίνητρο, με την έννοια ότι αυτά συνεχίζουν να υφίστανται ακόμα και όταν το κίνητρο αποσυρθεί, κάτι που θα οδηγήσει σε βελτίωση της ποιότητας συνολικά. Μία μελέτη 12 προγραμμάτων P4P ανέδειξε ότι ενώ η επίπτωση τους ήταν ελάχιστη, τα προγράμματα βελτίωσαν την αποσαφήνιση των στόχων για τους παρόχους, τη μέτρηση της δραστηριότητας των παρόχων και συνέβαλε σε έναν πιο ολοκληρωμένο διάλογο μεταξύ των αγοραστών και των παρόχων.<sup>6270,90</sup>

Το P4P τείνει να είναι πιο επιτυχημένο όταν εισάγεται συμπληρωματικά σε ένα υποκείμενο σύστημα πληρωμών. Και αυτό είναι λογικό, καθώς αν ο μισθός των ιατρών εξαρτιόταν μόνο από αυτό, το άγχος θα ήταν μεγάλο, κάτι που τελικά μπορεί να οδηγούσε σε μείωση της ποιότητας, ενώ η απροθυμία των ιατρών να συμμετάσχουν θα ακύρωνε το πρόγραμμα εν τη γενέσει του.<sup>90</sup>

Ωστόσο, η αποζημίωση P4P ελλοχεύει και πολλούς κινδύνους. Πρώτα απ' όλα, είναι αρκετά δαπανηρά προγράμματα. Δεύτερον, παρόλο που όπως αναφέρθηκε η συμμετοχή των ιατρών είναι μεγάλη (αγγίζει έως και το 99%), εντούτοις αυτό δεν σημαίνει ότι ενεργούν πάντα προς όφελος του ασθενούς. Υπάρχει ο κίνδυνος να απορρίψουν ασθενείς, αν η περίθαλψή τους είναι δύσκολη και μπορεί να τους «βγάλει» από τον μετρήσιμο στόχο, ενώ μελέτες έχουν δείξει ότι πολλές φορές πτυχές της περίθαλψης που δεν έχουν κάποιο δείκτη, παραμελούνται. Μια απάντηση σε αυτό θα ήταν η εισαγωγή συστήματος P4P με μπόνους για εκείνους τους ιατρούς που αναλαμβάνουν πιο δύσκολες περιπτώσεις ασθενών, όποτε το κίνητρο για την αποφυγή τους μειώνεται. Αυτοί που εισάγουν και ελέγχουν ένα τέτοιο πρόγραμμα θα πρέπει να κατανοούν την πιθανότητα ύπαρξης των ακούσιων αυτών ανεπιθύμητων ενεργειών, να τις προβλέπουν, αν είναι δυνατόν, αλλά να βρίσκονται και σε συνεχή επαγρύπνηση.<sup>65 62,71,72,77,90</sup>



## Κεφάλαιο 5: Πρωτοβάθμια Υγεία στην Ελλάδα

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) χρηματοδοτείται από έναν και μόνο ασφαλιστικό φορέα, τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), σε συνδυασμό με σημαντική χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό. Το Υπουργείο Υγείας είναι υπεύθυνο για την ευρεία ρύθμιση όλου του συστήματος. Συνδυάζει στοιχεία τόσο του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης (μοντέλο Beveridge) όσο και του εθνικού συστήματος υγείας (μοντέλο Bismarck), είναι δηλαδή ένα μεικτό σύστημα υγείας. Βασικό χαρακτηριστικό του είναι η έλλειψη στρατηγικού σχεδιασμού. Τόσο το Σύστημα ολόκληρο, όσο και η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, διέπονται από την πλέον γνώριμη συνήθεια του ελληνικού πολιτικού συστήματος, που είναι η ασυνέπεια μεταξύ των κυβερνήσεων. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο καθηγητής Φιλαλήθης, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα είναι χαμένη στον λαβύρινθο.<sup>20,91,92</sup>

Η ίδρυσή του ΕΣΥ πραγματοποιήθηκε πανηγυρικά μόλις το 1983 από την κυβέρνηση του ΠΑΣΟΚ με τον νόμο Ν.1397/1983 («Περί Εθνικού Συστήματος Υγείας»). Με τον νόμο αυτό ουσιαστικά εγκαθιδρύθηκε στην Ελλάδα το κράτος πρόνοιας, κάτι που σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες είχε ήδη γίνει από δεκαετίες.<sup>93</sup>

Οι γενικές αρχές του νόμου, σύμφωνα με το άρθρο 1, είναι ότι:<sup>94</sup>

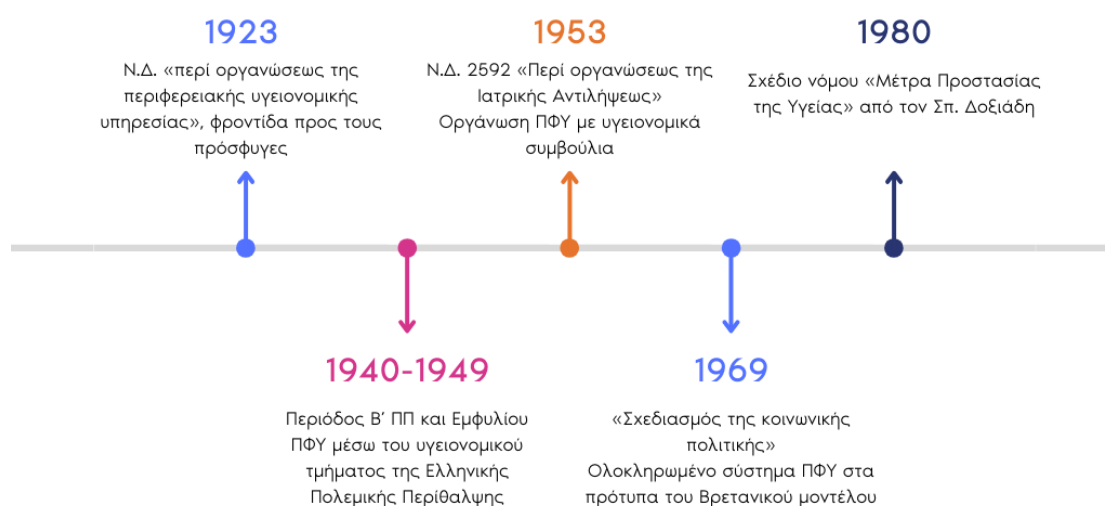
1. Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών
2. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας, που οργανώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού.

Ως μονάδες περίθαλψης, σύμφωνα με το άρθρο 5, ορίζονται σε πρωτοβάθμιο επίπεδο τα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά ιατρεία τους και τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, και σε δευτεροβάθμιο επίπεδο τα νοσοκομεία.<sup>94</sup>

Η χώρα διαιρείται σε υγειονομικές περιφέρειες και σε κάθε υγειονομική περιφέρεια συνίσταται το Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ), ως όργανο διοίκησής της. Με το ΠΔ 31/1986, η χώρα διαιρούνταν σε 9 Υγειονομικές Περιφέρειες. Στο άρθρο 16 προβλεπόταν η ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων και η δημιουργία ενός ενιαίου φορέα υγείας, ο οποίος θα κατένειμε τους πόρους στα κέντρα υγείας και στα νοσοκομεία.<sup>94</sup>

Με τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ εμφανίζεται και για πρώτη φορά στην Ελλάδα ο όρος Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι μέχρι τότε (δηλαδή μέχρι το 1983), δεν παρέχονταν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες. Στην πραγματικότητα, λειτουργούσαν ήδη κέντρα υγείας, πολυϊατρεία, υγειονομικοί σταθμοί και αγροτικά ιατρεία τα οποία παρείχαν υπηρεσίες ΠΦΥ, γι' αυτό άλλωστε και στο άρθρο 16 του νόμου προβλέπεται η κατάργησή τους.<sup>94,95</sup>

Παρακάτω παρατίθενται οι σημαντικές ημερομηνίες στις οποίες είχε γίνει προσπάθεια οργάνωσης της ΠΦΥ, στα χρόνια προ της ίδρυσης του ΕΣΥ. Σταθμό στα χρόνια αυτά αποτελεί το νομοσχέδιο «Μέτρα Προστασίας της Υγείας» του υπουργού Υγείας της Νέας Δημοκρατίας Σπύρου Δοξιάδη, που είχε σαν στόχο την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Περιθαλψης, στο οποίο όμως αντιτάθηκε το ίδιο του το κόμμα, κι έτσι η μεταρρύθμιση δεν έγινε.<sup>96</sup>



Σχήμα 5: Η πορεία της ΠΦΥ πριν την ίδρυση του ΕΣΥ<sup>97,98</sup>

Κεντρικός θεσμός στη λειτουργία της ΠΦΥ αποτέλεσαν τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία. Σε κάθε νομό προβλεπόταν η σύσταση κέντρων υγείας, τα οποία λειτουργούσαν ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων του νομού, και περιφερειακών ιατρείων, που λειτουργούσαν ως αποκεντρωμένες μονάδες των κέντρων υγείας.<sup>94</sup> Σε βάθος πενταετίας προβλεπόταν η δημιουργία 400 κέντρων υγείας σε όλη τη χώρα, 190 αγροτικά και 210 αστικά. Προς το τέλος του 1988, είχαν δημιουργηθεί 156 κέντρα υγείας στις αγροτικές περιοχές, ενώ η ιδέα των αστικών κέντρων υγείας εγκαταλείφθηκε και η ΠΦΥ στις αστικές περιοχές παρέχόταν από ιδιώτες ιατρούς, τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων και τις πολυκλινικές των ασφαλιστικών ταμείων, κυρίως του ΙΚΑ, που κάλυπτε σχεδόν τον μισό πληθυσμό.<sup>94,97,98</sup>

Στα κέντρα υγείας υπηρετούσαν γιατροί των ειδικοτήτων των αντίστοιχων τομέων των νοσοκομείων, καθώς και οικογενειακοί γιατροί που ανήκαν στον παθολογικό τομέα των νοσοκομείων. Γίνεται, έτσι, αναφορά και στον θεσμό του οικογενειακού ιατρού. Οι πολίτες είχαν δικαίωμα ελεύθερης επιλογής τους οικογενειακού γιατρού τους, η οποία γινόταν κάθε χρόνο τον Σεπτέμβριο, ενώ διατηρούσαν το δικαίωμα αλλαγής γιατρού μέσα στον χρόνο, προβάλλοντας αιτιολογημένη αίτηση στο διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου, το οποίο και τελικά αποφάσιζε. Βλέπουμε, δηλαδή, ότι τα κριτήρια αλλαγής δεν ήταν ευέλικτα. Κάθε οικογενειακός ιατρός είχε την φροντίδα 1.800 ατόμων, με δυνατότητα επέκτασης έως τα 2.500 άτομα.<sup>94</sup>

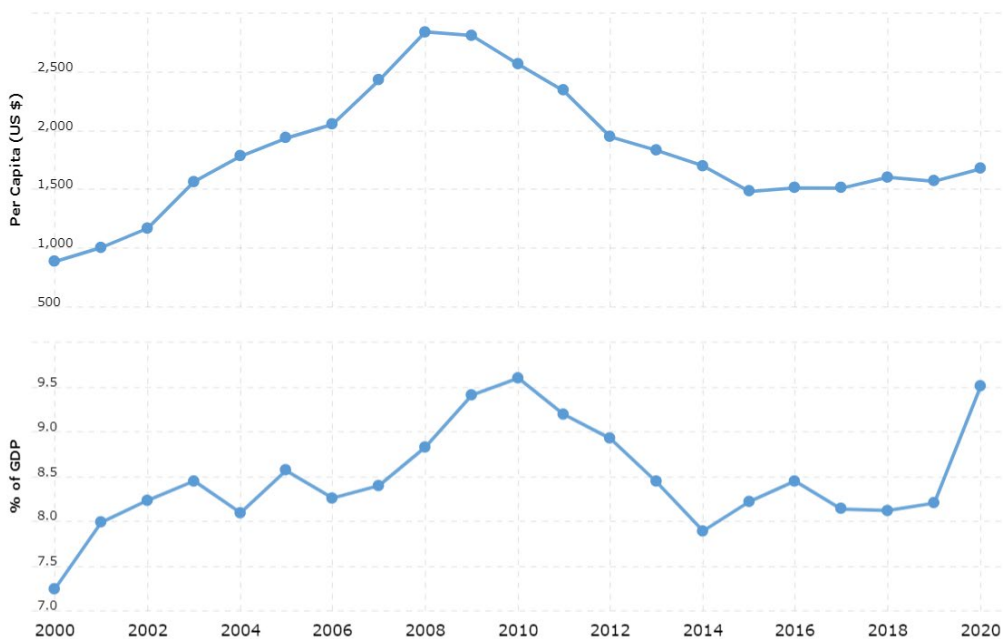
Από τον Ν. 1397 προβλεπόταν η ένταξη των ιατρείων των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης με το ΕΣΥ (ενοποίηση ΙΚΑ με το ΕΣΥ), όμως η μεταρρύθμιση αυτή δεν έγινε ποτέ και πραγματοποιήθηκε 24 χρόνια αργότερα, όπως θα δούμε παρακάτω.<sup>92,99</sup>

Η πολιτική σκηνή της χώρας αλλάζει και το 1990 έρχεται στην κυβέρνηση η Νέα Δημοκρατία, φέρνοντας αλλαγές στον τομέα της υγείας, φιλελεύθερου χαρακτήρα. Έτσι, με τον νόμο 2071/92, προωθήθηκαν ρυθμίσεις για την ίδρυση ιδιωτικών κλινικών -κάτι που απαγορευόταν από τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ, ενώ ο θεσμός της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των ιατρών από το ΕΣΥ αναιρέθηκε και αναφέρθηκε και η συμμετοχή ιδιωτών ιατρών στην ΠΦΥ. Ακόμα, καταργήθηκε η οργανική διασύνδεση των νοσοκομείων με τα κέντρα υγείας, τα οποία πλέον υπάγονταν στις Νομαρχίες και η χρηματοδότησή τους παύει να πραγματοποιείται μέσω των προϋπολογισμών των νοσοκομείων, αλλά γίνεται μέσω της νομαρχίας, προσδίδοντας τους την ιδιότητα της αυτόνομης οικονομικής και κοινωνικής μονάδας. Τέλος, τα περιφερειακά και αγροτικά ιατρεία μετονομάστηκαν σε Υγειονομικούς Σταθμούς, ενώ προβλέφθηκε ακόμα η λειτουργία κινητών μονάδων και η κατ' οίκον νοσηλεία.<sup>100</sup>

Το 1993, η κυβέρνηση αλλάζει και πάλι και το ΠΑΣΟΚ έρχεται ξανά στην εξουσία. Αλλάζει, έτσι, και η πολιτική για την υγεία. Επαναφέρονται οι αρχές και οι στόχοι που είχαν διατυπωθεί στον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ για δωρεάν και καθολικές δημόσιες υπηρεσίες υγείας.<sup>92</sup>

Από το 1994 έως το 2009, υποβλήθηκαν αρκετές προτάσεις που αφορούσαν την ΠΦΥ. Στόχος ήταν να προωθήσουν την ελευθερία επιλογής των χρηστών, να καθιερώσουν τον οικογενειακό/προσωπικό γιατρό ως ακρογωνιαίο λίθο της δομής του συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης, προσδίδοντας του την ιδιότητα του gatekeeping και να ενοποιήσουν τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Τίποτα από αυτά όμως δεν εφαρμόστηκε, με την αποτυχία να οφείλεται εν μέρει στην ατολμία της διοίκησης, αλλά κυρίως στην παρεμπόδιση από όσους είχαν συμφέροντα, όπως οι ιδιώτες γιατροί, οι γιατροί μερικής απασχόλησης της κοινωνικής ασφάλισης και τα ίδια τα ασφαλιστικά ταμεία.<sup>98,101</sup>

Το 2009 η Ελλάδα μπαίνει σε μια περίοδο βαθιάς κρίσης, η οποία διαρκεί σχεδόν 10 χρόνια και αναγκάζεται να εισέλθει σε Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής, υπογράφοντας τρία μνημόνια. Η οικονομική κρίση είχε μεγάλο αντίκτυπο και στον τομέα της υγείας. Μάλιστα, στα μνημόνια τα οποία υπογράφηκαν, ως προαπαιτούμενο υπήρχαν πολιτικές που θα περιορίζαν τις δαπάνες για την υγεία σε ποσοστό όχι μεγαλύτερο του 6% του ΑΕΠ.<sup>98,101</sup>



Πίνακας 8: Δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα [πηγή](#)

Όπως έχει αναφερθεί, η ΠΦΥ στην Ελλάδα παρέχεται μέσω του ΕΣΥ, των πολυιατρείων του ΙΚΑ, των συμβεβλημένων ιατρών και των ιδιωτικών ιατρείων. Κατά τη διάρκεια της πρώτης φάσης των μεταρρυθμίσεων το 2011, τα πολυιατρεία του ΙΚΑ συγχωνεύθηκαν και δημιουργήθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), που κάλυπτε τα περισσότερα και μεγαλύτερα ασφαλιστικά ταμεία -και άρα την πλειονότητα του πληθυσμού, εκτός από τα ασφαλιστικά ταμεία της Κεντρικής Τράπεζας και των Δημοσιογράφων. Ο ΕΟΠΥΥ ενεργεί ως μοναδικός αγοραστής των χρηματοδοτούμενων από το κράτος υπηρεσιών υγείας, και είναι συμβεβλημένος τόσο με δημόσιους όσο και με ιδιωτικούς παρόχους. Κάθε δίκτυο ΠΦΥ συγκροτείται από τα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά ιατρεία, τους ιατρούς υπηρεσίας υπαίθρου, Μονάδες Πρωτοβάθμιας Περιθαλψής των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, μονάδες παροχής υπηρεσιών του ΕΟΠΥΥ, ιδιώτες ιατρούς συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ και μονάδες παροχής υπηρεσιών που ανήκουν σε οργανισμούς ΝΠΔΔ ή ΝΠΙΔ. Για μια μεταβατική περίοδο, ο ΕΟΠΥΥ συνέχισε να είναι πάροχος, αλλά στη δεύτερη φάση των μεταρρυθμίσεων (Ν. 4238/2014) οι υπηρεσίες ΠΦΥ του ΙΚΑ ενσωματώθηκαν με το ΕΣΥ και έγινε διαχωρισμός αγοραστή-παρόχου, δημιουργώντας το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), το οποίο λειτουργεί υπό τις Διοικήσεις των Υγειονομικών Περιφερειών. Η περιοχή ευθύνης κάθε κέντρου υγείας ονομάζεται Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΤοΠΦΥ.). <sup>93,98,101,102</sup>

Επίσης, προβλεπόταν ότι οι γιατροί που εργάζονταν στο ΙΚΑ δεν θα μπορούσαν παράλληλα να ασκούν ιατρική ιδιωτικά, οπότε θα έπρεπε να επιλέξουν είτε τον μισθό του ΕΣΥ, είτε να απολυθούν. Από τους 6.670 ιατρούς που εργάζονταν στο ΙΚΑ το 2001, μόλις οι 85 επέλεξαν να μείνουν με τον μισθό του ΕΣΥ, κάποιοι από αυτούς προτίμησαν να απολυθούν ενώ υπάρχουν και άλλοι που αμφισβήτησαν την απόφαση της κυβέρνησης στα δικαστήρια και απορρίφθηκε επειδή στερούταν νομικής βάσης. <sup>98,101</sup>

Στον νόμο αυτόν (Ν. 4238/2014) προβλεπόταν ότι οι υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονται από οικογενειακούς γιατρούς, πέρα των άλλων ειδικοτήτων, όπως οδοντίατρους, νοσηλευτές κλπ. Δεν είναι η πρώτη φορά που γίνεται αναφορά στον οικογενειακό γιατρό στην ελληνική νομοθεσία. Με τους νόμους Ν. 1397/1983 και Ν. 3235/2004 γινόταν επίσης αναφορά σε αυτόν, ωστόσο η εφαρμογή του στην πραγματικότητα ήταν εξαιρετικά περιορισμένη. Με τον Ν. 4238/2014 γίνεται μια προσπάθεια ενίσχυσης του θεσμού του, ωστόσο αυτό αποτελεί δικαίωμα και όχι υποχρέωση (gate opening). Αρμοδιότητες του οικογενειακού γιατρού, σύμφωνα με τον νόμο, ήταν μεταξύ άλλων η διαχείριση χρόνιων καταστάσεων στην κοινότητα, η διαχείριση παραγόντων κινδύνου, η διασύνδεση με άλλους ειδικούς ιατρούς ή νοσοκομεία, καθώς και η κατάρτιση του ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου υγείας. Ο ατομικός ηλεκτρονικός φάκελος υγείας καθιερώθηκε για όλους τους Έλληνες και περιέχει ένα συνοπτικό ιστορικό υγείας του κάθε πολίτη, μαζί με τα απαραίτητα έγγραφα από εξετάσεις ή την εκάστοτε διαδικασία περίθαλψης. Πρόσβαση στον φάκελο αυτόν θα έχει εκτός από τον ασθενή και τον οικογενειακό του γιατρό, και ο θεράπων επαγγελματίας υγείας κατά την επίσκεψη του πολίτη σε ιδιωτική ή δημόσια μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας.<sup>95,102</sup>

Ας κάνουμε μια στάση εδώ για να δούμε μερικά στοιχεία. Σύμφωνα με μια μελέτη του 2013, διαπιστώθηκε ότι ο αριθμός των γιατρών -και των φαρμακοποιών- στην Ελλάδα είναι υπέρογκος σε όλη τη χώρα, αλλά κυρίως στα αστικά κέντρα, ενώ το αντίθετο ισχύει για τους νοσηλευτές. Η γενική ιατρική δεν είναι δημοφιλής ειδικότητα στη χώρα μας, κάτι που ισχύει ακόμα και σήμερα, εμώ δεν παρέχονται κίνητρα για δραστηριοποίηση στην ειδικότητα αυτή. Ακόμα, ο γενικός ιατρός δεν επιτελεί τον ρόλο του gate keeper στο σύστημα υγείας, αφού δεν είναι απαραίτητα η πρώτη επαφή του ασθενούς με αυτό. Όσο δε αναφορά την αποζημίωση των παρόχων, όσοι ήταν συμβαλλόμενοι με τον ΕΟΠΥΥ αποζημιώνονταν κατά πράξη (fee for service), βάσει του Κρατικού Τιμολογίου, ενώ όσοι δούλευαν σε δημόσιες δομές λάμβαναν μηνιαίο μισθό. Άρα, το σύστημα της κατά κεφαλήν αποζημίωσης, το οποίο εφαρμόζεται κατά κόρον στην ΠΦΥ των περισσότερων ευρωπαϊκών συστημάτων. Αν συνδυάσουμε την αποζημίωση κατά πράξη με την ύπαρξη πολλών ειδικευμένων ιατρών, φαρμακείων και διαγνωστικών κέντρων, καταλαβαίνουμε πως δημιουργούνται ευνοϊκές συνθήκες για την ανάπτυξη προκλητής ζήτησης.<sup>103</sup>

Η τρίτη φάση των μεταρρυθμίσεων που έφερε το τρίτο μνημόνιο, με τον νόμο 4486/2017, προέκρινε τον διαχωρισμό της ΠΦΥ σε 2 επίπεδα. Στο πρώτο επίπεδο, που θα αποτελούσε την πύλη εισόδου στο σύστημα, δημιουργούνται οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (ToMY), ως η βασική μονάδα του νέου συστήματος στις αστικές περιοχές που θα αποτελούταν από διεπιστημονικές ομάδες υγείας, από οικογενειακούς/γενικούς ιατρούς, παθολόγους, παιδίατρους, νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας και θα λειτουργούσαν με βάση έναν εγγεγραμμένο πληθυσμό αναφοράς. Κάθε TOMY έχει την ευθύνη για πληθυσμό 10.000-12.000 κατοίκους, ενώ σε περιπτώσεις όπως νησιά, ο πληθυσμός μπορεί να είναι είτε μεγαλύτερος είτε μικρότερος. Σε πρώτη φάση

προβλεπόταν η ανάπτυξη 239 ΤΟΜΥ σε 65 αστικές περιοχές. Πρώτο επίπεδο αποτελούσαν ακόμα και τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα πολυδύναμα και τα ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία. Στο δεύτερο επίπεδο, το επίπεδο της περιπατικής περίθαλψης, η ευθύνη παροχής των υπηρεσιών πέρασε στα Κέντρα Υγείας και στις Μονάδες Υγείας του ΠΕΔΥ, που πλέον όλα αυτά μετονομάζονται σε Κέντρα Υγείας, καθώς το ΠΕΔΥ καταργείται. Σκοπός τους ήταν η πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση, επιτελούν όμως και κοινωνικό έργο με δράσεις προστασίας ομάδων που χρήζουν ειδικής φροντίδας, για παράδειγμα ηγέτες, άτομα με ειδικές ανάγκες.<sup>101</sup>

Από τον νόμο αυτόν και μετά, φορείς ΠΦΥ στην Ελλάδα είναι:

- ✓ Κέντρα Υγείας
- ✓ Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤοΜΥ)
- ✓ Περιφερειακά, Πολυδύναμα, Ειδικά και Τοπικά Ιατρεία
- ✓ Ιδιωτικά Ιατρεία
- ✓ Φαρμακεία: Στην Ελλάδα, τα φαρμακεία παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρωτοβάθμια φροντίδα, με τους φαρμακοποιούς συχνά να παρέχουν συμβουλές υγείας και προληπτική φροντίδα

Σύμφωνα με το άρθρο 11 του νόμου, οι ιδιώτες ιατροί μπορούν να συνάψουν με τον ΕΟΠΥΥ συμβάσεις βάσει των οποίων υποχρεούνται να εξυπηρετούν δωρεάν τον πληθυσμό ευθύνης τους εντός προκαθορισμένου ωραρίου, αμοιβόμενοι με πάγια αντιμισθία. Μια άλλη τομή του νόμου αποτελεί η εισαγωγή του κοινωνικού ελέγχου και της λογοδοσίας, θέτοντας στο επίκεντρο τους ασθενείς.<sup>98</sup> Ακόμα, επανήλθε ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού, ο οποίος για τους ενήλικες μπορεί να ήταν γιατρός γενικής παθολογίας, ενώ για τα παιδιά, παιδίατρος. Κάθε ένας οικογενειακός ιατρός είχε υπό την εποπτεία του 2250 ενήλικες, ενώ σε έναν παιδίατρο αντιστοιχούσαν 1500 παιδιά.<sup>101</sup>

Στη Μελέτη του Υπουργείου Υγείας που πραγματοποιήθηκε το 2020 με σκοπό την αξιολόγηση της λειτουργίας των ΤΟΜΥ, από τις 239 ΤΟΜΥ που προβλέπονταν, είχαν συσταθεί και λειτουργούσαν 127, καλύπτοντας πληθυσμό 857.250 πολιτών από 1.613.250 πολίτες που προβλεπόταν σε πλήρη ανάπτυξη (ποσοστό 53,1% του αρχικού στόχου). Η δυνατότητα παροχής υπηρεσιών οικογενειακής ιατρικής από ΤΟΜΥ βάσει της στελέχωσης του 2019 έφτανε το 7,9% του αστικού πληθυσμού (δηλαδή 650.250 πολίτες).<sup>104</sup> Ακόμα, η αναλογία γιατρών-ασθενών στις ΤΟΜΥ είναι δυσλειτουργική με συνέπεια τη διαταραχή της εύρυθμης λειτουργίας τους.<sup>105</sup>

Παρά τους πολλά υποσχόμενους στόχους, η μεταρρύθμιση αντιμετώπισε σημαντική κριτική από τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας και το κοινό, κυρίως λόγω ζητημάτων που σχετίζονται με τις υποδομές, την ικανότητα εργατικού δυναμικού και την προσέλκυση των ενδιαφερόμενων. Ως προς την υποδομή και το εργατικό προσωπικό, επισημαίνεται ότι υπήρχε ανεπάρκεια φυσικών χώρων και, όπως προαναφέρθηκε, η έλλειψη των οικογενειακών ιατρών παρεμπόδισε την ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης. Ακόμα, απέτυχε να δεσμεύσει αποτελεσματικά τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας και το κοινό, με αποτέλεσμα την αντίσταση από τους ιατρικούς συλλόγους και τη

χαμηλή εγγραφή πολιτών στους οικογενειακούς γιατρούς. Για τους λόγους αυτούς επικρίθηκε για την έλλειψη σαφών κινήτρων και την απουσία ενός ολοκληρωμένου σχεδίου, με την αντιπολίτευση να κατηγορεί την κυβέρνηση για πρόχειρο σχεδιασμό. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι έρευνα μεταξύ των χρηστών ΤοΜΥ, έδειξε σχετικά υψηλή ικανοποίηση, ειδικά όσον αφορά την ποιότητα της ιατρικής και νοσηλευτικής περίθαλψης, με τη ζήτηση να έχει ξεπεράσει τις προσδοκίες.<sup>101,106,107</sup>

Το 2019, με τον νόμο, δημιουργείται ο Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (Ε.Ο.Δ.Υ.). Σκοπός του Ε.Ο.Δ.Υ., σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου, είναι η προάσπιση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού με έμφαση στη δημόσια υγεία μέσω της πρόληψης των νόσων, της αύξησης του προσδόκιμου ζωής και της προαγωγής υγείας μέσω οργανωμένων προσπαθειών της πολιτείας και της κοινωνίας. Στον σκοπό του Οργανισμού περιλαμβάνονται ακόμα:

- η παρακολούθηση και η εκτίμηση της υγείας του πληθυσμού της χώρας και των βιολογικών, κοινωνικοοικονομικών και περιβαλλοντικών παραμέτρων που την επηρεάζουν,
- η επιδημιολογική καταγραφή και η συνεχής παρακολούθηση της επίπτωσης των νοσημάτων, λοιμωδών και μη μεταδοτικών, στη δημόσια υγεία,
- η λήψη μέτρων πρόληψης και διαρκούς ενημέρωσης του πληθυσμού, στο σύνολό του ή σε επιμέρους ομάδες, για την προστασία της υγείας και την εξασφάλιση της ευεξίας και της ευζωίας του,
- δράσεις που αποσκοπούν στην προστασία του πληθυσμού από κάθε είδους απειλές που προέρχονται από εξάπλωση νοσημάτων ή καταστάσεων βλαπτικών για την υγεία.<sup>108</sup>

Ένα χρόνο μετά τη θέσπιση του Οργανισμού αυτού, εκδηλώθηκε η πανδημία του κορωνοϊού, που κλόνησε μέχρι και τα πιο καλά οργανωμένα Συστήματα Υγείας. Για την αντιμετώπιση της πανδημίας, αναπτύχθηκαν κέντρα ΠΦΥ για τη διαχείριση κρουσμάτων COVID-19 και σε ορισμένα κέντρα ανατέθηκε αποκλειστικά ο εντοπισμός και η διαχείριση κρουσμάτων. Κάποια μετατράπηκαν σε δομές για την παροχή φροντίδας σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, τη διαχείριση οξέων περιστατικών και την επικοινωνία με ασθενείς σε καραντίνα ή σε κατ' οίκον απομόνωση. Ακόμα, ιδρύθηκε ένα δίκτυο τηλεσυμβουλευτικής για ασθενείς με COVID-19 που λειτουργούσε μέσω των κέντρων υγείας και ένα ηλεκτρονικό μητρώο για την παρακολούθηση των ασθενών στους οποίους είχε διαγνωστεί η νόσος COVID-19 και τη διασφάλιση της επακόλουθης περίθαλψής τους.<sup>109</sup>

Το 2022, με την πανδημία να έχει κοπάσει, η κυβέρνηση επιθυμεί να δώσει περισσότερη έμφαση στο ΕΣΥ που όπως χαρακτηριστικά αναφερόταν «άντεξε στην πανδημία». Ψηφίζεται άλλος ένας νόμος που στόχο είχε την αναδιοργάνωση και αποτελεσματική λειτουργία της ΠΦΥ. Ο νόμος αυτός, υπ' αριθμό 4931/2022, φέρει την ονομασία «Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής

Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες επείγουσες διατάξεις». <sup>110</sup>

Σύμφωνα με την αιτιολογική έκθεση, σκοπός του νόμου ήταν η «αναδιοργάνωση, με επίκεντρο τον πολίτη, της συγκρότησης και διάρθρωσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», μέσω της τροποποίησης υφιστάμενων διατάξεων και τη θέσπιση νέων για την αποτελεσματικότητα και πρακτική λειτουργικότητα του συστήματος ΠΦΥ. Στόχος είναι να παρέχει υπηρεσίες υψηλής ποιότητας στους πολίτες, με τους ακόλουθους βασικούς άξονες:

1. την ορθολογική και αποτελεσματική διάρθρωση, στελέχωση και διοίκηση του συστήματος των δημοσίων μονάδων παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και των Τοπικών Μονάδων Υγείας, με ιδιαίτερη μέριμνα για τις άγονες και προβληματικές περιοχές
2. την εισήγηση του θεσμού του προσωπικού ιατρού για κάθε πολίτη, για την καθοδήγηση του τελευταίου στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. <sup>111</sup>

Ο συντάκτης της έκθεσης προσάπτει στον υφιστάμενο θεσμό του οικογενειακού ιατρού ότι έμεινε στην πράξη ανενεργός και μη λειτουργικός, δεδομένου ότι ούτε οι ιατροί, ούτε οι πολίτες έχουν θετική ανταπόκριση. Αναφέρει πως προς επίλυση του ζητήματος εισάγεται ο θεσμός του προσωπικού ιατρού, με την υποχρεωτική εγγραφή των πολιτών σε αυτόν, σε συνδυασμό με την ελεύθερη επιλογή παρόχου εκ μέρους του πολίτη, ώστε να παρέχεται ολοκληρωμένη και συνεχής φροντίδα κατ' άτομο με σκοπό την πρόληψη των ασθενειών και την προαγωγή της υγείας. <sup>111</sup>

Ως προσωπικοί ιατροί ορίζονται ιατροί ειδικότητας γενικής/οικογενειακής ιατρικής ή εσωτερικής παθολογίας για τον ενήλικο πληθυσμό και παιδίατροι για τα παιδιά. Ο αριθμός του εγγεγραμμένου πληθυσμού του προσωπικού ιατρού άλλαξε, για την αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών, καθώς και ο τρόπος αποζημίωσης (από μηνιαία αποζημίωση σε «κατά κεφαλήν») με σκοπό την παροχή επιπλέον κινήτρων για τη συμμετοχή ιδιωτών, ως προσωπικών ιατρών, στο σύστημα ΠΦΥ και την περαιτέρω ενεργοποίηση των ιατρών του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.). Έτσι λοιπόν, η αποζημίωση, βάσει του πληθυσμού, διαμορφώνεται ως εξής: <sup>110,111</sup>

- a) για τους ιατρούς που εργάζονται στο ΕΣΥ ή παρέχουν τις υπηρεσίες τους στο πλαίσιο λειτουργίας των ΤΟΜΥ, η αποζημίωση είναι επιπλέον των μηνιαίων αποδοχών τους, οι οποίες καλύπτουν αριθμό εγγεγραμμένων πολιτών μέχρι χίλια πεντακόσια (1.500) άτομα, και για εγγεγραμμένους πολίτες από χίλια πεντακόσια ένα (1.501) μέχρι δύο χιλιάδες (2.000) άτομα «κατά κεφαλήν», βάσει ηλικιακών ομάδων. Από 16 έως 49 ετών το ποσό ετήσιας αποζημίωσης ορίζεται στα 20 ευρώ. Από 50-69 ετών, στα 23 ευρώ και από 70 ετών και άνω στα 25 ευρώ. <sup>112</sup>
- b) για συμβεβλημένους στον ΕΟΠΥΥ ιατρούς, η αποζημίωση είναι «κατά κεφαλήν», για εγγεγραμμένους πολίτες από ένα (1) μέχρι δύο χιλιάδες



(2.000) άτομα ανάλογα με τον εγγεγραμμένο πληθυσμό και ανά ηλικιακή ομάδα. Από 16 έως 49 ετών το ποσό ετήσιας αποζημίωσης ορίζεται στα 20 ευρώ. Από 50- 69 ετών, στα 30 ευρώ και από 70 ετών και άνω στα 45 ευρώ.<sup>112</sup>

- c) Οι ιατροί Ε.Σ.Υ. υγειονομικών μονάδων σε περιοχές που έχουν χαρακτηριστεί ως προβληματικές και άγονες, λαμβάνουν ετήσια επιπλέον αποζημίωση. Για τις επιπλέον ειδικότητες, που ορίζονται ως προσωπικοί ιατροί και για τους παιδίατρους, δύναται να οριστεί διαφορετικός τρόπος αποζημίωσης.<sup>110,112</sup>

Ο προσωπικός ιατρός θα λειτουργούσε ως «πλοηγός» του πολίτη στο Σύστημα Υγείας. Για τον σκοπό αυτό, ο νόμος προέβλεπε την καθιέρωση ενός συστήματος παραπομπών των πολιτών για την πρόσβαση στις δημόσιες μονάδες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Υπό την έννοια αυτή, ο προσωπικός ιατρός λειτουργεί ως «πύλη εισόδου», έχει δηλαδή ρόλο gate keeper. Δικαίωμα παραπομπής έχουν και οι ειδικοί ιατροί για θέματα της ειδικότητάς τους, μετά από ενημέρωση του προσωπικού ιατρού, ενώ το σύστημα παραπομπής δεν ισχύει για έκτακτα περιστατικά.<sup>110</sup>

Για να λειτουργήσει το σύστημα κατά αυτόν τον τρόπο, «εισάγεται και καθιερώνεται» σύστημα κινήτρων/αντικινήτρων για την εγγραφή του πληθυσμού σε προσωπικό ιατρό και την τήρηση της διαδικασίας του συστήματος παραπομπών. Πιο συγκεκριμένα και ύστερα από κοινή απόφαση των Υπουργείων Υγείας, Οικονομικών και κάθε άλλου συναρμόδιου, οι μη εγγεγραμμένοι σε προσωπικό ιατρό, από την 1/10/2022 θα έχουν πρόσθετη συμμετοχή στη φαρμακευτική δαπάνη κατά ποσοστό 10%, επιπλέον του καθορισμένου κατά περίπτωση ποσοστού συμμετοχής, ενώ θα έχουν πρόσθετη συμμετοχή στις εργαστηριακές και διαγνωστικές εξετάσεις και πράξεις, στα νοσήλια σε ιδιωτικές κλινικές και στις λοιπές παροχές, κατά 10%, επιπλέον του καθορισμένου κατά περίπτωση ποσοστού συμμετοχής. Από την 1/1/2023 θα προσαυξάνονταν εκ νέου κατά ποσοστό 10%, φτάνοντας σε ποσοστό 20% επί του καθορισμένου.<sup>110-112</sup>

Η απόφαση αυτή προκάλεσε αντιδράσεις κι έτσι, τόσο από τους ασθενείς, όσο και από τους γιατρούς, και η κυβέρνηση έκανε πίσω, με το σύστημα κινήτρων/αντικινήτρων να εγκαταλείπεται. Μάλιστα, σε ερωτοαπαντήσεις που εξέδωσε το Υπουργείο Υγείας, εγκαταλείφθηκε και η υποχρεωτικότητα εγγραφής, λέγοντας ότι σκοπός είναι η αλλαγή κουλτούρας σε θέματα υγείας και η καλλιέργεια μιας σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ πολιτών και ιατρού.<sup>113</sup> Αξίζει δε να σημειωθεί ότι διάφοροι ιατρικοί σύλλογοι της Ελλάδας κατέφυγαν στο ΣτΕ με την αιτίαση ότι ο νόμος είναι αντισυνταγματικός, κάτι που απορρίφθηκε από το δικαστήριο.<sup>114</sup>

Έως το τέλος Ιουνίου 2023, 4,9 εκατομμύρια άτομα (55% του επιλέξιμου πληθυσμού) είχαν εγγραφεί σε προσωπικό ιατρό, εκ των οποίων το 38,3% αντιστοιχεί στην ηλικιακή ομάδα 17-49 ετών, το 36% στους 50-69 και το 25,8% στους άνω των 70 ετών. Ωστόσο, ο αριθμός των ιατρών στις δημόσιες μονάδες δεν ήταν επαρκής για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού, ενώ

πολλοί ιδιώτες ιατροί δεν έχουν υπογράψει σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ για την εισαγωγή τους στο σύστημα.<sup>93</sup>

Μάλιστα, πολλοί ήταν οι πολίτες που έκαναν παράπονα περί ελλείψεως ιατρών και σε αρκετές περιπτώσεις η λίστα των προσωπικών ιατρών που δημοσίευε η πλατφόρμα του Υπουργείου πρότεινε γιατρούς από άλλο νομό. Συνολικά, 3.428 γιατροί συμμετέχουν στον θεσμό, από τους οποίους οι 2.228 είναι του Δημόσιου Συστήματος ΠΦΥ και οι 1.200 προέρχονται από τον ιδιωτικό τομέα. Σύμφωνα με τον σχεδιασμό του υπουργείου, για την πλήρη εφαρμογή του συστήματος απαιτούνται 5.000 προσωπικοί γιατροί. Έτσι λοιπόν, με απόφαση του τότε υπουργού Υγείας, οι ειδικότητες που μπορούσαν να συμμετέχουν στον θεσμό επεκτάθηκαν και συμπεριέλαβαν ακόμα 10, οποίες ήταν ειδικότητες αιματολογίας, γαστρεντερολογίας, ενδοκρινολογίας-διαβητολογίας, καρδιολογίας, νευρολογίας, νεφρολογίας, ρευματολογίας, παθολογικής ογκολογίας, πνευμονολογίας-φυματολογίας και φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης. Όπως ανέφερε ο υπουργός, πρόκειται για μια λύση ανάγκης ώστε να καλυφθούν οι πολίτες σε περιοχές στις οποίες δεν υπάρχει επάρκεια στις ειδικότητες της γενικής ιατρικής και της παθολογίας, όπως συμβαίνει κυρίως στην Αττική και λιγότερο σε άλλα μεγάλα αστικά κέντρα.<sup>115</sup>

Και αυτό αποτελεί πράγματι ένα πρόβλημα στην ολοκλήρωση του θεσμού του προσωπικού ιατρού. Στην Ελλάδα, ο αριθμός των ιατρών βαίνει αυξανόμενος από το 2000 και μετά, φθάνοντας τους 6,3 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους το 2021, αναλογία μεγαλύτερη από τον μέσο όρο της ΕΕ. Πλην όμως, η συντριπτική πλειονότητα των ιατρών είναι ειδικευμένοι, με τους γενικούς ιατρούς να αντιπροσωπεύουν μόλις το 6% του συνόλου των ιατρών, ποσοστό πολύ χαμηλότερο μεταξύ των χωρών της ΕΕ.<sup>109</sup>

	2020	2021	2022	Μεταβολή επί % 2022/2021
Παθολόγοι	4753	4611	4576	-0,8
Παιδίατροι	3787	3852	3857	0,1
Καρδιολόγοι	3576	3641	3666	0,7
Μικροβιολόγοι	3473	3466	3421	-1,3
Γενικής Ιατρικής	3465	3520	3524	0,1
Μαιευτήρες- Γυναικολόγοι	3035	3095	3090	-0,2
Λοιπές ειδικότητες & Άνευ ειδικότητας	44278	45159	46335	2,6

Πίνακας 9: Αριθμός ιατρών για τις έξι κύριες κατηγορίες ειδικοτήτων, 2020-2022 <sup>116</sup>

	Κέντρα Υγείας	Περιφερειακά Ιατρεία	Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία	Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία	Τοπικά Ιατρεία	Λοιπές Μονάδες	ΤοΜΥ
<b>2021</b>	310	1432	95	52	220	10	127
<b>2022</b>	311	1432	97	50	220	10	136

Πίνακας 10: Απογραφή Κέντρων Υγείας και λοιπών Μονάδων ΠΦΥ έτους 2022 <sup>117</sup>

Στην ΠΦΥ ανήκουν επίσης και δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας:

	2021	2022
Κέντρα Ψυχικής Υγείας ενηλίκων	18	18
Κέντρα Ψυχικής Υγείας για ενήλικους και παιδιά/εφήβους	15	15
Κέντρα Ψυχικής Υγείας παιδιών και εφήβων	28	28

Πίνακας 11: Απογραφή Κέντρων Ψυχικής Υγείας <sup>117</sup>

Στο 2<sup>ο</sup> εξάμηνο του 2023, η κυβέρνηση επαναφέρει το θέμα του προσωπικού ιατρού θέλοντας να δώσει κίνητρα σε νέους ιατρούς να επιλέξουν την ειδικότητα της παθολογίας. Ενδεικτικά, στις προτάσεις της αρμόδιας Υπουργού αναφερόταν μέχρι και η εφάπαξ χορήγηση 40-50.000 ευρώ για την επιλογή της ειδικότητας του παθολόγου, ενώ για την άμεση πλήρωση των θέσεων των προσωπικών ιατρών που υπολείπονταν, προτάθηκε η επιλογή των αγροτικών ιατρών. Φυσικά, η επιχειρηματολογία αυτή προκάλεσε αντιδράσεις και εγκαταλείφθηκε. <sup>118</sup>

Το 2024 προβλέπονται και άλλες αλλαγές στον θεσμό της ΠΦΥ, με το Υπουργείο Υγείας να θέτει ως βασικό του στόχο μέχρι το τέλος του έτους όλοι οι πολίτες να έχουν προσωπικό ιατρό. Σύμφωνα με τις εξαγγελίες, πλέον θα μπορούν και οι ιδιώτες ιατροί να παίζουν τον ρόλο του προσωπικού ιατρού για τους πολίτες που το επιθυμούν, χωρίς σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ, κάτι που με τον προηγούμενο νόμο δεν επιτρεπόταν. Η επίσκεψή τους όμως σε αυτόν δεν θα είναι δωρεάν. Ακόμα, θα εισαχθεί σύστημα αμοιβής βάσει απόδοσης, με την καταγραφή ορισμένων δεικτών που μέχρι τη συγγραφή της παρούσης εργασίας, δεν έχουν διευκρινιστεί. Ως προς τις υποδομές, προβλέπεται η δημιουργία 7 Πανεπιστημιακών Κέντρων Υγείας όπου θα εγκατασταθούν εκπαιδευτικοί σταθμοί τηλεϊατρικής για την υποστήριξη των Προσωπικών Γιατρών, ενώ θα προκηρυχθούν και 1.375 θέσεις για τη στελέχωση των δομών ΠΦΥ και των Πανεπιστημιακών Κέντρων Υγείας. Σημαντικοί είναι και οι πόροι από το Ταμείο Ανάκαμψης και Σταθερότητας, ύψους 189 εκατ. ευρώ, που θα κατευθυνθούν στην ανακαίνιση 156 Κέντρων Υγείας και την αναβάθμιση του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, στη δημιουργία 312 ιατρείων χρονίων νοσημάτων στην ΠΦΥ, αλλά και την επέκταση της Τηλεϊατρικής. <sup>109,119</sup>

Βέβαια, όλα αυτά τα χρόνια υπάρχουν και κάποιες καινοτομίες όσον αφορά την ΠΦΥ. Για παράδειγμα, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η άυλη συνταγογράφηση, καθώς και τα προγράμματα προληπτικών εξετάσεων για τον καρκίνο του μαστού που έχει ήδη υλοποιηθεί, για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, του παχέος εντέρου και καρδιαγγειακών νοσημάτων που αναμένεται να ξεκινήσουν.

Συνοψίζοντας, τα βασικότερα αρνητικά χαρακτηριστικά της ΠΦΥ στην Ελλάδα θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι: <sup>120</sup>

- Άνιση κατανομή ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού
- Μη επαρκής αριθμός γενικών ιατρών
- Μη χρήση των κατευθυντήριων οδηγιών από τους Γενικούς Ιατρούς
- Διάσπαρτο σύστημα με μη σαφή προσανατολισμό
- Μη λειτουργία του gatekeeping

Σε έρευνά της, η διαΝΕΟσις προτείνει τα εξής για τη δημιουργία ενός καλύτερου και πιο αποτελεσματικού συστήματος ΠΦΥ στη χώρα μας: <sup>121</sup>

1. Συγκρότηση «Δομής Οικογενειακής Ιατρικής» που θα αποτελείται από διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας του δημοσίου και του συμβεβλημένου ιδιωτικού τομέα υγείας
2. Συγκρότηση «Τοπικής Μονάδας ΠΦΥ» από συνλειτουργούσες «Δομές Οικογενειακής Ιατρικής»
3. Ανάπτυξη ολοκληρωμένων «Δικτύων ΠΦΥ» επί τη βάσει σχεδιασμένων συμβολαιακών αγορών, οι οποίες παρέχουν τη δυνατότητα να συνάπτονται επιμέρους συμβάσεις μεταξύ προμηθευτών και αγοραστών, κυρίως με κριτήρια κόστους και ποιότητας
4. Διαπραγμάτευση συμβολαιακών συνεργασιών και τιμών από τον ΕΟΠΥΥ με τη διαμεσολάβηση των «Δικτύου ΠΦΥ»
5. Διαμόρφωση μιας ολοκληρωμένης δέσμης υπηρεσιών υγείας οικογενειακής ιατρικής, η οποία θα περιλαμβάνεται στις συμβολαιακές δεσμεύσεις
6. Ελεύθερη επιλογή από μέρος του ατόμου του οικογενειακού ιατρού
7. Ο οικογενειακός γιατρός θα πρέπει να είναι ειδικευμένος στη γενική ή οικογενειακή ιατρική Η ομάδα υγείας συμπληρώνεται από παιδίατρο, γυναικολόγο, κοινοτικό νοσηλευτή και επισκέπτη υγείας
8. Μετάβαση από τον θεσμό του «οικογενειακού γιατρού» στην «ολοκληρωμένη οικογενειακή ιατρική»
9. Ανάπτυξη εθνικών προγραμμάτων πρόληψης, προαγωγής υγείας και εγγραμματοσύνης υγείας (health literacy)
10. Δημιουργία ισχυρής κρατικής υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας σε κεντρικό, περιφερειακό και νομαρχιακό επίπεδο.
11. Αναδιοργάνωση των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας ως Ιατρική Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας-Κοινωνικής Ιατρικής με μία διεύθυνση ανά διοικητική Περιφέρεια
12. Ως τρόπος αποζημίωσης προτείνεται η κατά κεφαλήν πληρωμή σε συνδυασμό με το είδος της κατηγορίας επίσκεψης

Ως προς τον τρόπο αποζημίωσης, ήδη από το 2013 η Επιστημονική Επιτροπή για τη Μεταρρύθμιση της ΠΦΥ προτείνει ένα σύνθετο σύστημα που θα περιλαμβάνει: <sup>120</sup>

1. κατά κεφαλήν αμοιβή (capitation), και
2. αμοιβή στη βάση αποτελεσμάτων και στη βάση της διαχείρισης πολλαπλών προβλημάτων, την υποστήριξη δράσεων πρόληψης κλπ. Δηλαδή αποζημίωση βάσει απόδοσης (pay for performance).

## Κεφάλαιο 6: Συμπεράσματα

Είναι κοινά αποδεκτό ότι η ΠΦΥ πρέπει να αποτελεί τη ραχοκοκαλιά των Συστημάτων Υγείας. Μια ισχυρή και καλά οργανωμένη ΠΦΥ αποτελεί τη λύση πολλών προβλημάτων και ανισοτήτων στην υγεία παγκοσμίως. Από τη διακήρυξη της Άλμα-Άτα, όπου για πρώτη φορά γίνεται σαφής αναφορά στον όρο Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, μέχρι και τη διακήρυξη της Αστάνα, τα περισσότερα ανεπτυγμένα κράτη, αντιλαμβανόμενα τη σημασία του πυλώνα αυτού για κάθε Σύστημα Υγείας, έχουν καταφέρει να δομήσουν ένα αποτελεσματικό σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Στην Ελλάδα, οι όποιες προσπάθειες έχουν πέσει στο κενό, με την κατάσταση της ΠΦΥ σήμερα να θυμίζει εν πολλοίς την κατάσταση των συστημάτων ΠΦΥ άλλων χωρών πριν από 20 έτη. Βασικά προβλήματα στην ανάπτυξη ενός ισχυρού συστήματος είναι η έλλειψη στρατηγικής και ενοποιημένης πολιτικής ως προς αυτόν τον στόχο, η ασυνέχεια μεταξύ των κυβερνήσεων, πολιτικά ή/και συνδικαλιστικά συμφέροντα, αλλά και θέματα εκτός πολιτικής, όπως για παράδειγμα ο μη επαρκής αριθμός ιατρών με την ειδικότητα της γενικής ιατρικής ή της παθολογίας που θα συμπληρώσουν το σύστημα. Χρειάζεται αλλαγή νοοτροπίας από όλους και τολμηρά βήματα, εάν θέλουμε πραγματικά να φτιάξουμε ένα αποτελεσματικό σύστημα ΠΦΥ στη χώρα μας.

Όσον αφορά τον τρόπο αποζημίωσης της ΠΦΥ, η κοινή πρακτική δείχνει ότι ο πλέον αποτελεσματικός τρόπος είναι η κατά κεφαλήν αποζημίωση με τη προσθήκη ενός ακόμα συστήματος. Τα υπάρχοντα στοιχεία υποδηλώνουν ότι το σύστημα αμοιβής βάσει απόδοσης έχει τη δυνατότητα να επιδράσει θετικά στην ποιότητα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Ωστόσο, η επιτυχία των σχημάτων P4P εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως τις συνθήκες του εκάστοτε συστήματος στο οποίο προστίθεται, ο σωστός σχεδιασμός και εφαρμογή του, η εύρεση των κατάλληλων δεικτών αλλά και το ύψος της αποζημίωσης. Σε πολλά σχήματα P4P, οι κίνδυνοι δεν έχουν αντιμετωπιστεί επαρκώς, ενώ παρατηρούνται μικτά αποτελέσματα. Κάτι που υπογραμμίζει την πολυπλοκότητα στον σχεδιασμό ενός τέτοιου προγράμματος. Το σύστημα αυτό, βάσει εξαγγελιών, αναμένεται να υιοθετηθεί και στη χώρα μας τους προσεχείς μήνες.

## Κεφάλαιο 7: Βιβλιογραφία

1. Σαρρής Μάρκος. Κοινωνιολογία Της Υγείας Και Ποιότητα Ζωής. Εκδόσεις Παπαζήσης; 2001.
2. Norman Sartorius. The Meanings of Health and its Promotion. Paths Of Medicine. [www.cmj.hr](http://www.cmj.hr)
3. Who. BASIC DOCUMENTS.; 2020. <http://apps.who.int/bookorders>.
4. McCartney G, Popham F, McMaster R, Cumbers A. Defining health and health inequalities. Public Health. 2019;172:22-30. doi:10.1016/j.puhe.2019.03.023
5. Mazaraki I. Φοιτητικά Και Άλλα Health: Public or Private Privilege.; 2012.
6. Neil Krishan Aggarwal MD, MBA, Michael Rowe PhD, Michael A. Sernyak MBA. Is Health Care a Right or a Commodity? Implementing Mental Health Reform in a Recession. doi:10.1176/ps.2010.61.11.1144 Full text linksCite
7. Θεοδώρου Μ, ΣΜ& ΣΣ. Συστήματα Υγείας Και Ελληνική Πραγματικότητα. Εκδόσεις Παπαζήσης; 2001.
8. Fry J, Horder J. Primary Health Care in an International Context.; 1994.
9. Χλέτσος Μιχάλης. Η Δομή Του Συστήματος Υγείας Στην Ελλάδα. Διαφαινόμενες Τάσεις Και Πολιτικές. Accessed November 22, 2023. <https://docplayer.gr/890773-Kefalaio-deytero-i-domi-toy-systimatos-ygeias-stin-ellada-diafainomenes-taseis-kai-politikes.html>
10. Έννοια Του Συστήματος.
11. Αποστολάκης Ιωάννης. Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας. 2η Έκδοση. Εκδόσεις Παπαζήσης; 2007.
12. Von Bertalanffy L, Braziller G, York N. General System Theory Foundations, Development, Applications.; 1968.
13. Anderson BR. Improving health care by embracing Systems Theory. Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. 2016;152(2):593-594. doi:10.1016/j.jtcvs.2016.03.029
14. Clarkson J, Dean J, Ward J, Komashie A, Bashford T. A systems approach to healthcare: from thinking to practice. Future Healthc J. 2018;5(3):151-155. doi:10.7861/futurehosp.5-3-151
15. A History of the Public Health System.; 1988. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK218224/>
16. Field MG. THE CONCEPT OF THE "HEALTH SYSTEM" AT THE MACROSOCIOLOGICAL LEVEL\*? Vol 7. Pergamon Press; 1973.
17. World Health Organization. Monitoring the Building Blocks of Health Systems : A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. World Health Organization; 2010.
18. Μπουρσανίδης Χρήστος. Συστήματα Υγείας & Συγκριτική Πολιτική Υγείας.
19. World Health Organization W 2010. Key Components of a Well Functioning Health System.
20. Τούντας Γιάννης. Υπηρεσίες Υγείας. 1η Έκδοση. Οδυσσέας / Νέα Υγεία; 2008.
21. Wendt C, Frisina L, Rothgang H. Healthcare system types: A conceptual framework for comparison. Soc Policy Adm. 2009;43(1):70-90. doi:10.1111/j.1467-9515.2008.00647.x
22. World Health Organization. Health Systems : Improving Performance. World Health Organization; 2000.
23. Todd, John Walford and Scarborough, Harold. "medicine". Encyclopedia Britannica, 5 Nov. 2023, <https://www.britannica.com/science/medicine>. Accessed 9 November 2023.
24. Σιγάλας Ιωάννης. Η Δημόσια Περίθαλψη - Προβλήματα και Προοπτικές. Published online 2008.

25. Κοινωνικής Ιατρικής Τ, Σχολή Ι, Κρήτης Π. Landmarks in the Development of Primary Health Care A. Φιλαλήθης. Vol 38.; 2021. [www.mednet.gr/archives](http://www.mednet.gr/archives)
26. Selman S, Siddique L. Role of Primary Care in Health Systems Strengthening Achievements, Challenges, and Suggestions. *Open J Soc Sci.* 2022;10(10):359-367. doi:10.4236/jss.2022.1010023
27. Θεοδωράκης Π. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. In: Σουλιώτης Κ., ed. Πολιτική Και Οικονομία Της Υγείας. ; 2006.
28. Longlett SK, Kruse JE, Wesley RM. Community-Oriented Primary Care: Historical Perspective. <http://www.jabfm.org/>
29. Grady D. H. Jack Geiger, Doctor Who Fought Social Ills, Dies at 95. Published 2020. <https://www.nytimes.com/2020/12/28/health/h-jack-geiger-dead.html>1/5<https://www.nytimes.com/2020/12/28/health/h-jack-geiger-dead.html>
30. Olofin O. Fundamental Concepts of Primary Health Care Delivery System. <https://www.researchgate.net/publication/300090755>
31. Declaration of Alma-Ata.
32. Πέγιου Φανή. ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ® Τόμος 22, Τεύχος 2 (Απρίλιος-Ιούνιος 2023) Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και η δυναμική της στη Δημόσια Υγεία. Published online 2023. [www.vima-asklipiou.gr](http://www.vima-asklipiou.gr)
33. Leslie M, Khayat-zadeh-Mahani A, Birdsell J, et al. An implementation history of primary health care transformation: Alberta's primary care networks and the people, time and culture of change. *BMC Fam Pract.* 2020;21(1). doi:10.1186/s12875-020-01330-7
34. Πιερράκος Γιώργος. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Και Τοπική Κοινωνία. Εκδόσεις Παπαζήση; 2008.
35. Κυριόπουλος Γ., Φιλαλήθης Τ. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Στην Ελλάδα. Εκδόσεις Θεμέλιο; 1996.
36. E. Tarimo. Towards a healthy district: Organizing and managing district health systems based on primary health care. In: WHO, Geneva. ; 1991.
37. Hummers-Pradier E, Beyer M, Chevallier P, et al. Series: The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. Part 2. Results: Primary care management and community orientation. In: *European Journal of General Practice.* Vol 16. ; 2010:42-50. doi:10.3109/13814780903563725
38. Center RG, Antono B, Bazemore A, et al. Primary Care in the United States A Chartbook of Facts and Statistics Contributors: Irene Dankwa-Mullan, IBM. [www.ibm.com/watson-health](http://www.ibm.com/watson-health)<https://professionalismvalue.org/>
39. Μωραΐτης Ε. Οι σύγχρονες τάσεις παροχής υπηρεσιών υγείας και η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Σημειώσεις για τους σπουδαστές του Μεταπτυχιακού προγράμματος «Διοίκηση της Υγείας», Πανεπιστημίου Πειραιά και ΤΕΙ Πειραιά. Published online 2006.
40. M. Jawad Hashim. A Definition of Family Medicine and General Practice.
41. Βοζικής Αθ., Λοπατατζίδης Αθ. Κοινωνική Ασφάλιση και διαχείριση ζήτησης υπηρεσιών υγείας. In: Σουλιώτης Κ., ed. Πολιτική Και Οικονομία Της Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση; 2006.
42. Starfield Barbara. Primary Care : Balancing Health Needs, Services, and Technology. Oxford University Press; 1998.
43. Fry J, Stephen WJ. PRIMARY HEALTH CARE IN THE UNITED KINGDOM. *International Journal of Health Services.* 1986;16(4):485-495. <http://www.jstor.org/stable/45130956>

44. Roland M, Guthrie B, Thomé DC. Primary medical care in the United Kingdom. *Journal of the American Board of Family Medicine*. 2012;25(SUPPL. 1). doi:10.3122/jabfm.2012.02.110200
45. Anderson M, Pitchforth E, Edwards N, Alderwick H, Mcguire A, Mossialos E. Health system review: United Kingdom. *Health Syst Transit*. 2022;24(1). <https://eurohealthobservatory.who.int/>
46. Boyle Seán. United Kingdom (England) Health System Review.
47. Dari P, Kesehatan P. LESSONS FROM PRIMARY HEALTH CARE IN THE UNITED KINGDOM. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*. 2021;9(1). doi:10.20473/jaki
48. Janlöv N, Blume S, Glenngård AH, Hanspers K, Anell A, Merkur S. Health System Review Sweden. Vol 25.; 2023. [www.healthobservatory.eu](http://www.healthobservatory.eu)
49. Kringos Dionne, Boerma Wienke, Hutchinson Allen, Saltman Richard. Building Primary Care in a Changing Europe.
50. Fredriksson M, Isaksson D. Fifteen years with patient choice and free establishment in Swedish primary healthcare: what do we know? *Scand J Public Health*. 2022;50(7):852-863. doi:10.1177/14034948221095365
51. Rice T, Rosenau P, Unruh LY, Barnes AJ. Health Systems in Transition United States Health system review. 22:2020. [www.healthobservatory.eu](http://www.healthobservatory.eu)
52. Rice T, Rosenau P, Unruh LY, Barnes AJ, Saltman RB, Ewout Van Ginneken . United States of America Health System Review Health Systems in Transition.
53. Phillips RL. Primary Care in the United States: Problems and Possibilities. [www.aafp.org/x33119.xml](http://www.aafp.org/x33119.xml)
54. Fong Kyna. The U.S. Health Care System Isn't Built for Primary Care.
55. Lancet T. Prioritising primary care in the USA. *The Lancet*. 2019;394:273. doi:10.1377/hblog20181115.750150/full/For
56. Φιλαλήθης Αναστάσιος. 30 χρόνια μετά την Alma - Ata: ένα νέο ξεκίνημα για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας; *Περιοδικό Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*. Published online 2008:108-110.
57. Overview Impact WHO response. [https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1)
58. WHO. Now More Than Ever UNIVERSAL COVERAGE REFORMS SERVICE DELIVERY REFORMS LEADERSHIP REFORMS PUBLIC POLICY REFORMS.; 2008.
59. Behera BK, Prasad R, Shyambhavee. Primary health-care goal and principles. In: *Healthcare Strategies and Planning for Social Inclusion and Development*. Elsevier; 2022:221-239. doi:10.1016/b978-0-323-90446-9.00008-3
60. Declaration of Astana.
61. COSTING Of HE ALTH SERVICES FOR PROVIDER PAYMENT A Practical Manual Based on Country Costing Challenges, Trade-Offs, and Solutions.; 2014.
62. Cashin Y-Ling Chi Peter Smith Michael Borowitz C, Thomson Cashin S. Paying for Performance in Health Care Implications for Health System Performance and Accountability European Observatory on Health Systems and Policies Series.
63. Kyeremanteng K, Robidoux R, D'Egidio G, Fernando SM, Neilipovitz D. An Analysis of Pay-for-Performance Schemes and Their Potential Impacts on Health Systems and Outcomes for Patients. *Crit Care Res Pract*. 2019;2019. doi:10.1155/2019/8943972
64. OECD Health Statistics 2013, Health Systems Characteristics Survey 2012, and Secretariat's Estimates. Information as of April 2014.
65. Roland M, Olesen F. Can pay for performance improve the quality of primary care? *BMJ (Online)*. 2016;354. doi:10.1136/bmj.i4058



66. Roland M, Dudley RA. How Financial and Reputational Incentives Can Be Used to Improve Medical Care. *Health Serv Res.* 2015;50:2090-2115. doi:10.1111/1475-6773.12419
67. World Health Organization W. Quality of care.
68. Chikovani I, Sulaberidze L, Tsuladze A. Effects of Pay for Performance on Utilization and Quality of Care among Primary Health Care Providers (in Private Settings) in Middle and High-Income Countries Evidence Synthesis.; 2020. <https://www.who.int/alliance->
69. Campbell SM, Scott A, Parker RM, et al. Implementing pay-for-performance in Australian primary care: Lessons from the United Kingdom and the United States. *Medical Journal of Australia.* 2010;193(7):408-411. doi:10.5694/j.1326-5377.2010.tb03971.x
70. OECD (2016). Better Ways to Pay for Health Care, OECD Health Policy Studies.
71. Jamili S, Yousefi M, pour HE, et al. Comparison of pay-for-performance (P4P) programs in primary care of selected countries: a comparative study. *BMC Health Serv Res.* 2023;23(1). doi:10.1186/s12913-023-09841-6
72. Rosenthal MB, Dudley RA, Corresponding ). Pay-for-Performance the Latest Payment Trend Improve Care? Vol 740.; 2006. <http://www.cjcj.org/pubs/punishing/punishing>
73. Dudley RA, Rosenthal MB. Pay for Performance: A Decision Guide for Purchasers.; 2006. [www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov)
74. Kondo KK, Damberg CL, Mendelson A, et al. Implementation Processes and Pay for Performance in Healthcare: A Systematic Review. *J Gen Intern Med.* 2016;31:61-69. doi:10.1007/s11606-015-3567-0
75. Lagarde M, Wright M, Nossiter J, Mays N. Challenges of Payment-for-Performance in Health Care and Other Public Services-Design, Implementation and Evaluation PIRU Publication 2013-4.; 2013. [www.piru.ac.uk](http://www.piru.ac.uk)
76. Roland M. Linking Physicians' Pay to the Quality of Care-A Major Experiment in the United Kingdom. [www.nejm.org](http://www.nejm.org)
77. Allen T, Mason T, Whittaker W. Impacts of pay for performance on the quality of primary care. *Risk Manag Healthc Policy.* 2014;7:113-120. doi:10.2147/RMHP.S46423
78. Hanson K, Brikci N, Erlangga D, et al. The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre. *Lancet Glob Health.* 2022;10(5):e715-e772. doi:10.1016/S2214-109X(22)00005-5
79. Langenbrunner JC, Cashin C, O'dougherty S. How-To Manuals Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems.
80. David Squires. Advancing Health Equity Incentivizing Quality Care Through Pay-for-Performance England: The Quality and Outcomes Framework.; 2012. <http://www.medicareaustralia.gov.au/provider/incentives/pip/index.jsp>.
81. Eu WH, Busse R, Klazinga N, Panteli D, Quentin W. Improving Healthcare Quality in Europe Characteristics, Effectiveness and Implementation of Different Strategies. [www.healthobservatory.eu](http://www.healthobservatory.eu)
82. <https://qof.digital.nhs.uk/>.
83. Gillam S. Financial incentive schemes in primary care. *J Healthc Leadersh.* 2015;7:75-80. doi:10.2147/JHL.S64365
84. Quality and Outcomes Framework (QOF), NHS England.
85. Peckham S, Ma B, Wallace A, Ma BA. Pay for Performance Schemes in Primary Care: What Have We Learnt?
86. Crato N, Paruolo P. Data-Driven Policy Impact Evaluation: How Access to Microdata Is Transforming Policy Design. Springer International Publishing; 2018. doi:10.1007/978-3-319-78461-8

87. Pandya A, Doran T, Zhu J, Walker S, Arntson E, Ryan AM. Modelling the cost-effectiveness of pay-for-performance in primary care in the UK. *BMC Med.* 2018;16(1). doi:10.1186/s12916-018-1126-3
88. Pomey MP, Denis JL, Bernier M, Vergnaud S, Preval J, Saint-Lary O. Innovation in Physician Remuneration in France: What Lessons for Canada? *Health Reform Observer - Observatoire des Réformes de Santé.* 2019;7. doi:10.13162/hro-ors.v7i2.3578
89. Arab-Zozani M, Toci E, Quantin C. Does the Implementation of Pay-for-Performance Indicators Improve the Quality of Healthcare? First Results in France. <https://www.ameli.fr/medecin/>
90. Michael Wright. Pay-for-performance programs: Do they improve the quality of primary care? *Aust Fam Physician.* 2012;41. [www.racgp.org.au/Content/](http://www.racgp.org.au/Content/)
91. Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Organisation for Economic Co-operation and Development). Η Κατάσταση Της Υγείας Στην ΕΕ: Ελλάδα Προφίλ Υγείας 2019. <http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/>
92. Κοινωνικής Ιατρικής Τ, Σχολή Ι, Κρήτης Π. Primary Health Care in Greece: Lost in the Labyrinth A. *Φιλαλήθης.* Vol 38.; 2021. [www.mednet.gr/archives](http://www.mednet.gr/archives)
93. Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Organisation for Economic Co-operation and Development). Η Κατάσταση Της Υγείας Στην ΕΕ: Ελλάδα Προφίλ Υγείας 2023.
94. Εφημερίδα της Κυβέρνησης. Ιδρυτικός Νόμος ΕΣΥ, Ν. 1397/ 1983.
95. Βελονάκη ΒΣ, Αδαμακίδου Θ. Νομοθετικό Πλαίσιο Της Ομάδας Υγείας Της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Στην Ελλάδα Και Στο Διεθνές Περιβάλλον.
96. Μωραΐτης ΕΓΕΖΧ, ΘΜΠΝ. Μελέτη Για Την Οργάνωση Και Λειτουργία Ενός Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας.; 1995.
97. Γιανασμίδης Α. ΤΜ. Διαχρονική Μελέτη Του Θεσμικού Πλαισίου Της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Στην Ελλάδα (1980-2008) Και η Εμπειρία Του Βρετανικού Και Του Σουηδικού Μοντέλου.; 2001. [www.mednet.gr/archives](http://www.mednet.gr/archives)
98. Philalithis A. THE TRIALS AND TRIBULATIONS OF THE NATIONAL HEALTH SYSTEM (ESY) IN GREECE: A CHRONICLE OF UNFULFILLED PROMISES. *Historical Review.* 2020;17:115-160. doi:10.12681/HR.27069
99. Σταχτέας Π, Σταχτέας Χ. Καταγραφή Και Αξιολόγηση Των Δομικών Αλλαγών Του Ελληνικού Συστήματος Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Vol 26.
100. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Νόμος 2071/1992.
101. Myloneros T, Sakellariou D. The effectiveness of primary health care reforms in Greece towards achieving universal health coverage: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1). doi:10.1186/s12913-021-06678-9
102. Potiris A, Sarafis P. A Retrospection of the Legislative Framework of the Primary Health Care in Greece-Proposals for Improvement. <https://www.researchgate.net/publication/268208624>
103. Πολύζος Νικόλαος. ΜΕΛΕΤΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ-ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΦΥ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟΝ ΕΟΠΥΥ.; 2013.
104. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΔΟΜΗ ΕΣΠΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ «Αξιολόγηση Της Λειτουργίας Των Τοπικών Ομάδων Υγείας (ΤΟΜΥ)» Επιτελική Σύνοψη Συμπερασμάτων Και Προτάσεων.
105. Zervea E, Sarafis P. THE INTERNATIONAL PRINCIPLES ON GREECE'S APPROACH FOR PRIMARY HEALTH CARE. <https://www.researchgate.net/publication/339076570>
106. World Health Organisation. TOMYS and the rapid growth of primary health care in Greece.

107. Emmanouilidou M. The 2017 Primary Health Care (PHC) reform in Greece: Improving access despite economic and professional constraints? *Health Policy (New York)*. 2021;125(3):290-295. doi:10.1016/j.healthpol.2020.12.017
108. Τυπογραφείο Ε. ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ 43Α\_2019.
109. Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Organisation for Economic Co-operation and Development). Η Κατάσταση Της Υγείας Στην ΕΕ: Ελλάδα Προφίλ Υγείας 2021.
110. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 4931.
111. Υπουργείο Ε, Υγείας Υ. ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΝΕΠΕΙΩΝ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΤΙΤΛΟΣ ΑΞΙΟΛΟΓΟΥΜΕΝΗΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ.
112. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. ΦΕΚ 3020/2022. Καθορισμός Και Εξειδίκευση Κινήτρων Και Αντικινήτρων Για Την Ενθάρρυνση Εγγραφής Των Πολιτών Σε Προσωπικό Ιατρό. Καθορισμός Και Εξειδίκευση Κινήτρων- Αντικινήτρων Για Τη Τήρηση Της Διαδικασίας Του Συστήματος Παραπομπών. Καθορισμός Αποζημίωσης Των Προσωπικών Ιατρών.
113. Υπουργείο Υγείας. Προσωπικός Γιατρός: Ξεκινούν σήμερα οι εγγραφές των πολιτών.
114. υγείαμου. Προσωπικός γιατρός – ΣΤΕ: Αβάσιμες όλες οι αιτήσεις των ιατρικών συλλόγων.
115. Έθνος. Προσωπικός γιατρός: Ποιες οι ειδικότητες που εντάχθηκαν.
116. ΕΛΣΤΑΤ. ΕΡΕΥΝΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ: Έτος 2022.
117. ΕΛΣΤΑΤ. ΑΠΟΓΡΑΦΗ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ: Έτος 2022.
118. Capital.gr. Οι αντιδράσεις παθολόγων και γενικών γιατρών στο σχέδιο για τον Προσωπικό Γιατρό. 2023.
119. Υπουργείο Υγείας. Συνέντευξη Τύπου της πολιτικής ηγεσίας του Υπουργείου Υγείας για την αναβάθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
120. Σουλιώτης Κ, Θηραϊός Ε, Καϊτελίδου Δ, et al. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΠΡΟΤΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.
121. Τούντας Γ. Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση Του Εθνικού Συστήματος Υγείας Στην Εποχή Της Πανδημίας.; 2021.