

## ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ SPECIAL ARTICLE

# Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα Χαμένη στον λαβύρινθο

Στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) νοείται ως το πρώτο σημείο επαφής με τις υπηρεσίες υγείας, κατά κανόνα σε ιατρείο Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής. Στην Ελλάδα, παρ' ότι ο διάλογος για την ΠΦΥ ξεκίνησε την περίοδο της Διακήρυξης της Άλμα-Άτα για την ΠΦΥ του 1978, οι προσπάθειες δημιουργίας ενιαίου, ολοκληρωμένου συστήματος ΠΦΥ, βασισμένου στις υπηρεσίες των ιατρών Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής απέβησαν άκαρπες. Εξετάζοντας τα γεγονότα, διαπιστώνεται ότι όταν το 1987 ανακόπηκε η μεταρρύθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), διαμορφώθηκαν στη χώρα τρεις τρόποι οργάνωσης της ΠΦΥ. (α) Στις μη αστικές περιοχές λειτούργησαν τα κέντρα υγείας του ΕΣΥ, στελεχωμένα με ιατρούς Γενικής Ιατρικής και άλλους επαγγελματίες υγείας. Τηρουμένων των αναλογιών, η πρόσβαση των κατοίκων των μη αστικών περιοχών στις υπηρεσίες υγείας προσομοιάζει με το μοντέλο Beveridge της Βρετανίας. (β) Στις πόλεις, οι ιατροί των κλινικών και των εργαστηριακών ειδικοτήτων που ήταν συμβεβλημένοι με τα πολυάριθμα επαγγελματικά ταμεία υγείας αποτελούσαν το πρώτο σημείο επαφής. Η πρόσβαση των ασφαλισμένων αυτών των ταμείων στις υπηρεσίες υγείας προσομοιάζει με το παραδοσιακό μοντέλο Bismarck της Γερμανίας, Γαλλίας κ.λπ. (γ) Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) είχε τα πολυϊατρεία του, όπου υπηρετούσαν ιατροί των κλινικών και των εργαστηριακών ειδικοτήτων. Η πρόσβαση των ασφαλισμένων του ΙΚΑ στις υπηρεσίες υγείας είχε πολλά κοινά στοιχεία με το μοντέλο Semashko της τέως Σοβιετικής Ένωσης. Η δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) το 2011 ενοποίησε όλα τα ταμεία υγείας και όλοι απέκτησαν το δικαίωμα να προσφύγουν όπου οι ίδιοι έκριναν. Το σύστημα έγινε ενιαίο, έγινε όμως περισσότερο περίπλοκο, το μοντέλο του «ελληνικού λαβύρινθου». Με τη μεταφορά των πολυϊατρείων του ΙΚΑ από τον ΕΟΠΥΥ στο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) το 2014 πραγματοποιήθηκε η ένταξη του ΙΚΑ στο ΕΣΥ. Η υπαγωγή των μονάδων του ΠΕΔΥ στις υγειονομικές περιφέρειες (ΥΠΕ), μαζί με τα κέντρα υγείας, ενοποίησε το σχήμα διοίκησης, αλλά δεν επηρέασε την καθημερινή πρόσβαση στην υγεία. Το 2017 δημιουργήθηκαν οι τοπικές μονάδες υγείας (ΤΟΜΥ), ως μια προσπάθεια παροχής υπηρεσιών Οικογενειακής Ιατρικής στις πόλεις, όμως κατέληξε να είναι άλλη μια υπηρεσία υγείας σαν τις άλλες. Ενώ οι νόμοι που έχουν ψηφιστεί για την ΠΦΥ περιγράφουν τέλεια οργανωμένες υπηρεσίες, η διάσταση λόγων και έργων είναι εμφανής. Επί πλέον, οι πολυάριθμες εκθέσεις για την ΠΦΥ και οι σχετικές επιστημονικές δημοσιεύσεις υποδεικνύουν ότι η τεχνογνωσία και οι βασισμένες σε τεκμηρίωση προτάσεις δεν ελλείπουν. Συμπεραίνεται ότι το πρόβλημα αφορά στην έλλειψη πολιτικής βούλησης για την υπερνίκηση των αντιστάσεων που ήταν (και παραμένουν) ισχυρές και ανυπέρβλητες.

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2021, 38(4):548-556  
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2021, 38(4):548-556

### Α. Φιλαλήθης

Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Ιατρική  
Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο,  
Κρήτη

### Primary Health Care in Greece: Lost in the labyrinth

Abstract at the end of the article

#### Λέξεις ευρετηρίου

Γενική/Οικογενειακή Ιατρική  
Εθνικό Σύστημα Υγείας  
Προσβασιμότητα  
Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας  
Υπηρεσίες υγείας

Υποβλήθηκε 23.10.2020  
Εγκρίθηκε 5.11.2020

**Υποσημείωση:** Ο συγγραφέας διετέλεσε σύμβουλος του Υπουργείου Υγείας το 1979 και ήταν μέλος της Εκτελεστικής Επιτροπής του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) από το 1982-1985. Από το 1986-2019 διετέλεσε μέλος συμβουλίων και επιτροπών του Υπουργείου Υγείας και του ΚΕΣΥ και συμμετείχε ως εκπρόσωπος της Ελλάδας, ως προσκεκλημένος εμπειρογνώμονας ή ως σύμβουλος σε συναντήσεις, συμβούλια, επιτροπές και ομάδες εργασίας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και της Επιτροπής της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ).

## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) νοείται ως το πρώτο σημείο επαφής των πολιτών με το σύστημα υγείας, άλλοτε υποχρεωτικό (gatekeeping) και άλλοτε προαιρετικό. Κατά κανόνα, αυτό γίνεται σε ιατρείο Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής, είτε με τη μορφή κέντρου υγείας, είτε με τη μορφή συλλογικού ιατρείου (group practice).<sup>1,2</sup> Στην Ελλάδα, η ΠΦΥ αποτέλεσε βασικό στοιχείο του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), καθ' ότι ο δημόσιος διάλογος για τη μεταρρύθμιση των υπηρεσιών υγείας άρχισε την περίοδο της Διακήρυξης της Άλμα-Ατα για την ΠΦΥ του 1978.<sup>3</sup> Όμως, οι προσπάθειες δημιουργίας ενιαίου, ολοκληρωμένου συστήματος ΠΦΥ, βασισμένου στις υπηρεσίες των ιατρών Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής απέβησαν άκαρπες, καθ' ότι το Υπουργείο Υγείας,\* αρμόδιο για την πολιτική υγείας της εκάστοτε κυβέρνησης, δεν θέλησε, φοβούμενο το πολιτικό κόστος, να υπερνικήσει τις αντιστάσεις που ήταν (και παραμένουν) ισχυρές και ανυπέρβλητες, όπως αναλύεται σε άλλες δημοσιεύσεις οι οποίες αναφέρονται εκτενώς στην περιρρέουσα πολιτική ατμόσφαιρα της περιόδου.<sup>4-6</sup>

Η παρούσα εργασία περιγράφει τη λειτουργία της ΠΦΥ στην Ελλάδα, με σκοπό την ανάδειξη της περιπλοκότητας της πρόσβασης που βιώνει ο πολίτης όταν προσφεύγει στις υπηρεσίες υγείας. Η εργασία δεν αναφέρεται στον ρόλο και στην προσφορά των άλλων επαγγελματιών υγείας στην ΠΦΥ, παρ' ότι αυτή είναι σημαντική και συχνά καθοριστική για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, έτσι ώστε να διευκολυνθεί η εστίαση στο θέμα της πρόσβασης στην ΠΦΥ. Το ευρύτερο, διεθνές πλαίσιο της εξέλιξης της ΠΦΥ αναλύεται σε άλλη εργασία.<sup>7</sup>

## 2. ΜΙΑ ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ ΤΩΝ ΓΕΓΟΝΟΤΩΝ

Η δημιουργία κέντρων υγείας στις μη αστικές περιοχές, στελεχωμένων κατά κύριο λόγο με ιατρούς Γενικής Ιατρικής, περιλαμβανόταν στο νομοσχέδιο «Μέτρα προστασίας της υγείας» που δημοσιοποιήθηκε το 1980 από το Υπουργείο Υγείας αλλά ουδέποτε ψηφίστηκε από τη Βουλή.<sup>8</sup> Η δημιουργία κέντρων υγείας τόσο στις μη αστικές όσο και στις αστικές περιοχές, και πάλι στελεχωμένων κατά κύριο λόγο με ιατρούς Γενικής Ιατρικής, περιλαμβανόταν στον Ν 1397/1983<sup>9</sup> που θεμελίωσε το ΕΣΥ,<sup>10</sup> και σε σύντομο χρόνο λειτούργησαν τα πρώτα 165 μη αστικά κέντρα υγείας. Όμως, όταν το 1987 έπρεπε να γίνει το επόμενο βήμα, δηλαδή

η ένταξη των υγειονομικών υπηρεσιών του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) στο ΕΣΥ και η μετατροπή των πολυιατρείων του σε αστικά κέντρα υγείας, ελήφθη η απόφαση να ανασταλεί η περαιτέρω ανάπτυξη του ΕΣΥ.<sup>11</sup> Έκτοτε, η ανάγκη επέκτασης των υπηρεσιών Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής στις πόλεις έχει επισημανθεί πολλές φορές, αλλά κάθε φορά οι σχετικές προτάσεις αγνοούνται και οι σχετικές πρωτοβουλίες εγκαταλείπονται.<sup>6</sup> Ακόμη και νόμοι που ψηφίστηκαν από το κοινοβούλιο δεν εφαρμόστηκαν ως προς το σκέλος τους που αναφερόταν στην ΠΦΥ, όπως οι Ν 2071/1992,<sup>12</sup> Ν 2519/1997<sup>13</sup> και Ν 3235/2004.<sup>14</sup> Με τη δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) με τον Ν 3918/2011<sup>15</sup> ενοποιήθηκαν οι κλάδοι υγείας των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης (εφεξής τα ταμεία υγείας) και άλλαξε ριζικά το τοπίο της ΠΦΥ στη χώρα. Ακολούθησε η ένταξη των υγειονομικών υπηρεσιών του ΙΚΑ στο ΕΣΥ με τον Ν 4238/2014<sup>16</sup> που δημιούργησε το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ). Τέλος, με τους Ν 4461/2017<sup>17</sup> και Ν 4486/2017<sup>18</sup> δημιουργήθηκαν οι τοπικές μονάδες υγείας (ΤΟΜΥ), στελεχωμένες με ιατρούς Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής, καθώς και με τα άλλα επαγγέλματα υγείας. Επίσης, οι μονάδες του ΠΕΔΥ, δηλαδή τα τέως πολυιατρεία του ΙΚΑ, μετονομάστηκαν σε (αστικά) κέντρα υγείας.<sup>19-21</sup>

## 3. Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΟ 1987

Με την αναστολή της ένταξης του ΙΚΑ στο ΕΣΥ το 1987, παγιοποιήθηκαν στη χώρα τρεις διαφορετικοί τρόποι οργάνωσης των υπηρεσιών ΠΦΥ, ανάλογα με τον τόπο κατοικίας ή με το ταμείο υγείας των ασφαλισμένων.

### 3.1. Το μοντέλο Beveridge στις μη αστικές περιοχές

Στις μη αστικές περιοχές λειτουργούν τα κέντρα υγείας, με τα υπαγόμενα σε αυτά περιφερειακά ιατρεία. Η στελέχωσή τους περιλαμβάνει κυρίως ιατρούς Γενικής Ιατρικής, ο αριθμός των οποίων σταδιακά αυξάνεται, ιατρούς υπόχρεους υπηρεσίας υπαίθρου που δεν έχουν αποκτήσει ακόμη ειδικότητα, ορισμένους ιατρούς άλλων ειδικοτήτων και βέβαια τα άλλα επαγγέλματα υγείας. Τα κέντρα υγείας παρέχουν υπηρεσίες που ποικίλλουν σε ποιότητα και έκταση. Όμως, το σημαντικό είναι ότι είναι εύκολα προσβάσιμα σε όλους και παρέχουν 24ωρη κάλυψη και άμεση φροντίδα στα επείγοντα και στα έκτακτα περιστατικά, μέχρι τη διακομιδή τους στο νοσοκομείο. Καθ' ότι η προσφυγή σε αυτά δεν ήταν και δεν είναι υποχρεωτική για τη φροντίδα πρώτης επαφής, πολλοί ασθενείς τα παρακάμπτουν, προσφεύγοντας απ' ευθείας στα τμήματα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ)

\* Το Υπουργείο Υγείας είχε κατά καιρούς διαφορετικές ονομασίες. Χάριν συντομίας, στην παρούσα εργασία αναφέρεται με τη σημερινή του (πιο απλή) ονομασία.

ή στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία (ΤΕΙ) των νοσοκομείων.

Τηρουμένων των αναλογιών και με εξαίρεση το θέμα της υποχρεωτικής επαφής με τον ιατρό Γενικής Ιατρικής (general practitioner, GP) στη Βρετανία, το γνωστό gatekeeping, η πρόσβαση των κατοίκων των μη αστικών περιοχών στις υπηρεσίες υγείας έχει κοινά στοιχεία με το σύστημα υγείας της Βρετανίας, σύμφωνα με την κλασική περιγραφή του Fry,<sup>22</sup> το μοντέλο Beveridge<sup>23</sup> (εικ. 1).

### 3.2. Το μοντέλο Bismarck στα επαγγελματικά ταμεία υγείας

Στις πόλεις, ο Οργανισμός Περιθαλψής των Ασφαλισμένων του Δημοσίου (ΟΠΑΔ), το Ταμείο Επαγγελματιών και Βιοτεχνών Ελλάδος (ΤΕΒΕ) και τα πολυάριθμα επαγγελματικά ταμεία υγείας, ορισμένα από τα οποία ήταν γνωστά ως «ευγενή» ταμεία, είχαν συμβάσεις με τους ιδιώτες ιατρούς

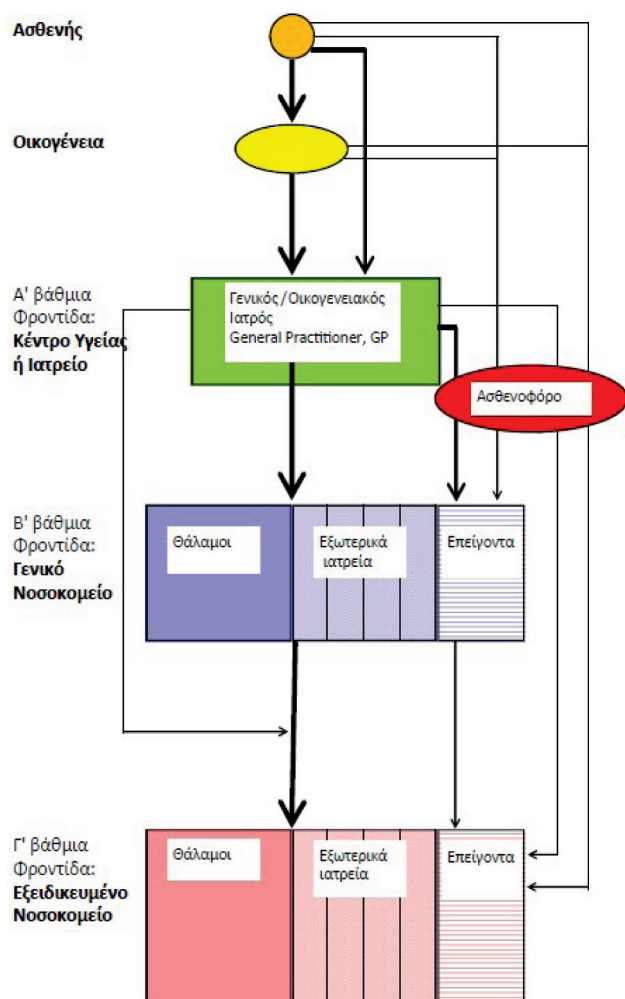
των κλινικών ειδικοτήτων που αμείβονταν κατά πράξη και περίπτωση. Οι ασφαλισμένοι στα ταμεία υγείας έκριναν οι ίδιοι την ιατρική ειδικότητα που θεωρούσαν κατάλληλη για την περίπτωσή τους και επέλεγαν ποιον από τους συμβεβλημένους ιατρούς θα επισκεφθούν. Όμως, οι ιατροί αυτοί δεν κάλυπταν τα επείγοντα και έκτακτα περιστατικά ούτε παρείχαν 24ωρη κάλυψη. Η μόνη διαθέσιμη φροντίδα για τις περιπτώσεις αυτές ήταν τα ΤΕΠ των νοσοκομείων.

Η πρόσβαση των ασθενών που ήταν ασφαλισμένοι στα εν λόγω ταμεία υγείας προσομοιάζει με την περιγραφή του Fry για το σύστημα υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής (ΗΠΑ),<sup>22</sup> καθώς και με τον παραδοσιακό τρόπο λειτουργίας των επαγγελματικών ταμείων υγείας σε χώρες όπως η Γερμανία, η Γαλλία και το Βέλγιο, το μοντέλο Bismarck<sup>23</sup> (εικ. 2).

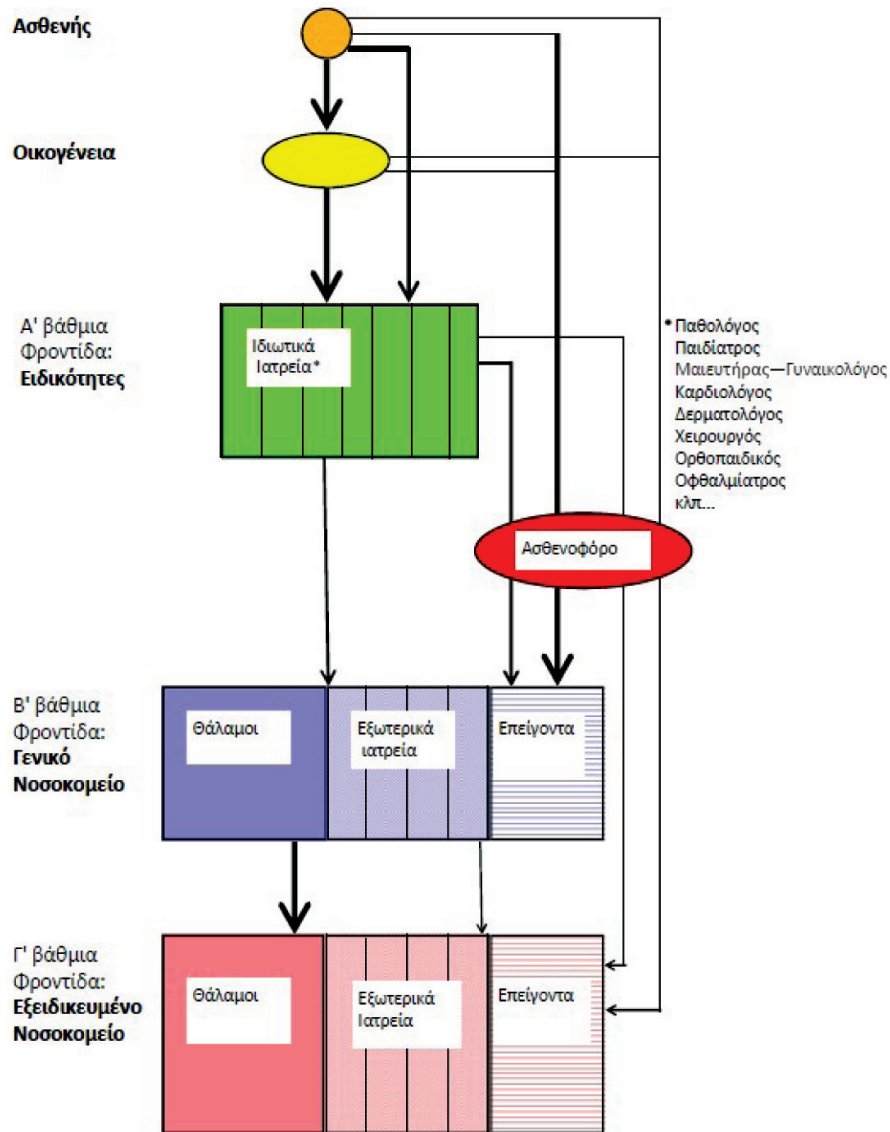
### 3.3. Το μοντέλο Semashko στο Ίδρυμα Κοινωνικής Ασφάλισης

Το Ίδρυμα Κοινωνικής Ασφάλισης (ΙΚΑ) είχε τα πολυϊατρεία του στις πόλεις, στα οποία υπηρετούσαν με πάγια αντιμισθία και περιορισμένο ωράριο ιατροί των κλινικών και των εργαστηριακών ειδικοτήτων, οι οποίοι διατηρούσαν ιδιωτικά ιατρεία σε διαφορετικές ώρες από εκείνες που ήταν στο πολυϊατρείο. Όπως με την προηγούμενη περίπτωση, οι ασφαλισμένοι έκριναν ποια ειδικότητα ήταν κατάλληλη για την περίπτωσή τους, αλλά η επιλογή του ιατρού περιοριζόταν σε αυτούς που υπηρετούσαν στο πολυϊατρείο. Επίσης, τα πολυϊατρεία δεν διαχειρίζονταν επείγοντα περιστατικά ούτε παρείχαν 24ωρη φροντίδα, οπότε η προσφυγή των περιστατικών αυτών στα ΤΕΠ των νοσοκομείων ήταν αναγκαία. Το ΙΚΑ είχε μια άλλη ιδιαιτερότητα, ότι δεν κάλυπτε τη δαπάνη για τα φάρμακα που συνταγογραφούσαν οι νοσοκομειακοί ιατροί στους ασφαλισμένους του, παρά μόνο αν οι συνταγές αναγράφονταν από τους ιατρούς του πολυϊατρείου στο βιβλιάριο του ασφαλισμένου.

Το σύστημα με το οποίο προσομοιάζει η πρόσβαση των ασφαλισμένων στο ΙΚΑ ασθενών είναι αυτό που περιγράφει ο Fry για τη Σοβιετική Ένωση<sup>22</sup> και τις χώρες της λεγόμενης «ανατολικής Ευρώπης», δηλαδή το μοντέλο Semashko<sup>23</sup> (εικ. 3). Εκεί, οι κάτοικοι της επαρχίας είχαν πρόσβαση στον λεγόμενο «θεραπευτή» ιατρό της περιοχής (uchastok) και οι εργαζόμενοι στις βιομηχανίες είχαν πρόσβαση σε υπηρεσίες Ιατρικής της Εργασίας.<sup>24</sup> Όμως, η κύρια υπηρεσία πρώτης επαφής στις πόλεις ήταν τα "polyclinica", στα οποία υπηρετούσαν οι ιατροί των κλινικών και των εργαστηριακών ειδικοτήτων, καθώς και τα άλλα επαγγέλματα υγείας, όπου οι ασθενείς επέλεγαν την ιατρική ειδικότητα που έκριναν κατάλληλη για την περίπτωσή τους. Επί πλέον, τα γενικά νοσοκομεία δεν είχαν τακτικά εξωτερικά ιατρεία, καθ' ότι



**Εικόνα 1.** Η πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας κατά το μοντέλο Beveridge.



Εικόνα 2. Η πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας κατά το μοντέλο Bismarck.

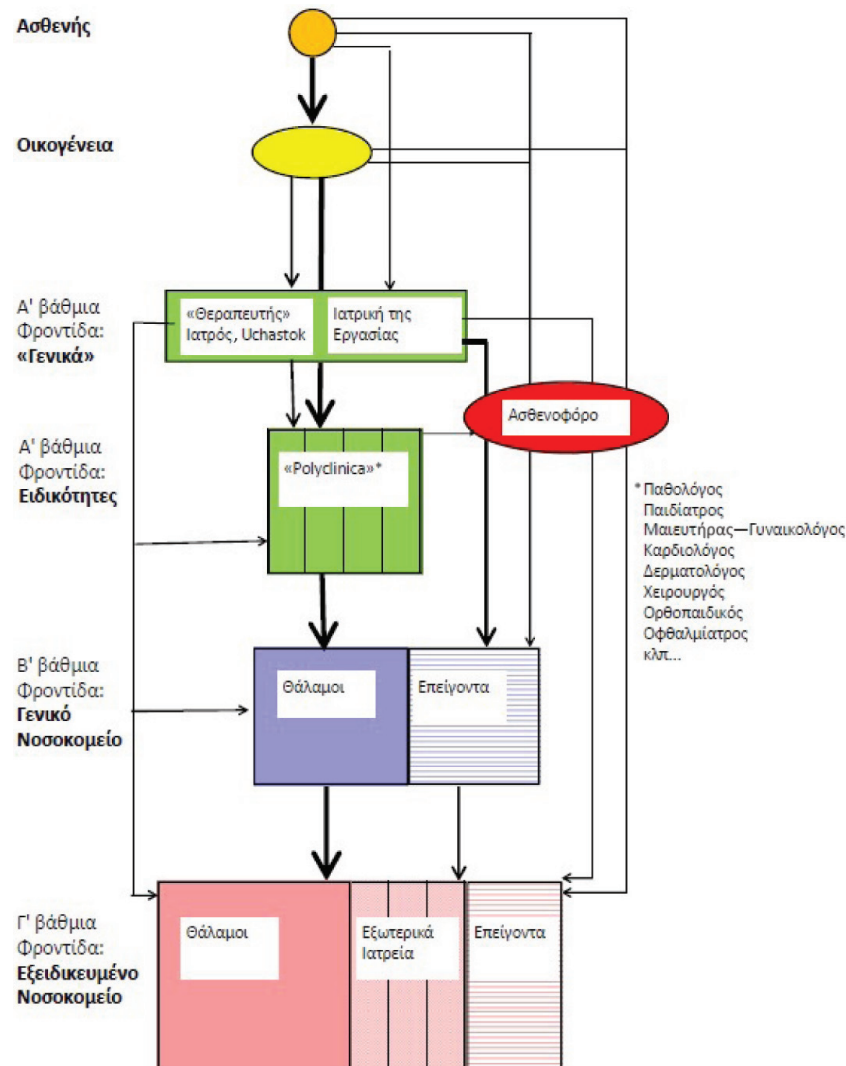
την παρακολούθηση των ασθενών μετά την έξοδο από το νοσοκομείο την αναλάμβαναν οι ιατροί της αντίστοιχης ειδικότητας του “polyclinica”. Αυτό είναι άλλο ένα κοινό στοιχείο του ΙΚΑ με το μοντέλο Semashko.

**4. Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΟ 2011**

Το 2011, ένα έτος μετά τη δημοσιονομική κρίση, δημιουργήθηκε ο ΕΟΠΥΥ, στον οποίο συνενώθηκαν οι κλάδοι υγείας των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Με τον νόμο θέσπισης του ΕΟΠΥΥ, όλοι απέκτησαν το δικαίωμα να προσφύγουν όπου έκριναν οι ίδιοι: οι ασφαλισμένοι του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) σε όλους τους

ιατρούς που ήταν συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ, οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, οι ασφαλισμένοι του ΟΠΑΔ στα πολυϊατρεία του ΙΚΑ κ.λπ. Με μια κίνηση καταργήθηκαν οι διαχωριστικές γραμμές μεταξύ των ταμείων υγείας και το ΙΚΑ απώλεσε το ιδιότυπο μονοπώλιο που είχε επί των ασφαλισμένων του. Το σύστημα έγινε ενιαίο, αλλά δεν έγινε απλό, μάλλον περισσότερο περίπλοκο: το μοντέλο του «ελληνικού λαβύρινθου» (εικ. 4). Ο ίδιος νόμος έδωσε τέλος στη δεύτερη μεγάλη εκκρεμότητα της μεταρρύθμισης του 1983, την ενοποίηση των ταμείων υγείας, καθ’ ότι ο ΕΟΠΥΥ είναι –με άλλη ονομασία– ο Ενιαίος Φορέας Υγείας του νόμου του ΕΣΥ.<sup>4,6</sup>

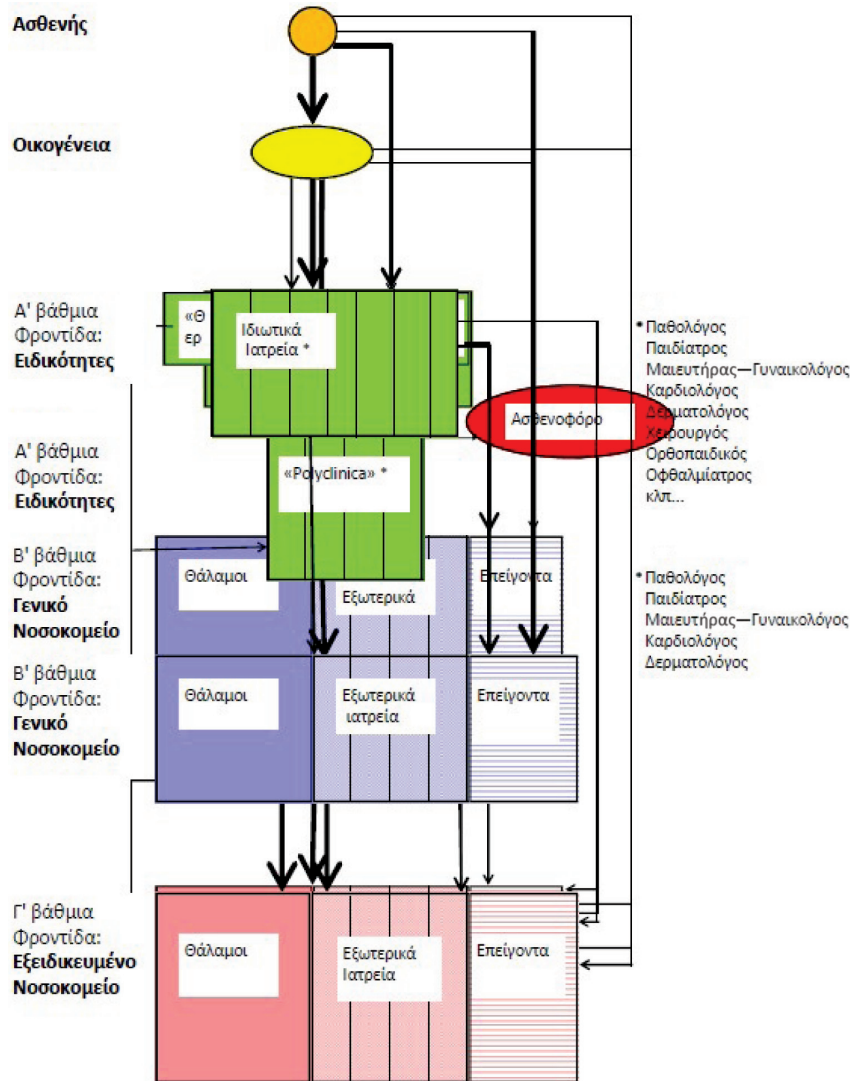
Όμως, η μεταφορά των υγειονομικών υπηρεσιών του ΙΚΑ «ως είχαν» στον ΕΟΠΥΥ δημιούργησε έναν υβριδικό



**Εικόνα 3.** Η πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας κατά το μοντέλο Semashko.

οργανισμό. Όσον αφορά στην ΠΦΥ, το ΙΚΑ είχε αποκλειστικά τις δικές του υπηρεσίες (όχι όμως και όσον αφορά στη νοσοκομειακή περίθαλψη). Όμως, ο ΕΟΠΥΥ «κληρονόμησε» από το ΙΚΑ τις δικές του υπηρεσίες ΠΦΥ με τη μορφή των πολυιατρείων, ενώ την ίδια στιγμή «κληρονόμησε» και τις συμβάσεις που είχαν οι ιδιώτες με τα υπόλοιπα ταμεία υγείας πριν από τη συνένωση. Συνεπώς, δεν πληρούσε το κριτήριο του «διαχωρισμού του αγοραστή από τον προμηθευτή» των υπηρεσιών υγείας (purchaser – provider split), τον οποίο ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) προτείνει από τη δεκαετία του 1990 ως τον βέλτιστο τρόπο οργάνωσης και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας.<sup>25,26</sup> Ενώ υπάρχουν σε άλλες χώρες οργανισμοί που συγκεντρώνουν και τις δύο λειτουργίες, κατά κανόνα αυτό γίνεται για το σύνολο των παροχών, δηλαδή έχουν κάθετα ολοκληρωμένη οργάνωση, λειτουργία και

χρηματοδότηση. Στην περίπτωση του ΕΟΠΥΥ, η συνύπαρξη των δύο λειτουργιών ίσχυε για ένα μέρος των υπηρεσιών του, τα πολυιατρεία, αλλά δεν ίσχυε για το υπόλοιπο, τους συμβεβλημένους ιδιώτες ιατρούς, παρεμπιπτόντως και για τη νοσοκομειακή φροντίδα. Τη λύση έδωσε η δημιουργία του ΠΕΔΥ το 2014, δηλαδή η μεταφορά των πολυιατρείων από τον ΕΟΠΥΥ στο ΕΣΥ, παρέχοντας στους ιατρούς που υπηρετούσαν σε αυτά την επιλογή είτε να ενταχθούν στο ΕΣΥ, με πλήρη και αποκλειστική απασχόληση, είτε να διατηρήσουν το ιδιωτικό τους ιατρείο, αποχωρώντας από την έμμισθη θέση του δημόσιου τομέα. Οι μονάδες του ΠΕΔΥ εντάχθηκαν απ' ευθείας στις υγειονομικές περιφέρειες (ΥΠΕ), στις οποίες επίσης μεταφέρθηκε από τα νοσοκομεία η άμεση ευθύνη για τα κέντρα υγείας μη αστικών περιοχών. Με τον νόμο για το ΠΕΔΥ ολοκληρώθηκε η ένταξη του ΙΚΑ στο ΕΣΥ και ενοποιήθηκε το σχήμα διοίκησης όλων των



**Εικόνα 4.** Η πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας κατά το μοντέλο του «ελληνικού λαβύρινθου».

υπηρεσιών ΠΦΥ του ΕΣΥ. Όμως, για τον ασφαλισμένο ο «λαβύρινθος» παρέμεινε το ίδιο περίπλοκος.

Το 2017 δημιουργήθηκαν οι ΤΟΜΥ, ως αποκεντρωμένες μονάδες των κέντρων υγείας, στελεχωμένες με ιατρούς Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής, που αναλάμβαναν τον ρόλο του οικογενειακού ιατρού, καθώς και με τα άλλα επαγγέλματα υγείας και με διοικητικό προσωπικό. Η χρηματοδότηση των ΤΟΜΥ καλύφθηκε από το κοινοτικό πλαίσιο στήριξης (Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς, ΕΣΠΑ), με το τέλος του οποίου η χώρα υποχρεούται να τις χρηματοδοτήσει από εθνικούς πόρους. Οι ιατροί των ΤΟΜΥ υπηρετούν με πλήρη και αποκλειστική απασχόληση, όπως όλοι οι ιατροί του ΕΣΥ, ενώ όλοι οι πολίτες κάτοικοι των πόλεων υποχρεώθηκαν να εγγραφούν σε ΤΟΜΥ της επιλογής τους, για να αρχίσει με τον τρόπο αυτόν η λειτουργία

υπηρεσιών Οικογενειακής Ιατρικής. Όμως, οι ΤΟΜΥ που δημιουργήθηκαν είναι μόνο 127 από τις αρχικά προβλεπόμενες 238,<sup>27</sup> οπότε δεν επαρκούν για την κάλυψη παρά μόνο ενός μέρους των κατοίκων των αστικών περιοχών. Για να μη δημιουργηθεί αδιέξοδο, η υποχρεωτική εγγραφή επεκτάθηκε προς όλους τους ιατρούς Γενικής Ιατρικής, παθολόγους και παιδίατρους που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ. Το γεγονός αυτό αλλοίωσε την έννοια των ΤΟΜΥ ως μονάδων με ξεχωριστή λειτουργία, καθώς τις εξομοίωσε με τη φροντίδα από τους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ ιατρούς. Επί πλέον, οι ΤΟΜΥ δεν προβλεπόταν να παρέχουν 24ωρη κάλυψη, κατ' οίκον φροντίδα και προγραμματισμένες δράσεις πρόληψης των ασθενειών και προαγωγής της υγείας, στοιχεία που χαρακτηρίζουν τις υπηρεσίες της Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής σε άλλες χώρες, με αποτέλεσμα την περαιτέρω απώλεια της διακρι-

τής λειτουργίας που επεδίωκε το Υπουργείο Υγείας. Έτσι, η προσπάθεια εγκαθίδρυσης ενός δικτύου ΠΦΥ στις πόλεις, που θα παρείχε ολοκληρωμένες υπηρεσίες Οικογενειακής Ιατρικής, κατέληξε να είναι άλλη μια υπηρεσία υγείας σαν τις άλλες. Η επιδιωκόμενη απλοποίηση του «λαβύρινθου» αύξησε την περιπλοκότητά του. Ακόμη και η μετονομασία των μονάδων του ΠΕΔΥ σε κέντρα υγείας, χωρίς κάποια αλλαγή στη λειτουργία τους, επέτεινε τη σύγχυση.

Ειρήσθω εν παρόδω, το 2007 είχε δημοσιευτεί πρόταση για τη δημιουργία στις πόλεις Μονάδων Οικογενειακής Ιατρικής, στελεχωμένων με παθολόγους, ιατρούς Γενικής Ιατρικής και παιδιάτρους, που θα παρείχαν, εκτός από τη φροντίδα των τρεχόντων προβλημάτων υγείας, και συνταγογράφηση, 24ωρη κάλυψη, φροντίδα στο σπίτι και προγράμματα πρόληψης σε όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από το ταμείο στο οποίο ήταν ασφαλισμένοι.<sup>28</sup> Η πρόταση προέβλεπε ότι οι μονάδες θα ήταν οντότητες του ιδιωτικού δικαίου, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, χρηματοδοτούμενες από τα ταμεία υγείας, έτσι ώστε να παρέχουν δωρεάν υπηρεσίες στους πολίτες, αλλά και ευελιξία στη λειτουργία τους. Είναι προφανές ότι η συγκεκριμένη πρόταση δεν εφαρμόστηκε.

## 5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΟ ΣΧΟΛΙΟ

Η ανάγνωση των νόμων που έχουν κατά καιρούς ψηφιστεί από τη Βουλή των Ελλήνων για την ΠΦΥ θα έδινε την εντύπωση ότι η χώρα μας έχει ένα από τα πλέον ολοκληρωμένα (integrated) συστήματα υγείας στην υφήλιο, με πλήρεις (comprehensive), προσβάσιμες και φιλικές προς τον χρήστη υπηρεσίες. Όμως, η πραγματικότητα διαψεύδει την εικόνα, καθ' όσον οι υπηρεσίες ΠΦΥ, αλλά και το σύστημα υγείας στο σύνολό του, παραμένουν κατακερματισμένες

και αποσπασματικές, με εστίαση στο μεμονωμένο ιατρικό περιστατικό αντί του ανθρώπου ως σύνολο, δηλαδή χωρίς να λαμβάνεται υπ' όψιν η ψυχολογική, η οικογενειακή και η επαγγελματική του κατάσταση. Προς επίρρωση της διαπίστωσης αυτής, όταν η πανδημία της Covid-19 βρισκόταν στα πρώτα στάδιά της στην Ελλάδα, η σύσταση του Υπουργείου Υγείας προς τους ασθενείς που είχαν ήπια συμπτώματα της νόσου ή ήταν θετικοί στον κορωνοϊό αλλά ασυμπτωματικοί, ήταν «να συμβουλευτούν τον ιατρό τους»: σε μια χώρα όπου μόνο ένα μικρό ποσοστό των πολιτών είναι σε θέση να ονομάσει «τον ιατρό του», η συντριπτική πλειοψηφία των πολιτών αναρωτήθηκε ποιον ιατρό εννοούσε το Υπουργείο Υγείας.

Το πρόβλημα της έλλειψης οργανωμένων υπηρεσιών ΠΦΥ στη χώρα δεν είναι ούτε επιστημονικό ούτε τεχνοκρατικό. Από την ανάγνωση των εκθέσεων εμπειρογνομόνων που έχουν δημοσιευτεί για την ΠΦΥ και το ΕΣΥ,<sup>29-32</sup> ενίοτε κατ' εντολή του Υπουργείου Υγείας, προκύπτει ότι τεχνογνωσία για τον βέλτιστο τρόπο οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας υπάρχει, έστω και με διαφορετικές προσεγγίσεις. Από την έρευνα για την ΠΦΥ που διεξάγεται από την ακαδημαϊκή και την επιστημονική κοινότητα της χώρας, από πανεπιστημιακούς και από επιστήμονες υγείας οι οποίοι υπηρετούν στο ΕΣΥ, προκύπτει ότι βασισμένες σε τεκμηρίωση (evidence based) προτάσεις για τη βελτίωση της ΠΦΥ έχουν επανειλημμένα διατυπωθεί, αλλά δεν έχουν εισακουστεί.<sup>33-41</sup> Το συμπέρασμα είναι ότι η διάσταση λόγων και έργων στην ΠΦΥ είναι απόρροια της έλλειψης πολιτικής βούλησης για την εφαρμογή με συνέπεια και συνέχεια μιας πολιτικής προώθησης και ανάπτυξης μιας ΠΦΥ βασισμένης στις υπηρεσίες των ιατρών Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής, που θα οδηγούσε στη δημιουργία ενός ενιαίου, ολοκληρωμένου, προσβάσιμου και ανθρωποκεντρικού συστήματος υγείας.

## ABSTRACT

### Primary Health Care in Greece: Lost in the labyrinth

A. PHILALITHIS

Department of Social Medicine, School of Medicine, University of Crete, Herakleion, Crete, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2021, 38(4):548-556

In most developed countries Primary Health Care (PHC) is the point of first contact with health care, usually at the premises of general practice/family medicine. In Greece, although the debate about PHC started at the time of the 1978 Declaration of Alma-Ata for PHC, the repeated efforts to create a unified, integrated PHC system, based on the services of general practice/family medicine, have failed. Examining the events, it is seen that when the National Health System (NHS, in Greece, ESY) reform was halted in 1987, three methods of organizing PHC prevailed: (a) The ESY health centers, staffed with specialists in general practice and other health professionals, provided care in rural areas, where, *mutatis mutandis*, access of patients to health care has similarities with the Beveridge model of the UK; (b) in urban areas, clinical and laboratory specialists who had contracts with the numerous professional health insur-

ance funds continued to provide first contact care. In this case, access had similarities with the traditional Bismarck model of Germany, France, etc.; (c) the Institute for Social Security (IKA), operated its own polyclinics, staffed by clinical and laboratory specialists. Access of those insured with IKA to health care has similarities with the Semashko model of the former Union of Soviet Socialist Republics (USSR). The establishment of the National Organization for the Provision of Health Services (EOPYY) in 2011 unified all the health insurance funds, and everybody acquired the right to seek care wherever they deemed appropriate. A unified system was created, but it became more complex, the “Greek labyrinth” model. The transfer of the IKA polyclinics from EOPYY to the National Primary Health Network (PEDY) in 2014 achieved the incorporation of IKA into the ESY. Assignment of the responsibility for the PEDY to the Health Regions (YPE), together with the rural health centers, created a unified administration for PHC, but did not affect day-to-day access. In 2017, the Local Health Units (TOMY) were created, in an effort to provide family health services in towns, but they turned out to be just another service like all others. While the legislation for PHC describes perfectly organized services, the gap between words and deeds is evident. Numerous reports on PHC and relevant scientific publications show that the knowhow and evidence-based proposals for improving PHC are not lacking; the problem is the lack of political will to overcome the resistance that was (and continues to be) strong and insurmountable.

**Key words:** Accessibility, General practice/family medicine, Health care services, National Health System of Greece, Primary health care

## Βιβλιογραφία

- SALTMAN RB, RICO A, BOERMA W (eds). *Primary care in the driver's seat?* European Observatory on Health Systems and Policies series. Open University Press, Berkshire, 2006
- STARFIELD B, SHI L, MACINKO J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005, 83:457–502
- WORLD HEALTH ORGANIZATION AND THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 1978. WHO, Geneva, 1978
- ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ Α. Τα μετέωρα βήματα του ΕΣΥ. Τριάντα χρόνια Εθνικού Συστήματος Υγείας: Ανάλυση της υλοποίησης και μαθήματα πολιτικής υγείας. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2012
- ΣΥΓΓΕΛΑΚΗΣ ΑΙ. Ενάντια στην παλίρροια του μονεταρισμού: Η τομή του ΕΣΥ ως ορόσημο του ανολοκλήρωτου εγχειρήματος οικοδόμησης του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα. Στο: Ασημακόπουλος Β, Τάσσης ΧΔ (Επιμ.) ΠΑΣΟΚ 1974–2018: Πολιτική οργάνωση, ιδεολογικές μετατοπίσεις, κυβερνητικές πολιτικές. Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα, 2018:774–822
- PHILALITHIS A. The trials and tribulations of the national health system (ESY) in Greece: A chronicle of unfulfilled promises. *Historical Review* 2021 (in press)
- ΦΙΛΑΛΗΘΗΣ Α. Ορόσημο στην εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. *Αρχ Ελλ Ιατρ* (υπό εκτύπωση)
- ΔΟΞΙΑΔΗΣ Σ. Μέτρα προστασίας για την υγεία. Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, Αθήνα, 1981
- ΝΟΜΟΣ 1397/1983. Εθνικό Σύστημα Υγείας. ΦΕΚ 143/Α/7.10.1983
- ΜΩΡΑΪΤΗΣ Ε, ΚΟΥΡΗ-ΖΑΡΑΦΩΝΙΤΗ Τ, ΜΕΡΚΟΥΡΗΣ ΜΠΠ. Κέντρα Υγείας: Ο νέος θεσμός για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 1986, 1:5–23
- PHILALITHIS A. Scope and limitations of public health reforms: The Greek case. *Contemporary European Affairs* 1989, 2:117–126
- ΝΟΜΟΣ 2071/1992. Εκσυγχρονισμός και οργάνωση συστήματος υγείας. ΦΕΚ 123/Α/15.7.1992
- ΝΟΜΟΣ 2519/1997. Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 165/Α/21.8.1997
- ΝΟΜΟΣ 3235/2004. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. ΦΕΚ 53/Α/18.2.2004
- ΝΟΜΟΣ 3918/2011. Διορθωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 31/Α/2.3.2011
- ΝΟΜΟΣ 4238/2014. Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις. ΦΕΚ 38/Α/17.2.2014
- ΝΟΜΟΣ 4461/2017. Μεταρρύθμιση της διοικητικής οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, κέντρα εμπειρογνωμοσύνης σπάνιων και πολύπλοκων νοσημάτων, τροποποίηση συνταξιοδοτικών ρυθμίσεων του Ν 4387/2016 και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 38/Α/28.3.2017
- ΝΟΜΟΣ 4486/2017. Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 115/Α/7.8.2017
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Highlights on health in Greece, 2004. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2006
- ECONOMOU C. Greece: Health system review. *Health Syst Transit* 2010, 12:1–177
- ECONOMOU C, KAITELIDOU D, KARANIKOLOS M, MARESSO A. Greece: Health system review. *Health Syst Transit* 2017, 19:1–166
- FRY J. *Medicine in three societies*. MTP Chiltern House, Aylesbury Bucks, 1969
- ΜΑΪΝΟΝΙ D'INITIGNANO B. Financing of health care in Europe. In: Artundo C, Sakellarides C, Vuori H (eds) *Health care reforms in Europe: Proceedings of the first meeting of the Working Party on Health Care Reforms in Europe, Madrid 1992*. Ministerio de Sanidad Y Consumo, Madrid, and World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 1993:33–55
- SHEIMAN I, SHISHKIN S, SHEVSKY V. The evolving Semashko model of primary health care: The case of the Russian federation.



- Risk Manag Health Policy* 2018, 11:209–220
25. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. The reform of health care: A comparative analysis of seven OECD countries. Health policy studies no 2. OECD, Paris, 1992
  26. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. The reform of health care systems. A review of seventeen OECD countries. Health policy studies no 5. OECD, Paris, 1994
  27. ΚΑΡΛΑΤΗΡΑ Π. ΤΟΜΥ: Μια... τομή στην υγεία, που δεν έγινε ποτέ. Εφημερίδα Πρώτο Θέμα, Αθήνα, 2019. Διαθέσιμο στο: <https://www.protothema.gr/greece/article/903075/tomu-mia-tomi-stin-ugeia-pou-den-egine-pote/>
  28. ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΟΣΙΑΛΙΣΤΙΚΟ ΚΙΝΗΜΑ. Υγεία: Οι δεσμεύσεις μας για υγεία για όλους και για τον καθένα χωριστά, για το νέο ΕΣΥ. Τομέας Υγείας, ΠΑΣΟΚ, Αθήνα, 2007
  29. ABEL-SMITH B, CALLTORP J, DIXON M, DUNNING AD, EVANS R, HOLLAND W ET AL. Έκθεση της ειδικής επιτροπής εμπειρογνομώνων για τις ελληνικές υπηρεσίες υγείας. Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Φαρμέτρικα, Αθήνα, 1994
  30. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ (Επιμ.). Επιστημονική επιτροπή για την υποστήριξη της μεταρρύθμισης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας: Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Υπουργείο Υγείας, Αθήνα, 2013
  31. ΜΠΕΝΟΣ Α (Επιμ.). Βασικές αρχές, θέσεις και προτάσεις για την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα. Υπουργείο Υγείας, Αθήνα, 2015
  32. ΤΟΥΝΤΑΣ Γ (Επιμ.). Το νέο ΕΣΥ: Η ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. ΔιαΝΕΟσις, Οργανισμός Έρευνας και Ανάλυσης, Αθήνα, 2020
  33. LIONIS C, SYMVOULAKIS EK, MARKAKI A, VARDAVAS C, PΑΡΑΔΑΚΑΚΙ M, DANIILIDOU N ET AL. Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: A systematic review. *Int J Integr Care* 2009, 9:e88
  34. MAVRAKANAS TA, KONSOUΛA G, PATSONIS I, MERKOURIS BP. Childhood obesity and elevated blood pressure in a rural population of northern Greece. *Rural Remote Health* 2009, 9:1150
  35. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Ν, ΤΟΥΝΤΑΣ Υ, ΜΑΡΙΟΛΙΣ Α, ΣΟΥΛΙΩΤΙΣ Κ, ΑΘΑΝΑΣΑΚΙΣ Κ, ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ J. Measuring the efficiency of the Greek rural primary health care using a restricted DEA model; the case of southern and western Greece. *Health Care Manag Sci* 2016, 19:313–325
  36. ΣΟΥΛΙΩΤΙΣ Κ, ΑΓΑΠΙΔΑΚΙ Ε, ΤΖΑΒΑΡΑ C, ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Μ. Psychiatrists role in primary health care in Greece: Findings from a quantitative study. *Int J Ment Health Syst* 2017, 11:65
  37. ΚΑΙΤΕΛΙΔΟΥ D, ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ C, ΓΑΛΑΝΙΣ Ρ, ΚΟΝΣΤΑΝΤΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Ο, ΣΙΣΚΟΥ Ο, ΔΟΜΕΝΤΕ S ET AL. Development and validation of measurement tools for user experience evaluation surveys in the public primary healthcare facilities in Greece: A mixed methods study. *BMC Fam Pract* 2019, 20:49
  38. LIONIS C, SYMVOULAKIS EK, MARKAKI A, PETELOS E, PΑΡΑΔΑΚΙΣ S, ΣΙΦΑΚΙ-ΠΙΣΤΟΛΛΑ D ET AL. Integrated people-centred primary health care in Greece: unravelling Ariadne's thread. *Prim Health Care Res Dev* 2019, 20:e113
  39. ΒΟΥΛΟΥΚΑΚΙ Ι, ΤΣΙΛΙΓΙΑΝΝΙ Ι, ΣΧΙΖΑ S. Assessment of obstructive sleep apnoea in primary care: Screening and evaluation strategies. *Int J Clin Pract* 2020, 74:e13482
  40. ΤΣΙΛΙΓΙΑΝΝΙ Ι, ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Ν, ΠΑΠΑΙΟΑΝΝΟΥ Α, ΤΑΤΣΙΟΝΙ Α, ΓΟΥΓΟΥΡΕΛΑΣ D, ΒΙΡΚΑ S ET AL. Exploring primary care physician experiences conducting practice-based research on adult vaccination: A qualitative evaluation study in Greece. *Fam Pract* 2020, 11:cmaa063
  41. ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΙΔΗΣ D, ΡΑΧΙΩΤΙΣ G, ΜΑΡΙΟΛΙΣ Α, ΖΑΦΙΡΙΟΥ Ε, ΓΟΥΡΓΟΥΛΙΑΝΙΣ ΚΙ. Vaccination coverage of the elderly in Greece: A cross-sectional nationwide study. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2020, 2020:5459793

*Corresponding author:*

A. Philalithis, Department of Social Medicine, Medical School, University of Crete, PO Box 2208, 710 03 Herakleion, Crete, Greece  
e-mail: philal@uoc.gr