

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Η επαγγελία της αδύνατης μεταρρύθμισης στην Ελλάδα

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Τσιρώνη Μαρία



Παναγιώτης Χριστοδούλου

Υπεύθυνος επικοινωνίας:

Χριστοδούλου Παναγιώτης

Παπαφλέσσα 48 Πάτρα

Τηλ. 2610 340156, 6976434152

e-mail: christodp17@gmail.com

Primary Health Care: The promise of an impossible reform in Greece

Christodoulou Panagiotis

Paper Supervisor: Tsironi Maria

Summary

The case of primary health care (PHC) in Greece is an adventure without ending. From the foundation of the National Health Care System (1983), reforms are being made in legislation but not in real life. The majority of EU Countries (like Netherlands, Germany, Sweden and United Kingdom) have stable PHC systems based on the family doctor in small health care units in order to reduce the income of patients in hospitals while covering a larger amount of the population. The period of economical crisis in Greece led to further decline for PHC, due to the fact that citizens are unable to access the private sector, which was the basic pillar of PHC, while the reforms made, failed to reduce the cost or enlarge the coverage level. The last proposal of the ministry of Health for the "neighborhood doctor" covers the matter inadequately, leaving the urban first care units with no stable factionality. The paper will present a PHC system based on urban first care units, where the family doctor will work by taking advantage of electronic database, to ensure the quality and the equality of the services.

Περίληψη

Η υπόθεση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) στην Ελλάδα αποτελεί μια διαρκής περιπέτεια. Από την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας το 1983, θεσμοθετούνται συνεχώς τα κέντρα υγείας αστικού τύπου, ο οικογενειακός γιατρός, η πολιτική πρόληψης και προσφάτως η ηλεκτρονική βάση δεδομένων, χωρίς όμως να εφαρμόζονται. Στην πλειοψηφία των Ευρωπαϊκών χωρών, με πρότυπα την Ολλανδία, τη Γερμανία, τη Σουηδία και τη Μεγάλη Βρετανία, έχουν αναπτυχθεί μοντέλα πρωτοβάθμιας κάλυψης τα οποία βασίζονται στην ύπαρξη οικογενειακού γιατρού, ενταγμένου σε μικρές μονάδες, ώστε να μειώνεται η εισροή στα νοσοκομεία, να καλύπτεται μεγαλύτερο κομμάτι του πληθυσμού και να αναπτύσσεται πολιτική πρόληψης. Η περίοδος της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα οδήγησε σε περεταίρω πτώση του επιπέδου της πρωτοβάθμιας κάλυψης, καθώς οι πολίτες αδυνατούν πλέον να καλυφθούν στον ιδιωτικό τομέα, ο οποίος αποτελούσε έναν από τους βασικούς παρόχους, ενώ οι μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιήθηκαν δεν κατάφεραν να περιορίσουν το κόστος ούτε να διευρύνουν το πεδίο κάλυψης και πρόσβασης. Η τελευταία πρόταση του υπουργείου για το θεσμό του ιατρού γειτονιάς, αν και κινείται σε μια σωστή κατεύθυνση, αντιμετωπίζει αποσπασματικά το ζήτημα της ΠΦΥ, χωρίς να ρυθμίζει την λειτουργία των κέντρων υγείας σε αστικές περιοχές ενώ ταυτόχρονα αφήνει κενά στον τρόπο λειτουργίας τους. Την ίδια στιγμή ο αποσπασματικός χαρακτήρας της εφαρμογής του είναι πιο πιθανό να εντείνει τη σύγχυση και τις ανισότητες. Προτείνεται ένα σύστημα ΠΦΥ το οποίο θα έχει ως πυρήνα τα κέντρα υγείας αστικού τύπου, στα οποία θα λειτουργούν οικογενειακοί γιατροί, με βάση ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, ώστε να καλύπτεται τόσο η συνέχεια της αντιμετώπισης, όσο και η οικοδόμηση της πρόληψης.

Λέξεις Κλειδιά: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, οικογενειακός γιατρός, κέντρα υγείας, μεταρρύθμιση ΠΦΥ, Ξανθός Ανδρέας, ΠΦΥ στις βόρειες ευρωπαϊκές χώρες, πρόληψη

Εισαγωγή

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αφορά την αντιμετώπιση τριών ειδών περιστατικών: Τη διάγνωση-θεραπεία αρρώστων, την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών και την άσκηση προληπτικής ιατρικής (Σιγάλας, 1999). Ουσιαστικά δηλαδή αφορά την άσκηση ιατρικής πράξης όχι μόνο πριν ο ασθενής οδηγηθεί στην εισαγωγή σε νοσοκομειακή μονάδα, αλλά και για να μην χρειαστεί να νοσηλευτεί. Η ΠΦΥ στην Ελλάδα παρέχεται από τα Κέντρα Υγείας, τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα πολυιατρεία του ΠΕΔΥ, τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και τους ιδιώτες γιατρούς. Στην ΠΦΥ υγείας συγκαταλέγονται η πρωτοβάθμια ψυχιατρική περίθαλψη και η οδοντιατρική κάλυψη. Στην Ελλάδα διαχρονικά η ΠΦΥ μεταρρυθμίζεται με νομοσχέδια χωρίς όμως να προκύπτουν υλικά, πέρα από νομοθετικά, αποτελέσματα. Όπως θα αναφερθεί και στη συνέχεια της εργασίας, έχουν νομοθετηθεί αρκετές φορές τα κέ-

ντρα υγείας αστικού τύπου, η κάρτα υγείας και ο οικογενειακός γιατρός, χωρίς ποτέ να εμφανίζονται στην καθημερινή ζωή. Αντίθετα το ρόλο του πάροχου ΠΦΥ αναλάμβαναν κυρίως ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και οι ιδιώτες γιατροί, με υψηλό κόστος για τα συμβεβλημένα ταμεία και αμφίβολα αποτελέσματα (Υφαντόπουλος, 2005). Το κόστος της έλλειψης σοβαρών και συντονισμένων δομών ΠΦΥ είναι μεγαλύτερο από τη δημιουργία τους. Αφενός γιατί απουσιάζει ο έλεγχος της ροής εξετάσεων και φαρμακευτικής κάλυψης μέσω του ιδιωτικού συστήματος και αφετέρου γιατί η έλλειψη προληπτικής ιατρικής και οικογενειακού προγραμματισμού επιβαρύνει τη λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων (Fortney et al, 2005), πολλαπλασιάζοντας ουσιαστικά το κόστος (Godager et al, 2012). Σε αντίθεση με την ελληνική πραγματικότητα, η πλειοψηφία των Ευρωπαϊκών χωρών, κυρίως του Βορρά, έχουν ένα ολοκληρωμένο σύστημα το οποίο αποδί-

δει στους πολίτες τους, όπως παρατηρείται στο διαγράμματα 1 και 2. Όπως είναι φυσικό βέβαια υπάρχει ετερογένεια στην Ευρώπη σχετικά με την ΠΦΥ: στις περισσότερες περιπτώσεις, στον πυρήνα βρίσκεται ο οικογενειακός γιατρός, θεσμός που παρουσιάστηκε στην Αγγλία πριν 30 χρόνια περίπου και λειτουργεί με διάφορες παραλλαγές σε πολλές χώρες (Σωτηριάδου et al, 2011). Ο οικογενειακός γιατρός ως το πρώτο σημείο αναφοράς του ασθενούς

Χώρα	πρώτο σημείο επαφής	συνεργασία με νοσηλευτή	φάρμακο υπαρκτών δεδομένων ασθενών	ιατρικός εξοπλισμός	οικονομικό προγραμματισμός	ψυχολογικά, κοινωνικά πρόβλημα
Αυστρία	2	3	2	2	2	2
Βέλγιο	2	4	2	2	1	1
Γερμανία	3	2	1	1	2	2
Δανία	1	4	1	1	1	1
Ελβετία	2	2	1	1	1	2
Ελλάδα	3	4	4	3	3	3
Ιρλανδία	1	3	1	2	1	1
Ισλανδία	2	1	1	1	1	2
Ισπανία	1	4	3	3	3	2
Ιταλία	2	4	3	4	3	2
Λουξεμβούργο	3	3	1	2	2	3
Μεγάλη Βρετανία	1	1	1	2	1	1
Νορβηγία	1	3	1	1	1	2
Ολλανδία	1	3	1	1	1	1
Ουγγαρία	3	1	2	4	4	3
Πολωνία	3	1	2	4	4	3
Πορτογαλία	1	1	1	3	1	1
Σλοβακία	4	3	1	3	4	3
Σουηδία	3	1	2	1	3	2
Τουρκία	4	4	3	3	3	4
Τσεχία	3	3	1	4	4	3
Φιλανδία	2	1	1	1	2	3

Δ.1: (Boerma and Dubois, 2006)

με το υγειονομικό σύστημα, διαδραματίζει το ρόλο του «τροχονόμου» του συστήματος υγείας, καθώς είναι αυτός που κατευθύνει τον ασθενή σε περαιτέρω ενέργειες αν απαιτείται (Λιαρόπουλος, 2007). Προσφέρει τις υπηρεσίες του σε συνεχή βάση, σε όλες τις ώρες, ακόμα και στο σπίτι του ασθενούς οπότεν χρειάζεται και σε ένα συνολικό πλαίσιο που περιλαμβάνει περίθαλψη, αποκατάσταση και υποστήριξη (Boerma, 2006). Είναι σαφές λοιπόν ότι, παρά τις διαφορές στη μέθοδο χρηματοδότησης της ασφάλειας υγείας και των παρόχων, και της μονάδας όπου δραστηριοποιούνται οι οικογενειακοί γιατροί, υπάρχει τεχνολογία για την ανάπτυξη ΠΦΥ στην Ελλάδα. Στη συνέχεια της εργα-

σίας θα παρατεθούν συγκεκριμένες προτάσεις που έχουν γίνει και θα αναλυθούν οι τελευταίες πρωτοβουλίες που έχουν παρθεί, με σκοπό να δοθεί μια κατεύθυνση για τη δημιουργία ενός βιώσιμου συστήματος ΠΦΥ, βασισμένο στα ελληνικά δεδομένα, το οποίο θα προσπαθεί να καλύψει τους στόχους της ΠΦΥ: πρώτη επαφή, συνεχιζόμενη φροντίδα, συντονισμένη φροντίδα, ολοκληρωμένη φροντίδα (Johns Hopkins School of Public Health, 2012).

Χώρα	1996	2006	Διαφορά
Αυστρία	1,3	1,5	0,2
Βέλγιο	2	2,1	0,1
Γαλλία	1,6	1,7	0,1
Γερμανία	1,1	1	-0,1
Δανία	0,7	-	-
Ελβετία	0,4	0,5	0,1
Ελλάδα	-	-	-
ΗΠΑ	0,9	1	0,1
Ιαπωνία	-	-	-
Ιρλανδία	0,5	0,5	0
Ισλανδία	0,6	0,7	1
Ισπανία	-	0,9	-
Ιταλία	1	-	-
Καναδάς	1	1	0
Λουξεμβούργο	0,8	0,8	0
Μ.Βρετανία	0,6	0,7	1
Ν. Ζηλανδία	0,8	0,8	0
Νορβηγία	0,8	0,8	0
Ολλανδία	0,4	0,4	0,1
Ουγγαρία	0,6	0,7	0,1
Πολωνία	-	0,1	-
Πορτογαλία	1,5	-	-
Σουηδία	0,5	-	-
Τουρκία	0,6	0,8	0,2
Τσεχία	-	0,7	-
Φιλανδία	0,7	0,7	0

Δ.2 : οικογενειακοί γιατροί ανά κάτοικο (OECD,2008)

2. Η ιστορία της ΠΦΥ στην Ελλάδα

Η ΠΦΥ στην Ελλάδα θεσμοθετήθηκε με αποσπασματικά νομοθετήματα έως το 1983, κυρίως με τα νομοσχέδια 2592/53 και 3487/55 αφήνοντας ως παρακαταθήκη την ύπαρξη των κέντρων υγείας σε αγροτικές περιοχές και την ύπαρξη του αγροτικού γιατρού, εφόσον οι υπόλοιπες νομοθετικές πρωτοβουλίες αφορούσαν την προσαρμογή σε συστήματα υγείας, προσαρμοσμένα σε άλλες περιόδους. Εξαίρεση η πρόταση του υπουργού υγείας Πάτρα για το θεσμό του οικογενειακού γιατρού (Πάτρας, 1969) και το προσχέδιο νόμου Δοξιάδη το 1980 (Δοξιάδης, 1981). Η πρώτη προσπάθεια για την εναρμόνιση με τα σύγχρονα δεδομένα έγινε με το

νόμο 1397/1983, παρόλο που αναφέρεται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και όχι στην ευρύτερη έννοια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αφήνοντας τη συνειδητά και συμβιβαστικά έξω από την περιοχή ευθύνης του, υπέρ των παρόχων του ιδιωτικού τομέα (Ελληνας, 2005). Υιοθετείται ως επίκεντρο το νοσοκομείο και υποβαθμίζεται ο ρόλος των κέντρων υγείας ως εξαρτημένες από το νοσοκομείο μονάδες με αποτέλεσμα το επίπεδο ικανοποίησης του ασθενούς να ναι από τα χαμηλότερα στην Ευρώπη (Abel-Smith et al., 1994). Ο τύπος οργάνωσης έκρινε ότι η πρόληψη επιτυγχάνεται καλύτερα μέσω του φορέα στον οποίο ανήκουν τα κέντρα υγείας και επιτελείται καλύτερα από υπηρεσίες που βρίσκονται στο μεταίχμιο του συγκεντρωτικού συστήματος (Τάχος, 1993). Στον ίδιο νόμο εισάγεται ο θεσμός του οικογενειακού/γενικού γιατρού ως το βασικό προσωπικό για τη στελέχωση των κέντρων υγείας χωρίς όμως να ιδρύεται νέα ειδικότητα με βάση τα διεθνή δεδομένα. Ο νόμος 1579/1985 λειτουργώντας συμπληρωματικά προς τον προηγούμενο, ίδρυσε την ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής και απαγόρευσε την χρήση της επωνυμίας «Κέντρο Υγείας-Ιατρικό κέντρο» από ιδιώτες. Ο ίδιος νόμος ιδρύει το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (EKAB) με αρμοδιότητες την παροχή άμεσης φροντίδας σε έκτακτες περιπτώσεις, την επείγουσα ιατρική αρωγή και τη διακομιδή και μεταφορά των επειγόντων περιστατικών στις μονάδες υγείας.

Ο νόμος 2701/1992 δίνει τη δυνατότητα σε ιδιωτικούς φορείς να συνάπτουν ειδικές συμβάσεις με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς για την κάλυψη πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Διεύρυνε επίσης την έννοια της πρωτοβάθμιας υγείας ώστε να περιλαμβάνει ενέργειες πρόληψης και περίθαλψης και εισάγεται ο θεσμός της κατ'οίκον νοσηλείας. Το νόμο αυτό ουσιαστικά ακύρωσε ο νόμος 2194/94. Με βάση το νόμο 2519/1997 θεσμοθετούνται πάλι τα κέντρα υγείας αστικού τύπου υπό τη μορφή των Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και επανεισάγεται ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού. Ο νόμος 3235/2004 επανεισάγει τον οικογενειακό γιατρό, εισάγει την ηλεκτρονική κάρτα υγείας ενώ πλέον οι μονάδες ΠΦΥ υπάγονται στις υγειονομικές περιφέρειες. Με το νόμο 3370/2005 ιδρύεται το Κέντρο Ελέγχου Πρόληψης Νοσημάτων.

Με βάση τα παραπάνω γίνεται σαφές ότι ουσιαστικά κατατίθενται νομοσχέδια τα οποία απλά

μεταρρυθμίζουν τις ονομασίες των ήδη υπαρκτών δομών, είτε εμφανίζουν ρυθμίσεις οι οποίες ποτέ δεν εφαρμόζονται. Ενώ έχουν θεσμοθετηθεί επανειλημμένα ο οικογενειακός γιατρός, τα κέντρα υγείας αστικού τύπου, η πολιτική πρόληψης και η ηλεκτρονική κάρτα/φάκελος ασθενή το μόνο τελικά που διαχρονικά υπάρχει είναι τα κέντρα υγείας εκτός αστικού ιστού, με την κάλυψη του θεσμού του αγροτικού γιατρού. Η καινοτομία της ελληνικής πραγματικότητας είναι η στελέχωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με γιατρούς που μόλις έχουν αποφοιτήσει, σε αντίθεση με τις ευρωπαϊκές χώρες στις οποίες υπάρχει η πρόνοια για στελέχωση της πρωτοβάθμιας υγείας με ειδικούς γιατρούς σε ένα οργανωμένο σύστημα περίθαλψης.

3. Το μοντέλο ΠΦΥ στις Βόρειες Ευρωπαϊκές Χώρες

Την ώρα που στην Ελλάδα κυριαρχούσαν αυταρχικά καθεστώτα και το πολίτευμα βρισκόταν συνεχώς σε αλλαγές και αστάθεια, εμφανίζεται η νομοθετική άνθηση του κοινωνικού κράτους στην Ευρώπη. Τα συστήματα στα οποία θα γίνει αναφορά είναι της Μεγάλης Βρετανίας, της Ολλανδίας, της Γερμανίας και της Σουηδίας. Η πτώση των οικονομικών στη Σουηδία στις αρχές της δεκαετίας του 90, οδήγησε σε μεταρρύθμιση στο σύστημα υγείας: οι μονάδες εντατικής θεραπείας συγκεντρώθηκαν σε μεγάλα νοσοκομειακά συγκροτήματα, ενώ τα μικρότερα νοσοκομεία μετατράπηκαν σε κοινοτικές μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, με δυνατότητα βραχείας νοσηλείας και μερικών χειρουργείων και δυναμικό τεσσάρων γενικών γιατρών (Harrison and Calltorp, 2000). Η κατανομή των πόρων βασίστηκε σε κοινοτικά συμβούλια, μέσω της φορολογίας και ορισμένων ενισχύσεων, από τον κρατικό προϋπολογισμό. Στις αρχές της δεκαετίας του 2000 δόθηκαν κονδύλια από την εθνική κυβέρνηση, για την ανάπτυξη της ΠΦΥ, με βάρος στην προληπτική ιατρική και την γηριατρική (National Board of Health and Welfare, 2003a). Το 1994 ορισμένα κοινοτικά συμβούλια θεσμοθέτησαν την ύπαρξη οικογενειακού γιατρού, το δικαίωμα επιλογής από τον πολίτη και την δυνατότητα πρόσβασης στον ιδιωτικό τομέα. Παρόλαυτα η άτακτη και περιορισμένη δομή της ΠΦΥ οδήγησε σε διεύρυνση των ανισοτήτων μεταξύ του πληθυσμού (WHO,2010).

Η εθνική νομοθεσία της Μεγάλης Βρετανίας με

το διάταγμα του 1946/1948 καθιερώνει ένα εθνικό σύστημα υγείας, οι υπηρεσίες του οποίου εθνικοποιήθηκαν και η χρηματοδότηση τους ανατέθηκε στο δημόσιο τομέα. Το σύστημα ΠΦΥ βασίζεται στη φιλοσοφία της προληπτικής ιατρικής με στόχο την αποτροπή κατάληξης των περιστατικών στα νοσοκομεία. Στο ίδιο πνεύμα κινείται ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, ο οποίος παρέχει συμβουλές και αντιμετωπίζει απλά περιστατικά και τραυματισμούς, έχοντας το ρόλο της κατανομής των ασθενών για νοσηλεία αν κρίνει ότι απαιτείται (Boyle, 2011). Ανάλογο σύστημα ΠΦΥ έχει η Ολλανδία με το δικαίωμα του πολίτη να επιλέγει τον οικογενειακό γιατρό ο οποίος είναι προσβάσιμος εντός 15 λεπτών κατά μέσο όρο. Τη διάρκεια των νυκτών και των σαββατοκύριακων υπάρχει πρόβλεψη για κάλυψη από κέντρα οικογενειακών γιατρών. Από το 2000 μεταβιβάστηκαν αρμοδιότητες των οικογενειακών γιατρών σε μια σειρά άλλων κλάδων, προς άμεση πρόσβαση από τον πολίτη, όπως οι φυσιοθεραπευτές και οι νοσηλεύτριες, οι οποίες πλέον καλύπτουν κομμάτι της πρωτοβάθμιας πρόληψης και συνταγογράφησης (Schäffer et al, 2010). Η χρηματοδότηση προέρχεται από τρεις πυλώνες, με βασικό τον κρατικό προϋπολογισμό για τη βασική υγειονομική κάλυψη και από κει και πέρα ανάλογα με τις ατομικές ανάγκες, οι οποίες δεν καλύπτονται από τη βασική υγειονομική κάλυψη) υπάρχει αναλογική συμμετοχή ιδιωτών και ιδιωτικών ασφαλιστικών (Van de Ven and Schut, 2007). Ακολουθώντας στη Γερμανία η τακτική παρακολούθηση παρέχεται από οικογενειακούς γιατρούς της επιλογής του κάθε πολίτη, με βάση τις ασφαλιστικές εισφορές, ενώ τα επείγοντα περιστατικά καλύπτονται από γενικούς γιατρούς σε δομές υγείας, οι οποίοι λειτουργούν μέσω των τηλεφωνικών κέντρων και των ασθενοφόρων, στα οποία είναι χρεωμένοι (Busse and Blumel, 2014).

Το κύριο κοινό χαρακτηριστικό είναι η ύπαρξη και στα τέσσερα του θεσμού του οικογενειακού για-

τρού. Οι διαφορές παρουσιάζονται στο που ασκεί τα καθήκοντά του ο οικογενειακός γιατρός: στη Σουηδία σε κοινοτικές μονάδες, στη Μεγάλη Βρετανία απευθείας σε άμεση επαφή με τον ασθενή, στην Ολλανδία και τη Γερμανία σε άμεση επαφή για την τακτική παρακολούθηση και σε μικρές μονάδες υγείας για τα επείγοντα περιστατικά. Επίσης στη Μεγάλη Βρετανία είναι πιο εμφαντικός ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού ως ρυθμιστή (gatekeeper) για την πρόσβαση στις νοσοκομειακές μονάδες.

Και στις 4 χώρες εφαρμόζεται το δημόσιο μοντέλο με συμβάσεις: η χρηματοδότηση προέρχεται από τα ασφαλιστικά ταμεία (Γερμανία και Ολλανδία) ή τον κρατικό προϋπολογισμό (Μεγάλη Βρετανία και Σουηδία), οι συμβάσεις γίνονται μέσω της κεντρικής ή τοπικής κυβέρνησης από τη μία και των προμηθευτών από την άλλη. Να σημειωθεί ότι και στις τέσσερις χώρες οι πάροχοι υγείας δεν αποζημιώνονται απευθείας από τον ασθενή κατά την είσοδο στο σύστημα. Πιο αναλυτικά η λειτουργία της αποζημίωσης παρουσιάζεται στα ακόλουθα διαγράμματα:

4. Οι μεταρρυθμίσεις την εποχή της οικονομικής κρίσης

Η οικονομική κρίση και οι εφαρμοζόμενες μνημονιακές πολιτικές στον ελληνικό κοινωνικό σχηματισμό είχαν απολήξεις στο χώρο της υγείας:

- Η ενοποίηση των πολυιατρείων του ΙΚΑ και των υπόλοιπων ασφαλιστικών φορέων υπό τον φορέα του ΕΟΠΥΥ, μετέπειτα ΠΕΔΥ, με το προσωπικό να βρίσκεται σε καθεστώς μόνιμης απασχόλησης.

- Η θεσμοθέτηση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία (και όχι την εμπορική ονομασία), την υποχρεωτική αναγραφή ασθενειών με βάση το σύστημα ICD-10

- Τη δυνατότητα χρήσης γενόσημων φαρμακευτικών σκευασμάτων με ταυτόχρονη αύξηση της συμμετοχής του ασφαλισμένου επί της αγοράς του σκευάσματος σε περίπτωση επιλογής του πρωτότυπου.

Γερμανία	Αυστηροί διαπραγματευθέντες προϋπολογισμοί για την εξωνοσοκομειακή και την οδοντιατρική περίθαλψη σε περιφερειακό επίπεδο. Προϋπολογισμοί στόχων για τα νοσοκομεία και διαπραγματευθέντα όρια στις φαρμακευτικές δαπάνες σε περιφερειακό επίπεδο
Μ. Βρετανία	Οι νοσοκομειακές και οι κοινοτικές υπηρεσίες προϋπολογίζονται σε εθνικό επίπεδο. Οι δαπάνες για οικογενειακές υπηρεσίες και φαρμακευτική περίθαλψη ρυθμίζονται έμμεσα.
Ολλανδία	Δαπάνες στόχοι για την εξωνοσοκομειακή, νοσοκομειακή και ψυχιατρική περίθαλψη.

Σουηδία	Σε πολλά περιφερειακά συμβούλια υπάρχουν αυστηροί προϋπολογισμοί σε περιφερειακό επίπεδο, για τα κέντρα ΠΦΥ και κάθε νοσοκομείο. Δεν υπάρχουν αυστηροί προϋπολογισμοί στα περιφερειακά συμβούλια με διαχωρισμό αγοραστών και προμηθευτών. Οι φαρμακευτικές δαπάνες ελέγχονται έμμεσα από τα περιφερειακά συμβούλια
----------------	--

Διάγραμμα 3: Προϋπολογισμοί ΠΦΥ 1997, πηγή Mossialos and Le Grande 1999

Γερμανία	Αμοιβή κατά πράξη
Σουηδία	Μισθός, αμοιβή κατά πράξη κατόπιν ρύθμισης για τους ιδιώτες γιατρούς. Μικτό σύστημα για τους οικογενειακούς γιατρούς σε κάποιες περιφέρειες. Το σύστημα παραπομπής δεν είναι υποχρεωτικό. Υπάρχει απευθείας πρόσβαση στους ειδικούς σε πολλές περιφέρειες με προσυζητημένη αμοιβή.
Μ. Βρετανία	Αμοιβή κατά κεφαλή, μερικά έξοδα αποζημιώνονται απευθείας. Οι γενικοί γιατροί λαμβάνουν επιπλέον αμοιβή για την κάλυψη του παιδικού εμβολιασμού και την εξέταση του τραχήλου της μήτρας. Σύστημα παραπομπής.
Ολλανδία	Αμοιβή κατά κεφαλή για τις ασθενείς οικονομικά ομάδες και αμοιβή κατά πράξη για τις εύπορες. Σύστημα παραπομπής.

Διάγραμμα 4: Τρόπος αποζημίωσης παρόχων ΠΦΥ 1997, πηγή Mossialos and Le Grande 1999

- Η θεσμοθέτηση του clawback (επιστροφή) και του rebate (έκπτωση), δηλαδή η, με αναδρομική ισχύ από το 1991, επιστροφή δαπανών που υπερβαίνα ένα όριο με ταυτόχρονη οριζόντια περικοπή επί της αμοιβής των δαπανών.

Το σύνολο των παραπάνω μεταρρυθμίσεων επιχειρούν να απαντήσουν μόνο με οικονομικά κριτήρια και όχι με λειτουργικά, δηλαδή όχι με μια ολοκληρωμένη πρόταση για τη λειτουργία της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η εφαρμογή των μέτρων clawback/rebate έγινε με αναδρομική ισχύ και χωρίς να υπολογιστούν οι ιδιαιτερότητες γεωγραφικών χώρων και ειδικοτήτων που αναγκαζόταν λόγω έλλειψης προσωπικού να υπερβούν τα όρια (Χιόνη, 2013). Η χρήση γενόσημων πραγματοποιήθηκε χωρίς την συντεταγμένη ενημέρωση του γενικού πληθυσμού και κυρίως χωρίς την ύπαρξη αξιόπιστων κριτηρίων πιστοποίησης των σκευασμάτων (Καθημερινή, 2015). Η μορφή και η λειτουργία της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης δε διευκόλυνε ουσιαστικά τον πολίτη αφού δεν είχε, λόγω των παραπάνω, ουσιαστικό δικαίωμα επιλογής και μάλιστα επιβαρυνόταν για αυτό. Η δυνατότητα επιπλέον του γιατρού να αναφέρει προαιρετικά την εμπορική ονομασία, μάλλον δε βοήθησε να περιοριστεί ο ρόλος των φαρμακευτικών εταιριών.

Όσον αφορά την περίπτωση ΕΟΠΥΥ/ΠΕΔΥ ακολουθεί τη λογική της μετονομασίας άνευ ουσίας

των προηγούμενων αλλαγών, χωρίς την ύπαρξη οικογενειακού γιατρού ή πολιτικής πρόληψης. Την ίδια στιγμή δεν προέκυψε εξορθολογισμός των οικονομικών καθώς η σχέση που αναπτύχθηκε στην πληρωμή και αποπληρωμή των δαπανών από τους χρήστες, τους συμβεβλημένους και τους ασφαλιστικούς οργανισμούς δημιούργησε σύγχυση και επιπλέον επιβαρύνσεις (Κυριόπουλος Γ., Μπεαζόγλου Τ., 2001). Το κομβικό στοιχείο είναι η επιβάρυνση με τον ένα ή άλλο τρόπο, είτε των επαγγελματιών υγείας (ΙΣΑ, 2014) είτε των πολιτών, με την ταυτόχρονη έλλειψη δημόσιων υποδομών, γεγονός που εξηγεί την εμφάνιση δομών αλληλεγγύης σε όλη τη χώρα: η μείωση των πόρων στην περίοδο μετά το 2010 έχει εντείνει την ανισορροπία μεταξύ προσφοράς/ ζήτησης υπηρεσιών υγείας, η οποία επιτείνεται και εξαιτίας της μείωσης της ιδιωτικής δαπάνης. Είναι αξιοσημείωτο ότι η ιδιωτική δαπάνη υγείας ιστορικά και παραδοσιακά συνιστά το «εισιτήριο» ευχερούς πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας με μικρό κόστος χρόνου. Η αποσύνθεση του μηχανισμού αυτού οδήγησε κυρίως τα ευπαθή τμήματα του πληθυσμού να αδυνατούν να έχουν πρόσβαση στην ΠΦΥ (Κυριόπουλος, 2013).

Μετά την αναφορά σε όλες τις περιόδους λειτουργίας της ΠΦΥ, τόσο εντός όσο και εκτός οικονομικής κρίσης, παρατηρούμε ότι τα προβλήματα όχι μόνο παραμένουν αλλά διευρύνονται: η ανισό-

ττα στη γεωγραφική κατανομή των δομών, η δυσχέρεια πρόσβασης στους οικονομικά ασθενέστερους, η έλλειψη οργανωμένης βάσης δεδομένων και πολιτικής πρόληψης χαρακτηρίζουν το ΕΣΥ έως σήμερα.

5. Η πρόσφατη πρόταση για τη μεταρρύθμιση της ΠΦΥ

Ο παρών Υπουργός Υγείας εξήγγειλε τη θεσμοθέτηση των ιατρικών γειτονιάς. Συνοπτικά το πρόγραμμα εξαγγελιών περιλαμβάνει την δημιουργία Δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μέσω μονάδων αποτελούμενων από οικογενειακούς γιατρούς, νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας, με αναφορά σε συγκεκριμένο τμήμα πληθυσμού σε 50 δήμους όπου θα λειτουργήσει πιλοτικά (Ξανθός, 2015). Στόχος είναι η αναβάθμιση της ΠΦΥ, με τον οικογενειακό γιατρό να μη λειτουργεί ως απλός «τροχονόμος» αλλά να συμμετέχει σε προγράμματα πρόληψης. Τα ιατρεία γειτονιάς θα συνεργάζονται με τα κέντρα υγείας αστικού τύπου χωρίς να έχει ανακοινωθεί η σχέση εργασίας των γιατρών και τυχών συμβάσεις με ιδιώτες φορείς για εργαστηριακές εξετάσεις (iatronet, 2015).

Στην προηγούμενη ενότητα, η εκτεταμένη αναφορά στη Σουηδία δεν ήταν τυχαία, καθώς η παραπάνω εξαγγελία προσεγγίζει αρκετά τη μεταρρυθμιστική αλλαγή στη Σουηδία σε μερικά σημεία. Η αποσπασματική και σε πιλοτικό επίπεδο εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων στη Σουηδία οδήγησε τελικά σε όξυνση και όχι άμβλυνση των ανισοτήτων. Το ίδιο επιχειρείται στην Ελλάδα με περισσότερες προβληματικές και ερωτήματα. Στις εξαγγελίες αναφέρεται ο στόχος για τη δημιουργία ιατρικών γειτονιάς σε σύνδεση με τα κέντρα υγείας αστικού τύπου, χωρίς όμως να υπάρχουν τα δεύτερα, γεγονός που οδηγεί σε μια αντίστροφη λογική μεταρρύθμισης. Στη Σουηδία πρώτα έγινε η συγχώνευση νοσοκομειακών μονάδων και η μετατροπή άλλων σε κοινοτικές και μετά ακολούθησαν οι υπόλοιπες μεταρρυθμίσεις στα επόμενα επίπεδα και παρόλαυτα δεν υπήρξαν θετικά αποτελέσματα. Επίσης δε διευκρινίζεται τι ακριβώς θα είναι ο οικογενειακός γιατρός, τι αρμοδιότητες θα έχει και ποια θα είναι η μορφή (και επομένως ο χώρος εργασίας του). Το ίδιο ασαφές είναι και η σχέση με εξωτερικούς συμβεβλημένους φορείς στο κομμάτι των εργασιακών εξετάσεων, όπου παρατηρούνται και οι μεγαλύτερες δαπάνες.

Βασικό στοιχείο μιας πρότασης θα πρέπει να είναι η εξασφάλιση στους πολίτες μιας επαρκούς και ισότιμης πρόσβασης, με μηδενικές τιμές κατά τη στιγμή της παροχής (Λιονής, 2002). Σε μια τέτοια πρόταση ο ρόλος του προσωπικού γιατρού θα έχει σημασία η σύνδεση των καθηκόντων και των αρμοδιοτήτων του με βάση την εκπαίδευση του: κατά προτίμηση ο προσωπικός γιατρός είναι ειδικευμένος στη Γενική Ιατρική με βραχεία εκπαίδευση στη χρήση κλινικών πρωτοκόλλων και απόκτηση των απαραίτητων δεξιοτήτων τόσο πριν όσο και κατά τη διάρκεια της εργασίας του (on the job training), διαδικασία που υπολογίζεται στον ένα μήνα (Σουλιώτης Κ., Λιονής Χ. 2003). Επιπλέον απαιτείται η δημιουργία πλαισίου για το νοσηλευτή ΠΦΥ με συγκεκριμένα καθήκοντα: κατ'οίκον νοσηλεία, προαγωγή υγείας σε σχολεία, εκπαίδευση ασθενών στην αυτοφροντίδα, συνταγογράφηση αναλώσιμου υλικού. Ανάλογη μέριμνα πρέπει να υπάρχει για τους κοινωνικούς λειτουργούς και τη διασύνδεση με τις ειδικότητες για τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων μέσω των νοσοκομειακών μονάδων.

Οι εξαγγελίες βρίσκονται εντός μιας λογικής κατεύθυνσης, έχουν όμως αποσπασματικό χαρακτήρα και δεν εντάσσονται στο πλαίσιο μιας συνολικής πολιτικής για την πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Το γεγονός αυτό δυσχεραίνει η απόφαση για αποσπασματική εφαρμογή τους. Η δυνατότητα επιλογής του οικογενειακού γιατρού από τον πολίτη, αν και σε πρώτο βαθμό φαίνεται να ευνοεί την ελευθερία επιλογής με στόχο την ποιότητα, ενδέχεται να καλλιεργήσει ένα είδος αθέμιτου ανταγωνισμού πάνω σε στρεβλά κριτήρια (όπως η συνταγογράφηση των «επιθυμούμενων» φαρμάκων, η εμπλοκή των φαρμακευτικών εταιριών, η πολιτική δημόσιων σχέσεων) καθώς η ελληνική κοινωνία έχει γαλουχηθεί σε ένα προβληματικό τρόπο κάλυψης της ΠΦΥ. Επιπρόσθετα η ύπαρξη και λειτουργία του ιδιωτικού τομέα στην Ελλάδα δεν είναι προσαρμοσμένη στην ολοήμερη λειτουργία, γεγονός που αποτελεί πρόβλημα ακόμα και για χώρες στις οποίες εφαρμόζεται χρόνια ο θεσμός. Φυσικά όπως αναφέρθηκε η λέξη οικογενειακός γιατρός δεν αποτελεί πανάκεια για τη δόμηση μιας ολιστικής ΠΦΥ. Χρειάζεται ένας συνολικός σχεδιασμός για την ορθή κατανομή των κέντρων υγείας αστικού και αγροτικού, με την απαραίτητη ομάδα εργασίας και τη δημιουργία ενός συστήματος πρόληψης με πυλώνες την γενι-

κή ιατρική, την παιδιατρική, τη γυναικολογία και την ψυχιατρική.

Μεγάλη συμβολή σε αυτό θα είχε η ανάπτυξη της ηλεκτρονικής κάρτας και της ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων η οποία δίνει νέες δυνατότητες: αναβάθμιση και ασφαλή πιστοποίηση της υπάρχουσας ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε άυλη μορφή, μείωση της γραφειοκρατία, αύξηση της διαφάνεια, φορητότητα των ιατρικών αρχείων, διασφάλιση δημόσιας υγείας με βάση πληροφορίες (ομάδα αίματος, αλλεργίες σε σκευάσματα) και δυνατότητα συνέχειας της θεραπείας από διαφορετικούς γιατρούς χωρίς την ανάγκη επανάληψης εξετάσεων (Σουλιώτης και συν., 2013). Τέλος στις εξαγγελίες δεν υπάρχει αναφορά στο πλέγμα πρόληψης νοσημάτων με βάση πρωτόκολλα εξετάσεων. Ένα παράδειγμα μιας αντίστοιχης λειτουργίας παρουσιάζεται στο ακόλουθο διάγραμμα:

6. Συμπεράσματα

Η ΠΦΥ στην Ελλάδα συγκροτήθηκε χωρίς την ύπαρξη κεντρικού σχεδιασμού, με μια μεγάλη ποικιλία υπηρεσιών υγείας και κάλυψης των δαπανών. Η επερχόμενη πρόταση του Υπουργείου Υγείας δεν καλύπτει αυτό το κενό. Έρχεται επί της ουσίας να νομοθετήσει την ύπαρξη του οικογενειακού για-

τρού, μια επαναλαμβανόμενη εμμονή του δημόσιου συστήματος υγείας στην Ελλάδα χωρίς να φέρει ένα συνολικότερο πλαίσιο για τη λειτουργία ενός βιώσιμου συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Συνολικά στην Ελλάδα η συζήτηση περί εθνικοποίησης και ιδιωτικοποίησης λαμβάνει λάθος διαστάσεις εφόσον η εθνικοποίηση ταυτίζεται με τον κρατισμό, την περίπτωση όπου το κράτος γίνεται ο ιδιοκτήτης και διαχειριστής των δημόσιων υπηρεσιών ενώ αγνοείται η κοινωνικοποίηση όπου οι πολίτες ασκούν εξουσία μέσω των κοινωνικών φορέων.

Η εθνικοποίηση στον τομέα της υγείας με το ισχύον Σύνταγμα θα μπορούσε να πάρει αυτά τα χαρακτηριστικά στο βαθμό που η υπηρεσίες υγείας έχουν κύριο σκοπό την παροχή υπηρεσιών προς το κοινωνικό σύνολο (άρθρο 106, παρ.3) και να συνυπάρχουν με την ατομική ιδιοκτησία (Νικολακόπουλου-Στεφάνου, 1990). Εξάλλου το εθνικό σύστημα της Βρετανίας και της Σουηδίας δεν καταργεί την ιδιωτική ιατρική, απλώς η τελευταία υποχωρεί μπροστά στην ευρεία και ποιοτική ανάπτυξη του δημόσιου τομέα (Beresniak and Duru, 1997). Στην υπόθεση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας η βέλτιστη λύση θα ήταν ο συνδυασμός του Σουηδικού και του Ολλανδικού μοντέλου.

Βέβαια η υπάρχουσα τεχνογνωσία πρέπει να

Δοκιμασία	Περιεχόμενο	Χρόνος εφαρμογής	Κόστος/σχόλια
Εκτίμηση του 10ετούς κινδύνου για θανατηφόρο επεισόδιο από στεφανιαία νόσο	Εκτίμηση της πιθανότητας με βάση την τιμή της χοληστερόλης, της συστολικής αρτηριακής πίεσης του καπνίσματος και της ηλικίας	Εφόσον είναι καταχωρημένες οι μεταβλητές που χρειάζεται η μέτρηση, περίπου 5 λεπτά μαζί με βασικές οδηγίες	Εφ' όσον έχει εκτιμηθεί η τιμή της χοληστερόλης δεν υπάρχει κόστος
Εκτίμηση του βαθμού της παχυσαρκίας και της πιθανότητας για ανάπτυξη σακχαρώδη διαβήτη	Μέτρηση περιφέρειας της κοιλίας (δοκιμασία της «μεζούρας») και μεταγευματικής τιμής σακχάρου σε άτομα με υψηλό κίνδυνο	Λιγότερο από 5 λεπτά	Το κόστος μιας εξέτασης σακχάρου στο τριχοειδικό αίμα
Δοκιμασία κατά Παπανικολάου σε όλες τις γυναίκες πάνω από τα 20 έτη	Για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας	Εξειδικευμένη εξέταση από 5-10 λεπτά	Παρέχεται δωρεάν από την κοινωνική ασφάλιση
Επιλεγμένοι εμβολιασμοί σε ενήλικες	Κάποια εμβόλια σε επιλεγμένες μονάδες (αυξημένου κινδύνου)	5 λεπτά ο κάθε εμβολιασμός	Τα εμβόλια συνταγογραφούνται
Ελέγχος δερμοαντίδρασης Mantoux	Επιλεγμένες ομάδες πληθυσμού	5 λεπτά	Δεν έχει κόστος

Μαστογραφία σε γυναίκες με υψηλό κίνδυνο	Εκτίμηση του κινδύνου πάνω σε προτυπωμένο φύλο (κληρονομικό ιστορικό, βιολογικοί και κοινωνικοί προσδιοριστές)	Απαιτείται παραπομπή σε εργαστήριο	Πρέπει να εκτιμηθεί το κόστος του επιλεγμένου με βάση το ατομικό screening ως κόστος αναμονής και κόστος εξετάσεων
Ελεγχος της κατάθλιψης	Ατομο σε υψηλό κίνδυνο 2 ερωτήσεις αντίστοιχες με αυτές που προτείνει το NICE σε άτομα υψηλού κινδύνου (ιστορικό κατάθλιψης από χρόνιο νόσημα, άνοια)	1-2 λεπτά	Δεν συνοδεύεται από κόστος
Ελεγχος της γνωστικής κατάστασης	Ατομα πάνω από 65 ετών Με χρήση του MMSE ή βραχείας διάρκειας ερωτηματολόγια	5 λεπτά	Δεν συνοδεύεται από κόστος (Μειονέκτημα υψηλό ποσοστό ομάδων θετικών αποτελεσμάτων)
Εκτίμηση βαθμού κατάχρησης κατανάλωσης οινόπνευματος	Χρήση 2 ερωτηματολογίων (CAGE και AUDIT)		Εκτίμηση βαθμού εξάρτησης και παροχή συμβουλευτικής

Διάγραμμα 5: Παρεμβάσεις πρόληψης με επιλεγμένες δοκιμασίες, πηγή: Κυριόπουλος και συν., 2008)

προσαρμόσει στα ελληνικά δεδομένα: για παράδειγμα το σύστημα της Μεγάλης Βρετανίας δε θα μπορούσε να εφαρμοστεί στην Ελλάδα στο επίπεδο της πρόσβασης των επειγόντων περιστατικών. Η συγχώνευση νοσοκομειακών μονάδων και η μετατροπή μικρότερων σε κέντρα υγείας αστικού τύπου θα ήταν χρήσιμη στην Ελλάδα, όπου υπάρχουν γενικά νοσοκομεία σε απόσταση λίγων χιλιομέτρων για την εξυπηρέτηση πελατειακών σχέσεων. Το ίδιο χρήσιμη θα ήταν η δημιουργία ενός δικτύου κέντρων υγείας αστικού τύπου όπου οι κοινοτικές μονάδες θα λειτουργούσαν όπως τα περιφερειακά ιατρεία: θα κάλυπταν τα επείγοντα περιστατικά και την προληπτική ιατρική τις τακτικές ώρες λειτουργίας (πρώτη επαφή), και τα κέντρα υγείας θα κάλυπταν τα επείγοντα τις υπόλοιπες (ολοκληρωμένη λειτουργία).

Σε αυτό το πλαίσιο θα είχε νόημα η ύπαρξη οικογενειακών γιατρών σε συνεργασία με μια αντίστοιχη ομάδα, αποτελούμενη από νοσηλεύτες ΠΦΥ και κοινωνικούς λειτουργούς (συντονισμένη λειτουργία) και τη δυνατότητα διασύνδεσης με νοσοκομειακές μονάδες ή ιδιώτες βάση της ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων (συνεχιζόμενη και συντονισμένη λειτουργία), με την κατανομή να γίνεται ανάλογα με τις ανάγκες του εκάστοτε τοπικού πληθυσμού.

Για να πραγματοποιηθεί αυτό χρειάζεται η αυτόνομη λειτουργία και διοίκηση των κέντρων υγείας

με τη δυνατότητα βραχείας νοσηλείας και εργαστηριακού ελέγχου, με αναφορά στο Υπουργείο Υγείας και τους κοινωνικούς/τοπικούς φορείς, ώστε να διαρρηχθεί το νοσοκομειακοκεντρικό μοντέλο και να περιοριστεί το κόστος των εξωτερικών εξετάσεων.

Εν κατακλείδι η ύπαρξη από μόνη της του οικογενειακού γιατρού δεν συνιστά πανάκεια όπως αποδεικνύουν και τα στατιστικά των εισαγωγικών διαγραμμάτων.

Υπάρχει ανάγκη για μια αναθεώρηση των αναγκών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και πρόληψης με αντίστοιχες τομές στον τρόπο άσκησης τους, ώστε να ναι προσβάσιμα και αποτελεσματικά για το σύνολο του πληθυσμού.

Το δημόσιο μοντέλο με συμβάσεις κρίνεται το πλέον κατάλληλο, με ενισχυμένο το ρόλο της κοινότητας, με συμβάσεις κυρίως ανάμεσα στην κυβέρνηση και τις περιφέρειες, με τους επαγγελματίες υγείας να εντάσσονται σε αυτό με σχέσεις αποκλειστικής απασχόλησης ώστε να επιτευχθεί ένας δημόσιος προγραμματισμός τόσο της περίθαλψης, όσο και της πρόληψης με μόνιμα χαρακτηριστικά και συνέχεια ώστε η πρόσβαση του πολίτη να γίνεται χωρίς αντίτιμο κατά τη στιγμή της εισόδου.

Η καταπολέμηση της γραφειοκρατίας και της έλλειψης οργάνωσης/συνέχειας βασίζεται στην ψηφιακή καταγραφή των δεδομένων με στόχο ένα αποτελεσματικό δημόσιο και προσιτό σύστημα ΠΦΥ.

Βιβλιογραφία

1. Σιγάλας Ι., Οργανισμοί και υπηρεσίες Υγείας, εκδ. ΕΑΠ, Πάτρα 1999
2. Υφαντόπουλος, Γ. (2005), Τα Οικονομικά της Υγείας – Θεωρία και Πολιτική, Εκδόσεις τυπωθήτω, Αθήνα 2005
3. Fortney, J.C., Steck, D.E., Burgess Jr, J.F., Maciejewski, M.L., Petersen, L. A. Are Primary Care Services a Substitute or Complement for Specialty and Inpatient Services. Health Services Research 40, 2005
4. Godager G, Iversen T, Albert M., Competition, Gatekeeping, and Health Care Access, Working paper, HERO On line Working Paper Series 2012
5. Boerma, W.G.W. and C.A. Dubois, Mapping primary care across Europe, Open University Press, UK 2006
6. OECD, OECD Health Data 2008, Paris 2008
7. Σωτηριάδου Κ., Μαλλιάρου Μ., Σαράφης Π., Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – κατάσταση και προοπτικές, Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας 2011
8. Λιρόπουλος, Λ., Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2007
9. Primary Care: Report on the Johns Hopkins Primary Care Assessment Tool, December 2012
10. Johns Hopkins School of Public Health, Measurement of Primary Care: Report on the Johns Hopkins Primary Care Assessment Tool, December 2012.
11. Boerma, W.G.W., Coordination and integration in European primary care, εκδ. Open University Press, UK 2006
12. Πάτρας Λ., Σχεδιασμός κοινωνικής πολιτικής, εκδ. Ελληνικός Εκδοτικός Οργανισμός, Αθήνα 1969
13. Δοξιάδης Σ., Μέτρα προστασίας για την υγεία, Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, Αθήνα 1981
14. Έλληνας Α., Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: το κλειδί για να μετατραπεί το ΕΣΥ από σύστημα ασθένειας σε σύστημα υγείας, Ι.Θ. τεύχος 48, Αθήνα 2002
15. Abel-Smith, B., J. Calltorp, M. Dixon, A. Dunning, R. Evans, W. Holland, B. Jarman and E. Mossialos, Report on the Greek Health Services, εκδ. Pharmedica S.A., Athens 1994
16. Τάχος Α., Ελληνικό διοικητικό δίκαιο, εκδ. Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη 1993
17. Harrison MI, Calltorp J., The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health care, Health Policy 2000
18. National Board of Health and Welfare, Kartläggning av närsjukvård [Survey of community care initiatives], εκδ. Socialstyrelsen, Stockholm 2003a
19. WHO, The world health report 2000. Health systems: improving performance, Geneva 2000
20. Boyle S., United Kingdom Health System Review, European Observatory on Health Systems and policies, 2011
21. Schäffer W., Kroneman M., Boerma W., Westert G., Ginneken W., Netherlands Health Report, European Observatory on health systems and policies 2010
22. Van de Ven WPMM, Schut FT., Risk equalization in an individual health insurance market: the only escape from the trade-off between affordability, efficiency and selection, εκδ. Erasmus University Rotterdam, Rotterdam 2007
23. Busse R., Blumel M., Germany Health Report, European Observatory on health systems and policies, 2014
24. Mossialos E., Le Grand J., Cost Containment in the EU: an overview, in: Mossialos E., and Le Grand J. (eds.), Health Care and Cost Containment in the European Union. Aldershot, Ashgate Publishing Ltd, 1999
25. Χιόνη Μ., Τι άραγε σημαίνουν οι ιατρικοί όροι clawback και rebate, που χρησιμοποιεί τελευταία ο ΕΟΠΥΥ; Τι είναι πιο σωστό rebate ή deduction;, <http://medlabgr.blogspot.com/2013/11/ti-clawback-rebate-rebate-deduction.html#ixzz3yu4mhN1K>, Φεβρουάριος 2013/ ανακτήθηκε 01/02/16
26. Καθημερινή, <http://www.kathimerini.gr/835965/article/epikairothta/ellada/agnooyn-oi-ellhnes-tagenoshma>, Νοέμβριος 2015/Ανακτήθηκε 01/02/16
27. Κυριόπουλος Γ., Μπεαζόγλου Τ., Η επίδραση του ασφαλιστικού μονοπωλίου στην αφορά υπηρεσιών υγείας, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 2000
28. ΙΣΑ, <http://www.aftodioikisi.gr/ergasiaka-ypallilwn-ota/isa-katoteroston-peristaseon-o-eopii-zita-tinparaitisi-kontou>, Ιούνιος 2014/Ανακτήθηκε 01/02/16
29. Κυριόπουλος Γ., Η πρωτοβάθμια φροντίδα ως πύλη εισόδου των διαρθρωτικών αλλαγών στην υγεία, εκδ. ΕΣΔΥ, Αθήνα 2013
30. Ξανθός Α., <http://m.iatronet.gr/article.aspx?id=33991>, Δεκέμβριος 2015/ανακτήθηκε 01/02/16
31. Iatronet, Το σχέδιο για την πρωτοβάθμια: Πολυιατρεία, ιατρεία γειτονιάς, οικογενειακός γιατρός, <http://m.iatronet.gr/article.aspx?id=30460>, Μάρτιος 2015/ ανακτήθηκε 01/02/16
32. Λιονής Χ., Το σχέδιο νόμου στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 2002
33. Σουλιώτης Κ., Λιονής Χ., Λειτουργική ανασυγκρότηση της ΠΦΥ, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής 2003
34. Σουλιώτης Κ., Θηραϊός Ε., Καϊτελίδου Δ., Παπαδακάκη Μ., Τσαντίλας Π., Τσιρώνη Μ., Ψαλτοπούλου Θ., Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Επιστημονική Επιτροπή για την υποστήριξη της μεταρρύθμισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Αθήνα 2013
35. Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Θηραϊός Ε., Προάγοντας την υγεία και προλαμβάνοντας τη νόσο στους δημοσίους υπαλλήλους, Πανεπιστήμιο Κρήτης 2008
36. Νικολακοπούλου-Στεφάνου Η., Κράτος πρόνοιας και ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, εκδ. The european institute of social security, Αθήνα 1990
37. Beresniak A., Duru G., Economie de la santé, εκδ. Masson, Paris 1997