

## ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ SPECIAL ARTICLE

# Ορόσημα στην εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Το 1978, η Διακήρυξη της Άλμα-Άτα έθεσε την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) στο επίκεντρο των υπηρεσιών υγείας και στο προσκήνιο της συνολικής κοινωνικής πολιτικής. Σαράντα έτη μετά, η Διακήρυξη της Αστάνα επιβεβαίωσε τις αρχές της ΠΦΥ και επικαιροποίησε το περιεχόμενό της. Όμως, η ΠΦΥ διαμορφώθηκε από γεγονότα και κείμενα που χρονολογούνται από τις αρχές του 20ού αιώνα. Η «Έκθεση Dawson» του 1920 στο Ηνωμένο Βασίλειο, που δεν εφαρμόστηκε, ήταν η πρώτη η οποία πρότεινε την οργάνωση πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων κέντρων υγείας, που θα υποστηρίζονται από πανεπιστημιακά νοσοκομεία και άλλες υπηρεσίες. Στη δεκαετία του 1940, σε υποβαθμισμένες περιοχές της Νότιας Αφρικής, η προσανατολισμένη στην κοινότητα πρωτοβάθμια φροντίδα (COPC) συνδύασε τις μεθοδολογίες της δημόσιας υγείας και της ΠΦΥ με την ενεργό συμμετοχή της κοινότητας για να επιφέρει σημαντική βελτίωση στην υγεία των κατοίκων. Το 1961, η «οικολογία της υγείας» ή η πυραμίδα της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, κατέδειξε τη συχνότητα της προσφυγής στις υπηρεσίες υγείας από τον ενήλικο πληθυσμό και έθεσε τη βάση για την ανάπτυξη των τριών βαθμίδων της φροντίδας. Σαράντα έτη αργότερα, δεύτερη εργασία έδειξε ότι ως «τάξεις μεγέθους» τα αρχικά ευρήματα συνεχίζουν να ισχύουν. Με τη Διακήρυξη της Άλμα-Άτα τα κράτη μέλη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και της UNICEF δήλωσαν τη δέσμευσή τους για μείωση των ανισοτήτων στην υγεία μέσω μιας οριζόντιας, ολοκληρωμένης και πλήρους ΠΦΥ, με τη συμμετοχή της κοινότητας. Όμως, η διάσταση λόγων και έργων και η «επιλεκτική ΠΦΥ» περιόρισαν την επιτυχή εφαρμογή της ΠΦΥ. Στις ανεπτυγμένες χώρες, η ΠΦΥ ταυτίστηκε με την παροχή υπηρεσιών Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής. Η αναβίωση του ενδιαφέροντος στην ΠΦΥ κατά τη δεκαετία του 2000 σηματοδοτείται από την Παγκόσμια Έκθεση Υγείας του ΠΟΥ του 2008 με τίτλο «ΠΦΥ: τώρα όσο ποτέ άλλοτε». Το 2018, η Διακήρυξη της Αστάνα ανανέωσε το όραμα της ΠΦΥ, αλλά οι αβεβαιότητες για τις προοπτικές της ΠΦΥ παραμένουν. Οι αβεβαιότητες επαυξάνονται από την τρέχουσα πανδημία της Covid-19 και τις απρόβλεπτες ακόμη συνέπειές της στην κοινωνία, στην οικονομία και στην πολιτική και, κατ'επέκταση, στις υπηρεσίες φροντίδας της υγείας.

## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) καθιερώθηκε το 1978 ως ο βασικός πυλώνας των υπηρεσιών υγείας με τη Διακήρυξη της Άλμα-Άτα.<sup>1</sup> Έκτοτε, οι βασικές της αρχές δεν αμφισβητήθηκαν ρητά, όμως η αναντιστοιχία λόγων και έργων είναι σύννηθος φαινόμενο, οι παρερμηνείες της είναι συχνές και η εφαρμογή της παρουσιάζει διακυμάνσεις.

Το 2018, η Διακήρυξη της Αστάνα επιβεβαίωσε τις βασικές αρχές της ΠΦΥ και επικαιροποίησε το περιεχόμενό της.<sup>2</sup> Όμως, η Διακήρυξη της Άλμα-Άτα ήταν το επιστέγασμα μιας μακράς επώασης και εμπνεύστηκε από γεγονότα και κείμενα που χρονολογούνται από πολλά χρόνια πριν. Η παρούσα εργασία παρουσιάζει τα σημαντικότερα ορόσημα στην εξέλιξη της ΠΦΥ, ξεκινώντας από τις αρχές του 20ού αιώνα, με σκοπό τον αναστοχασμό για την έννοια

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2021, 38(5):675–682  
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2021, 38(5):675–682

## A. Φιλαλήθης

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

## Landmarks in the development of Primary Health Care

Abstract at the end of the article

## Λέξεις ευρετηρίου

Γενική/Οικογενειακή Ιατρική  
Δημόσια υγεία  
Ιστορία Ιατρικής  
Προσανατολισμένη στην κοινότητα  
πρωτοβάθμια φροντίδα  
Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Υποβλήθηκε 23.10.2020

Εγκρίθηκε 5.11.2020

**Υποσημείωση:** Ο συγγραφέας διατέλεσε 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 διατέλεσε 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).

και το περιεχόμενο της ΠΦΥ. Κάποια από τα σημεία που παρουσιάζονται είναι γνωστά, αλλά δεν έχουν αναδειχθεί στην ελληνόγλωσση βιβλιογραφία. Η εξέλιξη της ΠΦΥ στην Ελλάδα αναλύεται σε άλλη εργασία.<sup>3</sup>

## 2. Η «ΕΚΘΕΣΗ DAWSON», ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ, 1920

Το 1919, το νεο-ιδρυθέν υπουργείο υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (ΗΒ) συγκρότησε μια ειδική επιτροπή με σκοπό τη σύνταξη ενός σχεδίου για την οργάνωση ενός «συστήματος παροχής ιατρικών και συναφών υπηρεσιών στους κατοίκους μιας περιοχής».<sup>4</sup> Το 1920 δημοσιεύτηκε η «Ενδιάμεση έκθεση για τη μελλοντική παροχή ιατρικών και συναφών υπηρεσιών»,<sup>5</sup> η οποία έγινε γνωστή ως η «Έκθεση Dawson», από το όνομα του προέδρου της επιτροπής, Λόρδου Bertrand Dawson, επιφανούς ιατρού και μετέπειτα προέδρου του Βασιλικού Κολλεγίου των παθολόγων του ΗΒ. Η Έκθεση πρότεινε τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος υπηρεσιών υγείας σε κάθε περιοχή, που περιλάμβανε: (α) Πρωτοβάθμια κέντρα υγείας (Primary Health Centres), στελεχωμένα κατά κύριο λόγο από γενικούς ιατρούς (general practitioners, GP), με σκοπό την παροχή υπηρεσιών πρόληψης και θεραπείας στους κατοίκους, καθώς και τη νοσηλεία των πιο απλών περιστατικών, (β) δευτεροβάθμια κέντρα υγείας (Secondary Health Centres), στελεχωμένα από ειδικούς ιατρούς (consultants and specialists) που θα δέχονται, στα εξωτερικά ιατρεία ή στους θαλάμους νοσηλείας, ασθενείς οι οποίοι παραπέμπονται από τα πρωτοβάθμια κέντρα υγείας, και (γ) πανεπιστημιακά νοσοκομεία (Teaching Hospitals), σανατόρια, κέντρα ανάρρωσης, νοσοκομεία ψυχικών παθήσεων κ.λπ., για την υποστήριξη των προηγούμενων. Στις 30 σελίδες της Έκθεσης περιλαμβάνονται, εκτός από την περιγραφή των υπηρεσιών, δύο χάρτες με την κατανομή των δομών σε συγκεκριμένες περιοχές και (ενδεικτικά) αρχιτεκτονικά σχέδια για τρεις τύπους πρωτοβάθμιων κέντρων υγείας. Η ενδιάμεση Έκθεση αναγνωρίζει ότι η εφαρμογή του σχεδίου συνεπάγεται κόστος, για την εκτίμηση του οποίου παραπέμπει σε ειδική μελέτη. Όμως, η ειδική μελέτη ουδέποτε δημοσιεύτηκε, όπως δεν δημοσιεύτηκε ούτε η οριστική έκθεση της επιτροπής. Το συμπέρασμα ότι το προτεινόμενο εγχείρημα απορρίφθηκε είναι πασιφανές. Περίπου τρεις δεκαετίες αργότερα, η «Έκθεση Dawson» επηρέασε την οργάνωση του βρετανικού εθνικού συστήματος υγείας (NHS) που άρχισε να λειτουργεί το 1948. Κλείνοντας την αναφορά στην πρωτοπόρα για την εποχή της Έκθεσης Dawson, αξίζει να αναλογιστούμε ποια ήταν η εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης το 1920, όταν, μεταξύ άλλων, δεν είχε ανακαλυφθεί ούτε η πενικιλίνη.

## 2. Η ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΕΝΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ, ΔΕΚΑΕΤΙΑ 1940

Η προσανατολισμένη στην κοινότητα πρωτοβάθμια φροντίδα (Community Oriented Primary Care, COPC) αποτελεί τον συγκερασμό, στην πράξη, δύο πεδίων: της ΠΦΥ και της δημόσιας υγείας. Το εγχείρημα της COPC άρχισε στην περιοχή Pholela της επαρχίας Nadal της Νότιας Αφρικής το 1940 από τους νέους ιατρούς Sidney και Emily Kark.<sup>6</sup> Προκειμένου να αντιμετωπίσουν την υψηλή νοσηρότητα των μαύρων κατοίκων της πτωχής αυτής περιοχής, εφάρμοσαν ένα πρόγραμμα καταγραφής της νοσηρότητας και παρέμβασης για την πρόληψη και τη θεραπεία των ασθενειών, με την ενεργό συμμετοχή της τοπικής κοινότητας. Το πρόγραμμα είχε εντυπωσιακά αποτελέσματα, όπως τεκμαίρεται μεταξύ άλλων από τη μείωση της αδρής θνησιμότητας από 38,3/1.000 το 1942 σε 13,6 το 1950 και της βρεφικής θνησιμότητας από 275/1.000 σε 101 στο ίδιο διάστημα.<sup>7</sup> Το 1946 το εγχείρημα επεκτάθηκε σε άλλες υποβαθμισμένες περιοχές, σε συνεργασία με την Ιατρική Σχολή του Durban. Όμως, η εφαρμογή από το καθεστώς της Νότιας Αφρικής του απαρχαίντ, δηλαδή του απόλυτου φυλετικού διαχωρισμού των ανθρώπων, οδήγησε στη σταδιακή εγκατάλειψη της προσπάθειας μετά το 1948. Το ζεύγος Kark μετανάστευσε το 1958 αρχικά στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ) και στη συνέχεια στο Ισραήλ. Εκεί ο Sidney Kark οργάνωσε αντίστοιχα προγράμματα COPC, στο πλαίσιο του Εβραϊκού Πανεπιστημίου,<sup>8</sup> όπου ο ίδιος διετέλεσε καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής. Ο ίδιος ο Kark είναι αυτός που καθιέρωσε τον όρο "COPC" στη δεκαετία του 1970.<sup>9</sup>

Αρκετά ευρεία εφαρμογή είχε η προσέγγιση της COPC στις ΗΠΑ στις δεκαετίες 1960, 1970 και 1980, όταν η ομοσπονδιακή κυβέρνηση χρηματοδότησε προγράμματα COPC σε περίπου 600 κέντρα υγείας σε υποβαθμισμένες περιοχές και σε κοινότητες ερυθροδέρμων.<sup>10,11</sup> Όμως, το εγχείρημα δεν είχε συνέχεια λόγω του αυξημένου κόστους που συνεπάγεται και της έλλειψης της ειδικής εκπαίδευσης στις τεχνικές της COPC των ιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας. Πάντως, παρά τις δυσκολίες, παραδείγματα από την επιτυχή εφαρμογή της COPC συνεχίζονται να δημοσιεύονται.<sup>12</sup>

Χάριν της ιστορικής ακριβείας, πρέπει να αναφερθεί ότι η πρώτη εφαρμογή της επιδημιολογικής μεθοδολογίας για την καταγραφή των αναγκών υγείας χρονολογείται από τη δεκαετία του 1920, όταν ο Will Pickles, γενικός ιατρός σε αγροτική περιοχή της Βρετανίας, κατέγραψε, σε συνεργασία με ανθρώπους από την κοινότητα, τα δημογραφικά στοιχεία όλων των κατοίκων των χωριών που φρόντιζε, καθώς και όλα τα προβλήματα υγείας τα οποία εμφάνιζαν. Από τις παρατηρήσεις του, ο Pickles διαπίστωσε τη σχέση

της ανεμοβλογιάς με τον έρπητα ζωστήρα, τη μεταδοτική φύση της επιδημικής πλευροδυνίας (νόσος του Bornholm) και τον χρόνο επώασης της ηπατίτιδας Α.<sup>13,14</sup>

### 3. Η ΠΥΡΑΜΙΔΑ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, 1961

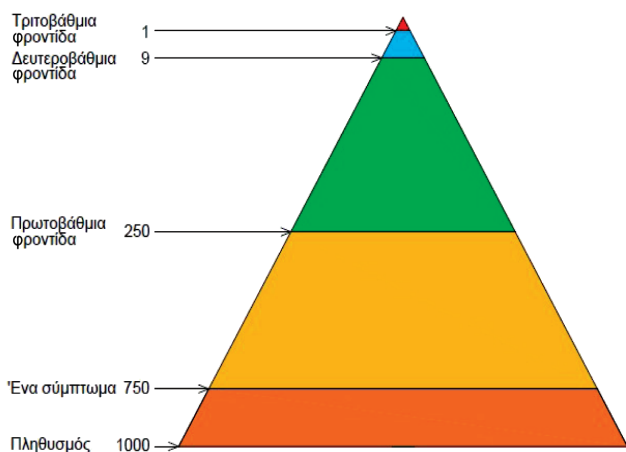
Καθοριστική για την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας ήταν η δημοσίευση των White, Williams και Greenberg του Πανεπιστημίου της Βόρειας Καρολίνας για την «Οικολογία της ιατρικής φροντίδας».<sup>15</sup> Οι συγγραφείς αξιοποίησαν δεδομένα από τις ΗΠΑ και το ΗΒ, καθώς και από εστιασμένη έρευνα που διεξήγαγαν στη Βόρεια Καρολίνα, για τη μελέτη της συχνότητας χρήσης των υπηρεσιών υγείας από έναν γενικό πληθυσμό. Αναφέροντας ότι οι έρευνες νοσηρότητας που βασίζονται σε δεδομένα από νοσοκομεία ή από εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες δεν παρέχουν παρά μόνο μια αποσπασματική εικόνα της πραγματικότητας, προσέγγισαν το ερώτημα από τη συνολική (οικολογική) του σκοπιά. Οι συγγραφείς κατέληξαν ότι σε έναν πληθυσμό 1.000 ενηλίκων στις ΗΠΑ και στο ΗΒ, στη διάρκεια ενός μήνα, «750 θα βιώσουν ένα επεισόδιο ασθένειας, από τους οποίους οι 250 θα συμβουλευτούν ιατρό, 9 θα εισαχθούν σε νοσοκομείο, 5 θα παραπεμφθούν σε δεύτερο ιατρό και ένας (ή μία) θα παραπεμφθούν σε πανεπιστημιακό ιατρικό κέντρο». Παρ' ότι οι όροι «πρωτοβάθμια», «δευτεροβάθμια» και «τριτοβάθμια» φροντίδα δεν αναφέρονται στην εργασία, αυτή αποτέλεσε τη βάση για την οργάνωση των καθιερωμένων πλέον τριών βαθμίδων, όπως απεικονίζονται στην εικόνα 1 (οι οποίες στην αρχική εργασία παρουσιάζονται με τη μορφή κύβου). Σημειωτέον ότι στα συμπεράσματά τους οι συγγραφείς τονίζουν το γεγονός ότι η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας που γίνεται στα πανεπιστημιακά

κέντρα βασίζεται σε ένα μεροληπτικά επιλεγμένο (biased) δείγμα των ασθενών σε μια κοινότητα.

Σαράντα έτη αργότερα δημοσιεύτηκε μια εργασία που επικαιροποίησε τα στοιχεία της αρχικής μελέτης<sup>16</sup> (πίν. 1). Η νεότερη μελέτη αντλεί τα δεδομένα της από τα μηχανογραφημένα αρχεία των υπηρεσιών υγείας των ΗΠΑ, περιλαμβάνει τα παιδιά και παρουσιάζει τη χρήση περισσότερων δομών. Οι συγγραφείς διευκρινίζουν ότι οι αριθμοί δεν είναι ένθετοι, δηλαδή δεν είναι υποσύνολα ο ένας του άλλου, αλλά όλοι έχουν ως βάση τον παρονομαστή 1.000. Το συμπέρασμα της μελέτης είναι ότι, παρά την παρέλευση 40 ετών, την αναγκαστικά διαφορετική μεθοδολογία, την πρόοδο της Ιατρικής και τις αλλαγές στο σύστημα υγείας των ΗΠΑ, το μοντέλο αντέχει στον χρόνο καθ' ότι οι διαφορές, με όρους «τάξεις μεγέθους», είναι μικρές. Σημειωτέον ότι η αντοχή του μοντέλου στον χρόνο εξηγείται από το ότι αναφέρεται σε χώρες όπου επικρατούν τα χρόνια, μη μεταδοτικά νοσήματα (καρδιαγγειακά, νεοπλασμάτα κ.λπ.) και οι οποίες έχουν επάρκεια οργανωμένων και προσβάσιμων υπηρεσιών. Είναι προφανές ότι η «οικολογία της ιατρικής φροντίδας» είναι διαφορετική στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου κυριαρχούν τα λοιμώδη νοσήματα και η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας είναι περιορισμένη.

### 4. Η ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΗΣ ΑΛΜΑ-ΑΤΑ, 1978

Όπως ήδη αναφέρθηκε, η Διακήρυξη της Άλμα-Ατα καθιέρωσε την ΠΦΥ ως τον βασικό πυλώνα των υπηρεσιών υγείας. Υιοθετήθηκε ομόφωνα από τους εκπροσώπους 134 κρατών μελών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και της UNICEF στο συνέδριο που έλαβε χώρα στην πρωτεύουσα της τότε Σοβιετικής Δημοκρατίας του Καζακστάν στις 6-12 Σεπτεμβρίου 1978. Το συνέδριο ήταν το επιστέγασμα



**Εικόνα 1.** Η πυραμίδα της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, 1961. Πηγή: White et al, τροποποιημένο.<sup>15</sup>

**Πίνακας 1.** Η χρήση των υπηρεσιών υγείας, 1961 και 2001.

Είδος χρήσης υπηρεσιών υγείας	1961	2001
Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας	1	<1
Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας	9	8
Επίσκεψη σε τμήμα επειγόντων περιστατικών		13
Κατ' οίκον νοσηλεία		14
Επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου		21
Επίσκεψη σε εναλλακτική φροντίδα		65
Επίσκεψη σε ιατρείο		217
Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	250	327
Τουλάχιστον ένα σύμπτωμα	750	800
Πληθυσμός	1.000	1.000

Πηγή: White et al,<sup>15</sup> Green et al<sup>16</sup>

μιας πολυετούς και επίπονης προετοιμασίας από τον ΠΟΥ, υπό την εμπνευσμένη ηγεσία του τότε Γενικού Διευθυντή (1973–1988), του Δανού ιατρού Halfdan Mahler, καθώς και της στενής συνεργασίας που είχε με τη UNICEF. Η Διακήρυξη δεν ήταν μια μεμονωμένη ενέργεια, αλλά αποτελούσε αναπόσπαστο στοιχείο της πολιτικής του ΠΟΥ για «Υγεία για όλους το 2000»,<sup>17</sup> δηλαδή ήταν μέρος μιας ευρείας στρατηγικής που επικαλείτο το καθολικό δικαίωμα για υγεία, αποσκοπούσε στη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία, συνέδεε την υγεία με την κοινωνική και την οικονομική ανάπτυξη και τονίζε την αναγκαιότητα της συμμετοχής της κοινότητας στην όλη διαδικασία. Αυτή είναι η ιδεολογική και πολιτική διάσταση της Διακήρυξης. Η εφαρμοσμένη διάστασή της αναφέρεται στον ορισμό και στο περιεχόμενο της ΠΦΥ: «*Η ΠΦΥ είναι η ουσιώδης φροντίδα υγείας, η οποία βασίζεται σε μεθόδους και τεχνολογία που είναι πρακτικές, επιστημονικά στέρεες και κοινωνικά αποδεκτές, και είναι καθολικά προσβάσιμη από τα άτομα και τις οικογένειες στην κοινότητα, με την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος το οποίο η κοινότητα και η χώρα μπορεί να αντέξει...*». Όσο για το περιεχόμενο, η ΠΦΥ παρέχει, μέσω της ομάδας υγείας, το «τρίπτυχο» της πρόληψης, της θεραπείας και της αποκατάστασης σε όλους χωρίς διακρίσεις και με τη συμμετοχή των χρηστών, ενώ υποστηρίζεται από και υποστηρίζει κατάλληλα συστήματα παραπομπής. Βασικό στοιχείο της ΠΦΥ είναι η συνέργεια της με τη δημόσια υγεία με σκοπό την προαγωγή υγείας του πληθυσμού, παραπέμποντας, χωρίς να την αναφέρει, στη COPC. Από τα παραπάνω απορρέει ο οριζόντιος χαρακτήρας της ΠΦΥ ως μέρος ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας.

Η ιδεολογική, πολιτική διάσταση της ΠΦΥ δεν αμφισβητήθηκε δημόσια, αλλά στην πράξη αγνοήθηκε από πολλές χώρες και κυβερνήσεις. Αντίθετα, η πρακτική, εφαρμοσμένη διάσταση αμφισβητήθηκε ευθέως ως ανεφάρμοστη και μη ρεαλιστική για τις αναπτυσσόμενες χώρες. Μόλις ένα έτος μετά τη Διάσκεψη της Άλμα-Άτα προτάθηκε η εφαρμογή της «επιλεκτικής (selective) ΠΦΥ», δηλαδή της επικέντρωσης σε συγκεκριμένες παρεμβάσεις που έχουν άμεσα, χειροπιαστά αποτελέσματα.<sup>18</sup> Η κάθετη αυτή παρέμβαση έγινε γνωστή με την ονομασία GOBI (growth monitoring, oral rehydration, breastfeeding, and immunization).<sup>19</sup> Η εν λόγω προσέγγιση υιοθετήθηκε από τη UNICEF και από τους διεθνείς και τους εθνικούς, δημόσιους και ιδιωτικούς, οργανισμούς χορηγών που χρηματοδοτούν προγράμματα υγείας στις αναπτυσσόμενες χώρες, καθ' ότι έχει μετρήσιμα αποτελέσματα και χαμηλό δείκτη κόστους-ωφέλειας. Όταν έληξε η τρίτη θητεία του Mahler, ακόμη και ο ΠΟΥ στράφηκε σταδιακά προς την «επιλεκτική ΠΦΥ». Η τάση της απομάκρυνσης από την ολοκληρωμένη, οριζόντια προσέγγιση της ΠΦΥ ενισχύθηκε από την επιδημία του AIDS/HIV, που έλαβε μεγάλες διαστάσεις στην Αφρική<sup>20</sup> και η αντιμετώπισή της

έγινε με κάθετα προγράμματα παρέμβασης, τα οποία έτυχαν ειδικής χρηματοδότησης από τους χορηγούς.

Από την άλλη, ο ΠΟΥ επιχείρησε να ενισχύσει τις πολιτικές για τη βελτίωση της υγείας στο επίπεδο του πληθυσμού, οργανώνοντας το 1986 στην Οτάβα συνέδριο που υιοθέτησε την «Χάρτα της Οτάβα για την προαγωγή της υγείας».<sup>21</sup> Η Χάρτα θέτει ως προτεραιότητα την καθιέρωση υγιούς δημόσιας πολιτικής και είναι σαφές ότι απευθύνεται κυρίως στις ανεπτυγμένες χώρες, όπου οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας, που έχουν την ευθύνη των παρεμβάσεων σε επίπεδο πληθυσμού, αποτελούν διακριτή υπηρεσία,<sup>22</sup> υπό την άμεση ή έμμεση εποπτεία του υπουργείου υγείας της χώρας, και δεν μπορούν να ταυτιστούν με την ΠΦΥ. Πιθανόν η επιλογή του Καναδά για το συγκεκριμένο συνέδριο να έχει σχέση με το γεγονός ότι το 1974, στη φάση των προεργασιών για το συνέδριο της Άλμα-Άτα, ο Καναδάς είχε δημοσιεύσει μια έκθεση, γνωστή ως η «Έκθεση Lalonde», από το όνομα του τότε Υπουργού Υγείας της χώρας, Marc Lalonde.<sup>23</sup> Στην έκθεση επισημαίνεται ότι η βελτίωση της υγείας δεν επιτυγχάνεται μόνο μέσω των υπηρεσιών υγείας, αλλά απαιτείται η παρέμβαση στο περιβάλλον και στον τρόπο ζωής. Σε κάθε περίπτωση, η συνέργεια της ΠΦΥ και της δημόσιας υγείας συνεχίζει να προτείνεται ως αναγκαία για την επίτευξη βέλτιστων αποτελεσμάτων στην υγεία.<sup>24</sup>

## 5. Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ/ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, 1974 ΚΑΙ 2002

Στις βιομηχανικά ανεπτυγμένες χώρες η ΠΦΥ ταυτίστηκε με την παροχή υπηρεσιών από τους ιατρούς Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής (Γ/Οικ),<sup>25</sup> ενώ η διάδοση της ειδικότητας στις αναπτυσσόμενες χώρες παρουσιάζει δυσκολίες.<sup>26</sup> Οι υπηρεσίες Γ/Οικ αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής με το σύστημα υγείας, είτε υποχρεωτικά (gatekeeping), είτε προαιρετικά και παράλληλα με τις υπηρεσίες ιατρών άλλων ειδικοτήτων, ενώ η συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας και με άλλες υπηρεσίες θεωρείται δεδομένη.<sup>27</sup> Όμως, το τι είναι η Γ/Οικ δεν είναι αυτονόητο. Έτσι, ήδη από τη δεκαετία του 1970, όταν αναπτυσσόταν το κίνημα για την ΠΦΥ, αυξήθηκε το ενδιαφέρον για τη Γ/Οικ και για τον ορισμό της. Το 1974, μια ομάδα γενικών/οικογενειακών ιατρών από χώρες της Ευρώπης συναντήθηκε στο Leeuwenhorst της Ολλανδίας και κατέληξε στον εξής ορισμό: «*Ο γενικός ιατρός είναι αυτός που παρέχει προσωπική, πρωτοβάθμια και συνεχή φροντίδα σε άτομα, σε οικογένειες και στον πληθυσμό ευθύνης, ανεξάρτητα από ηλικία, φύλο και ασθένεια. Η σύνθεση των λειτουργιών αυτών είναι μοναδική*».<sup>28</sup> Με τον εν λόγω ορισμό διασαφηνίζεται τόσο το εύρος του ιατρικού έργου της Γ/Οικ όσο και το διακριτό πεδίο της σε σχέση με τις άλλες κλινικές ειδικότητες, ενώ είναι σημαντικό ότι

τονίζει τη φροντίδα όχι μόνο των ασθενών, αλλά και των οικογενειών και της κοινότητας.

Αξίζει εδώ και ένα σχόλιο για την ονοματολογία της ειδικότητας. Η παραδοσιακή ονομασία της στο ΗΒ ήταν, και παραμένει, «Γενική Ιατρική (general practice)». Η ονομασία αυτή χρησιμοποιήθηκε και στην Ελλάδα το 1955 όταν αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά.<sup>29</sup> Όμως, πολλές χώρες που ανέπτυξαν την ειδικότητα μετά τη δεκαετία του 1980 υιοθέτησαν την ονομασία της «Οικογενειακής Ιατρικής (family medicine)» για τον διαχωρισμό τους από τους ιατρούς χωρίς ειδικότητα. Από τις δύο «τάσεις» προέκυψε η σύνθετη ονομασία της «Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής», η οποία χρησιμοποιείται από τον επιστημονικό φορέα της ειδικότητας στην Ευρώπη, γνωστό ως «WONCA Europe».<sup>30</sup> Η σύνθετη ονομασία υιοθετήθηκε από την Ελλάδα το 2019.<sup>31</sup>

Ο συνοπτικός ορισμός της ομάδας του Leeuwenhorst δεν κάνει κάποια αναφορά σε μια σειρά σημαντικών θεμάτων.<sup>32</sup> Μια προσπάθεια σε αυτή την κατεύθυνση έγινε από το Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης του ΠΟΥ με την πρόταση για τη «Χάρτα της Γ/Οικί».<sup>33</sup> Για νομικούς λόγους δεν ήταν εφικτό να υιοθετηθεί η Χάρτα, οπότε μετονομάστηκε το 1988 σε «Πλαίσιο για την επαγγελματική και διοικητική ανάπτυξη της Γ/Οικί».\* Τα χαρακτηριστικά της Γ/Οικί που αναφέρει το «Πλαίσιο» είναι τα παρακάτω: «γενική (general), συνεχής (continuous), πλήρης (comprehensive), συντονισμένη (coordinated), συνεργατική (collaborative), προσανατολισμένη στην οικογένεια (family-oriented) και προσανατολισμένη στην κοινότητα (community-oriented)». Επίσης, αναλύονται οι δομικές, οι οργανωτικές και οι επαγγελματικές προϋποθέσεις για την ανάπτυξή της, περιλαμβανομένης της ακαδημαϊκής και της ερευνητικής ανάπτυξης.

Ο ορισμός που καθιερώθηκε στη συνέχεια είναι αυτός που επεξεργάστηκε η «WONCA Europe»:<sup>34</sup> «Οι γενικοί/οικογενειακοί ιατροί είναι ειδικοί ιατροί εκπαιδευμένοι στις αρχές του κλάδου (discipline). Είναι προσωπικοί ιατροί, κυρίως υπεύθυνοι για την παροχή πλήρους και συνεχούς φροντίδας σε κάθε άτομο που αναζητά ιατρική φροντίδα ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο και την ασθένεια. Φροντίζουν τα άτομα στο πλαίσιο της οικογένειάς τους, της κοινότητάς τους και του πολιτισμού τους, σεβόμενοι πάντα την αυτονομία των ασθενών τους...». Ο ορισμός συνεχίζει με αναφορές στο έργο που επιτελούν οι γενικοί/οικογενειακοί ιατροί, στη συνεργασία με τους ασθενείς και άλλες υπηρεσίες και στην προσωπική ανάπτυξη και διατήρηση των δεξιοτήτων τους. Στο ίδιο κείμενο αναπτύσσονται τα χαρακτηριστικά, οι δεξιότητες και οι απαραίτητες προϋποθέσεις για την άσκηση της Γ/Οικί.

Το ερώτημα που τίθεται είναι κατά πόσον οι ιατροί που ασκούν τη Γ/Οικί έχουν τις αναγκαίες δεξιότητες για να την ασκήσουν στο εύρος και στο βάθος που δίνει ο ορισμός της ειδικότητας, καθ' όσον η εκπαίδευσή τους δεν περιλαμβάνει το βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο,<sup>35,36</sup> τις έννοιες της συμπόνοιας και της ενσυναίσθησης,<sup>37</sup> την ενασχόληση με την οικογένεια και τις μεθόδους εμπλοκής της κοινότητας.

## 6. «ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ: ΤΩΡΑ ΟΣΟ ΠΟΤΕ ΑΛΛΟΤΕ», 2008

Όπως ήδη αναφέρθηκε, μετά το 1990 το ενδιαφέρον για την ολοκληρωμένη ΠΦΥ μειώθηκε. Ενδεικτικό είναι ότι η Παγκόσμια Τράπεζα, κύριος φορέας χρηματοδότησης αναπτυξιακών έργων στις αναπτυσσόμενες χώρες, σε μια μείζονα έκθεση για τη σχέση της υγείας με την ανάπτυξη, που εκδόθηκε το 1993, δεν αναφέρει καθόλου τον όρο ΠΦΥ.<sup>38</sup> Όμως, στη δεκαετία του 2000 άρχισε να γίνεται αντιληπτό ότι οι κάθεται, εστιασμένες παρεμβάσεις συχνά δεν είχαν τα προσδοκώμενα αποτελέσματα καθ' όσον το οργανωτικό και λειτουργικό περιβάλλον ήταν ιδιαίτερα αδύναμο. Αυτό οδήγησε στην αναβίωση του ενδιαφέροντος για την ευρύτερη, «οριζόντια» προσέγγιση της ΠΦΥ,<sup>39,40</sup> που εκφράζεται από την έκδοση της Παγκόσμιας Έκθεσης Υγείας του 2008, με τίτλο «ΠΦΥ: τώρα όσο ποτέ άλλοτε».<sup>41</sup> Η έκθεση εξετάζει τα εμπόδια στην εφαρμογή της ΠΦΥ, αναδεικνύοντας ως σημαντικούς παράγοντες το νοσοκομείο-κεντρικό σύστημα, την εμπορευματοποίηση και τον κατακερματισμό, και επανατοποθετεί την ΠΦΥ στο επίκεντρο μιας οριζόντιας αναδιάταξης του συστήματος υγείας. Προτάσσει ως προϋπόθεση για την ανάπτυξη της ΠΦΥ τέσσερις μεταρρυθμίσεις που πρέπει να εφαρμοστούν (α) στις υπηρεσίες υγείας, με σκοπό τη δημιουργία ανθρωποκεντρικών υπηρεσιών, (β) στην καθολική ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού, με σκοπό τη μείωση των ανισοτήτων, (γ) στις δημόσιες πολιτικές, με σκοπό την προστασία και την προαγωγή της υγείας της κοινότητας και (δ) στην ηγεσία της υγείας, με σκοπό να αυξηθεί η λογοδοσία των αρχών.

Είναι αξιοσημείωτο ότι το 2010, δύο έτη μετά την έκδοση της Έκθεσης, ψηφίστηκε στις ΗΠΑ ο νόμος Affordable Care Act, γνωστός ως *Obamacare*, που έχει σκοπό την επέκταση της ασφάλισης υγείας στα 50 εκατομμύρια των ανασφάλιστων πολιτών.<sup>42</sup> Επίσης αξιοσημείωτο είναι ότι η αναγκαιότητα της οριζόντιας προσέγγισης της ΠΦΥ επιβεβαιώθηκε το 2013–2016, όταν η επιδημία του ιού Ebola στη δυτική Αφρική και στη Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό απέδειξε ότι η εστιασμένη, κάθετη παρέμβαση για τον έλεγχο της επιδημίας δεν απέδιδε, καθ' όσον τα αδύναμα συστήματα υγείας των εν λόγω χωρών δεν διέθεταν την απαραίτητη υποδομή για τη διαχείριση και επίλυση του προβλήματος.<sup>43</sup>

\* Το «Πλαίσιο» οριστικοποιήθηκε όταν ο γράφων ήταν υπεύθυνος του τμήματος της ΠΦΥ στο Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης του ΠΟΥ.

## 7. Η ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΗΣ ΑΣΤΑΝΑ, 2018

Η πλήρης επαναφορά, αλλά και ανανέωση, της ΠΦΥ έγινε στο Παγκόσμιο Συνέδριο που συνδιοργάνωσαν και πάλι ο ΠΟΥ και η UNICEF στις 25–26 Οκτωβρίου 2018 στην Αστάνα, τη νέα πρωτεύουσα της Δημοκρατίας του Καζακστάν, με τη συμμετοχή περισσότερων από 120 κρατών. Η Διακήρυξη της Αστάνα επιβεβαιώνει ότι η υγεία είναι θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα το οποίο συνδέεται με την καθολική (ασφαλιστική) κάλυψη για υγεία (universal health coverage), που συνιστά έναν από τους βιώσιμους στόχους της ανάπτυξης (sustainable development goals) του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ).<sup>44</sup> Παράλληλα, εισάγει ορισμένες νέες έννοιες, όπως είναι η διεύρυνση του τρίπτυχου της πρόληψης, της θεραπείας και της αποκατάστασης με την προσθήκη της προαγωγής της υγείας και της ανακουφιστικής φροντίδας, και η αναφορά στους οικονομικούς, κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς προσδιοριστές της υγείας και στους παράγοντες κινδύνου. Η Διακήρυξη της Αστάνα επιβεβαιώνει την ανάγκη συνεργασίας της ΠΦΥ με τη δημόσια υγεία και τη συμμετοχή της κοινότητας στην όλη διαδικασία.

## 8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΟ ΣΧΟΛΙΟ

Οι ρίζες της ΠΦΥ βρίσκονται σε κείμενα και πρακτικές που ξεκίνησαν στις αρχές του 20ού αιώνα, αλλά ήταν συχνά τόσο πρωτοποριακές που παρέμειναν «περιθωριακές». Όμως, στη δεκαετία του 1970, όταν ο κόσμος ήταν διχασμένος στα αντίπαλα στρατόπεδα του ψυχρού πολέμου και διαιρεμένος σε ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες, η συντριπτική πλειοψηφία των κρατών του κόσμου συναίνεσαν στην ιστορική Διακήρυξη της Άλμα-Άτα. Την εποχή της παγκοσμιοποίησης, η Διακήρυξη της Αστάνα

εκουγχρονίζει τη γλώσσα και τις έννοιες της ΠΦΥ, αλλά δεν παρεκκλίνει από τις βασικές αρχές της Άλμα-Άτα. Αυτό χαιρετίζεται από πολλούς σχολιαστές,<sup>43,45,46</sup> αλλά άλλοι εγείρουν ερωτήματα για το αν η νέα Διακήρυξη θα είναι περισσότερο αποτελεσματική από την αρχική.<sup>47</sup>

Το ερώτημα που προκύπτει είναι αν η νέα Διακήρυξη θα έχει σημαντική επιρροή στο υγειονομικό γίγνεσθαι. Αν και είναι νωρίς για να απαντηθεί το ερώτημα, η αποτίμηση περιπλέκεται από την τρέχουσα πανδημία της Covid-19, που ενέσκηψε ως μια ανυπολόγιστης σφοδρότητας θύελλα στην ανθρωπότητα. Οι κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές συνέπειες είναι απρόβλεπτες, το ίδιο και το πώς θα επηρεάσει την πορεία των συστημάτων υγείας.

Η κατάσταση περιπλέκεται ακόμη περισσότερο από την απόφαση των ΗΠΑ να αποχωρήσουν από τον ΠΟΥ, στερώντας τον Οργανισμό από τη σημαντική συνεισφορά της χώρας στον προϋπολογισμό του και, ενδεχομένως, από την εξ ίσου σημαντική συνεισφορά των επιστημόνων της στην παροχή τεχνογνωσίας για τη διαχείριση των παλαιών και νέων προκλήσεων για την υγεία που δεν θα πάψουν να εκδηλώνονται. Όμως, ο Οργανισμός φαίνεται να αντιδρά στην κρίση. Το Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης του ΠΟΥ όρισε ειδική επιτροπή για «την υγεία και τη βιώσιμη ανάπτυξη, εν όψει των πανδημιών». Έργο της είναι «να αντλήσει διδάγματα από το πώς τα συστήματα υγείας διαφορετικών χωρών ανταποκρίθηκαν στην πανδημία Covid-19 και να διατυπώσει προτάσεις για επενδύσεις και μεταρρυθμίσεις, με σκοπό τη βελτίωση της ανθεκτικότητας στην υγεία και στα συστήματα κοινωνικής φροντίδας».<sup>48</sup> Ας ελπίσουμε ότι η επιτροπή θα είναι αντάξια των περιστάσεων και οι προτάσεις της θα ακολουθήσουν τη ρηξικέλευθη παράδοση της Διακήρυξης της Άλμα-Άτα.

## ABSTRACT

### Landmarks in the development of Primary Health Care

A. PHILALITHIS

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

*Archives of Hellenic Medicine 2021, 38(5):675–682*

The 1978 Alma-Ata Declaration placed Primary Health Care (PHC) at the centre of health services and at the forefront of overall social policy, and 40 years later, the Astana Declaration confirmed the principles of PHC and renewed its content. PHC has been influenced by events and writings that date from the early 20th century. The 1920 “Dawson Report” in the UK, which was not implemented, was the first to propose the organization of Primary and Secondary Health Centres, to be supported by teaching hospitals and other services. In the 1940s, Community Oriented Primary Care (COPC) in poor districts of South Africa combined the methodologies of public health and PHC with active community participation to achieve substantial improvements in the health of the population. In 1961, the “ecology of health” or the pyramid of health care utilization, showed how frequently the adult population makes use of

health services, and provided the basis for the development of the three levels of health care. A new paper, 40 years later, showed that, in terms of “order of magnitude”, the original findings remain valid. With the Declaration of Alma-Ata, the member states of the World Health Organization (WHO) and UNICEF affirmed their commitment to reduce health inequalities through the development of horizontal, integrated and comprehensive PHC with community participation. The disparity between words and deeds, however, and “selective PHC” limited its success. In the developed countries, PHC was identified with the services provided by general practice/family medicine. The revival of interest in PHC in the 2000s is demonstrated by the World Health Report of 2008 “PHC: now more than ever”. In 2018, the Astana Declaration revitalized the vision of PHC, but uncertainties are still expressed about its prospects. The uncertainties are augmented by the current Covid-19 pandemic and its unforeseen effects on society, the economy and politics and, by extension, on the health care services.

**Key words:** Community oriented primary care, General practice/family medicine, History of medicine, Primary health care, Public health

## Βιβλιογραφία

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION AND THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 1978. WHO, Geneva, 1978
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION AND THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). Report of the Global Conference on Primary Health Care: From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. WHO, Geneva, 1978
3. ΦΙΛΑΛΗΘΗΣ Α. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα: χαμένη στον λαβύρινθο. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2021, 38:548–556
4. ANONYMOUS. Future provision of medical services: Lord Dawson on the consultative council's report. *Br Med J* 1920, 1:800–802
5. CONSULTATIVE COUNCIL ON MEDICAL AND ALLIED SERVICES. Interim report on the future provision of medical and allied services 1920 (Lord Dawson of Penn). His Majesty's Stationery Office, London, 1920. Available at: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/health-and-social-care-explained/the-history-of-the-nhs/dawson-report/>
6. TOLLMAN S. Community oriented primary care: Origins, evolution, applications. *Soc Sci Med* 1991, 32:633–642
7. SUSSER M. Pioneering community-oriented primary care. *Bull World Health Organ* 1999, 77:436–438
8. ABRAMSON JH. Community-oriented primary care – strategy, approaches, and practice: A review. *Public Health Rev* 1988, 16:35–98
9. MADISON DL. The case for community-oriented primary care. *JAMA* 1983, 249:1279–1282
10. MULLAN F, EPSTEIN L. Community-oriented primary care: New relevance in a changing world. *Am J Public Health* 2002, 92:1748–1755
11. INSTITUTE OF MEDICINE. Community oriented primary care: A practical assessment. Volumes 1–2. The National Academies Press, Washington, DC, 1984
12. GERVITS M, ANDERSON M. Community-oriented primary care (COPC) in Barcelona, Spain: An urban COPC experience. *Int J Health Serv* 2014, 44:383–398
13. LONGLETT SK, KRUSE JE, WESLEY RM. Community-oriented primary care: Historical perspective. *J Am Board Fam Pract* 2001, 14:54–63
14. PICKLES WN. *Epidemiology in a country practice*. 1st ed. Williams & Wilkins, Baltimore, 1939
15. WHITE KL, WILLIAMS TF, GREENBERG BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med* 1961, 265:885–892
16. GREEN LA, FRYER GE Jr, YAWN BP, LANIER D, DOVEY SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med* 2001, 344:2021–2025
17. ΦΙΛΑΛΗΘΗΣ Α. Υγεία για όλους το 2000 και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Ουτοπία, παγίδα ή εφικτός στόχος. *Ιατρική* 1982, 42:257–264
18. WALSH JA, WARREN KS. Selective primary health care: An interim strategy for disease control in developing countries. *Soc Sci Med Med Econ* 1980, 14:145–163
19. CUETO M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health* 2004, 94:1864–1874
20. ROHDE J, COUSENS S, CHOPRA M, TANGCHAROENSATHIEN V, BLACK R, BHUTTA ZA ET AL. 30 years after Alma-Ata: Has primary health care worked in countries? *Lancet* 2008, 372:950–961
21. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Ottawa charter for health promotion. The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986. WHO, Geneva, 1986
22. ΦΙΛΑΛΗΘΗΣ Α, ΦΩΤΟΠΟΥΛΟΣ Α, ΤΡΟΜΠΟΥΚΗΣ Κ. Δημόσια Υγεία – Κοινωνική Ιατρική: Η ιστορία και η σημειολογία του όρου. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2020, 37:395–405
23. LALONDE M. A new perspective on the health of Canadians [Nouvelle perspective de la santé des Canadiens]. Minister of Supply and Services Canada, Public Health Agency of Canada, n. p. Ottawa, 1974. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
24. WHITE F. Primary health care and public health: Foundations of universal health systems. *Med Princ Pract* 2015, 24:103–116
25. STARFIELD B, SHI L, MACINKO J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005, 83:457–502
26. ROULEAU K, BOURGET M, CHEGE P, COUTURIER F, GODOY-RUIZ P, GRAND'MAISON PH ET AL. Strengthening primary care through family medicine around the world: Collaborating toward promising practices. *Fam Med* 2018, 50:426–436
27. SALTMAN RB, RICO A, BOERMA W. *Primary care in the driver's seat?* European Observatory on Health Systems and Policies series.

Open University Press, Berkshire, 2006

28. HEYRMAN J, SPREEUWENBERGH C (eds). *Vocational training in general practice*. Katholieke Universiteit Leuven, Leuven, 1987
29. ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ 3366/1955. Περί ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος και ιατρικών ειδικοτήτων και άλλων τινών διατάξεων. ΦΕΚ 258/Α/23.9.1955
30. WONCA EUROPE. About WONCA Europe. Available at: <https://www.woncaeurope.org/page/about-wonca-europe>
31. ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ. Διόρθωση σφαλμάτων σε αποφάσεις του Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας. ΦΕΚ 3065/Β/31.7.2019
32. OLESEN F, DICKINSON J, HJORTDAHL P. General practice – time for a new definition. *Br Med J* 2000, 320:354–357
33. WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. Draft charter for general practice/family medicine in Europe: Report on a WHO meeting, Copenhagen, Denmark, 6–7 February 1998. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1998
34. ALLEN J, GAY B, CREBOLDER H, HEYRMAN J, SVAB I, RAM P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: The role of the GP and core competencies. *Br J Gen Pract* 2002, 52:526–527
35. ENGEL GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 1977, 196:129–136
36. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΓΝ. Το «βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο: 40 χρόνια εφαρμογής. *Ψυχιατρική* 2017, 27:107–110
37. ΛΙΟΝΗΣ Χ. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα κάτω από το φως της Διακήρυξης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην Astana. Ένα κείμενο θέσεων. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2020, 37:151–154
38. WORLD BANK. *World development report 1993: Investing in health*. Oxford University Press, New York, 1993
39. ANONYMOUS. A renaissance in primary health care. *Lancet* 2008, 372:863
40. LAWN JE, ROHDE J, RIFKIN S, WERE M, PAUL VK, CHOPRA M. Alma-Ata 30 years on: Revolutionary, relevant, and time to revitalise. *Lancet* 2008, 372:917–927
41. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world health report 2008 – primary health care (now more than ever). WHO, Geneva, 2008
42. KRINGOS D, BOERMA W, BOURGUEIL Y, CARTIERT, DEDEUT, HASVOLD T ET AL. The strength of primary care in Europe: An international comparative study. *Br J Gen Pract* 2013, 63:e742–e750
43. KRAEF C, KALLESTRUP P. After the Astana declaration: Is comprehensive primary health care set for success this time? *BMJ Glob Health* 2019 4:e001871
44. KRUK ME, ATAGUBA JE, AKWEONGO P. The universal health coverage ambition faces a critical test. *Lancet* 2020, 396:1130–1131
45. THE LANCET. The Astana declaration: The future of primary health care? *Lancet* 2018, 392:1369
46. RIFKIN SB. Alma Ata after 40 years: Primary health care and health for all – from consensus to complexity. *BMJ Glob Health* 2018, 3(Suppl 3):e001188
47. WALRAVEN G. The 2018 Astana declaration on primary health care, is it useful? *J Glob Health* 2019, 9:010313
48. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Director: Inaugural Meeting of Pan-European Commission on Health and Sustainable Development takes place. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2020. Available at: <https://www.euro.who.int/en/about-us/regional-director/news/news/2020/08/inaugural-meeting-of-pan-european-commission-on-health-and-sustainable-development-takes-place>

*Corresponding author:*

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