

Τα οφέλη στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και στον ασθενή από την εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού

Μακράκης Αθανάσιος

Αξιωματικός Ε.Δ. , Α.Ε.Ι.: Διοίκηση Επιχειρήσεων & Οργανισμών, Μεταπτυχιακός Φοιτητής ΕΑΠ, Διοίκηση Μονάδων Υγείας

DOI:10.5281/zenodo.1211003

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) συστάθηκε ως έννοια το 1978 κατά το συνέδριο της Άλμα-Άτα στη Ρωσία. Κατά τη διακήρυξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας καταστάθηκε ως «κεντρικός μοχλός» και πρώτο σημείο επαφής των πολιτών με το εκάστοτε Εθνικό Σύστημα Υγείας. Στην Ελλάδα συμπεριλήφθηκε στο Ν.1397/1983, περί Εθνικού Συστήματος Υγείας, μη υιοθετώντας όμως πλήρως το περιεχόμενο της διακήρυξης.

Η βασική εκτροπή από την παραπάνω διακήρυξη ήταν η μη υποχρεωτική επαφή των πολιτών στην εντεταλμένη δομή της ΠΦΥ, τον οικογενειακό ιατρό. Το γεγονός αυτό, σε συνάφεια με τη μη υλοποίηση από τη διοίκηση της νομοθετικής επιταγής για αστικού τύπου κέντρα υγείας, μέσα στα οποία δραστηριοποιείται ο οικογενειακός ιατρός, παραγκώνισε τόσο το ρόλο του όσο και την ίδια ΠΦΥ. Αίτια της πρακτικής αυτής προσέγγισης ήταν οι διαφορετικές πολιτικές ιδεολογίες, συντεχνιακά και επαγγελματικά συμφέροντα καθώς και η έλλειψη εξατομικευμένης προσαρμογής των νομοθετικών ρυθμίσεων στα δεδομένα της ελληνικής πραγματικότητας.

Αντίθετα στη Μεγάλη Βρετανία, η πλήρης εφαρμογή της διακήρυξης κατέστησε την ΠΦΥ και κατά συνέπεια το θεσμό του οικογενειακού ιατρού υψηλά στη συνείδηση της ευρύτερης κοινωνικής αποδοχής. Ελάχιστες νομοθετικές μεταρρυθμίσεις συντελέστηκαν στα πλαίσια προσαρμογής των νέων δεδομένων εναρμόνισης με την πραγματικότητα της Μεγάλης Βρετανίας, καθιστώντας ένα εν διαρκεί υγιές σύστημα ΠΦΥ.

Σε κάθε περίπτωση, μια προσαρμοσμένη λειτουργία του θεσμού στην κουλτούρα της χώρας υποδοχής θεωρείται επιβεβλημένη και αναγκαία λόγω των πολύπλευρων θετικών εκφάνσεων σε υγειονομικό σύστημα και ασθενείς, όπως καταδεικνύει άλλωστε η αγαστή λειτουργία του στη Μεγάλη Βρετανία.

Λέξεις Κλειδιά: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Εθνικό Σύστημα Υγείας, οικογενειακός ιατρός, Εθνική Πολιτική Υγείας.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Μακράκης, Αθανάσιος, Κομνηνών 83, Σερρών-Σέρρες, Τ.Κ. 62125, Τηλ: 6932376174, E-mail: makthanos@hotmail.com

Rostrum of Asclepius® - "To Vima tou Asklipiou" Journal

Volume 17, Issue 1 (April - June 2018)

CURRENT ISSUE

The benefits in Primary Health Care and the patient from the application of the "family doctor" regulation

Makrakis Athanasios

Greek Army Officer, Postgraduate Student, Health Care Management MSc(c), HOU

DOI:10.5281/zenodo.1211003

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) was established as a concept in 1978 in the Alma-Ata conference in Russia. The declaration of the World Health Organization rendered PHC the linchpin and the first point of contact of citizens with the National Health System. In Greece, it was included in Law 1397/1983 on the National Health System, but not fully adopting the content of the declaration.

The main diversion from the declaration mentioned above was the non-obligatory contact of citizens with the commissioned structure of the PHC, the family doctor. This fact, in connection with the non-realization by the administration of the legislative requirement for urban-type health centers, within which the family doctor is active, has supplanted both his role and the PHY itself. The reasons for this practical approach were the different political ideologies, corporate and professional interests, as well as the lack of personalized adaptation of the legislative regulations to Greek reality.

On the contrary, in Great Britain, the full implementation of the declaration has rendered PHC and consequently the institution of the family doctor high in the consciousness of wider social acceptance. Few legislative reforms have been made in terms of adapting the new data of harmonization to the reality of Great Britain, making it a long-standing,



healthy health care system.

In any case, an adapted function of the institution in the culture of the host country is considered imperative and essential because of the manifold positive manifestations in the health system and patients, as demonstrated by its excellent functioning in Great Britain.

Keywords: Primary Health Care, National Health System, family doctor, National Health Policy.

Corresponding Author: Makrakis Athanasios, Komninon 83, Serres- Serres, P.C. 62125, Tel: 6932376174, E-mail: makthanos@hotmail.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αποτύπωση της παρούσας μορφής του θεσμού του οικογενειακού ιατρού εδράζεται στους κόλπους της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) της Μεγάλης Βρετανίας διαγράφοντας πορεία μιας τριακοπενταετίας περίπου. Η εν λόγω χώρα ταύτισε την ειδικότητα του γενικού ιατρού με το θεσμό του οικογενειακού γιατρού και σε συνεχή επαφή με το κοινωνικό γίνεσθαι προσαρμόζει έως σήμερα διαρθρωτικές μεταβολές βελτιστοποίησης.¹ Σε αυτή την κατεύθυνση κινήθηκαν πολλές χώρες με ποικίλους τρόπους εφαρμογής του θεσμού συμπεριλαμβανομένου και των νομοθετικών πρωτοβουλιών της Ελλάδας.²

Σε κάθε περίπτωση, ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού μετεξελίχτηκε διεθνώς μέσα από ποικίλα δομικά σχήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας και περίθαλψης, υπό διάφορους εννοιολογικούς προσδιορισμούς και εν μέσω πολυσχιδών δεσμών υπηρεσιών υγείας ώστε να απολήξει σε αποσαφηνισμένη πλέον έννοια.

Πεδίο δραστηριοποίησης του οικογενειακού ιατρού αποτελεί η ΠΦΥ, μέσω ενός πλέγματος μονάδων, που αποσκοπούν στην πρόληψη,

διάγνωση και θεραπεία, συνήθους μορφής νοσημάτων που δεν απαιτούν δευτεροβάθμιου ή τριτοβάθμιου επιπέδου περίθαλψη.³

Ο οικογενειακός ιατρός αποτελεί κύριο συστατικό της ΠΦΥ η οποία και αποτελεί τον κύριο πυλώνα-κορμό του οργανωμένου συστήματος υγείας του ισχύοντος νομοθετικού πλαισίου στην Ελλάδα. Κατά την έννοια αυτή, η εν πράξει εφαρμογή του συγκεκριμένου θεσμού, αφαιρετικά τον καθιστά εν τέλει τη ραχοκοκαλιά του οργανωμένου συστήματος ΠΦΥ.²

Στην Ελλάδα, ο νόμος 1397/1983 αποτέλεσε το εναρκτήριο έναυσμα ενός ολοκληρωμένου Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) το οποίο συμπεριλάμβανε, ως βασικό μείγμα, το θεσμό του οικογενειακού ιατρού.⁴

Ακολουθώντας, έλαβαν χώρα κατ' επανάληψη νομοθετικές πρωτοβουλίες για την περαιτέρω συστημική διόρθωση της ημιτελούς οργάνωσης του ΕΣΥ και της εφαρμογής του οικογενειακού ιατρού.⁴ Ουσιώδεις μετέπειτα νομοθετικές τομές υπήρξαν οι νόμοι 2519/1997, 3235/2004 και τέλος ο νόμος 4238/2014.⁵⁻⁷ Παρά τη

νομοθέτηση όμως, δεν επελήφθησαν οι ανάλογες ασφαλιστικές δικλείδες ολοκλήρωσης του ΕΣΥ καθώς και θωράκισης του θεσμού, ώστε να επέλθει η απαραίτητη εφαρμογή του δοκιμασμένου διεθνώς εγχειρήματος, με συνέπεια αυτό να μη τελεσφορήσει.^{2,8}

Η παρούσα ανασκοπική αναζήτηση σκοπεί καταρχήν στην ολιστική προσέγγιση του θεσμού του οικογενειακού ιατρού σταχυολογώντας τα παρεπόμενα οφέλη που απορρέουν στο σύστημα υγείας και ιδίως στον ασθενή. Εν συνεχεία προσεγγίζεται ο τρόπος λειτουργίας του θεσμού στη Μεγάλη Βρετανία η οποία και υπήρξε η γενεσιουργός χώρα και εκφραστής της συγκεκριμένης έννοιας. Τρίτον, παρουσιάζεται σε μικρή κλίμακα η βούληση του νομοθέτη να οργανώσει την ΠΦΥ και τη ραχοκοκαλιά της, η οποία μετουσιώνεται με το θεσμό του γενικού/οικογενειακού ιατρού.

Τα αναγκαία στοιχεία που συμβάλλουν στη θεμελιακή λειτουργία του θεσμού του οικογενειακού ιατρού

Η σημαντικότητα του ρόλου του οικογενειακού ιατρού συνετέλεσε ώστε να αποτελέσει θεσμό, εφόσον η υπόσταση του έργου του αναδύει στοιχεία προσωπικού και οικογενειακού χαρακτήρα. Εδράζεται σε οργανικά (βιολογικά), ψυχολογικά και κοινωνικά κριτήρια-οφέλη για τον πολίτη, εν δυνάμει ασθενή, καθώς και σε θεσμικά,

οικονομικά και διοικητικά κριτήρια για την Πολιτεία.⁹

Τα οφέλη των ασθενών από την ουσιαστική εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού

Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, υπό καθεστώς υγιούς εφαρμογής του, λειτουργεί πανοραμικά στην αντιμετώπιση του ασθενή προσδίδοντάς του οφέλη τόσο ως προς την ποιοτικότερη αντιμετώπιση της υγείας του όσο και ως προς την κοινωνική και εξατομικευμένη ανθρώπινη υπόστασή του. Ενδεικτικά οφέλη που ανακύπτουν από την εφαρμογή του, μπορούν να συνοψιστούν στα παρακάτω:^{1,2,10}

α. Διευρυμένη και συμπνευτική ενδοεπικοινωνία ιατρού και ασθενή. Ενισχύεται η ανθρώπινη διάσταση με την αμεσότερη επικοινωνιακή επαφή από τη μακροχρόνια σχέση, ανατροφοδοτώντας τις προσδοκίες των ασθενών. Παρέχεται ολοκληρωμένη γνώση των συνολικών αναγκών του ασθενή και του γενικότερου οικογενειακού περιβάλλοντος, ενδυναμωμένη από τις κατ' οίκον επισκέψεις.

β. Ολιστική διαχείριση της υγείας του ασθενή. Η χρηστή εκμετάλλευση του ιατρικού φακέλου του ασθενή και η αναπτυσσόμενη ανθρώπινη σχέση συμβάλλει στον έγκαιρο και έγκυρο εντοπισμό των αιτιών οιασδήποτε ασθένειας, στη συρρίκνωση των ιατρικών λαθών, προάγοντας συγχρόνως θέματα



προσυμπτωματικού ελέγχου, προληπτικής υγιεινής, ανάδειξης της ψυχικής και σωματικής υγείας και προσαρμοσμένης φαρμακευτικής αγωγής.

γ. Διασφάλιση ποιοτικών κριτηρίων του ασθενή. Ενδυναμώνεται η προσβασιμότητα στην ΠΦΥ με την επαύξηση της διαθεσιμότητας των οικογενειακών ιατρών σε 24ωρη βάση. Περαιτέρω η εξυπηρέτηση μεγάλου αριθμού ασθενών υπερφαλαγγίζει φαινόμενα κορεσμού και αναμονής περιστατικών που χρήζουν άμεσης ανάγκης ανωτέρου επιπέδου.

Επίσης, ο ασθενής σε ενδεχόμενη παραπομπή του σε ανώτερη βαθμίδα περίθαλψης, απαλλάσσεται από φαινόμενα δυσφορίας και οικονομικής επιβάρυνσης με την προσπέλαση των δομών εκείνων που ανταποκρίνονται επακριβώς στις ανάγκες του.

δ. Ενίσχυση των δικαιωμάτων του ασθενή. Το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής ιατρού προσδίδει καθεστώς ευελιξίας στον ασθενή και η συμμετοχική λήψη στις αποφάσεις που τον αφορούν αυξάνουν την ενεργό συμμετοχή στα θέματα της υγείας του.

ε. Δίκαιη και ίση πρόσβαση στις δομές υγείας. Η αποδοχή της υγείας ως ατομικό και κοινωνικό αγαθό και η συνακόλουθη ενάσκηση των υπηρεσιών του οικογενειακού ιατρού εγκαθιδρύει υπέρ του συνόλου των πολιτών-ασθενών το αίσθημα ικανοποίησης από την εφαρμογή των αρχών της ισότητας,

της δικαιοσύνης καθώς και της κοινωνικής συνοχής και αλληλεγγύης.

Η λυσιτελής αξιοποίηση του οικογενειακού ιατρού προς όφελος του υγειονομικού συστήματος

Η ενεργοποίηση από την πολιτεία του οικογενειακού ιατρού και η συνειδησιακή αποδοχή του από τους πολίτες επιφέρει ένα έλλογο περιβάλλον οργανωσιακής ορθότητας, με:¹⁰

α. Λελογισμένη χρήση κατανομής των οικονομικών πόρων από τη σύνθεση πολυποίκιλων ευεργετικών χαρακτηριστικών, όπως:

- Σχεδιασμένων αξόνων πληροφόρησης με επίκεντρο την πρόληψη και την απομείωση των παραπομπών σε υψηλότερα επίπεδα περίθαλψης.
- Συγκράτησης ασθενών που εκφράζουν υποκειμενικά ή αντικειμενικά συμπτώματα τα οποία δεν συνηγορούν σε παραπέρα προώθηση ιατρικών, εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων και συνεπώς συντελείται περιστολή της ανάπτυξης ισχυρών εξωτερικών οικονομικών κλίμακας. Συγκεκριμένα, χώρες που εφαρμόζουν το θεσμό του οικογενειακού ιατρού έχουν συρρικνώσει τον αριθμό των επισκέψεων σε ειδικούς ιατρούς, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο με 1,2 επισκέψεις ετησίως, τη Δανία με 0,6, εν συγκρίσει με την Ελλάδα

που αριθμεί 5 επισκέψεις, αποσυμφορίζοντας εν τέλει οι παραπάνω χώρες τον αριθμό των ασθενών σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) και σε εισαγωγές σε νοσοκομεία.¹¹

- Συρρίκνωσης της προκλητής ζήτησης.
- Χρήσης ελάσσονος σημασίας βιοϊατρικού εξοπλισμού ώστε οι παρεχόμενες υπηρεσίες να επιβαρύνουν λιγότερο τον υγειονομικό προϋπολογισμό.

β. Ποιοτικότερη αντιμετώπιση των λειτουργιών στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη, αποτρέποντας φαινόμενα εργασιακής κόπωσης.

γ. Επαρκέστερη εικόνα και παρακολούθηση των περιορισμένων παραπεμπόμενων ασθενών εντός του υγειονομικού συστήματος.

δ. Επαύξηση της συντονισμένης φροντίδας σε όλο το σύστημα υγείας.

ε. Μεγιστοποίηση της δυνατότητας τήρησης του ηλεκτρονικού φακέλου των ασθενών προς εκμετάλλευση-αντιμετώπιση των υφιστάμενων υγειονομικών τους αναγκών.

Το πλαίσιο και οι παρεπόμενες πτυχές λειτουργίας του οικογενειακού ιατρού στη Μεγάλη Βρετανία

Στη Μεγάλη Βρετανία έχει αφομοιωθεί στη συνείδηση της κοινωνίας ότι η βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών διέρχεται μέσω της οντότητας ενός σώματος-κορμού που

μετουσιώνεται με την ΠΦΥ και ορθώνεται με τη ραχοκοκαλιά του, τον οικογενειακό ιατρό.

Βέβαια, οι έννοιες γενικός και οικογενειακός ιατρός είναι συνυφασμένες και συντείνουν προς ταύτιση καθόσον χρησιμοποιούνται ως εναλλακτικές. Μολαταύτα η έννοια του οικογενειακού ιατρού παραπέμπει στον τρόπο ενάσκησης της συμβουλευτικής και θεραπευτικής ιατρικής, εντός του οικογενειακού κόλπου, τουναντίον του γενικού ιατρού που η ενασχόλησή του κατατείνει ευθέως στην πάθηση του ατόμου.¹¹

Ο οικογενειακός ιατρός είναι διαθέσιμος σε 24ωρη βάση και κατά την άσκηση των καθηκόντων του πραγματοποιεί προληπτικές, διαγνωστικές και θεραπευτικές εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες σε ασθενείς που ο τόπος της μόνιμης διαμονής τους περικλείεται από πρότερα οριοθετημένα γεωγραφικά όρια. Ευθύνεται επίσης για την εξυπηρέτηση συγκεκριμένου πληθυσμού με σταθμισμένη λίστα. Οι περισσότεροι εξ αυτών είναι ιδιώτες και δραστηριοποιούνται ατομικά (solo practice) στα ιδιωτικά τους ιατρεία, ομαδικά (group practice) και με μισθωτή εργασία σε δημόσιες και ιδιωτικές δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ).^{8,9,12}

Σε κάθε περίπτωση ο γενικός/οικογενειακός ιατρός (general practitioner, GP) αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ασθενή με την ΠΦΥ προκειμένου να διαγνώσει εγκαίρως τις



ανάγκες του και παράλληλα λειτουργεί ως αποφασιστικό όργανο για τη μεταπήδηση σε ανώτερη βαθμίδα φροντίδας όσων έχουν πραγματική ανάγκη (gatekeeping), εκτρέποντας κατά συνέπεια το σύστημα υγείας από νοκοκομειοκεντρικό σε ασθενοκεντρικό.^{2,8} Συνεπώς, ουδείς ασθενής δεν δύναται να υπερκεράσει τον οικογενειακό ιατρό, επισκεπτόμενος ειδικό επαγγελματία ανώτερης βαθμίδας για παροχή εξειδικευμένης θεραπείας. Εν πάση περιπτώσει ο οικογενειακός ιατρός λειτουργεί ως σημείο ελεγχόμενης εισόδου περιστέλλοντας όσους εκφράζουν υποκειμενικά ή αντικειμενικά συμπτώματα τα οποία δύναται να αντιμετωπιστούν με διάγνωση και θεραπεία από τον ίδιο.¹³ Περαιτέρω, τυχόν παραπομπή ασθενή σε επόμενο επίπεδο δεν απαγκιστρώνει τον οικογενειακό ιατρό, ο οποίος συνεχίζει να παρακολουθεί και να καθοδηγεί τον ασθενή σε όλη του την πορεία, εντός του συστήματος υγείας, διασφαλίζοντας έτσι την αδιάλειπτη και ενδεδειγμένη φροντίδα.^{11,14}

Επίσης, οι γενικοί/οικογενειακοί ιατροί οι οποίοι ασκούν το επάγγελμά τους ατομικά, στα ιδιωτικά τους ιατρεία καθώς και όσοι λειτουργούν σε ομαδική βάση, αποζημιώνονται ανά κεφαλή σύμφωνα με την οριοθετημένη λίστα εγγεγραμμένων και με βάση τον κοινό παρονομαστή, τα συμβόλαια που έχουν συνάψει με σχηματισμούς πρωτοβάθμιων εταιρικών ενώσεων γενικών

ιατρών (Primary Care Trusts, PCTs). Αξίζει να αναφερθεί ότι το εν λόγω όργανο (PCTs) δημιουργήθηκε το 2002 και λειτουργεί συντονιστικά σε τοπικό επίπεδο αναφορικά με τις υπηρεσίες της ΠΦΥ, έχοντας υπό τον έλεγχό του όλα τα ιατρεία της γεωγραφικής του ευθύνης. Ως επί το πλείστον, η συγκεκριμένη διαμορφωθείσα μορφή αποτελεί την εξέλιξη των ομάδων οικογενειακών ιατρών (GP, fund holders) που δημιουργήθηκαν με το μεταρρυθμιστικό πλαίσιο του 1991 και των εν συνεχεία Ομάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (primary care groups, PCGs), του 1999. Υπό τη σημερινή τους υπόσταση τα PCTs απορροφούν το 80% του προϋπολογισμού του Βρετανικού Συστήματος Υγείας (National Health System, NHS) και συγκαταλέγουν το 42% περίπου του συνολικού αριθμού των ιατρών του Ηνωμένου Βασιλείου.⁸⁻¹⁰

Επιπρόσθετα, ο θεσμός του γενικού/οικογενειακού ιατρού ευρίσκεται στη Μεγάλη Βρετανία, όπως ήδη ελέχθη, σε προχωρημένο στάδιο, καθόσον ενυπάρχει ολοκληρωτική αποδοχή από την κοινωνία και πλήρες αίσθημα εμπιστοσύνης, ώστε του παραχωρήθηκε η δικαιοδοσία διαχείρισης οικονομικών πόρων. Αυτό μετουσιώνεται σε παραχώρηση μέρους του προϋπολογισμού και σε διαπραγματευτική διεκδίκηση εξαγοράς προσαρμοσμένων και ποιοτικότερων ιατρικών υπηρεσιών δευτεροβάθμιου επιπέδου από τα

νοσοκομεία, επ' ωφελεία των ασθενών (GP funding). Περαιτέρω, με το υφιστάμενο καθεστώς, αναπτύσσεται διεκδίκηση οικονομικότερων αποζημιώσεων, κατά πράξη/υπηρεσία (cost per case). Σε κάθε περίπτωση όμως, το παραγόμενο όφελος των ασθενών μετακυλύεται και σε ωφέλεια του ιδίου οικογενειακού ιατρού καθόσον σε ενδεχόμενο υστέρησης των συνολικών δαπανών έναντι του προϋπολογισμού, το πλεόνασμα εκπίπτει προς εκσυγχρονισμό του ιατρείου του.⁸⁻¹⁰

Προσεγγίζοντας το θεσμό υπό στενή έννοια, από την πλευρά του ασθενή, εντοπίζονται ιδίως ποσοτικά αλλά και ποιοτικά στοιχεία ευεργετικού χαρακτήρα. Συγκεκριμένα, η επιλογή του οικογενειακού ιατρού ευρίσκεται στη διακριτική ευχέρεια του ασθενή ο οποίος κατά 99% επιλέγει τον ιατρό της προτίμησής του.⁸ Δυσσαρεστημένοι από τις υπηρεσίες σε ΠΦΥ καταγράφεται να είναι ένα ελάχιστο ποσοστό της τάξης του 4-5% του πληθυσμού. Επίσης, οι χρόνοι αναμονής είναι ανεκτικοί, με το 67% των ασθενών να περιμένει 0-5 λεπτά και μόνο το 5% αυτών να αναμένει πλέον της μιας ώρας.¹¹

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι αν και το σύστημα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας θεωρείται ασθενοκεντρικό, λόγω της ύπαρξης του οικογενειακού ιατρού, ορισμένοι επικριτές του θεσμού το κατατάσσουν και ως ιατροκεντρικό εφόσον εδόθη υπέρμετρη ισχύ στον γενικό ιατρό να ελέγχει απόλυτα τις

ροές των ασθενών σε ανώτερα επίπεδα περίθαλψης, επιφέροντας πλήρη εξάρτηση των λοιπών επαγγελματιών υγείας. Ανησυχητικές τάσεις επίσης αναδύονται από την εφαρμογή του ρόλου του οικογενειακού ιατρού καθώς βαίνει συνεχώς μειούμενη η διαθεσιμότητα, η επιδείνωση της σχέσης του με τον ασθενή, η απομείωση των κατ' οίκον επισκέψεων και της απήχησης της κοινωνικής διάστασης του θεσμού.^{2,11,15}

Συνακολούθως έντονοι προβληματισμοί, ως προς το μέγεθος ενός τόσο αυστηρού συστήματος gatekeeping, τίθενται αναφορικά με το βαθμό ευθύνης και του φόρτου εργασίας που επωμίζονται οι οικογενειακοί ιατροί, καθόσον λειτουργούν παράλληλα τόσο ως συντονιστές όσο και ως «φύλακες» του συστήματος υγείας και επιπρόσθετα γεννούνται επικρίσεις ως προς την αποστέρηση της απόλυτης ελευθερίας των πολιτών να επιλέξουν οιαδήποτε ιατρική ειδικότητα στα πλαίσια του σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και της τήρησης των αρχών της αυτονομίας και του προσωπικού σεβασμού.^{1,2,11}

Η διαχρονική νομοθετική εξέλιξη της ΠΦΥ και του Οικογενειακού Ιατρού στην Ελλάδα

Ακολουθώντας τη χρονολογική διαδρομή των νομοθετικών πρωτοβουλιών καθώς και των διεργασιών που αποσκοπούσαν σε ερευνητικά ευρήματα νομοθέτησης



κατατιμήθηκε το βασικό νομοθετικό πλαίσιο που επέδρασε ανά περίπτωση στην ΠΦΥ και στο θεσμό του οικογενειακού ιατρού.

Το νομοθετικό πλαίσιο της οργανωμένης ΠΦΥ

Ο θεμέλιος νομοθετικός λίθος στην εγκαθίδρυση της ΠΦΥ υπήρξε ο νόμος 1397/1983 περί ΕΣΥ.⁴ Με τον εν λόγω νόμο ιδρύθηκαν, σε κάθε νομό, Κέντρα Υγείας (αστικού & αγροτικού τύπου) υπό μορφή αποκεντρωμένων οργανικών μονάδων νοσοκομείων, τα οποία παρείχαν ισότιμη ΠΦΥ.⁴ Την ευθύνη παροχής των υπηρεσιών υγείας είχε αποκλειστικά το Κράτος δίχως διακρίσεις στο σύνολο του πληθυσμού. Επίσης, πέραν της σύστασης του οικογενειακού ιατρού, επήλθε διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες και στην έδρα μιας εκάστης συστάθηκε Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας (ΠΕΣΥ). Κατ' επέκταση ο νόμος 2071/1992 ίδρυσε Περιφερειακές Διευθύνσεις Υπηρεσιών Υγείας, με διευθυντές προεδρεύοντες των ΠΕΣΥ. Καινοτόμα εισαγωγή του συγκεκριμένου νόμου, ήταν η ΠΦΥ να παρέχεται τόσο από δημόσιους όσο και από ιδιωτικούς φορείς, με αιτιολογία την παρερμηνεία της Συνταγματικής επιταγής.^{12,16} Επιπρόσθετα, τα Κέντρα Υγείας υπάγονταν πλέον στις διευθύνσεις υγείας των οικείων Νομαρχιών. Παρόλα αυτά, με το νόμο 2194/1994 επανέρχονται οι διατάξεις του νόμου 1397/1983.^{4,17}

Με το νόμο 2519/1997 διαμορφώνονται Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στα οποία λειτουργούν Κέντρα Υγείας, διασυνδεδεμένα με τα νοσοκομεία του ΕΣΥ επιστημονικά και λειτουργικά.⁵ Ακόμα, με το νόμο 2889/2001 τα ΠΕΣΥ γίνονται 17 και μετέπειτα με το νόμο 3106/2003 μετονομάζονται σε Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (ΠΕΣΥΠ).^{18,19} Ακολούθως με το νόμο 3329/2005 τα ΠΕΣΥΠ γίνονται 7 και μετονομάζονται σε Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠΕ). Λίγο πριν, με το νόμο ~~Ν~~3235/2004, εισάγονται ο ηλεκτρονικός φάκελος και η κάρτα υγείας.^{6,20} Με το νόμο 3918/2011 συστήνεται ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας και το συντονισμό των φορέων του Δικτύου ΠΦΥ.²¹ Πάραυτα, με το νόμο 4238/2014 αλλάζει ο σκοπός του ΕΟΠΥΥ ο οποίος αποβλέπει πλέον και στην αγορά υπηρεσιών υγείας.⁷ Ακόμη, με το άρθρο 1 του ανωτέρω νόμου συνιστάται ενιαίο και αποκεντρωμένο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) το οποίο λειτουργεί υπό των Διοικήσεων των Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠΕ).

Περαιτέρω τα Κέντρα Υγείας ανήκουν στο ΠΕΔΥ και η περιοχή ευθύνης τους ονομάζεται Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΤοΠΦΥ). Με το άρθρο 51 του ίδιου νόμου καθορίζεται ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (ΑΗΦΥ). Τέλος, μετεξέλιξη του συστήματος υγείας αποτελεί ο νόμος

4387/2016 με τον καθορισμό του Ενιαίου Φορέα Κοινωνικής Ασφάλειας (ΕΦΚΑ).²²

Οι βασικές νομοθετικές πρωτοβουλίες εγκαθίδρυσης και λειτουργίας του οικογενειακού ιατρού

Η δημιουργία του ΕΣΥ, αποτέλεσε το εφαλτήριο της ΠΦΥ με κύριο εκφραστή τον οικογενειακό ιατρό. Σύμφωνα με τα άρθρα 17 και 18 του νόμου 1397/1983 καθορίστηκε ο τρόπος λειτουργίας του οικογενειακού ιατρού στις αστικές-ημιαστικές και μη αστικές (αγροτικές) περιοχές, αντίστοιχα.⁴ Το βασικό χαρακτηριστικό του θεσμού, ως προς την εργασιακή σχέση των ιατρών, ήταν ότι διέπονταν από το καθεστώς της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, σε 24ωρη βάση, με κύριο φορέα ενάσκησης των καθηκόντων του τα Κέντρα Υγείας και σε εξαιρετικές περιπτώσεις την οικία του ασθενή και πάντα εντός των γεωγραφικών ορίων του Δήμου διαμονής. Σε κάθε περίπτωση όμως διαρρηγνύεται η ενιαία αντιμετώπιση στις δύο περιοχές (αστικές-αγροτικές), με εφαρμογή νομοθετικού περιβάλλοντος διαφορετικής προσέγγισης ανά περιοχή, ως προς την οριοθέτηση των καθορισθεισών ειδικοτήτων, της ύπαρξης σταθμισμένων καταλόγων πολιτών και της ελεύθερης επιλογής ιατρού. Επιπρόσθετα, στα αστικά κέντρα γίνεται λόγος για προαιρετική υποχρέωση προσφυγής του ασθενή στον οικογενειακό ιατρό προκειμένου να

παραπεμφθεί σε ανώτερη βαθμίδα περίθαλψης, για το οποίο όμως δεν γίνεται ουδεμία αναφορά στις μη αστικές περιοχές.

Το 1992, θεσπίζεται ο νόμος 2071 και καταργείται η θέση του οικογενειακού ιατρού. Επίσης, μεταβάλλεται το εργασιακό καθεστώς.¹⁶ Δίδεται εν πολλοίς η δυνατότητα άσκησης μερικής απασχόλησης, εξασφαλίζοντας έτσι παράλληλα το δικαίωμα τήρησης και ιδιωτικού ιατρείου. Λίγο όμως αργότερα, με το νόμο 2194/1994, επιστρέφει εν συνόλω το πρότερο καθεστώς.¹⁷ Ως εξισορρόπηση των δύο νομοθετικών πρωτοβουλιών, με την έκθεση της επιτροπής εμπειρογνομόνων του 1994 προτείνεται ο οικογενειακός ιατρός να είναι ιδιώτης με κατά κεφαλήν αμοιβή και υπεύθυνος διαχείρισης μέρους του προϋπολογισμού στα πρότυπα του βρετανικού συστήματος υγείας.²³

Με το νόμο 2519/1997 επανέρχεται η έννοια του οικογενειακού ιατρού με συρρίκνωση της στάθμησης του καταλόγου και με επαναπροσδιορισμό των γεωγραφικών ορίων παροχής υπηρεσιών, αντί των Δήμων αυτών του Δικτύου της ΠΦΥ.⁵

Στο σχέδιο μεταρρύθμισης του 2000 «Υγεία για τον Πολίτη» εισάγεται νεωτεριστικά η αρμοδιότητα της αποκλειστικής ευθύνης των παραπομπών, σε ανώτερο επίπεδο περίθαλψης, στον οικογενειακό/προσωπικό ιατρό.²⁴



Ο νόμος 3235/2004 καθιστά για πρώτη φορά τον οικογενειακό ιατρό ως θεσμό. Επίσης, επανεισάγει, υπό άλλη βέβαια μορφή, τη δυνατότητα ο οικογενειακός ιατρός να είναι ιδιώτης, με την προϋπόθεση σύμβασης του δικαιούχου με τον ασφαλιστικό του οργανισμό.⁶

Ακολούθως, επέρχεται γεωγραφική διεύρυνση επιλογής σε όλο το Περιφερειακό Σύστημα Υγείας & Πρόνοιας (ΠεΣΥΠ) της εκάστοτε Περιφέρειας, υπό κριτήρια, καθώς και καθιερώνεται καθηκοντολόγιο. Τέσσερα χρόνια αργότερα, το 2008, συντάσσεται σχέδιο νόμου με το οποίο επιδιώχθηκε ο οικογενειακός ιατρός να είναι είτε ιδιώτης είτε ιατρός του ΕΣΥ και να αμείβεται κατά πράξη.

Ο νόμος 4238/2014 επαναφέρει εκ νέου την έννοια του θεσμού συνεχίζοντας το τελευταίο καθεστώς αλλά διευρύνοντας τις εργασιακές σχέσεις.⁷ Η κατοχή της θέσης του οικογενειακού ιατρού είναι διφυής, με εν δυνάμει ιατρούς των δομών του Πρωτοβάθμιου Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) και συμβεβλημένους που ασκούν το έργο τους σε ιδιωτικά ιατρεία. Τέλος, το καθηκοντολόγιο εμπλουτίζεται και συγκεκριμενοποιείται.

Η αξιολόγηση των νομοθετικών πρωτοβουλιών στις δομές της ΠΦΥ και του οικογενειακού ιατρού

Ο νόμος 1397/1983 εμφανίζεται πασίδηλα ότι αποτελεί μέχρι και σήμερα σταθμό στον

τομέα της ΠΦΥ.⁴ Αξίζει να σημειωθεί βέβαια η πρωτοβουλία θεσμοθέτησης του νόμου 4238/2014, μιας ενιαίας και καθολικής παροχής υπηρεσιών υγείας, εξ ονόματος του ΠΕΔΥ.⁷ Επίσης, η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ με τη συγχώνευση τεσσάρων μεγάλων ασφαλιστικών ταμείων και λειτουργώντας ως αγοραστής υπηρεσιών υγείας, διαμορφώνει ένα ορθολογικότερο περιβάλλον βελτιστοποιημένης παροχής υπηρεσιών υγείας, θέτοντας ποιοτικά και οικονομικά κριτήρια. Σύγχυση επιφέρει μολαταύτα η διττή υπόστασή του, λειτουργώντας παράλληλα ως φορέας παροχής και αγοράς υπηρεσιών υγείας. Στην κατεύθυνση ενός ολοκληρωμένου συστήματος, συγκλίνει η σύσταση του ΕΦΚΑ ο οποίος μέσα από ένα συντονιστικό πλαίσιο αξιοποίησης των τεχνολογιών δύναται να προσδώσει επαύξηση της εξυπηρέτησης των ασφαλισμένων. Τέλος, κατά το έτος που διανύουμε, σημαντική πρωτοβουλία για την ανάπτυξη της ΠΦΥ στο πλαίσιο λειτουργίας του ΠΕΔΥ, αποτελεί η προσπάθεια συγκρότησης Τοπικών Μονάδων Υγείας (ΤΟΜΥ). Το εγχείρημα απέβλεπε στην έγκαιρη κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού και κατ' ακολουθία στη μεθοδική αποφόρτιση των δημόσιων δομών δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης καθώς και στην εξομάλυνση του κρατικού προϋπολογισμού, λόγω της χρηματοδότησης από ενωσιακούς πόρους

(Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Μεταρρύθμισης Δημοσίου Τομέα του ΕΣΠΑ 2014-2020).²⁵

Εν κατακλείδι, το κύριο εργαλείο της ΠΦΥ, ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού, αν και επαναλαμβάνεται σε πληθώρα νομοθετήματα δεν τυγχάνει έως σήμερα εφαρμογής. Ως επικρατέστερες αιτιολογίες αποτελούν:^{1,2,8,12}

- Η απουσία κεντρικού σχεδιασμού.
- Η πολυνομοθεσία και η ασυνέχεια βασικών πολιτικών αξόνων.
- Η αδυναμία πολιτικής βούλησης.
- Οι στερεοτυπικές πολιτικές ιδεολογίες.
- Η ανορθόδοξη προσαρμογή ξένων προτύπων στην υφιστάμενη πραγματικότητα.
- Η ελλιπής διοικητική, οικονομική και χρηματοδοτική υποστήριξη του Κράτους.
- Η ανυπαρξία εφαρμογής της λειτουργίας των αστικών Κέντρων Υγείας.
- Η έλλειψη κινήτρων προσέλκυσης οικογενειακών ιατρών.
- Η αποποιούμενη επιστημονική αναβάθμιση της ειδικότητας των γενικών ιατρών και η έλλειψη ανάλογου κύρους.
- Ο πληθωρισμός των ιατρών και η ανισοκατανομή ειδικοτήτων βάσει αναγκών.
- Η νομοθετική αδυναμία για ανάπτυξη μηχανισμών αποτροπής της προκλητής ζήτησης.

- Οι οργανωμένες επαγγελματικές συντεχνίες.
- Οι αντιδράσεις των κοινωνικών φορέων.
- Η νοτροπία-κουλτούρα της κοινωνίας και ιδιαίτερα των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η ΠΦΥ της Ελλάδας, ως απόρροια του ΕΣΥ, συμπεριλαμβάνει, με υπαρκτά στοιχεία από το ισχύον σύστημα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας.¹ Η εφαρμογή προτύπων διάφορων του ελληνικού γίνεσθαι και η προσήλωση σε κουλτούρες με διαφορετικές συμπεριφορικές καταβολές ιατρών και ασθενών δημιούργησε ένα ατέρμονο και ανερμάτιστο σύστημα ΠΦΥ. Επίσης, ο διακρινόμενος κατακερματισμός ανέδυε προσκόμματα αποσαφηνισμένων κυβερνητικών οραμάτων.¹⁵ Θετική κατάληξη του πολυκερματισμού είναι η αισθητή απομείωσή του τα έτη 2011, 2014 και 2016 με τη σύσταση των ΕΟΠΥΥ, ΠΕΔΥ και ΕΦΚΑ, αντίστοιχα.

Ο οικογενειακός ιατρός δεν βρήκε πρόσφορο νομοθετικό, διοικητικό και κοινωνικό έδαφος ώστε να ανασηκώσει την ΠΦΥ αποτάσσοντας έτσι το νοσοκομειοκεντρικό χαρακτήρα του υγειονομικού συστήματος με την καθιέρωσή του ως σημείο αναφοράς καθώς και θεμελιακού συντελεστή της συνεργασίας και



του συντονισμού μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας βαθμίδας περίθαλψης. Η υποχρεωτική παραπομπή των ασθενών σε ανώτερες βαθμίδες, μέσω του οικογενειακού ιατρού, παρέχει ασφαλιστική δικλίδα η οποία εφαρμόζεται επιτυχώς στη Μεγάλη Βρετανία. Στην Ελλάδα η εν λόγω δυνατότητα και υπό προϋποθέσεις δεν συμπεριλήφθηκε ούτε στο νόμο 4238/2014, καθιστώντας καθ' αυτό τον τρόπο τον οικογενειακό ιατρό σε όργανο καθοδήγησης, συνταγογράφησης και υποστήριξης και την πολιτεία σε αναποφάσιστο εκτελεστικό φορέα προσβολής συντεχνιακών συμφερόντων.^{7,10,12} Σε κάθε περίπτωση η διέλευση της ΠΦΥ μέσω μιας δημοσιονομικής και κοινωνικής κρίσης φαντάζει όσο ποτέ άλλοτε ως η ευκαιρία μιας προσαρμοσμένης, θωρακισμένης και ολοκληρωμένης αποφασιστικής πρωτοβουλίας, εδραιωμένης στα σταθερά θεμέλια του στοχευόμενου σχεδιασμού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Θεοδώρου Μ, Μητροσύλη Μ. Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας. Εκδ., ΕΑΠ, Πάτρα, 1999.
2. Σωτηριάδου Κ, Μαλλιάρου Μ, Σαράφης Π. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα-κατάσταση και προοπτικές. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας 2011;3(4):140-148.
3. Ιωαννίδη Ε, Λοπατατζίδης Α, Μαντή Π. Υγεία Οριοθετήσεις και Προοπτικές. Εκδ.,

ΕΑΠ, Πάτρα, 1999.

4. Ν.1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α') «Εθνικό Σύστημα Υγείας».
5. Ν.2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α') «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις».
6. Ν.3235/2004 (ΦΕΚ 53 Α') «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας».
7. Ν.4238/2014 (ΦΕΚ 38 Α') «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε. .Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις».
8. Γιανασμίδης Α, Τσιαούση Μ. Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980-2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2012; 29 (1):106-115.
9. Πετρέλης Μ, Δομάγερ Φ.Ρ. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. Το Βήμα του Ασκληπιού 2016;15(4):365-379.
10. Νταμπαντά Διονυσία, Ο οικογενειακός Ιατρός στην Ελλάδα, ONLINE, 14 Οκτωβρίου 2011,111, Διαθέσιμο από:http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/13/4/431.pdf, 27/02/2017.
11. Θεοδώρου Μ. Η επίδραση εναλλακτικών οργανωτικών σχημάτων στη ζήτηση και κατανάλωση υπηρεσιών υγείας: Η

- περίπτωση του οικογενειακού γιατρού στο ΙΚΑ, Διδακτορική διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, 1992.
12. Ποτήρης Α, Σαράφης Π. Ανασκόπηση του νομοθετικού πλαισίου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα-Προτάσεις βελτίωσης. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας 2014;6(3):116-121.
13. Δίκαιος Κ, Κουτούζης Μ, Πολύζος Ν, Σιγάλας Ι, Χλέτσος Μ. Βασικές Αρχές Διοίκησης (Management) Υπηρεσιών Υγείας. Εκδ., ΕΑΠ, Πάτρα, 1999.
14. Kringos D, Boerma W, Hutchinson A, Saltman R. Building primary care in a changing Europe. World Health Organization 2015;38:27-172.
15. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T. et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. British Journal of General Practice 2013;63(616):742-750.
16. Ν.2071/1992 (ΦΕΚ 123 Α') «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας».
17. Ν.2194/1994(ΦΕΚ 34 Α') «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις».
18. Ν.2889/2001 (ΦΕΚ 37 Α') «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις».
19. Ν.3106/2003 (ΦΕΚ 30 Α') «Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις».
20. Ν.3329/2005(ΦΕΚ 81 Α') «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις».
21. Ν.3918/2011 (ΦΕΚ 31 Α') «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις».
22. Ν.4387/2016 (ΦΕΚ 85 Α') «Ενιαίο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλειας-Μεταρρύθμιση ασφαλιστικού-συνταξιοδοτικού συστήματος-Ρυθμίσεις φορολογίας εισοδήματος και τυχερών παιγνίων και άλλες διατάξεις».
23. Abel-Smith B, Calltorp J, Dixon M, Dunning A, Evans R, Holland W κ.α. Έκθεση της ειδικής επιτροπής εμπειρογνομόνων για τις ελληνικές υπηρεσίες υγείας. Εκδ., Φαρμέτρικα, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα, 1994.
24. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Πλαίσιο επιχειρησιακού σχεδίου αποκέντρωσης του εθνικού συστήματος υγείας-Για την υλοποίηση του Προγράμματος Μεταρρύθμισης «ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΟΛΙΤΗ» 2000-2006, ONLINE, Μάιος 2002, 76, Διαθέσιμο από: http://www.hellenicparliament.gr/Nomothetiko-Ergo/Syztiseis-kai-Psifisi?law_id=7e18269e-f2a5-43ba-bf5c-a7220125b024, 25/06/2017.



25. Βουλή των Ελλήνων, Συγκρότηση Τοπικών Ομάδων Υγείας (ΤΟΜΥ) με αντικείμενο την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), ONLINE, 15 Μαρτίου 2017, 77, Διαθέσιμο από: http://www.hellenicparliament.gr/Nomothetiko-Ergo/Syzitiseis-kai-Psifisi?law_id=7e18269e-f2a5-43ba-bf5c-a7220125b024, 25/06/2017.