

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ SPECIAL ARTICLE

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως διαρκής προτεραιότητα (και εκκρεμότητα) της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα*

Το παρόν άρθρο βασίζεται στη διάλεξη του υπογράφοντος, στη μνήμη του Ακαδημαϊκού Δ. Τριχόπουλου, η οποία δόθηκε σε ειδική εκδήλωση στο πλαίσιο του 50ού Πανελληνίου Ιατρικού Συνεδρίου τον Μάιο του 2024. Το κείμενο επιχειρεί μια ερμηνεία της αντίφασης μεταξύ της αδυναμίας ολοκλήρωσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (ΠΦΥ) και της συχνής ανάδειξης του στόχου αυτού σε προτεραιότητα της πολιτικής υγείας. Επί πλέον, καταθέτει προτάσεις και προϋποθέσεις για την οργάνωση και τη λειτουργία ενός δίκαιου, αποτελεσματικού, αποδοτικού και ανθρωποκεντρικού συστήματος ΠΦΥ, με αναφορές στο πλούσιο έργο του Δ. Τριχόπουλου.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ανάδειξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) σε προτεραιότητα της πολιτικής υγείας στη χώρα μας δεν είναι νέα. Από την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) είχε γίνει κατανοητή η αναγκαιότητα της οργάνωσης του «πρώτου σημείου επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας», σύμφωνα και με τις συστάσεις της εμβληματικής Συνδιάσκεψης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) στην Alma-Ata το 1978.¹ Ωστόσο, παρά την καθολική αποδοχή της αναγκαιότητας του στόχου αυτού και τη διαρκή επιβεβαίωσή του από όλους τους κοινωνικούς, επιστημονικούς-επαγγελματικούς και πολιτικούς δρώντες του τομέα της υγείας, στην πράξη τα αποτελέσματα δεν ήταν τα αναμενόμενα.

Σαράντα και πλέον έτη μετά τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ η ρύθμιση της ΠΦΥ στη χώρα μας παραμένει ζητούμενο, με την κεντρική διοίκηση να επιχειρεί κατά καιρούς να εφαρμόσει σχέδια που βασίζονται σε πλήθος προτάσεων οι οποίες έχουν κατατεθεί στον σχετικό επιστημονικό διάλογο. Το παρόν κείμενο κινείται σε τρεις άξονες. Ο πρώτος επιχειρεί να ερμηνεύσει τη διαχρονική αδυναμία της πολιτικής

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2025, 42(5):675–681
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2025, 42(5):675–681

Κ. Σουλιώτης

Εργαστήριο Αξιολόγησης Πολιτικών,
Τεχνολογιών και Συμπεριφορών Υγείας,
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Κόρινθος

Primary health care as a continuous
priority (and a pending issue)
of health policy in Greece

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Μεταρρύθμιση
Ομάδες συμφερόντων
Πολιτική υγείας
Πολιτικό κόστος
Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Υποβλήθηκε 10.7.2024
Εγκρίθηκε 15.8.2024

υγείας να ικανοποιήσει τον στόχο της ολοκλήρωσης της ΠΦΥ, που η ίδια έχει θέσει. Ο δεύτερος παραθέτει ερευνητικά ευρήματα σχετικά με τις προτιμήσεις και τις επιλογές των πολιτών όσον αφορά στην ΠΦΥ, υποδεικνύοντας την αναγκαιότητα –και τον τρόπο– για μια ανθρωποκεντρική ΠΦΥ στη χώρα μας. Τέλος, ο τρίτος άξονας περιλαμβάνει σκέψεις και προτάσεις για την ΠΦΥ, στη βάση των σχετικών ερευνητικών πρωτοβουλιών του Εργαστηρίου Αξιολόγησης Πολιτικών, Τεχνολογιών και Συμπεριφορών Υγείας του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και του Ινστιτούτου Πολιτικής Υγείας, οι οποίες υλοποιήθηκαν υπό την επιστημονική ευθύνη του υπογράφοντος.

Στο σημείο αυτό σημειώνεται ότι ο επιστημονικός διάλογος που διεξήχθη στη χώρα μας αναφορικά με την ΠΦΥ περιλαμβάνει θέσεις και προτάσεις που πρωτοδιατυπώθηκαν με την πλέον ενδελεχή τεκμηρίωση στο βιβλίο του Δ. Τριχόπουλου, με τίτλο: «Επιδημιολογία: Αρχές, μέθοδοι και εφαρμογές» (εκδόσεις Παρισιάνου, 1982).² Πρόκειται για ένα πρωτοποριακό έργο, το οποίο αποτέλεσε σημείο αναφοράς κατά τη διαρκή επιστημονική συζήτηση για την ΠΦΥ που ακολούθησε, μέρος της οποίας παρατίθεται συνοπτικά στο παρόν άρθρο.

* Άρθρο αφιερωμένο στον Ακαδημαϊκό Καθηγητή Δημήτριο Τριχόπουλο

2. Η ΠΕΡΙΠΕΤΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Διαχρονικά, η ΠΦΥ αποτελεί στη χώρα μας το πεδίο της πολιτικής υγείας με τις μεγαλύτερες αντιφάσεις. Κατ' αρχάς, στον πολιτικό διάλογο συνιστά συστηματικά βασικό ζητούμενο και εστία κριτικής, ενώ σε επίπεδο πολιτικής πρακτικής συνήθως περιοριζόμαστε σε εξαγγελίες, σχέδια δράσης ή και νομοθετικές παρεμβάσεις που δεν εφαρμόζονται.^{3,4} Από την άλλη, με τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ υλοποιήθηκε ένα φιλόδοξο σχέδιο ανάπτυξης δομών (Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία) σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές, χωρίς όμως αντίστοιχης κλίμακας παρεμβάσεις στα αστικά κέντρα. Ως αποτέλεσμα, στα τελευταία η ΠΦΥ συνέχισε να βασίζεται αφ' ενός στις δομές των ασφαλιστικών ταμείων, με διαφορετικό πλαίσιο παροχών ανά φορέα, και αφ' ετέρου στον ιδιωτικό τομέα, με μετακύλιση όμως ενός σημαντικού μέρους του κόστους στα νοικοκυριά.

Η εν λόγω αποσπασματική προσέγγιση της ΠΦΥ απέχει κατά πολύ από τις συστάσεις των διεθνών οργανισμών, αλλά και τις προσεγγίσεις της εγχώριας επιστημονικής κοινότητας επί του θέματος και έχει ως αποτέλεσμα την καθιέρωση ενός νοσοκομειοκεντρικού συστήματος υγείας.⁵ Συνθήκη η οποία είναι σε απόλυτη αντίθεση με τις θέσεις του Δ. Τριχόπουλου, ο οποίος αναφέρεται στην ανάγκη και στη διεθνή τάση για «προοδευτική μετάθεση του κέντρου βάρους της ιατρικής περίθαλψης από το νοσοκομείο στην κοινότητα» (σελ. 380).²

Όσον αφορά στο περιεχόμενο, στην οργάνωση και στη λειτουργία του συστήματος της ΠΦΥ, η συζήτηση έχει ως κεντρικό σημείο και στόχο την παροχή μιας επαρκούς δέσμης φροντίδων που δεν περιορίζεται στη θεραπεία, αλλά περιλαμβάνει την πρόληψη και τη διαχείριση των μείζονων παραγόντων κινδύνου. Είναι οργανωμένη, με προσανατολισμό στο άτομο και στην οικογένειά του, στη βάση ενός συντονισμένου μονοπατιού κίνησης του ασθενούς στο σύστημα υγείας.⁶

Σε ένα τέτοιο σύστημα ο ρόλος του οικογενειακού ιατρού θεωρείται κομβικός, όπως άλλωστε έχει επισημανθεί στη διεθνή και στην εγχώρια βιβλιογραφία,⁶⁻⁸ στο πλαίσιο της επίτευξης του στόχου της παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας και όχι απλώς αποσπασματικών υπηρεσιών.⁹ Στόχος που καταγράφεται και στο βιβλίο του Δ. Τριχόπουλου, ο οποίος στην αναφορά του στην ΠΦΥ σημειώνει την ανάγκη «παροχής επαρκών υγειονομικών υπηρεσιών σε όλες τις οικογένειες και τα άτομα ενός πληθυσμού», συμπληρώνοντας ότι «οι υπηρεσίες αυτές πρέπει να είναι οργανικά και λειτουργικά ενταγμένες στην κοινότητα», καθώς και ότι «κυριότεροι φορείς της (ΠΦΥ) είναι οι γενικοί ή οι οικογενειακοί και οι αγροτικοί ιατροί, καθώς και οι γενικοί παθολόγοι και παιδίατροι» (σελ. 380).²

Το γεγονός ότι οι επισημάνσεις αυτές εξακολουθούν να συνιστούν τα βασικά σημεία της μεταρρύθμισης, η οποία υλοποιείται στις μέρες μας στην ΠΦΥ στην Ελλάδα, είναι ενδεικτικό αφ' ενός της πρωτοπορίας του έργου του Δ. Τριχόπουλου και αφ' ετέρου της δυσκολίας υλοποίησης μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας στη χώρα μας, ακόμη και σε ζητήματα που ο επιστημονικός και κοινωνικοπολιτικός διάλογος καταγράφει ικανοποιητικό βαθμό συναίνεσης.¹⁰

Μια ερμηνεία του εν λόγω φαινομένου θα μπορούσε να βασιστεί στην υπόθεση ότι ο σχετικός διάλογος στερείται σχεδίων και τεκμηρίωσης, τουλάχιστον στον βαθμό που απαιτείται με βάση τα ιστορικά χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας, τις εγκατεστημένες συνήθειες και συμπεριφορές, καθώς και τις οικονομικές και διοικητικές δυνατότητες της χώρας. Υπόθεση η οποία διαψεύδεται, καθώς διαχρονικά έχουν κατατεθεί πλήθος προτάσεων για την ολοκλήρωση της ΠΦΥ στην Ελλάδα.^{4,11} Μάλιστα, πολλές από αυτές έχουν μεταφραστεί σε αντίστοιχες νομοθετικές πρωτοβουλίες, χωρίς όμως να καταστούν, τελικά, εφαρμόσιμες.^{5,12}

Συνεπώς, ο προβληματισμός όσον αφορά στην αδυναμία υλοποίησης της αναγκαίας ολοκλήρωσης του συστήματος υγείας στη χώρα με την οργάνωση και τη λειτουργία ενός αποτελεσματικού υποσυστήματος ΠΦΥ επικεντρώνεται σε δύο ζητήματα. Το πρώτο αφορά στη διαδικασία λήψης αποφάσεων πολιτικής υγείας, με τις ομάδες πίεσης και συμφερόντων να είναι σε θέση να αναστέλλουν μεταρρυθμιστικές πρωτοβουλίες που δεν ικανοποιούν τις δικές τους στοχεύσεις ή ανατρέπουν συνθήκες οι οποίες τις ευνοούν. Η συγκεκριμένη δυνατότητά τους βασίζεται στην αδυναμία του πολιτικού συστήματος να διαχειριστεί το πολιτικό κόστος που προκύπτει από τη στάση τους, αλλά και στην επίγνωση των υπαρκτών οργανωτικών και διοικητικών αδυναμιών του κράτους να εφαρμόσει ακόμη και τεκμηριωμένες και ορθολογικές αποφάσεις με μεταρρυθμιστικό χαρακτήρα.¹³

Το δεύτερο ζήτημα αφορά στην τεκμηρίωση των αποφάσεων της κεντρικής διοίκησης και έχει τόσο τεχνική όσο και πολιτική αφετηρία. Απορρέει από το γεγονός ότι ο προγραμματισμός σχετικά με την πολιτική υγείας δεν περιλαμβάνει –τουλάχιστον όσο απαιτείται– ανάλυση των στάσεων και των επιλογών των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα συχνά να προκρίνονται παρεμβάσεις που αντιβαίνουν στις προτιμήσεις των πολιτών. Αυτό σημαίνει ότι ο σχεδιασμός της κεντρικής διοίκησης δεν συμβαδίζει με κάποιο κοινωνικό αίτημα, συνθήκη απαραίτητη κατά την υλοποίηση μεταρρυθμίσεων σε κάθε πεδίο.^{4,14} Περαιτέρω, η συμμετοχή εκπροσώπων της Κοινωνίας των Πολιτών (ΚΤΠ) στη χάραξη των πολιτικών υγείας έχει αποδειχθεί ότι λειτουργεί υποστηρικτικά στην υλοποίησή τους, ακόμη και σε δυσμενείς εξωτερικές συνθήκες.¹⁵

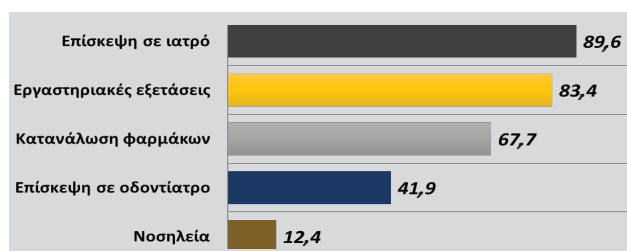
3. ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΤΙΜΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΠΙΛΟΓΩΝ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Στην ενότητα αυτή παρατίθενται κάποια ενδεικτικά ερευνητικά ευρήματα της πρωτοβουλίας «Παρατηρητήριο Μεταρρυθμίσεων Υγείας» του Ινστιτούτου Πολιτικής Υγείας, τα οποία θα μπορούσαν να ληφθούν υπ' όψιν στο πλαίσιο του σχεδιασμού για την ΠΦΥ στη χώρα μας. Η εν λόγω πρωτοβουλία συνίσταται στην έρευνα η οποία διενεργείται σε ετήσια βάση από το 2016 σε δείγμα 1.000 ατόμων, ηλικίας 17 ετών και άνω, από όλη την επικράτεια. Το δείγμα κατανέμεται με τη μέθοδο των ποσοστώσεων, με αναλογία ως προς τις περιφέρειες, ενώ η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιείται με τηλεφωνικές συνεντεύξεις με χρήση συστήματος CATI (computer-aided telephone interviewing) και γραπτού δομημένου ερωτηματολογίου. Για τις ανάγκες του παρόντος, παρουσιάζονται επιλεγμένα ευρήματα από την έρευνα του 2023 (χρονικό διάστημα συλλογής δεδομένων: 11ος–12ος 2023).

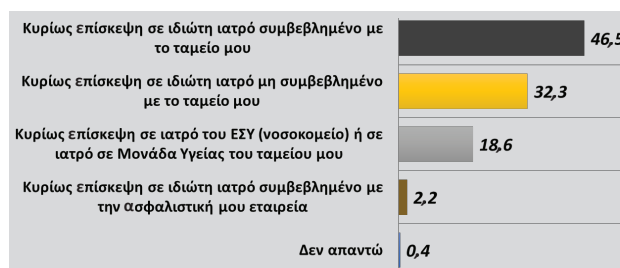
Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την έρευνα, το 79,5% του πληθυσμού χρησιμοποίησε υπηρεσίες υγείας το τελευταίο έτος, με μεγαλύτερη συχνότητα να καταγράφεται στην ιατρική επίσκεψη και στη διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων (εικ. 1).

Όσον αφορά στον τρόπο κάλυψης των αναγκών για ιατρική επίσκεψη και εργαστηριακές εξετάσεις, η πλέον συχνή επιλογή είναι μια δομή ή ένας ιατρός συμβεβλημένος με το ταμείο του χρήστη της υπηρεσίας (εικόνες 2, 3).

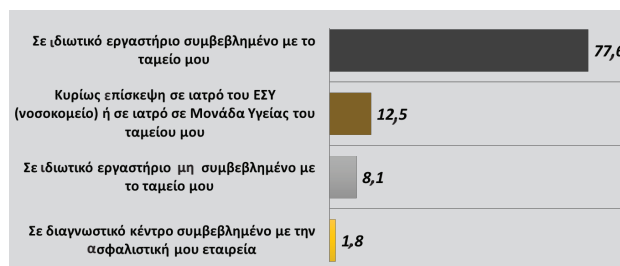
Πώς όμως ερμηνεύονται οι παραπάνω επιλογές των πολιτών; Όσον αφορά στην ιατρική επίσκεψη, το 22,1% δηλώνει ότι συνάντησε εμπόδια στην κάλυψη της συγκεκριμένης ανάγκης υγείας το τελευταίο έτος, με κυριότερο από αυτά (καταγράφεται ως πρόβλημα από το 81% όσων αντιμετώπισαν εμπόδια) την καθυστέρηση στο κλείσιμο ραντεβού σε κάποια δημόσια δομή (του ΕΣΥ, του ασφαλιστικού τους φορέα κ.λπ.). Όσον αφορά στη διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων, αν και το ποσοστό όσων συνάντησαν



Εικόνα 1. Τι υπηρεσίες υγείας χρησιμοποιείτε συνήθως; (πολλαπλή). Αφορά στο 79,5% των ερωτώμενων που χρειάστηκε να κάνουν χρήση υπηρεσιών υγείας τους τελευταίους 12 μήνες.



Εικόνα 2. Πού απευθύνεστε συνήθως για την κάλυψη των αναγκών υγείας σας για ιατρική επίσκεψη; Αφορά στο 89,6% των ερωτώμενων που χρειάστηκε να κάνουν επίσκεψη σε ιατρό τους τελευταίους 12 μήνες. ΕΣΥ: Εθνικό Σύστημα Υγείας.



Εικόνα 3. Πού απευθύνεστε συνήθως για την κάλυψη των αναγκών υγείας σας για εργαστηριακές εξετάσεις; Αφορά στο 83,4% των ερωτώμενων που χρειάστηκε να κάνουν εργαστηριακές εξετάσεις τους τελευταίους 12 μήνες. ΕΣΥ: Εθνικό Σύστημα Υγείας.

εμπόδια κατά τη χρήση της συγκεκριμένης υπηρεσίας είναι μικρότερο (14,1%), ωστόσο, και σε αυτή την περίπτωση, οι περισσότεροι από αυτούς (69,1%) αναφέρουν ως κυριότερο πρόβλημα την καθυστέρηση στο κλείσιμο ραντεβού σε κάποια δημόσια δομή.

Συνεπώς, μπορούμε να υποθέσουμε ότι οι πολίτες έχουν ως πρώτη, λογική επιλογή την αναζήτηση των συγκεκριμένων φροντίδων στο δημόσιο σύστημα, προκειμένου να μην επιβαρυνθούν οικονομικά. Ωστόσο, το κόστος του χρόνου τους ωθεί στην αμέσως επόμενη συμφερότερη επιλογή. Σημειώνεται ότι αν και στην ιατρική επίσκεψη ο χρήστης δεν συμμετέχει στο κόστος όταν επιλέγει ιδιώτη ιατρό ασκώντας το ασφαλιστικό του δικαίωμα, τα εμπόδια που καταγράφονται στην πρόσβαση στην εν λόγω υπηρεσία είναι μεγαλύτερα εξ αιτίας του περιορισμένου αριθμού συμβεβλημένων ιατρών με τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Αντίθετα, αν και για τη διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων στον μεγάλο αριθμό συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ εργαστηρίων προβλέπεται συμμετοχή του χρήστη στο κόστος, το χαμηλό ποσοστό αυτής (15%) σε συνδυασμό με τις χαμηλές ασφαλιστικές τιμές των εξετάσεων καθιστούν την εν λόγω επιλογή οικονομικά ανεκτή για το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού. Για τον λόγο αυτόν τα εμπόδια πρόσβασης στη συγκεκριμένη

κατηγορία των φροντίδων είναι σχετικά περιορισμένα.

Ένα ακόμη εύρημα της σχετικής μελέτης, το οποίο παρέχει χρήσιμες πληροφορίες στην κεντρική διοίκηση, αφορά στον θεσμό του προσωπικού ιατρού. Συγκεκριμένα, το 24,4% δεν είχε εγγραφεί σε κατάλογο προσωπικού ιατρού την περίοδο συλλογής των δεδομένων, με το 40,4% αυτού να αιτιολογεί τη στάση του δηλώνοντας ότι επιθυμεί να συνεχίσει να πηγαίνει στον ιατρό του, το 40% ότι δεν βρήκε διαθέσιμο ιατρό στην περιοχή του και το 13,1% ότι δεν πιστεύει πως θα εφαρμοστεί ο θεσμός. Οι θέσεις αυτές αντανakλούν τη σημασία που έχει για τους πολίτες η ελευθερία επιλογής ιατρού, κριτήριο στο οποίο βασίζονται κατά κύριο λόγο για την επιλογή του σημείου στο οποίο θα επιλέξουν να λάβουν φροντίδα υγείας (εικ. 4).

Πάντως, αξίζει να σημειωθεί ότι το 78,4% του δείγματος δηλώνει ότι θεωρεί επιτακτική ανάγκη μια ριζική μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας, ποσοστό το οποίο φαίνεται ότι έχει σταθεροποιηθεί στα επίπεδα αυτά καθ' όλη την περίοδο διενέργειας των συγκεκριμένων μελετών.¹⁰ Εξ ίσου αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι, όσον αφορά στο περιεχόμενο που θα επιθυμούσαν να έχει μια τέτοια παρέμβαση στο σύστημα υγείας, οι πολίτες καταγράφουν στις πέντε πρώτες επιλογές τους τη θέσπιση του οικογενειακού ιατρού και την εφαρμογή υποχρεωτικών προγραμμάτων πρόληψης, προσαρμοσμένων στους παράγοντες κινδύνου, προτιμήσεις οι οποίες επίσης έχουν σταθεροποιηθεί στις επιλογές των πολιτών για το σύστημα υγείας την τελευταία δεκαετία.¹⁶

Όπως γίνεται αντιληπτό, η ανάγκη για μια εκτεταμένη παρέμβαση στο σύστημα υγείας με προτεραιότητα την ΠΦΥ τυγχάνει ευρείας κοινωνικής στήριξης, ενώ και ως προς το περιεχόμενο αυτής φαίνεται ότι ο σχεδιασμός της πολιτείας είναι σε μεγάλο βαθμό σύμφωνος με τις απόψεις των πολιτών, τις προτάσεις των «ειδικών», αλλά και τις θέσεις των πολιτικών κομμάτων. Θα ανέμενε λοιπόν κάποιος ότι, υπό αυτές τις ευνοϊκές συνθήκες, η ολοκλήρωση της ΠΦΥ θα είχε υλοποιηθεί και θα βρισκόμασταν στο στάδιο της αξιολόγησης των αποτελεσμάτων. Ωστόσο, η εν λόγω

αναγνωρισμένη προτεραιότητα εξακολουθεί να αποτελεί εκκρεμότητα της πολιτικής υγείας, με αποτέλεσμα το σύστημα υγείας στο σύνολό του να δυσλειτουργεί, προκαλώντας αποφευκτέα εμπόδια πρόσβασης στους πολίτες και μετακυλίνοντας σε αυτούς ένα σημαντικό μέρος του κόστους των φροντίδων.

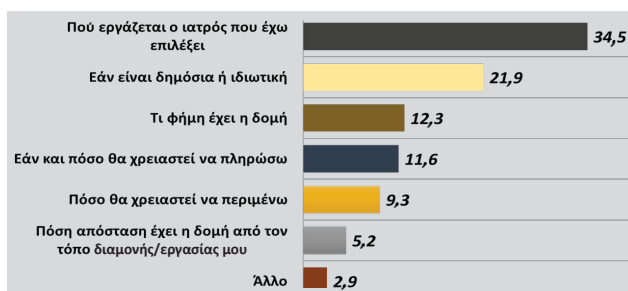
4. Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΟ ΔΙΑΚΥΒΕΥΜΑ: ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ, ΣΚΕΨΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Από τη συζήτηση που προηγήθηκε καταδεικνύεται η ανάγκη για μια αλλαγή παραδείγματος στο σύστημα υγείας με επίκεντρο την ΠΦΥ. Αυτή, με τη σειρά της, προϋποθέτει μια νέα αλλά αυτονόητη προσέγγιση σε επίπεδο προγραμματισμού, δηλαδή τη μετάβαση προς μια τεκμηριωμένη πολιτική υγείας. Η προφανής αυτή διεργασία περιλαμβάνει τα παρακάτω βήματα και τις αντίστοιχες προϋποθέσεις:

- **Βήμα πρώτο:** Ανάλυση δεδομένων και προσδιορισμός αναγκών και στόχων πολιτικής (προϋποθέτει διαθεσιμότητα δεδομένων και ανοικτή διαδικασία διαλόγου)
- **Βήμα δεύτερο:** Μελέτη διεθνούς εμπειρίας και πρακτικής (προϋποθέτει συμμετοχή σε αντίστοιχα υπερεθνικά δίκτυα, καθώς και συνέργειες με πανεπιστήμια και ερευνητικά κέντρα)
- **Βήμα τρίτο:** Σχεδιασμό και υλοποίηση (προϋποθέτει προσδιορισμό αρμοδιοτήτων σε όλα τα επίπεδα και επιχειρησιακό σχέδιο με δείκτες παρακολούθησης αποτελεσμάτων)
- **Βήμα τέταρτο:** Αξιολόγηση και επανασχεδιασμό πολιτικής (προϋποθέτει συστηματική καταγραφή και δημοσιοποίηση αποτελεσμάτων πολιτικής).

Αφετηρία του σχεδιασμού (πρέπει να) είναι η εκτίμηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού και ο εντοπισμός των προβληματικών σημείων του συστήματος υγείας,¹³ επισημάνση την οποία συναντάμε και στο βιβλίο του Δ. Τριχόπουλου, ο οποίος αναφέρει χαρακτηριστικά ότι «ο υγειονομικός προγραμματισμός προϋποθέτει την εκτίμηση των ιατρικών αναγκών του πληθυσμού» (σελ. 393) και ότι «η εκτίμηση των ιατρικών αναγκών μπορεί να οδηγήσει στην αποκάλυψη ειδικών υγειονομικών προβλημάτων μιας ολόκληρης χώρας ή ορισμένων περιοχών της, να διευκολύνει την επισημάνση πληθυσμιακών ομάδων σε “υψηλό κίνδυνο” (high risk) για ένα ή περισσότερα νοσήματα και να επιτρέψει τον ορθολογικό καθορισμό των υγειονομικών προτεραιοτήτων» (σελ. 373).²

Η ανάγκη αυτή για τεκμηρίωση στη βάση των αναγκών υγείας του πληθυσμού διέπει όλες τις προτάσεις που έχουν κατατεθεί τα τελευταία έτη για την ΠΦΥ^{13,17-19} και, όπως προαναφέρθηκε, προϋποθέτει την αξιοποίηση δεδομέ-



Εικόνα 4. Ποιο είναι το βασικό κριτήριο με το οποίο επιλέγετε τη δομή υγείας που θα επισκεφθείτε;

νων και πληροφοριών για τη χρήση των υπηρεσιών, τις προτιμήσεις και τις επιλογές των πολιτών, τις ροές προς αναζήτηση φροντίδας, τα εμπόδια πρόσβασης, την ατομική οικονομική επιβάρυνση κ.ά. Η εν λόγω ανάγκη επίσης έχει απασχολήσει τον Δ. Τριχοπούλο στο βιβλίο του, στο οποίο επισημαίνει ότι «η σωστή πληροφόρηση ήταν πάντα αναγκαία για την καλή λειτουργία των υγειονομικών υπηρεσιών, αλλά η ανάγκη έχει καταστεί σήμερα επιτακτική εξ αιτίας της έκτασης, του κόστους και της πολύπλοκης οργάνωσης των υπηρεσιών αυτών» (σελ. 397).²

Εμβαθύνοντας στο ζήτημα, σημειώνει ότι «οι υγειονομικές πληροφορίες προέρχονται από πολλές και ετερόκλητες πηγές και για να αξιοποιηθούν σωστά πρέπει (α) να είναι διασυνδεδεμένες μεταξύ τους και με άλλα, δυναμικά χρήσιμα, δημογραφικά και ιατροκοινωνικά δεδομένα, (β) να βασίζονται σε ομοιόμορφα κριτήρια συλλογής και επεξεργασίας και σε ενιαίους χρηστικούς ορισμούς (operational definitions) και (γ) να προσφέρονται τόσο για άμεσες χρήσεις στον τόπο και στον χρόνο συλλογής τους, όσο και για απώτερες γενικότερες χρήσεις στις κεντρικές υπηρεσίες» (σελ. 397).²

Το συγκεκριμένο ζήτημα απασχολεί στις μέρες μας την εγχώρια επιστημονική κοινότητα, καθώς σε μια συγκυρία κατά την οποία τίθεται σε εφαρμογή ο Κανονισμός για τον Ευρωπαϊκό Χώρο Δεδομένων Υγείας (ΕΧΔΥ),²⁰ ο οποίος αναμένεται να καταστήσει δυνατή την αξιοποίηση των εν λόγω δεδομένων όχι μόνο στην έρευνα και στην καινοτομία αλλά και στη χάραξη πολιτικής και στις αντίστοιχες ρυθμιστικές δραστηριότητες, στην Ελλάδα η πρόσβαση σε αυτά διέπεται από μια σύνθετη, γραφειοκρατική και χρονοβόρα διαδικασία. Ως αποτέλεσμα, οι έρευνες και οι αντίστοιχες προτάσεις πολιτικής που βασίζονται σε επίσημα δεδομένα υγείας πραγματικού κόσμου (real-world data, RWD) δεν είναι αντίστοιχες της διαθεσιμότητας των πληροφοριών που συλλέγει η χώρα.

Ανεξάρτητα από αυτή τη συνθήκη, η επιστημονική κοινότητα εξακολουθεί να κομίζει προτάσεις πολιτικής υγείας (και) για την ΠΦΥ, με πλέον πρόσφατες τις σχετικές πρωτοβουλίες του Οργανισμού Έρευνας και Ανάλυσης «διαΝΕΟσις».^{19,21} Συνοπτικά, οι εν λόγω προτάσεις προτείνουν τα εξής:^{19,21}

Βασική πρόταση οργανωτικής/διοικητικής οργάνωσης της ΠΦΥ αποτελεί η ανάπτυξη δικτύων ΠΦΥ με διοικητικές και λειτουργικές διασυνδέσεις στη βάση συμβολαίων και συμβάσεων. Σημειώνεται ότι η προσέγγιση αυτή τυγχάνει ευρείας αποδοχής για >20 έτη.^{6,7,22}

Περαιτέρω, τα δίκτυα αναπτύσσονται στην περιοχή ευθύνης του κάθε κέντρου υγείας, με τουλάχιστον ένα σε κάθε δήμο. Σε αυτά εντάσσονται, εκτός από τα κέντρα υγείας, όλες οι άλλες δημόσιες μονάδες ΠΦΥ, αλλά και οι

ιδιώτες προσωπικοί ιατροί που δραστηριοποιούνται εντός των γεωγραφικών ορίων τους.

Τα δίκτυα λειτουργούν ως αυτοτελείς αποκεντρωμένες διευθύνσεις των Υγειονομικών Περιφερειών (ΥΠε – Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου [ΝΠΔΔ]). Την ευθύνη της εποπτείας της οργάνωσης και λειτουργίας τους αναλαμβάνει ο διακριτός τομέας ΠΦΥ που συστήνεται σε επίπεδο διεύθυνσης σε κάθε ΥΠε.

Κάθε δίκτυο αναπτύσσει ολοκληρωμένη δέσμη φροντίδων, στις οποίες περιλαμβάνονται δράσεις πρόληψης της νόσου και προαγωγής της υγείας, περίθαλψη οξέων και χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων υγείας, αποκατάσταση και παρηγορητική και υποστηρικτική φροντίδα.

Οι σχετικές φροντίδες προσφέρονται στο ιατρείο, στο σπίτι ή σε ειδικές δομές υγείας και φροντίδας στην κοινότητα.

Κάθε δίκτυο διασυνδέεται λειτουργικά με το πλησιέστερο νοσοκομείο, προκειμένου να διευκολύνεται η κίνηση του πολίτη στα διάφορα επίπεδα περίθαλψης, με το δίκτυο να διατηρεί την οργανωτική και τη διοικητική του αυτοτέλεια.

Προφανώς, ο επιστημονικός διάλογος για την ΠΦΥ δεν εξαντλείται στις εν λόγω προτάσεις, καθώς ο τομέας της υγείας διακρίνεται για την αβεβαιότητα, τη ρευστότητα και τις ραγδαίες αλλαγές που προκαλούν παράγοντες του εσωτερικού και του εξωτερικού προς αυτόν περιβάλλοντος, χαρακτηριστικά τα οποία επιβάλλουν διαρκείς προσαρμογές της σχεδιαζόμενης πολιτικής. Ωστόσο, στη διαχρονική αυτή περιπέτεια της ΠΦΥ στην Ελλάδα κάποιες βασικές έννοιες εμφανίζονται συστηματικά, τυγχάνουν ευρείας αποδοχής, αλλά δεν μετατρέπονται σε πολιτικές πρακτικές. Οι αιτίες αναλύθηκαν σε κάποιο βαθμό παραπάνω, με την ερμηνεία του παράδοξου αυτού να υπερβαίνει τα στενά όρια της συγκεκριμένης δημόσιας πολιτικής και να αφορά σε ευρύτερα ζητήματα πολιτικής δράσης, διαδικασιών λήψης αποφάσεων και διοικητικής οργάνωσης της χώρας.²³

5. ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ: Η ΔΙΑΡΚΗΣ ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΠΑΝΤΑ ΕΠΙΚΑΙΡΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ

Αναμφίβολα, η ΠΦΥ συνιστά το μεγαλύτερο «στοίχημα» για την πολιτική υγείας στη χώρα μας. Με τις συστάσεις διεθνών οργανισμών να είναι συστηματικές και σαφείς,^{24,25} η αδράνεια ή και η αναποτελεσματικότητα της κεντρικής διοίκησης δεν είναι αποδεκτές. Πολλώ δε μάλλον τη στιγμή που το περιεχόμενο της ΠΦΥ διευρύνεται διαρκώς και ενσωματώνει μια σειρά ζητημάτων και προκλήσεων που καθιστούν ακόμη πιο σύνθετη τη ρύθμισή της.

Ζητήματα όπως η δυσκολία ελέγχου της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας, το διαρκώς αυξανόμενο κόστος αυτών και η ανάγκη προτεραιοποίησης κατά την κατανομή των σπάνιων πόρων συνιστούν κομβικής σημασίας προκλήσεις για την πολιτική υγείας διεθνώς,²⁶ με το μεγαλύτερο βάρος της διαχείρισής τους να το έχει αναλάβει η ΠΦΥ. Περαιτέρω, φαινόμενα όπως η προκλητή ζήτηση για φροντίδες υγείας, η πολυφαρμακία και η κακή τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής καθιστούν ακόμη σημαντικότερη τη συμβολή της ΠΦΥ και των λειτουργιών της στο σύστημα υγείας.

Αξίζει να σημειωθεί ότι όλα τα παραπάνω θέματα εμπεριέχονται στο βιβλίο του Δ. Τριχόπουλου, ο οποίος χαρακτηριστικά αναφέρει ότι «οι ασθενείς με συνειδητές ιατρικές ανάγκες τις μετατρέπουν, κατά κανόνα, σε ζήτηση ιατρικών υπηρεσιών (αν και οι υπηρεσίες αυτές δεν μπορούν πάντα να συμβάλλουν αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση του αντίστοιχου νοσολογικού προβλήματος)» (σελ. 378), ενώ συνεχίζει αναφέροντας ότι «η έννοια του κόστους στις υγειονομικές υπηρεσίες είναι σύνθετη και καλύπτει όχι μόνο τις οικονομικές δαπάνες, αλλά και τον χρόνο του εκπαιδευμένου προσωπικού και άλλες κοινωνικοοικονομικές παραμέτρους» και ότι «το κόστος των υγειονομικών υπηρεσιών είναι μεγάλο και αυξάνεται με ταχύ ρυθμό... καμιά χώρα του κόσμου δεν έχει σήμερα τη δυνατότητα να αντιμετωπίσει όλα τα ιατρικά προβλήματα όλων των ομάδων του πληθυσμού της» (σελ. 390),² διατυπώνοντας τέσσερις δεκαετίες πριν τη βασική πρόκληση των συστημάτων υγείας μέχρι τις μέρες μας.

Ο Δ. Τριχόπουλος έγραφε στις αρχές της δεκαετίας του 1980 για ζητήματα, τα οποία η επιστημονική κοινότητα προσέγγισε ερευνητικά πολύ μεταγενέστερα,²⁷ όπως για παράδειγμα αυτό της πολυφαρμακίας «η πολυφαρμακία χωρίς συνταγογραφία... στην Ελλάδα... έχει διαστάσεις απαρράδεκτα μεγάλες για πολιτισμένη χώρα» (σελ. 379) ή αυτό της συμμόρφωσης στη θεραπεία «η περιορισμένη συμμόρφωση (compliance) των ασθενών στην υποδεικνυόμενη αγωγή αποτελεί σοβαρό πρόβλημα στη θεραπευτική αντιμετώπιση πολλών χρόνιων νοσημάτων» (σελ. 350).²

Ομοίως, ο Δ. Τριχόπουλος τονίζει τον ρόλο των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων και τη σημασία της συμμετοχής του κοινού σε διάφορα ζητήματα που ατομικά ή συλλογικά αφορούν στην υγεία και στο σύστημα υγείας, αναφέροντας χαρακτηριστικά για το επίκαιρο σήμερα ζήτημα των προσυμπτωματικών ελέγχων ότι «η συμμετοχή του κοινού αποτελεί εύλογη προϋπόθεση για την επιτυχία κάθε προγράμματος διαλογής», ενώ στη συνέχεια επισημαίνει ότι «η μικρότερη διάθεση συμμετοχής σε προγράμματα διαλογής παρατηρείται σε άτομα χαμηλής κοινωνικοοικονομικής στάθμης, περιορισμένης εκπαίδευσης και μεγάλης ηλικίας, δηλαδή σε άτομα που κατά κανόνα είναι εκτεθειμένα σε αυξημένο κίνδυνο προσβολής από τα περισσότερα νοσήματα» (σελ. 350).²

Δεν είναι υπερβολή να λεχθεί ότι οι επιλεγμένες αναφορές στο έργο του Δ. Τριχόπουλου που παρουσιάζονται στο παρόν καλύπτουν το μεγαλύτερο μέρος της συζήτησης για την ΠΦΥ σήμερα. Η εν λόγω παρακαταθήκη αυξάνει το χρέος των ερευνητών, αλλά και όσων λαμβάνουν αποφάσεις πολιτικής υγείας, να αντιμετωπίζουν τη χρονίζουσα αυτή πρόκληση για την υγεία του πληθυσμού. Η τεκμηρίωση είναι παραπάνω από επαρκής, η κοινωνική βούληση είναι εκπαιδευμένη και πλέον η ευθύνη μετατίθεται στην κεντρική διοίκηση. Ακόμη κι αν απαιτηθεί να ληφθούν μη δημοφιλείς για κάποιες ομάδες πίεσης και συμφερόντων αποφάσεις για την ολοκλήρωση της ΠΦΥ στη χώρα, αυτό δεν μπορεί να δικαιολογήσει την αδράνεια και την αναβλητικότητα που διαχρονικά έχουμε επιδείξει ούτε να οδηγήσει στην πρόκριση απλοϊκών, δημοφιλών αλλά αναποτελεσματικών μέτρων, τα οποία, τελικά, θα υπονομεύσουν τον στόχο αυτόν. Όπως, άλλωστε, ανέφερε και ο Δημήτρης Τριχόπουλος σε μια συνέντευξή του,²⁸ «όταν η λαϊκίστικη έκφραση αποτελεί προτεραιότητα στην πολιτική ζωή, αυτό συνιστά πρόβλημα για τη χώρα» για να συνεχίσει υπογραμμίζοντας ότι «ο πολιτικός, όπως και ο επιστήμονας, είναι ταγμένοι να προσφέρουν στην κοινωνία, χωρίς να προτάσσουν ιδιοτελή συμφέροντα ατόμων ή ομάδων».

ABSTRACT

Primary health care as a continuous priority (and a pending issue) of health policy in Greece

K. SOULIOTIS

Laboratory of Health Policies, Technologies and Behaviors Assessment, University of Peloponnese, Corinth, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2025, 42(5):675–681

This paper attempts to shed light on the contradiction between the failure of the state to integrate primary health care in general health services in Greece and the consistent highlighting of this goal as a health policy priority. Furthermore, it puts forward concrete proposals and prerequisites for the organization and operation of a fair, effective, efficient and people-centered primary health care system, with references to the rich work of Dimitris Trichopoulos.

Key words: Health policy, Interest groups, Political cost, Primary health care, Reform

Βιβλιογραφία

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Declaration of Alma-Ata. WHO, Geneva, 1978
2. ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ. *Επιδημιολογία: Αρχές, μέθοδοι, εφαρμογές*. Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα, 1982
3. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ. Οι μεταρρυθμίσεις του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα: Το ασύμπτωτο μεταξύ στόχων και πολιτικής. Στο: *Επιλεγμένες εργασίες του 9ου Επιστημονικού Συνεδρίου του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα: «Κοινωνική αλλαγή στη σύγχρονη Ελλάδα (1980–2001)»*. Πάντειον Πανεπιστήμιο, Αθήνα, 2003:549–567
4. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ. Μεταρρυθμίσεις υγείας στην Ελλάδα. Στο: Σαράφης Π, Μπαμπίδης Π (Επιμ.) *Υπηρεσίες υγείας: Συστήματα και πολιτικές*. Broken Hill Publishers, Λευκωσία, 2020:601–610
5. LIONIS C, SYMVOULAKIS EK, MARKAKI A, PETELOS E, PAPADAKIS S, SIFAKI-PISTOLLA D ET AL. Integrated people-centred primary health care in Greece: Unravelling Ariadne's thread. *Prim Health Care Res Dev* 2019, 20:e113
6. SOULIOTIS K, LIONIS C. Creating an integrated health care system in Greece: A primary care perspective. *J Med Syst* 2004, 12:643–652
7. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ, ΛΙΟΝΗΣ Χ. Λειτουργική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας: Μια πρόταση για την άρση του αδιεξόδου. *Αρχ Έλλ Ιατρ* 2003, 20:466–476
8. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ, ΜΑΡΙΟΛΗΣ Α. Η διαμόρφωση ενός ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2004, 16:87–93
9. STARFIELD B. Is primary care essential? *Lancet* 1994, 344:1129–1133
10. SOULIOTIS K, PAPADONIKOLAKI J. Resilient health reforms in times of permacrisis: The Greek citizens' perspective. *Front Polit Sci* 2024, 6:1470412
11. LIONIS C, SYMVOULAKIS EK, MARKAKI A, VARDAS C, PAPADAKI 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
12. ΚΟΝΤΙΑΔΗΣ ΙΕ, ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ ΝΚ. *Σύγχρονες προκλήσεις στην πολιτική υγείας: Τέσσερις κρίσιμες νομοθετικές παρεμβάσεις*. Εκδόσεις Σάκκουλας, Αθήνα-Κομοτηνή, 2005
13. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ ΝΚ. *Τεκμηριωμένη πολιτική υγείας: Μια πρόταση για την Ελλάδα*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2019
14. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ. Ασθενοκεντρική φροντίδα – ενδυνάμωση ασθενών. Στο: Σαράφης Π, Μπαμπίδης Π (Επιμ.) *Υπηρεσίες υγείας: Συστήματα και πολιτικές*. Broken Hill Publishers, Λευκωσία, 2020:350–362
15. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ. Αναζητώντας τη δημοκρατία στην υγεία σε συνθήκες οικονομικής κρίσης: Η συμμετοχή των πολιτών στη χάραξη πολιτικής υγείας. Στο: Σουλιώτης Κ (Επιμ.) *Δημοκρατία, πολίτες και πολιτική υγείας: Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, ομάδες πίεσης και συμφερόντων, σύλλογοι ασθενών*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2014:23–51
16. SOULIOTIS K, TSIMTSIOU Z, GOLNA C, NIKOLAIDI S, LIONIS C. Citizen preferences for primary health care reform in Greece. *Hippokratia* 2019, 23:111–117
17. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ, ΘΗΡΑΙΟΣ Ε, ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ Δ, ΠΑΠΑΔΑΚΑΚΗ Μ, ΤΣΑΝΤΙΛΑΣ Π, ΤΣΙΡΩΝΗ Μ ΚΑΙ ΣΥΝ. *Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*. Επιστημονική Επιτροπή για την Υποστήριξη της Μεταρρύθμισης της ΠΦΥ, Αθήνα, 2013
18. ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΜΑΔΑ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ. Σχέδιο δράσης, για την ανάπτυξη ενός καθολικού, ενιαίου και ολοκληρωμένου συστήματος ΠΦΥ. Αθήνα, 2013
19. ΤΟΥΝΤΑΣ Γ, ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΛΙΟΝΗΣ Χ, ΝΕΚΤΑΡΙΟΣ Μ, ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ, ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ ΚΑΙ ΣΥΝ. Το νέο ΕΣΥ: Η ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, διαΝΕΟσις, Αθήνα, 2020
20. EUROPEAN COMMISSION. European Health Data Space Regulation (EHDS). Available at: https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space-regulation-ehds_en
21. ΤΟΥΝΤΑΣ Γ, ΚΕΦΗΣ Β, ΠΟΛΥΖΟΣ Ν, ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ. Πρόταση διακυβέρνησης του ΕΣΥ. διαΝΕΟσις, Αθήνα, 2023
22. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΜΠΕΑΖΟΓΛΟΥ Τ. Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας για την υγεία: Μια απόπειρα για τη συνολική προσέγγιση της υγειονομικής μεταρρύθμισης. Στο: Γεωργούση Ε, Κυριόπουλος Γ, Μπεαζόγλου Τ (Επιμ.) *Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας στην υγεία*. Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, 2000:15–35
23. ΚΟΥΡΗΣ Γ, ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ, ΦΙΛΑΛΗΘΗΣ Τ. «Οι «περιπέτειες» των μεταρρυθμίσεων του Ελληνικού Συστήματος Υγείας: Μια ιστορική επισκόπηση. *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία* 2007, 5:35–67
24. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world health report 2008: Primary health care now more than ever. WHO, Geneva, 2008. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/43949>
25. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Declaration of Astana. WHO, Astana, Kazakhstan, 2018. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61>
26. ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. *Υπηρεσίες υγείας*. Εκδόσεις Οδυσσέας, Αθήνα, 2008
27. SOULIOTIS K, GIANNOUCHOS T, GOLNA C, LIBEROPOULOS E. Assessing forgetfulness and polypharmacy and their impact on health-related quality of life among patients with hypertension and dyslipidemia in Greece during the COVID-19 pandemic. *Qual Life Res* 2021, 31:193–204
28. ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ. Ο λαϊκισμός είναι το μέγιστο πρόβλημα της χώρας. Εφημερίδα «Καθημερινή», Αθήνα, 2014. Διαθέσιμο στο: <https://www.kathimerini.gr/life/people/783774/d-trichopoulos-o-laikismos-einai-to-megisto-provlima-tis-choras/>

Corresponding author:

K. Souliotis, Professor of Health Policy, Dean of the School of Social & Political Sciences, University of Peloponnese, 201 31 Corinth, Greece
e-mail: info@ksouliotis.gr