



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΟΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ

**« Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΑ ΔΙΚΤΥΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΔΙΕΘΝΩΣ. ΜΙΑ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΩΝ
ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ »**

**« PRIMARY HEALTH CARE AND SOCIAL CARE NETWORKS
INTERNATIONALLY. A MODERN APPROACH TO INTERGRATED HEALTH
PROTECTION SYSTEMS »**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΗ : ΚΟΥΝΤΟΥΡΗ ΘΕΟΔΟΥΛΑ

ΑΜ : 2221075

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ : ΛΑΧΑΝΑ ΕΛΕΝΗ Καθηγήτρια,
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας**

ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ/2025



Ευχαριστίες

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την καθηγήτρια κ. Ελένη Λαχανά για την πολύτιμη στήριξη και καθοδήγηση της καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών και της εκπόνησης της πτυχιακής μου εργασίας.

Έπειτα νιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω την οικογένεια μου καθώς δίχως αυτήν δεν θα μπορούσα πότε να πραγματοποιήσω τα όνειρά μου.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω το στενό φιλικό μου περιβάλλον για όλη την στήριξη που μου προσέφερε.



Περίληψη

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εξετάζει την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) με την διασύνδεση της με τα δίκτυα κοινωνικής φροντίδας παρέχοντας ανάλυση των θεωρητικών προσεγγίσεων των εννοιών, των συστημάτων υγείας και των διεθνών τάσεων. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση του ρόλου της ΠΦΥ ως βασική συνιστώσα προστασίας της υγείας, η ανάδειξη των προκλήσεων που προκύπτουν αλλά και η παρουσίαση πρακτικών εκσυγχρονισμού και ενίσχυσης της.

Η μελέτη στοχεύει στην εννοιολογική θεμελίωση της ΠΦΥ, ιστορική εξέλιξη της και στη σύγχρονη πορεία της σε συνάρτηση με το κράτος πρόνοιας και την κοινωνική φροντίδα. Ταυτόχρονα παρουσιάζονται οι κύριες πρωτοβουλίες των διεθνών οργανισμών (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, UNICEF, Ευρωπαϊκή Ένωση) που στοχεύουν την ενίσχυση της πρόσβασης και την ενδυνάμωση στις υπηρεσίες υγείας. Ειδική έμφαση δίνεται στη σημασία της συμμετοχής της κοινότητας, στις κοινωνικές ανισότητες αλλά και στην γεωγραφική και κοινωνικοοικονομική διαφοροποίηση της πρόσβασης στα συστήματα υγείας.

Τα συμπεράσματα της εργασίας αναδεικνύουν ότι η ΠΦΥ και τα δίκτυα κοινωνικής φροντίδας είναι άρρηκτα συνδεδεμένα για την ολοκληρωμένη κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Ωστόσο παρουσιάζονται αδυναμίες όπως η ανισομερής κατανομή των πόρων, η υποστελέχωση και η ελλιπής ενσωμάτωση της κοινωνικής φροντίδας στις δομές υγείας. Η ενίσχυση της ΠΦΥ προϋποθέτει επένδυση στην πρόληψη, καλύτερο προγραμματισμό ανθρώπινου δυναμικού και διατομεακή συνεργασία.

Λέξεις Κλειδιά

ΠΦΥ, Δίκτυα Κοινωνικής Φροντίδας, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Διεθνείς προσεγγίσεις υγείας, Προστασία της υγείας



Abstract

This thesis examines Primary Health Care (PHC) with its interconnection with social care networks, providing an analysis of theoretical approaches to concepts, health systems and international trends. The purpose of the thesis is to present the role of PHC as a key component of health protection, to highlight the challenges that arise and to present practices for its modernization and strengthening.

The study aims at the conceptual foundation of PHC, its historical development and its modern course in relation to the welfare state and social care. At the same time, the main initiatives of international organizations (World Health Organization, UNICEF, European Union) are presented, which aim to enhance access to and empower health services. Special emphasis is placed on the importance of community participation, social inequalities and the geographical and socio-economic differentiation of access to health systems.

The conclusions of the thesis highlight that PHC, and social care networks are inextricably linked to the comprehensive coverage of the health needs of the population. However, weaknesses such as uneven distribution of resources, understaffing and incomplete integration of social care in health structures are presented. Strengthening PHC requires investment in prevention, better human resource planning and cross-sectoral cooperation.

Key Words

PHC, Social Care Networks, Primary Health Care, International Health Approaches, Health Protection



ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες	1
Περίληψη	2
Λέξεις Κλειδιά.....	2
Abstract.....	3
Key Words.....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	7
1.1 Προσδιορισμός εννοιών.....	7
1.1.1 Υγεία	7
1.1.2 Συστήματα υγείας.....	9
1.2 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.....	11
1.2.1 Ιστορική αναδρομή της ΠΦΥ.....	11
1.2.2 Θεμελιώδης αρχή και σύγχρονη προσέγγιση της ΠΦΥ	12
1.2.3 Υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	13
1.2.4 Πάροχοι Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας – Ομάδα Υγείας	14
1.2.5 Σύνδεση της ΠΦΥ με τις υπόλοιπες βαθμίδες φροντίδας υγείας	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ- ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	15
2.1.1 Έννοια και θεωρητική προσέγγιση του κράτους πρόνοιας	15
2.1.2 Μοντέλα κράτους πρόνοιας	15
2.2 Έννοια και θεωρητική προσέγγιση της κοινωνικής φροντίδας.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	19
3.1. Η εξέλιξη του Ελληνικού Συστήματος Υγείας και της ΠΦΥ.....	19
3.3 Η Π.Φ.Υ στην Ελλάδα σήμερα.....	22



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΦΥ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	29
4.1 Σύγχρονα Μοντέλα και Πολιτικές Σε Χώρες.....	29
4.1.1 Η ΠΦΥ σε Ευρωπαϊκές Χώρες.....	29
4.1.2 Η ΠΦΥ στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής	33
4.2 Διεθνείς Πρωτοβουλίες και Οργανισμοί στην ΠΦΥ	35
4.2.1 Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.....	35
4.2.2 Ευρωπαϊκή Ένωση	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΦΥ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	39
5.1 Προκλήσεις στην ΠΦΥ και στην κοινωνική φροντίδα.....	39
5.1.1 Υποχρηματοδότηση	39
5.1.2 Κοινωνικές ανισότητες	40
5.1.3 Μεταναστευτικό ζήτημα και πολυπολιτισμικότητα	40
5.1.4 Τεχνολογικό χάσμα.....	41
5.1.5 Γήρανση του πληθυσμού και χρόνια νοσήματα	41
5.2 Προοπτικές για την ΠΦΥ και την κοινωνική φροντίδα	41
5.2.1 Ενίσχυση συστημάτων σε περιόδους κρίσης.....	41
5.2.2 Ψηφιακός μετασχηματισμός.....	42
5.2.3 Διαρκής εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας	42
5.2.4 Διατομεακή συνεργασία και κοινοτική συμμετοχή	43
5.2.5 Ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας.....	43
5.2.6 Μοντέλα παροχής ΠΦΥ με άμεση συμμετοχή της κοινωνικής φροντίδας.....	44
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	44
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	45
Ελληνόγλωσση	45
Ξενόγλωσση	48
Διαδικτύου.....	49



Νόμοι	52
-------------	----

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και είναι απαραίτητη συνιστώσα για την ύπαρξη κοινωνικής ευημερίας και ανάπτυξης. Είναι ευρέως αναγνωρισμένο ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί την πρώτη επαφή των πολιτών με το σύστημα υγείας και τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης έχοντας καθοριστικό ρόλο στην προαγωγή της δημόσιας υγείας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας χαρακτηρίζει την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως ένα σύνολο οργανωμένων υπηρεσιών υγείας που παρέχονται σε κοινοτικό επίπεδο στοχεύοντας στην πρόληψη νοσημάτων, προαγωγή υγείας, κάλυψη αναγκών υγείας και στην παροχή υπηρεσιών υγείας με συνέχεια (Φιλαλήθης,2021).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αντιμετωπίζει την υγεία όχι μόνο σαν ιατρικό ζήτημα αλλά και ως κοινωνικό φαινόμενο. Η διασύνδεσή της με τα δίκτυα κοινωνικής φροντίδας είναι απαραίτητη για τη δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων τα οποία δεν αποσκοπούν μόνο στη θεραπεία των ασθενειών άλλα συμπεριλαμβάνουν την πρόληψη την κοινωνική υποστήριξη και την ενδυνάμωση των πολιτών. Η διαφορετική αυτή προσέγγιση καθιστά ικανά τα συστήματα υγείας να μπορούν να αντιμετωπίζουν με καλύτερο τρόπο τις σύνθετες προκλήσεις που προκύπτουν (WHO,2022).

Η επένδυση στη σύνδεση των κοινωνικών δικτύων φροντίδας με την πρωτοβάθμια φροντίδα έχει επιφέρει μεγαλύτερη ισότητα, καλύτερους δείκτες υγείας και χαμηλότερο κόστος περίθαλψης. Κράτη με ισχυρά συστήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας έχουν επιτύχει τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του πληθυσμού και τη μείωση των ανισοτήτων ενώ κράτη με αδύναμα συστήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παρουσιάζουν χαμηλότερη αποδοτικότητα, περιορισμένη κοινωνική μέριμνα και υψηλότερες δαπάνες (Myloneros T & Sakellariou D,2021).

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι : να εξετάσει την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σε διασύνδεση με τα δίκτυα κοινωνικής φροντίδας, να αναφέρει τις θεωρητικές προσεγγίσεις



και τα διάφορα συστήματα υγείας, να αναδείξει τις προκλήσεις που παρουσιάζονται και να υποβάλλει προτάσεις και κατευθύνσεις ενίσχυσης των συστημάτων προστασίας της υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Προσδιορισμός εννοιών

1.1.1 Υγεία

1.1.1.1 Ορισμός

Η τεράστια σημασία της υγείας για την ανθρωπότητα είναι παγκοσμίως αναγνωρισμένη. Απόδειξη αυτού αποτελεί, το άρθρο 25 της Οικουμενικής Διακήρυξης των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων : << Ο καθένας έχει το δικαίωμα σε ένα επίπεδο διαβίωσης επαρκές για την υγεία και την ευημερία του ίδιου και της οικογένειάς του, συμπεριλαμβανομένων τροφίμων, ρούχων, στέγασης και ιατρικής περίθαλψης και των απαραίτητων κοινωνικών υπηρεσιών, και το δικαίωμα στην ασφάλεια σε περίπτωση ανεργίας, ασθένειας, αναπηρίας, χηρείας, γήρατος ή άλλης έλλειψης βιοπορισμού σε συνθήκες που δεν μπορούν να ελέγξουν>> (United Nations,χ.χ.).

Η έννοια της υγείας αποδίδεται μέσω πληθώρας ορισμών. Δεν υπάρχει συγκεκριμένα, κάποιος ευρέως αποδεκτός ορισμός, ωστόσο η πρώτη προσπάθεια για την δημιουργία ενός ολοκληρωμένου ορισμού συντελέστηκε το 1946 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ορίζοντας την υγεία ως : << μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι μόνο απουσία νόσου ή αναπηρίας >> (WHO,χ.χ.;Σκανδάλη & Μαλλιώτης,2016).

1.1.1.2 Καθοριστικοί παράγοντες της υγείας

Η υγεία ατόμων ή ευρύτερα πληθυσμών, επηρεάζεται από πολλές παραμέτρους, είναι άμεσα συνδεδεμένη με το περιβάλλον και τις συνθήκες που μπορούν μεταβάλλουν την κατάσταση της υγείας. Πιο συγκεκριμένα το σύνολο των κοινωνικών, ατομικών, περιβαλλοντικών και οικονομικών παραγόντων που έχουν επίδραση στην κατάσταση της υγείας ονομάζονται καθοριστικοί παράγοντες για την υγεία. Επηρεάζουν μέσω σύνθετων τρόπων το βιολογικό προφίλ του ατόμου, τη διαθεσιμότητα και χρήση υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης αλλά και την ευρύτερη αντιμετώπιση σχετικά με την υγεία (WHO,2010).



1.1.1.2.1 Κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες

Οι κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες περιλαμβάνουν μη ιατρικούς παραμέτρους σχετικούς με τις συνθήκες γέννησης, ανατροφής, εργασίας διαβίωσης και γήρατος του ανθρώπου. Επιπλέον αναφέρονται και στο σύνολο συστημάτων που έχουν επιρροή στη καθημερινή ζωή όπως πολιτικά συστήματα, κοινωνικούς κανόνες και πρακτικές καθώς και φυσικά οικονομικές πολιτικές και συστήματα. Παρατηρείται πως η υγεία και η ασθένεια εμφανίζουν μία κοινωνική κλίση, σε διάφορες χώρες όλων των επιπέδων εισοδήματος. Η επίδραση τους είναι εμφανής διότι όσο πιο χαμηλό είναι το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο τόσο χειρότερη είναι η υγεία (Μέλου,2021).

Με βάση τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες είναι :

- Η εκπαίδευση του ατόμου
- Η πρόωπη παιδική ανάπτυξη
- Η στέγαση, το περιβάλλον και οι βασικές ανέσεις
- Η κοινωνική ένταξη και ο κοινωνικός αποκλεισμός
- Το εισόδημα και η παρεχόμενη από το κράτος κοινωνική προστασία
- Η ανεργία και εργασιακή ανασφάλεια.
- Οι συνθήκες εργασίας
- Η προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας αξιοπρεπούς ποιότητας (Μέλου,2021).

1.1.1.2.2 Οικονομικοί καθοριστικοί παράγοντες

Οι οικονομικοί παράγοντες επιδρούν στην υγεία για την βελτίωση και την μείωση των ανισοτήτων με τοπικό, εθνικό και διεθνές πλαίσιο. Η υγεία και η κατάσταση της έχει μεγάλη επίδραση στην οικονομική ανάπτυξη και στο εισόδημα και ταυτοχρόνως η οικονομία έχει σημαντική επιρροή στην κατάσταση της υγείας του ατόμου (Μέλου,2021).

Οι οικονομικοί και κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες της υγείας είναι δυνατό να διαθέτουν μεγαλύτερη επιρροή στην υγεία και να είναι περισσότερο σημαντικοί από τον τρόπο ζωής ή την ιατρική περίθαλψη. Πολυάριθμες μελέτες υποστηρίζουν ότι το 30-55% των αποτελεσμάτων υγείας εξαρτώνται από τους κοινωνικούς και οικονομικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας (Μέλου,2021).



1.1.1.2.3 Περιβαλλοντικοί καθοριστικοί παράγοντες

Το περιβάλλον και οι καλές συνθήκες διαβίωσης είναι σημαντικοί παράμετροι για την υγεία και για την διατήρηση της καλής κατάστασης υγείας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ορίζεται ως περιβαλλοντική υγεία το σύνολο των βιολογικών, φυσικών, χημικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων που έχουν την ικανότητα να προκαλέσουν επιπτώσεις στην υγεία στις τωρινές αλλά και στις επόμενες γενεές (Μέλου,2021).

1.1.2 Συστήματα υγείας

1.1.2.1 Είδη συστημάτων υγείας

Τα συστήματα υγείας με κριτήρια την χρηματοδότηση, οργάνωση, παραγωγή και διανομή των υπηρεσιών υγείας χωρίζονται σε τέσσερα μοντέλα: στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (σύστημα τύπου Beveridge), στο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης (σύστημα τύπου Bismarck), στο Φιλελεύθερο Σύστημα (σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης) και στο Μεικτό Σύστημα (Βραχνέλη 2017).

1.1.2.1.1 Εθνικό Σύστημα Υγείας (σύστημα τύπου Beveridge)

Στηρίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη και στην ισότιμη κάλυψη των αναγκών των πολιτών ανεξάρτητα από την κοινωνική ή την οικονομική τους κατάσταση. Αντιπροσωπευτικό παράδειγμα αποτελεί το εθνικό σύστημα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας (National Health System-NHS) (Βραχνέλη 2017).

Τα βασικά χαρακτηριστικά του είναι :

- Η χρηματοδότηση είναι ενιαία και κεντρική ,από τη φορολογία αλλά και τις ασφαλιστικές εισφορές
- Διακρίνει το επίπεδο υγείας σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο
- Η κάλυψη του πληθυσμού εξαρτάται από τις ανάγκες του και χαρακτηρίζεται ως ενιαία και καθολική (Στεργίου,2023).

1.1.2.1.2 Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης (σύστημα τύπου Bismarck)

Βασίζεται στην ικανοποίηση των αναγκών του πληθυσμού μέσω της ασφάλισης. Υφίσταται σε ευρωπαϊκές χώρες όπως Γαλλία και την Γερμανία.

Τα βασικά χαρακτηριστικά του είναι:



- Η χρηματοδότηση του απορρέει από τις ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων και εργοδοτών με κριτήριο της καταβολής το εισόδημα και τις δυνατότητες καταβολής των χρηστών υπηρεσιών υγείας.
- Είναι κοινωνικά δίκαιο και καθολικά καλυπτικό διαθέτοντας υποχρεωτική ασφαλιστική κάλυψη για το σύνολο του
- Οι υπηρεσίες υγείας λειτουργούν εντός πλαισίου ενός μεικτού συστήματος με δημόσιους και ιδιωτικούς παραγωγικούς συντελεστές.
- Παρουσιάζει έντονη κρατική παρέμβαση με στόχο τη μέγιστη δυνατή αποτελεσματικότητα στη προσφορά των υπηρεσιών υγείας (Μπαξεβανίδου & Χαρατσάρη, 2023).

1.1.2.1.3 Φιλελεύθερο Σύστημα (σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης)

Υφίστανται ελευθερία ιατρών και ασθενών κινούμενο από τις δυνάμεις τις αγοράς με τη μικρότερη εφικτή κρατική παρέμβαση. Λειτουργεί με ιδιωτική ασφάλιση οδηγώντας ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού να μην διαθέτει ασφάλιση. Έχει ως κυριότερο εκπρόσωπο τις ΗΠΑ (Βραχνέλη 2017).

Τα βασικά του χαρακτηριστικά είναι :

- Η χρηματοδότηση παρέχεται από τους ασφαλιστικούς φορείς των πολιτών με αποδέκτες ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς.
- Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας, λαμβάνοντας υπόψιν το κόστος τους διαμορφώνουν τη ζήτηση αυτών.
- Παρουσιάζονται μεγάλες υγειονομικές ανισότητες
- Εμφανίζεται προκλητή ζήτηση για τις υπηρεσίες υγείας λόγω της ασύμμετρης πληροφόρησης. (Βραχνέλη 2017).

1.1.2.1.4 Μεικτό Σύστημα

Έχει ως κυριότερους εκπροσώπους τις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες όπως η Ελλάδα. Αποτελεί έναν συνδυασμό του δημόσιου (συστήματα τύπου Beveridge και Bismarck) και ιδιωτικού (φιλελεύθερο) συστήματος (Στεργίου, 2023). Βασίζεται στις αρχές των 2 συστημάτων, κοινωνική ασφάλιση και κοινωνική δικαιοσύνη για την συλλογιστική κάλυψη του πληθυσμού.

Τα βασικά χαρακτηριστικά είναι :



- Η χρηματοδότηση προέρχεται από εισφορές, με κριτήριο την οικονομική ευχέρεια του πολίτη.
- Η κρατική παρέμβαση παρουσιάζεται σε κεντρικό επίπεδο μέσω της διαμόρφωσης στρατηγικών αλλά και σε επίπεδο διοίκησης και οργάνωσης.
- Καλύπτει χρηματοδοτικά κενά της κοινωνικής ασφάλισης, παρέχοντας στον πληθυσμό βασικές υπηρεσίες υγείας (Μαλλιώτης, 2016; Βραχνέλη 2017).

Όλα τα συστήματα υγείας εμφανίζουν τέσσερα επίπεδα οργάνωσης και δύο μορφές περίθαλψης (Δημητρίου, 2024).

1.1.2.2.1 Επίπεδα οργάνωσης των συστημάτων υγείας

Το πρώτο επίπεδο αφορά τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από την οικογένεια (αυτοφροντίδα). Το δεύτερο επίπεδο περιλαμβάνει την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), λειτουργώντας ως πρώτη σύνδεση του συστήματος υγείας και του πολίτη. Στο τρίτο επίπεδο εμπλέκονται οι νοσοκομειακές μονάδες, όπου παρέχουν την Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας για την αντιμετώπιση βασικών προβλημάτων υγείας που χρήζουν ενδονοσοκομειακή περίθαλψη. Τέλος στο τέταρτο επίπεδο βρίσκεται η Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας καλύπτοντας εξειδικευμένα ή πολύπλοκα προβλήματα υγείας (Δημητρίου, 2024).

1.1.2.2.2 Μορφές περίθαλψης

Η πρώτη μορφή περίθαλψης αναφέρεται ως 'έξωνοσοκομειακή' και αφορά τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες. Η δεύτερη μορφή χαρακτηρίζεται ως 'κλειστή ή νοσοκομειακή' περίθαλψη που περιλαμβάνει τις δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, δηλαδή τις υπηρεσίες που παρέχονται μέσα σε νοσοκομειακές μονάδες (Δημητρίου, 2024).

1.2 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

1.2.1 Ιστορική αναδρομή της ΠΦΥ

Η πρώτη αναφορά της έννοιας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας - ΠΦΥ πραγματοποιήθηκε στο Διεθνές Συνέδριο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 1978 στην Alma Ata (Σωτηροπούλου, 2023).

Στην Διακήρυξη της Alma Ata η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ορίζεται ως η βασική φροντίδα υγείας η οποία στηρίζεται σε πρακτικές, κοινωνικά αποδεκτές, επιστημονικά τεκμηριωμένες, πρακτικά εφαρμοσμένες μεθόδους ή τεχνολογίες που είναι ικανές να



εφαρμοστούν από όλα τα μέλη της κοινότητας μέσω της ενεργούς συμμετοχής τους και ταυτοχρόνως να είναι οικονομικά εφικτές από το κράτη και τις κοινότητες (WHO, 2018).

Εν συνέχεια στην Διακήρυξη της Alma-Ata παρουσιάζονται 7 βασικά χαρακτηριστικά της ΠΦΥ :

- Η ΠΦΥ αντανακλά και εξελίσσεται από τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και την πολιτική κατάσταση της χώρας και των κοινοτήτων και οι εφαρμογές της πρέπει να προσαρμόζονται στις τρέχουσες συνθήκες.
- Αντιμετωπίζει τα κύρια προβλήματα υγείας της κοινότητας μέσω της παροχής κατάλληλων υπηρεσιών υγείας με σκοπό την πρόληψη ασθενειών, την θεραπεία αλλά και την αποκατάσταση
- Περιέχει βασικές δραστηριότητες σχετικές με την εκπαίδευση, την υγιεινή, την διατροφή, τη μητρότητα, την ανοσοποίηση, τη θεραπεία, τη πρόληψη ασθενειών και τη χορήγηση φαρμάκων
- Διαθέτει τομείς που σχετίζονται με την ανάπτυξη της κοινότητας όπως εκπαίδευση, σίτιση, στέγαση κ.α.
- Προωθεί και απαιτεί την κοινοτική συμμετοχή και την συλλογική αξιοποίηση των πόρων για την διαρρύθμιση της λειτουργίας της
- Είναι απαραίτητο να επιμερίζεται σε λειτουργικά συστήματα που θα παραπέμπουν στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και θα αποφέρουν ως αποτέλεσμα τη διαρκή βελτίωση του συνολικού επιπέδου υγείας.
- Η στελέχωση του συστήματος ΠΦΥ πραγματοποιείται από κατάλληλα εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας διαφόρων ειδικοτήτων για να συνεργαστούν σαν ομάδα και να καλύψουν τις ανάγκες υγείας της (WHO, 2018).

1.2.2 Θεμελιώδης αρχή και σύγχρονη προσέγγιση της ΠΦΥ

Η θεμελιώδης αρχή της ΠΦΥ είναι ότι όλοι οι άνθρωποι, οπουδήποτε έχουν το δικαίωμα να επιτύχουν το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας Θεωρείται μια προσέγγιση που απευθύνεται στο σύνολο της κοινωνίας , με στόχο την αποτελεσματική οργάνωση και στήριξη των εθνικών συστημάτων υγείας. (WHO, χ.χ.).



Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας επιδιώκει την υποστήριξη ολόκληρου του φάσματος αναγκών της υγείας των ανθρώπων όπως : πρόληψη νοσημάτων, προαγωγή της υγείας, θεραπεία, αποκατάσταση, παρηγορητική περίθαλψη κ.α., με σεβασμό στις προτιμήσεις τους

Αποτελείται από 3 συνιστώσες :

- Ενθάρρυνση των ατόμων, οικογενειών και κοινοτήτων για την ανάληψη της υγείας τους
- Ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για την ικανοποίηση των αναγκών υγείας των ατόμων καθ' όλης τη διάρκεια της ζωής.
- Πολυτομεακή δράση και πολιτική για τη διαχείριση των καθοριστικών παραγόντων της υγείας (WHO, χ.χ.).

1.2.3 Υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Όπως αναφέρθηκε η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας περιλαμβάνει ένα σύνολο δραστηριοτήτων με σκοπό την πρόληψη ασθενειών, την προαγωγή υγείας και την διαχείριση προβλημάτων υγείας. Αποτελεί θεμέλιο της ορθής λειτουργίας και ανάπτυξης του υγειονομικού τομέα στηριζόμενη στη διαρκή και ολοκληρωμένη σύνδεση με υπόλοιπα επίπεδα φροντίδας, στην οργάνωση και υιοθέτηση προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας, στην κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας, στην ορθή αξιοποίηση των πόρων αλλά και στην ενεργό παρέμβαση του πληθυσμού στόχου συμμετέχοντας στην κοινότητα (Βραχνέλη, 2017).

Βασικές υπηρεσίες που περιλαμβάνει είναι :

Προαγωγή υγείας : Παρέχει εκπαιδευτικά προγράμματα και δραστηριότητες που στοχεύουν στην εκπαίδευση των ασθενών, στην προώθηση υγιεινών συμπεριφορών και στην πρόληψη ασθενειών.

Έγκαιρος έλεγχος και πρόληψη νοσημάτων : Περιλαμβάνει υπηρεσίες πρόληψης όπως προ-συμπτωματικούς ελέγχους, εμβολιασμούς και τυπικούς έλεγχος με ιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης για την έγκαιρη εύρεση ασθενειών.

Διάγνωση και θεραπεία οξέων προβλημάτων υγείας : Οι πάροχοι πρωτοβάθμιας περίθαλψης διαγιγνώσκουν και αντιμετωπίζουν μικροτραυματισμούς και οξείες ασθένειες

Παραπομπές σε ειδικούς :Οι πάροχοι πρωτοβάθμιας φροντίδας παραπέμπουν όταν κρίνουν απαραίτητο τους ασθενείς για εκτενέστερη διάγνωση και θεραπεία.



Υπηρεσίες υγείας συμπεριφοράς: Μέσω του συστήματος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παρέχονται υπηρεσίες συμπεριφορικής υγείας όπως συμβουλευτική και προτροπή σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Υπηρεσίες υγείας των γυναικών : Παρέχονται υπηρεσίες γυναικολογικής περίθαλψης και οικογενειακού προγραμματισμού (Βελαώρας, 2020).

1.2.4 Πάροχοι Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας – Ομάδα Υγείας

Σύμφωνα με την Διακήρυξη της Alma-Ata που αναφέρθηκε, η ΠΦΥ βασίζεται σε επαγγελματίες υγείας συμπεριλαμβανομένου ιατρούς, νοσηλευτές, παραϊατρικό προσωπικό και κοινωνικών λειτουργών που διαθέτουν την κατάλληλη κοινωνικά και πρακτικά εκπαίδευση, με σκοπό τη συνεργασία ως ομάδα υγείας και να αντιμετωπίζουν τις ανάγκες που παρουσιάζονται στη κοινότητα (WHO, 2019).

Το σύνολο των κλάδων που συγκροτούν το εργατικό δυναμικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας εμφανίζει διαφορές μεταξύ των χωρών ωστόσο είθισται, η βάση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης να θεωρούνται οι οικογενειακοί ή γενικοί ιατροί. Βασικό μέλος της ομάδα υγείας αποτελεί ο οικογενειακός ιατρός. Στα διάφορα συστήματα υγείας ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες τους, ως οικογενειακοί γιατροί έχουν αναλάβει παθολόγοι, ιατροί χωρίς ειδικότητα, γενικοί ιατροί κ.α (Βελαώρας, 2020).

1.2.5 Σύνδεση της ΠΦΥ με τις υπόλοιπες βαθμίδες φροντίδας υγείας

Ο οικογενειακός ιατρός εκτός τον συντονιστικό σκοπό στην ομάδα υγείας συμβάλει στη μείωση των μη αναγκαίων εισαγωγών στις νοσοκομειακές μονάδες (Βραχνέλη, 2017).

Η ΠΦΥ αποσκοπεί στην προσφορά αδιάληπτης φροντίδας υγείας, στην ανεμπόδιστη προσπέλαση όλων των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας σε εικοσιτετράωρη βάση χωρίς οικονομική επίπτωση, στην παροχή όλων των απαραίτητων διαγνωστικών και θεραπευτικών εργαλείων σε τοπικό επίπεδο για την διαχείριση των κοινών θεμάτων υγείας για την αποφυγή των μη αναγκαίων προσφυγών στις νοσοκομειακές δομές (Μέρας, 2021).

Η αποτροπή των περιττών εισαγωγών στις νοσοκομειακές μονάδες έχει ιδιαίτερη συμβολή διότι πραγματοποιείται αποδοτικότερη αξιοποίηση και διανομή των διαθέσιμων πόρων και παρουσιάζεται μείωση των δαπανών και του λειτουργικού κόστους του νοσοκομειακού τομέα. (Βραχνέλη, 2017).



Έτσι μέσω της παρακολούθησης της κατάστασης της υγείας των πολιτών από τις ομάδες υγείας, της καθοδήγησης των ασθενών στο σύστημα υγείας επιτυγχάνεται ορθότερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων ,αποτελεσματικότερη διαχείριση της ροής στα νοσοκομεία οδηγώντας στην αποσυμφόρηση των δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων μονάδων (Βραχνέλη, 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ-ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

2.1.1 Έννοια και θεωρητική προσέγγιση του κράτους πρόνοιας

Κράτος πρόνοιας θεωρείται ένα σύνολο δράσεων που στοχεύει στην εξάλειψη των κοινωνικών ανισοτήτων και στην ολοκληρωμένη κάλυψη των κοινωνικών αναγκών και κινδύνων των πολιτών. Ο ορισμός του έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών επιστημόνων. Ωστόσο ο προσδιορισμός του παρουσιάζει διαφορές μεταξύ των ερευνητών ,καθώς η απόδοση του επηρεάζεται από τον ρόλο που κατέχει στην κοινωνία και στην οικονομία άλλα και από τον τρόπο από τον οποίο δημιουργείται (Παναγιωτόπουλος,2015).

2.1.2 Μοντέλα κράτους πρόνοιας

Την δεκαετία του 1990 ο Gosta Esping-Andersen προσδιόρισε τα συστήματα πρόνοιας και τα ταξινόμησε σε τρεις τύπους κρατών βασιζόμενος σε τρία κριτήρια :

- ❖ Την αλληλεπίδραση μεταξύ του κράτους, της αγοράς και της οικογένειας
- ❖ 2)Την σχέση της κοινωνικής στρωματοποίησης με το κράτος πρόνοιας
- ❖ Το βαθμό αναγνώρισης των κοινωνικών δικαιωμάτων

Ως αποτέλεσμα, μετά την κατηγοριοποίηση προέκυψαν τα τρία μοντέλα :

Αγγλοσαξονικό-Φιλελεύθερο μοντέλο

Χαρακτηρίζεται ως υπολειμματικό μοντέλο με επιλεκτική παροχή κοινωνικής φροντίδας, έχοντας ως κύριο εκπρόσωπο τις Η.Π.Α. Στηρίζεται στην οργάνωση προνοιακών υπηρεσιών και χαρακτηρίζεται από έλλειψη οικονομικής στήριξης. Παρέχει επιλεκτικά υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας στα πιο ευάλωτα μέλη της κοινωνίας με εισοδηματικά



κριτήρια. Η κοινωνική πολιτική που ασκείται λειτουργεί μόνο σαν ένα ύστατο μέτρο για την αποφυγή της απόλυτης φτώχειας. Οι πάροχοι των κοινωνικών υπηρεσιών στοχεύουν στην επανένταξη των πολιτών στην παραγωγική διαδικασία, έχοντας την ελευθέρια στην επιλογή των ειδών παροχής που θα προσφέρουν (Τσαλαμπούνη, 2025).

Κορπορατιστικό-Συντηρητικό Μοντέλο

Χαρακτηρίζεται από τη σύνδεση των κοινωνικών παροχών με την ικανότητα απασχόλησης του πολίτη και την παροχή φροντίδας ,βάση της ανταποδοτικότητας. Αποτελεί μοντέλο που εφαρμόζουν οι περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες όπως η Γερμανία και η Γαλλία. Στηρίζει τα άτομα που έχουν κοινωνική και επαγγελματική θέση αποκλείοντας τους άνεργους. Οι παροχές εξαρτώνται από την ασφαλιστική σχέση εργοδοτών-εργαζομένων ενώ παρουσιάζει έντονη γραφειοκρατία. Η χρηματοδότηση των παρόχων πραγματοποιείται κατά κύριο λόγο από τις ασφαλιστικές εισφορές . Η αναδιανομή του εισοδήματος είναι περιορισμένη και στηρίζεται στον οικογενειακό κύκλο .Η κύρια πηγή εισοδήματος θεωρείται ο άντρας της οικογένειας ενώ το σύστημα παροχών αποθαρρύνει τη γυναικεία συμμετοχή στην εργασία (Τσαλαμπούνη, 2025).

Σκανδιναβικό-Σοσιαλδημοκρατικό μοντέλο

Χαρακτηρίζεται από την αρχή της πλήρους αποεμπορευματοποίησης των παρόχων κοινωνικής φροντίδας στοχεύοντας στην ισότητα και την απασχόληση. Έχει υιοθετηθεί μόνο σε Σκανδιναβικές χώρες όπως η Σουηδία και η Δανία. Η παροχή ενός βασικού επιπέδου ζωής και η ικανοποίηση των βασικών αναγκών των πολιτών είναι προτεραιότητα αποτελεί καθολικό στόχο ανεξάρτητα από την απασχόληση και το εισόδημα. Δεν παρουσιάζει έντονη γραφειοκρατία αλλά ένα ευέλικτο αποκεντρωμένο σύστημα. Οι πάροχοι χρηματοδοτούνται από τον κρατικό μηχανισμό και τη γενική φορολογία (Τσαλαμπούνη, 2025).

Το 1996 ο Maurizio Ferrera πρόσθεσε ένα τέταρτο μοντέλο κράτους πρόνοιας το οποίο αφορούσε χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου όπως Ιταλία, Ελλάδα, Πορτογαλία, Ισπανία, το :

Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο

Χαρακτηρίζεται από καθολική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σε συνδυασμό με μια μη ενιαία δομή κοινωνικής προστασίας και αυξημένο επίπεδο αναδιανομής εισοδήματος. Αποτελεί μια συνδυαστική προσέγγιση διαθέτοντας στοιχεία από τα συστήματα Beveridge και



Bismarck στο σύστημα υγείας και στην κοινωνική ασφάλιση αντίστοιχα. Η διοίκηση είναι κατακερματισμένη και στηρίζεται στην ευνοιοκρατία (Δαλέτος, 2025).

2.2. Έννοια και θεωρητική προσέγγιση της κοινωνικής φροντίδας

2.2.1 Κοινωνική πολιτική

Ορίζεται ως μια σειρά δραστηριοτήτων που αποσκοπεί στη διαχείριση μιας σειράς προβλημάτων που παρουσιάζονται όπως : η αύξηση του αριθμού των ανέργων ή η αύξηση του αριθμού των ατόμων χαρακτηρίζονται ως κοινωνικά αποκλεισμένοι. Όμως σε κάθε περίπτωση ο στόχος είναι κοινός, από την άσκηση αποτελεσματικής κοινωνικής πολιτικής :η παροχή των υπηρεσιών που εξασφαλίζουν το βασικό επίπεδο διαβίωσης. Οι υπηρεσίες αυτές αφορούν τομείς όπως η υγεία, η στέγαση και η παιδεία. Τα κύρια πεδία εφαρμογής της αφορούν:

- Υγεία
- Παιδεία
- Κοινωνική κατοικία
- Υπηρεσίες για την εργασία
- Κοινωνική φροντίδα

(Στασινοπούλου, 2006).

2.2.2.1 Κοινωνική Φροντίδα

Κοινωνική Φροντίδα είναι η προστασία που προσφέρεται σε άτομα ή ομάδες μέσω προγραμμάτων πρόληψης και αποκατάστασης στοχεύοντας στην δημιουργία προϋποθέσεων ισότιμης συμμετοχής στην κοινωνική και οικονομική ζωή ώστε να εξασφαλιστεί ένα αξιοπρεπές επίπεδο διαβίωσης. Βασικός στόχος των παραπάνω προγραμμάτων είναι η στήριξη της οικογένειας (Νόμος 2646/1998, άρθρο 1, παρ.1).

2.2.2.3 Είδη φροντίδας

Η παροχή φροντίδας μπορεί να είναι άτυπη ή τυπική

Άτυπη παροχή φροντίδας παρέχεται από μη επαγγελματίες του τομέα της υγείας. Συχνά αποτελούν μέλη της οικογένειας ή του ευρύτερου κοινωνικού κύκλου και λειτουργούν ως άτυποι φροντιστές. Ως άτυποι φροντιστές χαρακτηρίζονται τα άτομα που προσφέρουν υπηρεσίες φροντίδας ανεξαρτήτως μορφωτικού ή κοινωνικού επιπέδου, χωρίς κάποιο χρηματικό αντίτιμο .



Τυπική παροχή φροντίδας παρέχεται από ειδικά καταρτισμένους επαγγελματίες φροντιστές που παρέχουν φροντίδα με επιστημονικό τρόπο. Συχνά οι επαγγελματίες μπορεί να είναι νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί και προσωπικό εκπαιδευμένο στην φροντίδα. Προσφέρουν υπηρεσίες φροντίδας ως υπάλληλοι δημοσίων ή ιδιωτικών οργανισμών είτε σε ιδρύματα (π.χ. κέντρα περίθαλψης χρόνιων πασχόντων) είτε κατ'οικον (Υπουργείο Κοινωνικής Συνοχής & Οικογένειας, 2024).

2.2.2.2 Φορείς κοινωνικής φροντίδας

Στη Ελλάδα, κοινωνική φροντίδα μπορούν να παρέχουν :

- Δημόσιοι Φορείς υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας
- Ιδιωτικοί φορείς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα
- Ιδιωτικοί φορείς κερδοσκοπικού χαρακτήρα
- Εθελοντικές οργανώσεις (Νόμος 2646/1998).

2.2.2.3 Λήπτες υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας

Η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας αφορά συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες :

- Ηλικιωμένους
- Άτομα που παρουσιάζουν αναπηρίες και ειδικές ανάγκες φροντίδας
- Παιδιά και ιδιαίτερα παιδιά που ζούν σε μειονεκτικά περιβάλλοντα
- Γονείς
- Πάσχοντες χρόνιων νοσημάτων
- Άτομα που αντιμετωπίζουν εξαρτήσεις
- Θύματα βίας
- Μετανάστες
- Κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες που διαβιούν στο περιθώριο ή υπό το όριο της φτώχειας (Μαρίνη, 2022)

2.2.2.3 Είδη κοινωνικής φροντίδας

Πρωτοβάθμια κοινωνική φροντίδα

Αποτελείται από δράσεις που στοχεύουν στην παροχή υπηρεσιών ανοιχτής φροντίδας με στόχο την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών ,τον περιορισμού του κοινωνικού αλλά και του



οικονομικού αποκλεισμού, μέσω ενός τοπικού επιπέδου παροχής όπως κοινωνική υποστήριξη, εκπαίδευση εθελοντών και εθελοντικών δράσεων (Υπ.Απόφαση 34029/2012).

Δευτεροβάθμια κοινωνική φροντίδα

Χαρακτηρίζεται από δράσεις παροχής κλειστής φροντίδας ή φιλοξενίας στοχεύοντας στη διαχείριση των συνέπειων του οικονομικού και κοινωνικού αποκλεισμού, στην θεραπεία και αποκατάσταση νοητικών, σωματικών και ψυχικών νόσων αλλά και στην παροχή βοήθεια σε άτομα που βρίσκονται σε κρίσιμες καταστάσεις όπως μέριμνα παιδιών σε κίνδυνο, προστατευμένη φιλοξενία κ.α. (Υπ.Απόφαση 34029/2012).

Τριτοβάθμια κοινωνική φροντίδα

Απαρτίζεται από δράσεις ανοιχτής και κλειστής νοσηλείας παρέχοντας υψηλό επίπεδο τεχνογνωσίας και ειδίκευσης (π.χ. σε υπηρεσίες εξειδικευμένης τεχνολογίας διαχείρισης έκτακτων καταστάσεων, εθνικών κρίσεων) (Υπ.Απόφαση 34029/2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.1. Η εξέλιξη του Ελληνικού Συστήματος Υγείας και της ΠΦΥ

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) δημιουργήθηκε με τον νομό 1397/1983 με στόχο τον εκσυγχρονισμό της δημόσιας υγείας και την ενοποίηση των υποδομών υγειονομικής φροντίδας υγείας. Απώτερος σκοπός ήταν η κάλυψη των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης όλων των πολιτών που διαμένουν στην Ελλάδα, μέσω της παροχής δωρεάν υπηρεσιών υγείας. Επίσης ψηφίστηκαν :

1. Για κάθε πολίτη η παροχή υπηρεσιών υγείας αποτελεί κρατική ευθύνη
2. Σε όλους τους πολίτες η ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας μέσω ενός ενιαίου και αποκεντρωμένου εθνικού συστήματος υγείας, ανεξάρτητα από την κοινωνική, οικονομική, επαγγελματική τους κατάσταση.

Στην ίδρυση του εθνικού συστήματος υγείας κρίθηκε αναγκαία η δημιουργία μονάδων περίθαλψης σε όλη της χώρα, τόσο σε αστικές περιοχές όσο και σε επαρχιακές. Για την δημιουργία των μονάδων περίθαλψης αποφασίστηκε :



- Η ισότιμη παροχή της πρωτοβάθμιας φροντίδας περίθαλψης σε όλους τους κατοίκους της περιοχής (μόνιμους και μη)
- Η χορήγηση πρώτων βοηθειών και σε επείγουσες καταστάσεις, η νοσηλεία έως τη διακομιδή των ασθενών σε νοσοκομειακή μονάδα
- Η παρακολούθηση και νοσηλεία των ασθενών κατά την περίοδο της αποκατάστασης τους είτε έπειτα από την εξαγωγή τους από το νοσοκομείο
- Η μεταφορά με ασθενοφόρο ή με άλλα μέσα σε ασθενείς που χρήζουν άμεση ιατρική περίθαλψη σε κέντρο υγείας ή νοσοκομειακή μονάδα

Επιπρόσθετα αποφασίστηκε, η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας, η εφαρμογή της προληπτικής ιατρικής, η εκπαίδευση σε θέματα δημόσιας υγείας, η οδοντιατρική περίθαλψη, η κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας και του προσωπικού, η προσφορά υπηρεσιών περίθαλψης σε σχολικές μονάδες, η ενημέρωση για τον οικογενειακό προγραμματισμό, η εφαρμογή της ιατροκοινωνικής και επιδημιολογικής έρευνας, η ιατρική εργασίας και η προσφορά φαρμάκων όπου δεν υπάρχει φαρμακείο στην περιοχή στους δικαιούχους (Νόμος 1397/1983).

Από την παραπάνω νομοθεσία, πραγματοποιήθηκε προσπάθεια για την υιοθέτηση ενός δημόσιου συστήματος προστασίας της υγείας. Το κύριο μέλημα ήταν η εξυγίανση της διοίκησης του συστήματος, των ανθρωπίνων πόρων, των υποδομών και του υλικοτεχνικού εξοπλισμού για την παροχή δωρεάν και ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες του συστήματος για όλους τους πολίτες. Ωστόσο, ο σκοπός δεν κατάφερε να επιτευχθεί καθώς υποβαθμίστηκε:

- Το ανθρώπινο δυναμικό και η κατάρτιση του
- Η πρόληψη του πληθυσμού
- Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού
- Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Ντούλιας, 2021).

Παρουσιάστηκαν αδυναμίες στην εφαρμογή των πολιτικών του συστήματος όπως η έλλειψη κεντρικού σχεδιασμού του συστήματος για την αποτελεσματική παροχή φροντίδας και συνέχειας της, απουσία μηχανισμού παραπομπών των ασθενών στις δομές και τις βαθμίδες, μη ισότιμη πρόσβαση στις μονάδες (είτε λόγω γεωγραφικού περιορισμού είτε λόγω μεγάλου χρόνου αναμονής). Επιπλέον παρατηρήθηκε έλλειψη παροχής υπηρεσιών από τις απογευματινές ώρες και έπειτα, μη ορθή αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού, ελλιπής



χρηματοδότηση για την στελέχωση και στήριξη των δομών. Παράλληλα δεν υπήρχε ένα σύστημα ανατροφοδότησης και ελέγχου τις ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, οδηγώντας σε χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης των ασθενών και μειωμένη αποδοτικότητα. Σαν αντισταθμιστικό μέτρο , δημιουργήθηκε πληθώρα ιδιωτικών διαγνωστικών εργαστηρίων για την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, επιβαρύνοντας σε μεγάλο βαθμό τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης που ήταν συμβεβλημένα παρέχοντας παράλληλα, υπηρεσίες αμφιβόλου ποιότητας (Αμερίδης, 2021).

3.2 Μεταρρυθμίσεις στην ΠΦΥ

Όσον αφορά την ΠΦΥ, η παροχή υπηρεσιών μέσω των κέντρων υγείας δεν ήταν ολοκληρωμένη. Στις μη αστικές περιοχές τα κέντρα υγείας δεν ήταν ικανά να παρέχουν υπηρεσίες υψηλής ποιότητας και ταυτοχρόνως στις αστικές περιοχές ,η δημιουργία τους πραγματοποιήθηκε σχεδόν είκοσι χρόνια αργότερα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η δημιουργία του πρώτου κέντρου υγείας στην Αθήνα το 2004. Η κύρια επικέντρωση των ιδρυτών του συστήματος, ήταν στο νοσοκομειακό σύστημα ως ένα άρτιο και δημόσιο σύστημα που ακολουθούσε τα πρότυπα άλλων Ευρωπαϊκών χωρών. Έπειτα το 2001 το Ε.Σ.Υ για τον καλύτερο συντονισμό των μονάδων που υπαγόntonταν στις περιφέρειες, διαρθρώθηκε σε 17 περιφερειακά συστήματα υγείας και πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π) (Ντούλιας, 2021).

Το 2004 με τον νόμο (Ν. 3235/2004) στην Π.Φ.Υ , θεσπίζεται ο προσωπικός και οικογενειακός ιατρός ενώ εστιάζεται η οργάνωση των κέντρων υγείας. Οι μονάδες Π.Φ.Υ υπάγονται στις υγειονομικές περιφέρειες. Έπειτα καταργείται το Περιφερειακό Σύστημα Υγείας και Πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π) με τον νόμο του 2005 (Ν.3329/2005) ενώ τον ρόλο του αναλαμβάνουν οι Διοικητικές Υγειονομικές Περιφέρειες (Δ.Υ.Πε), 7 στο σύνολο για όλη την Ελληνική Επικράτεια(Ν. 3527/2007). Το 2011 με τον νόμο (Ν.3918/2011) διαμορφώνεται ένα δημόσιο και ενιαίο σύστημα Π.Φ.Υ υπό τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Στον ΕΟΠΥΥ κατατάσσονται τα 4 μεγαλύτερα ασφαλιστικά ταμεία (ΙΚΑ,ΟΓΑ,ΟΑΕΕ,ΟΠΑΔ) διαμορφώνοντας έτσι μέσω της ενοποίησης των μονάδων, ένα ενιαίο δίκτυο υπηρεσιών υγείας (Αμερίδης, 2021).

Ακολούθως με τον νόμο(Ν.4238/2014) δημιουργήθηκε το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) όπου οργανωτικά εντάχθηκαν στις Δ.Υ.Πε τα κέντρα υγείας, οι μονάδες ΠΦΥ του ΕΟΠΥΥ, τα περιφερειακά ιατρεία, τα πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία και τα ειδικά περιφερειακά ιατρεία μετατρέποντας τα σε αποκεντρωμένες οργανωτικές μονάδες. Επιπλέον



αναφέρεται για 1^η φορά η έννοια του Τομέα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Βραχνέλη, 2017).

Υγειονομική κάλυψη ανασφάλιστου πληθυσμού

Ο νόμος 4368/2016 θεσπίζει το δικαίωμα στην δωρεάν παροχή υγειονομικής περίθαλψης στους πολίτες της χώρας που δεν έχουν ασφάλιση. Παρέχεται ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική περίθαλψη στις δημόσιες δομές υγείας σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες και στους ανασφάλιστους πολίτες. Πιο συγκεκριμένα τους επιτρέπεται:

- Η ελεύθερη επίσκεψη σε δημόσιες δομές υγείας, χωρίς αντίτιμο
- Η δωρεάν πρόσβαση σε διαγνωστικές και νοσηλευτικές δράσεις
- Η δωρεάν πραγματοποίηση χειρουργικών επεμβάσεων
- Η δωρεάν οδοντιατρική περίθαλψη
- Η δωρεάν μαιευτική φροντίδα (Καζάκη, 2020).

Τέλος, ο πιο πρόσφατος νόμος (Ν.4486/2017) αποτελεί το σημαντικότερο επίτευγμα για την ΠΦΥ διότι επεκτείνει την λειτουργία και τον ρόλο της μέσω των μονάδων :

1. Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ)
2. Κέντρα Υγείας
3. Τοπικά Ιατρεία
4. Περιφερειακά, Περιφερειακά Πολυδύναμα και Περιφερειακά Ειδικά Ιατρεία (Πέγιου, 2023).

3.3 Η Π.Φ.Υ στην Ελλάδα σήμερα

Το σύστημα ΠΦΥ της Ελλάδας στηρίζεται στο μοντέλο του εθνικού συστήματος υγείας Beveridge. Η ΠΦΥ θεωρείται βασικό μέσο για την κάλυψη των αναγκών υγείας των πολιτών. Στηρίζεται στις αρχές της ολοκληρωμένης και συνεχούς φροντίδας αλλά και στην ολιστική προσέγγιση του ασθενούς (Καραβούλια, 2025).

Απαρτίζεται από 3 στοιχεία: το δημόσιο σύστημα υγείας που περιλαμβάνει τα κέντρα υγείας και τα νοσοκομεία, το σύστημα ασφάλισης όπου καταβάλλονται τα ασφάλιστρα εργοδοτών και εργαζομένων και το ιδιωτικό ασφαλιστικό σύστημα που αφορά διαγνωστικά κέντρα, ιδιωτικές κλινικές και ιατρούς. Οι υπηρεσίες είναι αποκεντρωμένες στοχεύοντας στην καθολική κάλυψη



του πληθυσμού σε κοινοτικό επίπεδο μέσω κέντρων υγείας και πολυιατρείων (Κουλμπίντα, 2020; Καραβούλια, 2025).

3.3.1 Η δομή της ΠΦΥ :

Όπως αναφέρθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας και η δομή της ΠΦΥ έχει τροποποιηθεί από πολλούς νόμους. Σήμερα οι φορείς που παρέχουν υπηρεσίες ΠΦΥ στην Ελλάδα:

1. Κέντρα υγείας
 2. Μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ και πολυιατρεία
 3. Εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του συστήματος, των πανεπιστημιακών και στρατιωτικών νοσοκομείων
 4. Περιφερειακά αγροτικά ιατρεία
 5. Υπηρεσίες του ΕΚΑΒ
 6. Συμβεβλημένοι γιατροί στον ιδιωτικό τομέα
 7. Εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών, ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια διαγνωστικά κέντρα
 8. Ιατρική περίθαλψη από Μ.Κ.Ο
 9. Μονάδες χρόνιας αιμοκάθαρσης και ψυχικής υγείας
 10. Πρόγραμμα <<βοήθεια στο σπίτι>> και κέντρα ημερήσιας φροντίδας
 11. Σταθμούς προστασίας μάνας-παιδιού παρεχόμενους από τον ΕΟΠΥΥ
 12. Διαπιστευμένα κέντρα φυσικοθεραπείας με επαγγελματίες φυσικοθεραπευτές
 13. Κινητές μονάδες πρωτοβάθμιας υγείας
 14. Ιδιωτικά διαιτολογικά γραφεία στελεχωμένους με διατροφολόγους κατόχους άδειας ασκήσεως επαγγέλματος
- (Καραγκούνη, 2023).

3.3.2 Υπηρεσίες ΠΦΥ:

Οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ παρέχονται από ένα ολοκληρωμένο, αποκεντρωμένο και ενιαίο σύστημα δύο επιπέδων. Στο πρώτο επίπεδο παρέχονται υπηρεσίες από τα περιφερειακά ιατρεία συμπεριλαμβανομένου πολυδύναμων, ειδικών και τοπικών) και από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ). Στο δεύτερο επίπεδο οι υπηρεσίες παρέχονται από τα Κέντρα Υγείας (/ 2017).

3.3.3 Παροχές Τοπικών Μονάδων Υγείας (Το.Μ.Υ)

- 1) Αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες οικογενειακής ιατρικής των Κέντρων Υγείας, έχοντας ευθύνη εγγεγραμμένο πληθυσμό στοχεύοντας:



- 2) Προαγωγή υγείας του πληθυσμού ευθύνης
- 3) Συστηματική επίβλεψη της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού που καλύπτουν
- 4) Προγραμματισμένη παροχή υπηρεσιών φροντίδας σε παιδιά και ενήλικες
- 5) Παρέμβαση σε σχολικές μονάδες, εργασιακά περιβάλλοντα και σε όλο το σύνολο των δομών κοινωνικής φροντίδας και αλληλεγγύης
- 6) Εκτίμηση, πρόληψη, αντιμετώπιση λοιμωδών και μη μεταδιδόμενων νοσημάτων συνεργαζόμενα με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας
- 7) Διαχείριση των οξέων προβλημάτων υγείας και την παραπομπή όταν είναι αναγκαίο στα Κέντρα Υγείας ή σε νοσοκομειακές ομάδες
- 8) Παρακολούθηση της εξέλιξης χρόνιων νοσημάτων είτε στην ίδια την μονάδα είτε κατ'οίκον
- 9) Παροχή εκπαίδευσης σε πάσχοντες με χρόνια νοσήματα άλλα και στις οικογένειες τους
- 10) Παροχή υπηρεσιών υγείας κατ'οικον
- 11) Παροχή συμβουλευτικής σε άτομα και οικογένειες
- 12) Αναγνώριση ψυχικών νοσημάτων και εξαρτήσεων, με παραπομπή σε μονάδες ψυχικής υγείας και φορείς απεξάρτησης αντίστοιχα
- 13) Καταγραφή και αξιοποίηση στοιχείων επιδημιολογικής επιτήρησης σε συνεργασία με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας , με βάση τον Διεθνή Υγιεινομικό Κανονισμό

(Νόμος 4486/2017).

3.3.4 Παροχές Κέντρων Υγείας

Τα Κέντρα Υγείας παρέχουν υπηρεσίες :

- 1) Επείγουσας αντιμετώπισης σε έκτακτα περιστατικά
- 2) Εξειδικευμένης περιπατητικής φροντίδας σε ασθενείς που είτε έχουν παραπεμφθεί από άλλες μονάδες Π.Φ.Υ(π.χ. Το.Μ.Υ) είτε έχουν προσέλθει με δικιά τους πρωτοβουλία
- 3) Απεικονιστικού και εργαστηριακού ελέγχου
- 4) Φροντίδας μητέρας και παιδιού
- 5) Οδοντιατρικής περίθαλψης
- 6) Εξειδικευμένης πρόληψης
- 7) Εργοθεραπείας, φυσικοθεραπείας και λογοθεραπείας
- 8) Ιατρική της εργασίας



9) Κοινωνικής ιατρικής και δημόσιας υγείας

(Νόμος 4486/2017).

3.3.5 Ανθρώπινο Δυναμικό των κέντρων υγείας

Τα κέντρα υγείας στελεχώνονται από ιατρικό και μη προσωπικό. Το ιατρικό προσωπικό απαρτίζεται από ιατρούς διάφορων ειδικοτήτων όπως γενικούς ιατρούς, παθολόγους, γυναικολόγους, παιδίατρους, γενικούς χειρουργούς, οδοντίατρους, καρδιολόγους, νευρολόγους, ορθοπαιδικούς, γαστρεντερολόγους, οφθαλμιάτρους, πνευμονολόγους ιατρούς δημόσιας υγείας και κοινωνικής ιατρικής, ακτινοδιαγνώστες, δερματολόγους, ενδοκρινολόγους και ρευματολόγους. Επιπλέον συνεργάζονται με παραϊατρικό προσωπικό όπως νοσηλεύτες, επισκέπτες υγείας, μαίες, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, εργοθεραπευτές, φυσικοθεραπευτές, λογοθεραπευτές. Τέλος, στελεχώνονται από διοικητικούς υπαλλήλους και μία ή παραπάνω ομάδες υγείας (Νόμος 4486/2017).

3.3.6 Προσωπικός Ιατρός

Οι προσωπικοί (οικογενειακοί) ιατροί είναι ιατροί ειδικότητας γενικής ιατρικής ή παθολογίας για τους ενήλικες και παιδιατρικής για τα παιδιά. Στόχος είναι η παροχή συνεχούς ολοκληρωμένης περίθαλψης στον πληθυσμό μέσω της προαγωγής υγείας και της πρόληψης νοσημάτων. Μπορεί να παρέχουν τις υπηρεσίες ως :

1. Ιατροί του συστήματος υγείας μέσω των Το.Μ.Υ, των Κέντρων Υγείας και των υπόλοιπων δημόσιων μονάδων Π.Φ.Υ
2. Ιατροί ως μέλη των τοπικών ομάδων υγείας
3. Ιατροί συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ σε εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης

Επιπλέον δύναται να παρέχουν υπηρεσίες απλοί ιδιώτες ιατροί με σχετική ειδικότητα που επιτρέπει την παρακολούθηση πασχόντων χρόνιων νοσημάτων (Νόμος 4931/2022).

Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν :

- Τη διαχείριση των κύριων παραγόντων κινδύνων, των υπηρεσιών υγείας και αποκατάστασης, των χρόνιων νοσημάτων στην κοινότητα αλλά και την διασύνδεση με άλλους ιατρούς του δικτύου ή με τα νοσοκομεία αναφοράς
- Την πραγματοποίηση και παρακολούθηση προγραμμάτων πρόληψης, προσυμπτωματικού ελέγχου και εμβολιασμού



- Την ορθή καθοδήγηση των ασθενών στο σύστημα υγείας
- Την παραπομπή των πολιτών όπου χρειάζεται: στις υπόλοιπες βαθμίδες περίθαλψης, σε άλλους ειδικούς ιατρούς και σε διαγνωστικές εξετάσεις με βάση πρωτόκολλα και κατευθυντήριες οδηγίες του Υπουργείου Υγείας
- Τη δημιουργία του ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου υγείας κάθε πολίτη που είναι εγγεγραμμένος στον κατάλογο το προσωπικό ιατρού εξασφαλίζοντας τον συντονισμό και την συνέχεια της φροντίδας του (Στεργίου, 2023).

3.3.4.1 Η κοινωνική φροντίδα στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, η προσφορά υπηρεσιών φροντίδας παρέχεται από το δημόσιο, από ιδιωτικούς φορείς (κερδοσκοπικούς), εθελοντικούς φορείς (μη κερδοσκοπικούς) και τα δίκτυα άτυπης φροντίδας (Κατσαβού, 2014).

Μετά την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, διαμορφώνεται Εθνικό Σύστημα Υπηρεσιών Κοινωνικής Φροντίδας της Ελλάδος (ΕΣΥΚΦ). Αποτελεί ένα κεντρικά κατευθυνόμενο μοντέλων παροχών στηριζόμενο στη παρέμβαση του δημόσιου τομέα. Οι παροχές μπορεί να είναι: επιδόματα, παροχές προσωπικών υπηρεσιών φροντίδας αλλά και παροχές σε είδος. Απαρτίζεται από το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΕΚΚΑ), Κέντρα Κοινωνικής Πρόνοιας (ΚΚΠ) και πιστοποιημένους εθελοντικούς φορείς

Παρέχει υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας Α.με.Α και χρόνιων πασχόντων, παιδικής προστασίας σε παιδιά που στερούνται οικογένεια και κοινωνική παρέμβαση σε άτομα σε κρίση (Μαρίνη, 2022).

3.3.4.2 Παροχές κοινωνικής φροντίδας στην Ελλάδα

Τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα η κοινωνική πολιτική ακολουθεί την τάση της αποκέντρωσης. Οι φορείς της τοπικής αυτοδιοίκησης διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην κάλυψη των κοινωνικών αναγκών διότι είναι ικανοί να γνωρίζουν καλύτερα τις ανάγκες των πολιτών της περιοχής τους. Μέσω του νόμου (ν.3463/2006) η τοπική αυτοδιοίκηση αναλαμβάνει αρμοδιότητες για την άσκηση κοινωνικής πολιτικής με στόχο τη δημιουργία δράσεων για την υποστήριξη ευπαθών ομάδων, την στήριξη ηλικιωμένων και παιδιών, την



υποστήριξη των αστέγων και των οικονομικά αδύναμων , την ευαισθητοποίηση και την ανάδειξη του εθελοντισμού και την υποδοχή προσφύγων (Σαββίδου, 2021).

Ωστόσο για την υλοποίηση των παραπάνω δράσεων είναι απαραίτητοι και οι αντίστοιχοι πόροι. Το κράτος πρόνοιας που υπάρχει στην Ελλάδα δεν είναι ικανό να ανταποκριθεί στις κοινωνικές ανάγκες που προκύπτουν. Έτσι οι δομές πρόνοιας αποκτούν κύριο ρόλο στην προσπάθεια της εξάλειψης του κοινωνικού αποκλεισμού και την υποστήριξη των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων. Οι παρακάτω δράσεις χρηματοδοτούνται από το Ελληνικό Κράτος και από Ευρωπαϊκά προγράμματα με την αξιοποίηση πόρων από το Εταιρικό Σύμφωνο για το Πλαίσιο Ανάπτυξης (ΕΣΠΑ).

Οι σημαντικότερες δομές που λειτουργούν υπό ευθύνη των δήμων είναι:

- Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων
- Βοήθεια στο σπίτι
- Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών (Σαββίδου, 2021).
-

Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ)

Αποτελούν μονάδες ημερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων ατόμων , τα οποία δεν είναι ικανά να αυτοεξυπηρετηθούν(λόγω άνοιας, κινητικών δυσκολιών κτλ) ,των οποίων ο οικογενειακός κύκλος που είναι υπεύθυνος για την φροντίδας τους δεν είναι ικανός να ανταποκριθεί επαρκώς στις ανάγκες τους είτε γιατί διαχειρίζεται σοβαρά προβλήματα (υγείας, οικονομικά και κοινωνικά) είτε γιατί εργάζεται (Περιφερειακό Παρατηρητήριο Κοινωνικής Ένταξης Αττικής,2022).

Στόχος των μονάδων είναι η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των ηλικιωμένων και των φροντιστών τους, η διαμονή των ηλικιωμένων στο γνώριμο περιβάλλον και η αποτροπή τους από την ιδρυματική περίθαλψη (Περιφερειακό Παρατηρητήριο Κοινωνικής Ένταξης Αττικής,2022).

Στην Ελλάδα λειτουργούν 75 ΚΗΦΗ ,από τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης, με βάση στοιχεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων. Παρέχουν δημιουργική απασχόληση , υποστήριξη για τις πρακτικές ανάγκες διαβίωσης, νοσηλευτική περίθαλψη, παροχή φροντίδας ατομικής υγιεινής και προγράμματα ανάπτυξης κοινωνικών και λειτουργικών δεξιοτήτων (Βαρβιτσιώτη, 2023).



Βοήθεια στο σπίτι

Αποτελεί ένα πλήρες πρόγραμμα έχοντας ως τίτλο <<Κατ'οίκον Κοινωνική Φροντίδα>> υπό την συνεργασία των υπουργείων Εσωτερικών, Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας. Απευθύνεται σε ηλικιωμένους που δεν έχουν αυτονομία, σε άτομα που αντιμετωπίζουν έλλειψη στήριξης από το οικογενειακό τους περιβάλλον, σε Άτομα με Ανάγκες (Α.με.Α) αλλά και σε πολίτες που είναι οικονομικά αδύναμοι (Στεργίου ,2023).

Η δράση στελεχώνεται από νοσηλευτικό προσωπικό, κοινωνικούς λειτουργούς και οικογενειακούς βοηθούς. Στόχος της δράσης είναι η εξασφάλιση της ανεξαρτησίας και αυτόνομης διαβίωσης των αναπήρων και των ηλικιωμένων για την τη συνέχιση της διαβίωσης τους στο οικείο περιβάλλον, την αποφυγή της περιθωριοποίησης , της ιδρυματοποίησης του σε κλειστές μονάδες νοσηλείας και η ευρύτερη υποστήριξη των οικονομικά ευάλωτων πολιτών (Διεύθυνση Κοινωνικής Μέριμνας Περιφέρειας Αττικής, 2021).

Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών (ΚΔΑΠ)

Τα Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών αποτελούν μονάδες φροντίδας όπου παρέχεται η απασχόληση παιδιών ηλικίας 5 έως και 12 ετών ,πέρας του σχολικού ωραρίου. Ο ρόλου τους δεν ταυτίζεται με βρεφονηπιακούς σταθμούς ή παιδότοπους καθώς παρουσιάζουν διαφορές τόσο στις δράσεις αλλά στις κτηριακές υποδομές (Κουρκούτα, 2024).

Ο στόχος τους αφορά την προάσπιση των θεμελιωδών δικαιωμάτων των παιδιών , σχετιζόμενα με τον ελεύθερο τους χρόνο και την ανάπαυση παρέχοντας ενασχόληση μέσα από ομαδικές δραστηριότητες. Τέλος , έχουν άμεση συνεργασία με κοινωνικές υπηρεσίες, σχολικές μονάδες και φορείς αθλητικής, περιβαλλοντικής και πολιτιστικής ανάπτυξης (Παπαδοπούλου, 2021)



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΦΥ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

4.1 Σύγχρονα Μοντέλα και Πολιτικές Σε Χώρες

4.1.1 Η ΠΦΥ σε Ευρωπαϊκές Χώρες

Στα Ευρωπαϊκά κράτη η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παρουσιάζει διαφορές. Οι χώρες έχουν διακριθεί σε βορειοδυτικές, νότιες και σοσιαλιστικές. Οι βορειοδυτικές χώρες εμφανίζουν συστήματα υγείας στηριζόμενα σε ιδιωτικά ιατρεία με εξελιγμένα τεχνολογικά μέσα χρηματοδοτούμενα από φορείς ή ασφάλιση. Οι νότιες χώρες παρέχουν συστήματα υγειονομικής περίθαλψης βασισμένα στην κοινωνική ασφάλιση και οι σοσιαλιστικές διαθέτουν συστήματα υγείας με ελεγχόμενη περίθαλψη (Βανάκα, 2020).

4.1.1.1 Το σύστημα ΠΦΥ του Ηνωμένου Βασιλείου

Το εθνικό σύστημα υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (Η.Β) ακολουθεί της αρχές του μοντέλου Beveridge. Το NHS ιδρύθηκε το 1947 αποτελώντας το πρώτο και ολοκληρωμένο σύστημα υγειονομικής φροντίδας χρηματοδοτείται από τη γενική φορολογία παρέχοντας τις υπηρεσίες υγείας στους πολίτες χωρίς αντίτιμο (Clement,2023; Καραγκούννη,2024).

Η παροχή της ΠΦΥ στηρίζεται στον γενικό ή οικογενειακό ιατρό. Οι πολίτες έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν τον ιατρό τους. Το σύστημα προσφέρει καθολική κάλυψη καθώς υπολογίζεται ότι το 99% του πληθυσμού είναι εγγεγραμμένο στα μητρώα των οικογενειακών ιατρών. Ο οικογενειακός ιατρός συνήθως διαθέτει μακροχρόνια σχέση με τους πολίτες αλλά παράλληλα έχει τη δυνατότητα να απορρίψει είναι δεχθεί έναν πολίτη ως ασθενείς του. Ο οικογενειακός ιατρός παρέχει υπηρεσίες πρόληψης και διάγνωσης σε εικοσιτετράωρη βάση είτε την κατοικία του πολίτη είτε στο ιατρείο του. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ιατρών εξετάζει τους ασθενείς σε προσωπικά ιατρεία ενώ υπάρχουν και πολυιατρεία με τη συνεργασία πολλών ιατρών. Όπως αναφέρθηκε οι γενικοί ιατροί είναι το πρώτο φίλτρο του συστήματος υγείας καθώς εκείνοι έχουν την δυνατότητα παραπομπής σε άλλες βαθμίδες υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον αναλαμβάνουν την διαχείριση των πόρων διότι καλούνται να καλύψουν το κόστος των υπηρεσιών και των φαρμακευτικών δαπανών των ασθενών τους (Αμερίδης, 2021).



Η βασική ομάδα παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας αποτελείται από γενικούς ιατρούς, νοσηλευτές και διοικητικό προσωπικό. Οι υπόλοιποι κλάδοι των επαγγελματιών πρωτοβάθμιας φροντίδας όπως μαίες και κοινοτικοί νοσηλευτές εργάζονται σε άλλους οργανισμούς του συστήματος και συνεργάζονται Με τον ιατρό οι είναι υπεύθυνη για καθορισμένο αριθμό ασθενών με γεωγραφικά κριτήρια. Η πρόσβαση σε ιατρούς άλλων ειδικοτήτων είναι εφικτή αποκλειστικά μέσω παραπομπής από τον γενικό ιατρό με ελάχιστες εξαιρέσεις όπως ουρογεννητική ιατρική (Wilson,2015).

Επιπλέον το σύστημα διαθέτει έναν μηχανισμό ανατροφοδότησης καθώς πραγματοποιεί ετήσια καταγραφή του ποσοστού ικανοποίησης των πολιτών με κριτήριο το πόσο σύντομα και εύκολα μπορούν να επισκεφθούν το οικογενειακό τους γιατρό και κατά πόσο θεωρούν ότι αποδίδουν οι φόροι που καταβάλλουν για την υγεία (Χριστοδούλου,2019).

Η κοινωνική φροντίδα στο Ηνωμένο Βασίλειο

Το Ηνωμένο Βασίλειο παρέχει υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας μέσω ενός αποκεντρωμένου μοντέλου. Η τοπική αυτοδιοίκηση έχει μείζονά ρόλο, διότι αποτελεί τον βασικό διαχειριστή των πολιτικών φροντίδας. Η παροχή των υπηρεσιών πραγματοποιείται μέσω των τοπικών συμβουλίων έχοντας ως σκοπό:

- ✓ Πρόληψη της δημιουργίας κοινωνικών αναγκών για υπηρεσίες φροντίδας και στήριξης
- ✓ Διατήρηση της ευημερίας του τοπικού πληθυσμού
- ✓ Δημιουργία υπηρεσιών συμβουλευτικής υποστήριξης
- ✓ Ενδυνάμωση της σύνδεσης των υπηρεσιών υγείας και φροντίδας
- ✓ Επίτευξη άμεσης διασύνδεσης σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης

Οι πολίτες λαμβάνουν τις υπηρεσίες φροντίδας έπειτα από αξιολόγηση μέσω ενός ατομικού πλάνου φροντίδας που είχε σχεδιαστεί από τις αρμόδιες δημοτικές υπηρεσίες (Μαρίνη,2022).

Οι παροχές κοινωνικής φροντίδα περιλαμβάνουν ένα εύρος υπηρεσιών :

- Προσαρμογή ειδικού βοηθητικού εξοπλισμού στις κατοικίες
- Μετανοσοκομειακή φροντίδα
- Βοήθεια στο σπίτι από τυπικούς φροντιστές
- Παροχή γευμάτων
- Ιδρύματα φροντίδας



- Υπηρεσίες υποστηριζόμενης διαβίωσης (με ιδιαίτερη εφαρμογή τους τοξικοεξαρτώμενους)
- Παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης έπειτα από νόσο ή τραυματισμό
- Υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε ψυχιατρικούς ασθενείς (NHS, 2025).

4.1.1.2 Το σύστημα ΠΦΥ στην Σουηδία

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στη Σουηδία εμφανίζει αρκετές διαφορές συγκριτικά με τα συστήματα άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Περιγράφεται ως ένα από τα καλύτερα συστήματα υγείας καθώς στοχεύει στην ισότιμη πρόσβαση, στον διαρκή έλεγχο της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που προσφέρει και στην βελτίωση μη αποδοτικών διαδικασιών (Ορφανού et al,2023). Παρέχει στους πολίτες ποιοτικές υπηρεσίες υγείας ενώ η δημόσια χρηματοδότηση είναι επαρκής εξασφαλίζοντας αυξημένη κάλυψη των αναγκών υγείας (OECD,2023).

Στηρίζεται στο μοντέλο κράτους πρόνοιας. Λειτουργεί βάση των αρχών της κοινωνικής ισότητας στην πρόσβαση, της ενίσχυσης των ευάλωτων ομάδων και την αρχή του κόστους αποτελεσματικότητας (Βρεττά,2019).

Η χρηματοδότηση του καλύπτεται από τη γενική φορολογία, στο μεγαλύτερο ποσοστό αλλά και από την ασφαλιστική συμμετοχή (Καραγκούνη 2024). Διαρθρώνεται σε τοπικό, περιφερειακό, εθνικό επίπεδο. Τα κεντρικά όργανα του κράτους αποδίδουν ευθύνες για την οργάνωση και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας τόσο στα συμβούλια των κομητειών (περιφερειακό επίπεδο) όσο και στους δήμους (τοπικό επίπεδο) (Κασκάνης, 2019;Φαρσακίδου, 2024).

Οι υπηρεσίες φροντίδας παρέχονται από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς σε άμεση συνεργασία με τα τοπικά συμβούλια (Καραγκούνη,2024). Οι πολίτες έχουν ελεύθερη επιλογή να περιθαλφθούν τόσο στο κέντρο υγείας που θα περιθαλφθούν όσο και στο οικογενειακό ιατρό. Παράλληλα για την αποσυμφόρηση και τον έλεγχο της ροής των ασθενών των υπόλοιπων βαθμίδων φροντίδας έχουν ληφθεί κάποια μέτρα με αποθαρρυντικά μέτρα όπως υψηλότερες χρεώσεις στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομειακών μονάδων και μεγαλύτεροι χρόνοι αναμονής (Βρεττά ,2019).



Η κοινωνική φροντίδα στη Σουηδία

Η Σουηδία αποτελεί παγκοσμίως ένα από τα πιο ολοκληρωμένα συστήματα κοινωνικής φροντίδας παρέχονται καθολική κάλυψη του πληθυσμού. Οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας χρηματοδοτούνται τόσο από την κεντρική διοίκηση όσο και από τους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης. Οι δήμοι κατέχουν την πλήρη ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας μέσω της διαμόρφωσης προγραμμάτων φροντίδας κατ'οικον και της ανάπτυξης μονάδων ανοιχτής νοσηλείας. Χαρακτηρίζονται από πλήρη αυτονομία καθώς έχουν τη δυνατότητα να θέσουν τοπική φορολογία αλλά και επιπλέον χρεώσεις στα άτομα που λαμβάνουν τις υπηρεσίες στις περιπτώσεις :

- ✓ Παροχής διαμονής σε μονάδες προστατευόμενης κατοικίας
 - ✓ Παροχής υπηρεσιών φροντίδας σε άτομα που αντιμετωπίζουν εξαρτήσεις και διαμένουν στην οικία τους
 - ✓ Παροχής κατ'οικον φροντίδας
 - ✓ Παροχής υπηρεσιών φροντίδας σε παιδιά που δεν ζούν στην οικία τους
 - ✓ Παροχής οικογενειακής συμβουλευτικής
- (Μαρίνη, 2022).

4.1.1.3 Το σύστημα ΠΦΥ της Γερμανίας

Το γερμανικό σύστημα παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας βασίζεται στο μοντέλο Bismarck. Βασίζεται στην αρχή της αλληλεγγύης, στην αρχή της αυτοδιοίκησης και στην αρχή της υποχρεωτικής ασφάλισης (Welcome Center Germany, χ.χ.).

Η χρηματοδότηση του στηρίζεται κατά ένα μεγάλο μέρος από τις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων και κατά ένα μικρότερο στην ιδιωτική συμμετοχή και τις κρατικές επιδοτήσεις ασφάλιση των πολιτών καλύπτεται από ταμεία υγείας ,έχοντας μη κερδοσκοπικό χαρακτήρα και προσφέροντας υπηρεσίας υγείας σε κάθε ασφαλισμένο δίχως κριτήρια (Λιούτα, 2021; Καραβούλια, 2025).

Η παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης στους πολίτες πραγματοποιείται είτε από ιδιώτες ιατρούς που συνεργάζονται με τα ασφαλιστικά ταμεία είτε μέσω των οικογενειακών ιατρών που είναι συμβεβλημένοι με τα ταμεία. Οι πολίτες έχουν την ελεύθερη επιλογή του φορέα παροχής ΠΦΥ (Βανάκα, 2020).



Η εγγραφή των πολιτών σε έναν οικογενειακό ιατρό δεν είναι υποχρεωτική και υπάρχει ελεύθερη πρόσβαση των ασθενών σε όλες τις βαθμίδες φροντίδας, χωρίς να απαιτείται παραπομπή από τον οικογενειακό ιατρό (Λιούτα, 2021).

Η κοινωνική φροντίδα στη Γερμανία

Οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας παρέχονται σε μεγάλο μέρος από ιδιωτικούς φορείς και σε ένα μικρότερο, από δημόσιους φορείς κυρίως οργανισμούς των δήμων και των κρατιδίων αλλά και από θρησκευτικές οργανώσεις. Η λήψη παροχών κοινωνικής φροντίδας υφίσταται μετά από διαπίστωση ύπαρξης ανάγκης και τήρησης ορισμένων προϋποθέσεων : ανάγκη φροντίδας, η ολοκλήρωση ορισμένου χρόνου ασφάλισης και η υποβολή αίτησης στο αρμόδιο ταμείο περίθαλψης. Οι παροχές περιλαμβάνουν :

- Κάλυψη βασικών αναγκών διαβίωσης
- Παροχή ασφάλειας στην αναπηρία και στο γήρας
- Υγειονομική κάλυψη
- Ένταξη Α.με.Α
- Υπηρεσίες φροντίδας
- Διαχείριση κοινωνικών προβλημάτων
- Στήριξη στην αντιμετώπιση κρίσιμων καταστάσεων (Μαρίνη, 2022).

Δικαιούχοι παροχής υπηρεσιών φροντίδας είναι :

- άτομα που έχουν ανάγκη βοήθειας εξαιτίας σωματικής ή ψυχικής ασθένειας για την κάλυψη των καθημερινών τους αναγκών για 6 μήνες ή περισσότερο
- ασθενείς και άτομα με αναπηρίες που χρήζουν φροντίδα

Η βοήθεια φροντίδας αφορά κατ'οικον φροντίδα, ημιενδονοσοκομειακή περίθαλψη, ιδρυματική φροντίδα αλλά και επιδόματα (Μαρίνη, 2022).

4.1.2 Η ΠΦΥ στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

Το σύστημα πρωτοβάθμιας παροχής φροντίδας των Ηνωμένων Πολιτειών βασίζεται στο φιλελεύθερο μοντέλο. Αποτελεί το πιο αντιπροσωπευτικό παράδειγμα του, λειτουργώντας με τους κανόνες της ελεύθερης αγοράς. Βασικές αρχές αποτελεί η δημόσια διοίκηση του συστήματος με μη κερδοσκοπικό χαρακτήρα και η παροχή ισότιμης πρόσβασης στην



υγειονομική περίθαλψη. Η χρηματοδότηση του καλύπτεται από τους φόρους μισθοδοσία εργαζομένων και εργοδοτών και από τα μηνιαία ασφάλιστρα (Φαρσακίδου, 2020).

Η λειτουργία του στηρίζεται στους Οργανισμούς Διατήρησης της Υγείας (HMOs). Οι πολιτείες χρηματοδοτούνται από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση με κριτήριο το κατά κεφαλήν εισόδημα. Οι πάροχοι συνεργάζονται με τις πολιτείες με 2 τρόπους είτε πληρώνονται άμεσα για τις παρεχόμενες υπηρεσίες βάσει των τιμών της αγοράς είτε πληρώνονται με ένα μηνιαίο σταθερό αντίτιμο, επισυνάπτοντας συμβόλαιο. Η κρατική παρέμβαση είναι περιορισμένη και αφορά μόνο τη θεσμοθέτηση του λειτουργικού πλαισίου της παροχής υπηρεσιών υγείας (Κεσσόπουλος, 2021).

Η υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού δεν είναι υποχρεωτική και η πρόσβαση στην ΠΦΥ εξαρτάται από το εισόδημα καθώς όσοι πολίτες διαθέτουν ένα επαρκές εισόδημα για ασφάλιση μπορούν να λάβουν υπηρεσίες. Ωστόσο ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού είναι είτε μη επαρκές ασφαλισμένο είτε ανασφάλιστο, αποκλείοντας το από τις υπηρεσίες υγείας (Στεργίου, 2023).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι αρκετά περιορισμένη και δεν αποτελεί μέρος της φιλοσοφίας του συστήματος. Η ΠΦΥ περιλαμβάνει τους οικογενειακούς ιατρούς και τους επαγγελματίες υγείας για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας. Η περίθαλψη αφορά κατά κύριο λόγο την ατομική υγεία, τις οξείες ασθένειες και τις βραχυπρόθεσμες θεραπείες (Κεσσόπουλος, 2021).

Η κοινωνική φροντίδα στην Αμερική

Στην Αμερική κατά κύριο λόγο η κοινωνική φροντίδα παρέχεται μέσω μιας μικτής οικονομίας. Οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας λειτουργούν υπό την αρμοδιότητα των κομητειών και των πολιτειών ενώ διαθέτουν ομοσπονδιακή υποστήριξη. Η πλειονότητα των προγραμμάτων ανατίθενται σε τοπικές κυβερνήσεις ενώ αρκετές εθελοντικές οργανώσεις χρηματοδοτούνται από δημόσιους φορείς για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας. Ωστόσο έχει παρατηρηθεί αύξηση της χρηματοδότησης προγραμμάτων κοινωνικής φροντίδας από ιδιωτικούς φορείς με την χρήση αμειβόμενων εθελοντών. Τα προγράμματα αφορούν την κοινότητα όπως προγράμματα διατροφής, προστασίας παιδιών, παροχής ημερήσιας φροντίδας και απεξάρτησης (Pinker, 2025).



Πρόγραμμα Medicaid

Ιδρύθηκε το 1965 ως μια χρηματοδοτούμενη από κοινού πολιτειακή και ομοσπονδιακή συνεργασία όπου η ομοσπονδιακή κυβέρνηση επιλέγει τα κριτήρια εισαγωγής και τις παροχές ενώ οι πολιτείες θέτουν σε λειτουργία την δράση. Είναι ένα δημόσιο πρόγραμμα ασφάλισης για οικονομικά ευάλωτα άτομα καλύπτοντας περίπου το 20% των πολιτών στις Η.Π.Α, πάνω από 70 εκατομμύρια άτομα. Καλύπτει το:

- 62% των ατόμων που διαβιούν σε οίκους ευγηρίας
- 49% των γεννήσεων,
- 45% των ενήλικων ΑμεΑ (όχι ηλικιωμένων)
- 38% του συνόλου των παιδιών

Το παραπάνω πρόγραμμα αποτελεί σημαντικό κίνητρο και ιδιαίτερη δράση για την ενσωμάτωση της κοινωνικής φροντίδας στις υπηρεσίες υγείας στηριζόμενοι στο γεγονός πως οι δικαιούχοι του προγράμματος είναι περισσότερο ευάλωτοι και είναι περισσότερο επιρρεπείς στο να αντιμετωπίσουν κοινωνικοοικονομικές δυσκολίες σε σύγκριση με τους πολίτες που έχουν ιδιωτική ασφάλιση. (Sandhu et al, 2021).

4.2 Διεθνείς Πρωτοβουλίες και Οργανισμοί στην ΠΦΥ

4.2.1 Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) αποτελεί μια εξειδικευμένη υπηρεσία αρμόδια για Δημόσια Υγεία των Ηνωμένων Εθνών που ιδρύθηκε το 1948. Ο σκοπός λειτουργίας του είναι η επίτευξη και διατήρηση του υψηλότερου επιπέδου υγείας για όλα τα κράτη. Διαρθρώνεται σε έξι ημιαυτόνομα εθνικά και 150 τοπικά γραφεία με έδρα την Γενεύη. Οι διεθνείς δράσεις του έχουν σαν στόχο την αντιμετώπιση των προκλήσεων της υγείας και την επίτευξη της παγκόσμιας ευημερίας (Ηνωμένα Έθνη,χ.χ.;WHO,2025).

Πιο συγκεκριμένα τα καθήκοντα του επικεντρώνονται στην επίτευξη της καθολικής κάλυψης της υγείας, στην διαχείριση υγειονομικών καταστάσεων έκτακτης ανάγκης ,στην πρόσβαση σε φάρμακα, στην αντιμετώπιση της μικροβιακής αντοχής και τέλος στην επιστημονική έρευνα των παγκόσμιων αναγκών υγείας που προκύπτουν (WHO,2025).



Καθολική κάλυψη υγείας

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ καθολική υγειονομική κάλυψη περιγράφεται ως το ολοκληρωμένο σύνολο υπηρεσιών υγείας που περιλαμβάνουν την προαγωγή και την πρόληψη της υγείας, τη θεραπεία, την αποκατάσταση και την παρηγορητική περίθαλψη (WHO, 2025)

Η παροχή καθολικής κάλυψης υγείας διασφαλίζει ότι όλοι οι άνθρωποι και οι κοινότητες θα λάβουν τις υπηρεσίες υγείας που χρειάζονται χωρίς οικονομική δυσκολία. Τα συστήματα υγείας των χωρών πρέπει να εστιάζουν στις κοινότητες, λειτουργώντας με δίκαιο και αποτελεσματικό τρόπο (UHC2030,2021; NCD Alliance,2025).

Για την επίτευξη της κάλυψης ο οργανισμός δημιουργεί προγράμματα που στοχεύουν στην ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας , στην ελεύθερη πρόσβαση σε φάρμακα, στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και στην επαρκή οικονομική ενίσχυση των κοινοτήτων (WHO, 2025).

Σύγχρονες πρωτοβουλίες του ΠΟΥ στην ΠΦΥ

Η καθολική κάλυψη υγείας αποτελεί έναν από τους κυριότερους στόχους του οργανισμού. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι άμεσα συνδεδεμένη καθώς αποτελεί τον πιο οικονομικό και αποτελεσματικό τρόπο για να επιτευχθεί (WHO, 2025).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει στοχεύσει στην ενδυνάμωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. μέσω της δημοσίευσης του πλαισίου <<Operational Framework for Primary Health Care>και μέσω του προγράμματος Three Billion Target (WHO,2020; WHO,2025).

Operational Framework for Primary Health Care

Ο ΠΟΥ σε συνεργασία με την UNICEF παρουσίασαν ένα λειτουργικό πλαίσιο για την ενίσχυση της ΠΦΥ .Αποτελείται από 4 στρατηγικούς και 10 λειτουργικούς μοχλούς που έχουν ως κοινούς σκοπούς:

- Βελτιωμένη αξιοποίηση, πρόσβαση και ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας
- Αύξηση της συμμετοχής και της υγειονομικής παιδείας στις κοινότητες
- Βελτίωση των καθοριστικών παραγόντων της υγείας μέσω πολυτομεακών πολιτικών (WHO, 2020).



Triple Billions of Targets

Ο ΠΟΥ έχει θέσει σε εφαρμογή πρόγραμμα για την βελτίωση της υγείας με την συλλογή αξιόπιστων, έγκαιρων και εφαρμόσιμων δεδομένων υγείας. Περιλαμβάνει τρεις βασικούς στόχους :

- Ένα δισεκατομμύριο περισσότεροι άνθρωποι να επωφελούνται από την καθολική κάλυψη υγείας χωρίς οικονομικές δυσκολίες
- Ένα δισεκατομμύριο περισσότεροι άνθρωποι να έχουν καλύτερη υγεία και ευεξία
- Ένα δισεκατομμύριο περισσότεροι άνθρωποι να έχουν καλύτερη προστασία από υγειονομικές κρίσεις (WHO,2019).

Ως τελικό σκοπό έχει την διασφάλιση της υγείας και της ευεξίας σε όλη τη διάρκεια της ζωής των ανθρώπων μέσω : της παροχής καθολικής κάλυψης υγείας, της προώθησης υγιέστερων πληθυσμών και της διαχείρισης υγειονομικών κρίσεων (WHO,2020).

4.2.2 Ευρωπαϊκή Ένωση

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση η υγεία και η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι αρμοδιότητα του κάθε κράτους μέλους. Οι πολιτικές που θεσπίζει η Ένωση έχουν συμπληρωματικό ρόλο και έχουν τέσσερις βασικούς στόχους :

- Ενίσχυση της ανθεκτικότητας των συστημάτων υγείας
- Βελτίωση και προστασία της υγείας των πολιτών
- Ψηφιοποίηση των συστημάτων και εκσυγχρονισμός των πολιτών
- Ενίσχυση της πρόληψης και αντιμετώπισης υγειονομικών κινδύνων (European Comission,n.d.)

Σύγχρονες πρωτοβουλίες της Ε.Ε στη Π.Φ.Υ

Πρόγραμμα EU4Health 2021-2027

Η Ευρωπαϊκή Ένωση μετά το πέρας της πανδημίας Covid-19 που ανάδειξε τις αδυναμίες των εθνικών συστημάτων υγείας , προέβη στη δημιουργία του προγράμματος EU4Health σκοπεύοντας στην βελτίωση, ενίσχυση της ανθεκτικότητας και της προσβασιμότητας των συστημάτων υγείας (European Comission,n.d.).

Η ενδυνάμωση της ΠΦΥ μέσα από το πρόγραμμα αποτυπώνεται από :

- την υψηλή οικονομική στήριξη της Ένωσης στον τομέα της υγείας



- τους στόχους του προγράμματος όπως η πρόληψη ασθενειών , η προαγωγή υγείας ,η ψηφιοποίηση των συστημάτων, η βελτίωση της προσβασιμότητας των φαρμάκων αλλά και στην συνεργασία μεταξύ των συστημάτων υγείας των κρατών μελών (EUR-Lex, χ.χ.).

4.2.3 Διεθνείς Οργανισμοί και ΜΚΟ (UNICEF, ΜΚΟ)

Εκτός από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και την Ευρωπαϊκή Ένωση ,σημαντικό ρόλο στην ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας διαδραματίζουν διεθνείς οργανισμοί και Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ).

4.2.3.1 Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ)

Δεν υφίσταται κάποιος κοινά αποδεκτός ορισμός της έννοιας ωστόσο συχνά χαρακτηρίζονται ως μη κερδοσκοπικές και μη κρατικές οντότητες των οποίων τα μέλη αποτελούνται από πολίτες ή ομάδες πολιτών, χωρίς ομοφωνία για το αν έχουν εθελοντικό χαρακτήρα και για το βαθμό στον οποίο οι πόροι θα έπρεπε να είναι κρατικοί (Πετρόπουλος & Χουλιάρας, 2017).

Πρωτοβουλίες ΜΚΟ στην ΠΦΥ

- Ενισχύουν την ικανότητα των εργαζομένων στην υγεία ,ιδιαίτερα σε χώρες χαμηλού εισοδήματος που αντιμετωπίζουν κρίση ανθρωπίνου δυναμικού, μειώνοντας τις ανισότητες στην πρόσβαση
- Αυξάνουν την αποτελεσματικότητα των συστημάτων ΠΦΥ μέσω της μέτρησης των αποτελεσμάτων των προγραμμάτων από τα συστήματα συλλογής δεδομένων
- Δημιουργούν προγράμματα που ενσωματώνουν την ηγεσία της κοινότητας
- Εφαρμόζουν καινοτομίες βελτιώνοντας την αποτελεσματικότητα των συστημάτων ΠΦΥ (Landes et al, 2019).

4.2.3.2 UNICEF

Το Ταμείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Παιδιά (UNICEF) υπερασπίζεται την προστασία των δικαιωμάτων των παιδιών. Στοχεύει στην κάλυψη των βασικών αναγκών τους και στην ανάπτυξη όλων των δυνατοτήτων τους (United Nations,2024).

Πρωτοβουλίες UNICEF στην ΠΦΥ



Ο οργανισμός για την επίτευξη της καθολικής κάλυψης υγείας, υποστηρίζει την ΠΦΥ ιδιαίτερα σε κοινοτικό επίπεδο. Οργανώνει ολοκληρωμένες δράσεις για παιδιά, εφήβους αλλά και γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας με πεδία εφαρμογής :

- Μητρική-Νεογνική φροντίδα: μέσω εμβολιαστικών προγραμμάτων και στήριξης των υπηρεσιών υγείας για παιδικές παθήσεις όπως πνευμονία και ελονοσία
- Υγεία και ευημερία παιδιών : μέσω υποστήριξης των εθνικών σχεδίων των κρατών με σκοπό την διαχείριση μη μεταδοτικών νοσημάτων , τη στήριξη παιδιών με αναπηρίες κ.α.
- Ενίσχυση των υγειονομικών συστημάτων και ανάπτυξη ανθεκτικότητας : μέσω παροχής υπηρεσιών υγείας που σχετίζονται με την διατροφή, την ανάπτυξη σε πρώιμη ηλικία ,την καταπολέμηση του ιού HIV και παροχής υποστήριξης σε κοινότητες που βρίσκονται σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης (UNICEF, χ.χ.).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΦΥ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας κατέχει σημαντικό ρόλο στην διατήρηση της υγείας και της κοινωνικής ευημερίας η διαρκής βελτίωση της ποιότητας παροχής της αποτελεί βασικό στόχο για τα συστήματα υγείας, τους διεθνείς οργανισμούς και τους λήπτες φροντίδας (Gharibi et al., 2023).

5.1 Προκλήσεις στην ΠΦΥ και στην κοινωνική φροντίδα

5.1.1 Υποχρηματοδότηση

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ και άλλους διεθνείς οργανισμούς , περίπου το 90 % των ατόμων κάθε κοινωνίας χρήζει την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας , η χρηματοδότηση του κλάδου αντιμετωπίζει δυσκολίες. Στις περισσότερες χώρες διατίθεται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη μόνο το 10% των δαπανών υγείας. Πλήθος μελετών αναφέρει πως η ΠΦΥ μπορεί να αποτελεί ένα από τα μέτρα επίλυσης των ιατρικών και ψυχοκοινωνικών προβλημάτων υγείας. Ωστόσο η ελλιπής χρηματοδότηση, η υποστελέχωση και οι ανεπαρκείς υποδομές αποτελούν μία από τις κυριότερες προκλήσεις που καλούνται οι χώρες και τα συστήματα να αντιμετωπίσουν (Alnaser,2025).



5.1.2 Κοινωνικές ανισότητες

Στην πρωτοβάθμια φροντίδα, οι ανισότητες στην πρόσβαση μπορούν να παρουσιαστούν σε τρία επίπεδα : ανισότητες μεταξύ των κρατών , ανισότητες εντός των χωρών και ανισότητες μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών βαθμίδων.

Οι ανισότητες μεταξύ των χωρών παρουσιάζονται καθώς οι χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος έχουν λιγότερες πιθανότητες πρόσβασης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη ενώ παράλληλα με το φαινόμενο του <<brain drain >> ,οι χώρες χαμηλού εισοδήματος παρουσιάζουν απώλειες στο εργατικό δυναμικό ,που καταφεύγει για εργασία σε χώρες υψηλότερου εισοδήματος.

Οι ανισότητες εντός των χωρών προκύπτουν από την άνιση γεωγραφική κατανομή των δομών της ΠΦΥ. Σημειώνονται ελλείψεις στην πρόσβαση διότι η πλειονότητα των υπηρεσιών περίθαλψης βρίσκεται στα αστικά κέντρα , υποβαθμίζοντας τις ήδη περιθωριοποιημένες αγροτικές περιοχές.

Οι ανισότητες μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών βαθμίδων εμφανίζονται ανεξάρτητα κρατους ή περιοχής , σε ευάλωτα άτομα. Η πρόσβαση τους στις υπηρεσίες ΠΦΥ εξαρτάται από την αποδοχή, την υγειονομική παιδεία ,ζητήματα κινητικότητας κ.α. Το μείζον πρόβλημα είναι πως η παροχή φροντίδας συχνά εξαρτάται από την ικανότητα πληρωμής και όχι από την ύπαρξη ανάγκης (Allen et al.,2025).

5.1.3 Μεταναστευτικό ζήτημα και πολυπολιτισμικότητα

Περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης συχνά αντιμετωπίζουν πρόσφυγες και μετανάστες λόγω έλλειψης μεσολαβητών, απουσίας νομικής υποστήριξης, ασάφειας στη δυνατότητα εγγραφής στα συστήματα υγείας και στα συστήματα φροντίδας κ.α. Υπολογίζεται πως 281 εκατομμύρια άνθρωποι διαβιούν εκτός της χώρας καταγωγής τους. Οι μετανάστες είναι σε μεγάλο βαθμό υγιείς όμως είναι πιθανό η κατάσταση της υγείας τους να αλλάξει με την έλευση στη χώρα διαμονής είτε λόγω κακών συνθηκών είτε λόγω της αδυναμίας πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας. Έτσι, κρίνεται αναγκαία η παρουσία ισχυρής ΠΦΥ στα κράτη για την υποστήριξη και αποτελεσματική παροχή φροντίδας στους συγκεκριμένους πληθυσμούς (WHO,2023).



5.1.4 Τεχνολογικό χάσμα

Ανάμεσα στα κράτη παρατηρούνται αρκετές διαφορές στο βαθμό ανάπτυξης της ψηφιακής υγείας. Χώρες που εμφανίζουν μικρότερη τεχνολογική ανάπτυξη χαρακτηρίζονται από απουσία επαρκών ψηφιακών υποδομών όπως σταθερά διαδικτυακά δίκτυα, τεχνολογικό εξοπλισμό αλλά και από έλλειψη κατάλληλα εκπαιδευμένου εργατικού δυναμικού. Οι περιορισμοί που δημιουργούνται επηρεάζοντας την ποιότητα και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Έχει άμεση επίδραση στην ΠΦΥ καθώς αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής με τα υγειονομικά συστήματα, περιορίζοντας τη διασύνδεση τόσο μεταξύ των υποδομών της ΠΦΥ όσο και με άλλες βαθμίδες περίθαλψης (Silva et al., 2024).

5.1.5 Γήρανση του πληθυσμού και χρόνια νοσήματα

Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης έχουν επιφέρει το φαινόμενο της γήρανσης του πληθυσμού. Η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων χαρακτηρίζεται ως μια από τις κυριότερες υγειονομικές, κοινωνικές και οικονομικές προκλήσεις της σύγχρονης εποχής με περισσότερους από 700 εκατομμύρια ανθρώπους να βρίσκονται άνω των 60 ετών. Το γεγονός αυτό οδηγεί στην αύξηση των προβλημάτων υγείας που καλούνται τα συστήματα υγείας να αντιμετωπίσουν. Τα χρόνια νοσήματα αποτελούν τις συνηθέστερες αιτίες αναπηρίας στις συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες ενώ παρατηρείται μείωση της ποιότητας ζωής λόγω του επίπνου, χρόνιου και εξαντλητικού χαρακτήρα τους. Ως αποτέλεσμα, πραγματοποιείται πληθώρα ενεργειών για την διαχείριση των συγκεκριμένων προβλημάτων καθώς η ιατρική και ψυχική φροντίδα είναι αναγκαία, με μελέτες να αναφέρουν ότι κατά προσέγγιση το 60 % των δαπανών της υγειονομικής περίθαλψης αφορά τους ηλικιωμένους. Η ΠΦΥ έχει καθοριστικό ρόλο στις προσπάθειες αυτές καθώς στοιχεία δείχνουν ότι είναι εφικτό να ικανοποιήσει περισσότερο από το 80% των αναγκών που προκύπτουν στους ηλικιωμένους (Najafi et al., 2023).

5.2 Προοπτικές για την ΠΦΥ και την κοινωνική φροντίδα

5.2.1 Ενίσχυση συστημάτων σε περιόδους κρίσης

Κατά την πανδημία του Covid-19 αναδείχθηκε η ανάγκη ύπαρξης δίκαιων και ισχυρών συστημάτων υγείας. Χώρες διάφορων εισοδημάτων κλήθηκαν παρέχουν επαρκή υγειονομική



φροντίδα, διαγνωστικές εξετάσεις και υπηρεσίες φροντίδας. Τα αδύναμα συστήματα παρουσίασαν μεγάλες ανισότητες στην πρόσβαση παροχών υγείας, έχοντας αναποτελεσματικά δίκτυα κοινωνικής φροντίδας. Οι ανισότητες οξύνθηκαν ,αποκλείοντας τις οικονομικά και κοινωνικά ευάλωτες ομάδες από την παροχή φροντίδας. Η κρίση Covid-19 έφερε στο προσκήνιο την αδυναμία των συστημάτων στην αντιμετώπιση καταστάσεων έκτακτης ανάγκης και την ανάγκη της ύπαρξης αποτελεσματικών δικτύων κοινωνικής ασφάλειας (uhc2030,2021).

5.2.2 Ψηφιακός μετασχηματισμός

Η ενσωμάτωση της τεχνολογίας στον τομέα της υγείας βρίσκεται σε εξέλιξη. Η τηλε-υγεια, τα ηλεκτρονικά συστήματα και ο ιατρικός εξοπλισμός οδηγεί στην ενίσχυση της υγείας του πληθυσμού. Η ποιότητα και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας βελτιώνονται ενώ οι επιδόσεις και η ικανοποίηση των επαγγελματιών των συστημάτων υγειονομικής φροντίδας αυξάνονται. Οι κυριότερες εφαρμογές της ψηφιοποίησης αποτελούν τα συστήματα πληροφοριών υγείας, το blockchain και τα εργαλεία ανάλυσης δεδομένων προσφέροντας ασφαλή καταγραφή ιατρικών αρχείων ,διασύνδεση των πληροφοριών σε όλες τις βαθμίδες και πρόγνωση των μελλοντικών τάσεων στην υγεία. Αντίστοιχα η τηλεπαρακολούθηση αποτελεί χρήσιμο εργαλείο στη αντιμετώπιση χρόνιων νοσημάτων ενώ οι τηλεδιαβουλεύσεις ωφελούν την ιατρική παρακολούθηση εξ αποστάσεως. Είναι απαραίτητο τα συστήματα υγείας να ανασχεδιαστούν ενσωματώνοντας την νέα αυτή προσέγγιση ωστόσο η ανάπτυξη τεχνολογικών δεξιοτήτων δεν είναι αρκετή. Στην διαδικασία αυτή, θα πρέπει να σχηματιστούν πρακτικές που να ενισχύουν την πρόληψη, την πρωτοβάθμια περίθαλψη, την κοινωνική ένταξη, την αποσυμφόρηση των νοσοκομειακών μονάδων , τη δημιουργία οικιακών μορφών βοήθειας έτσι ώστε να καλλιεργηθεί μια κουλτούρα καινοτομίας (Darakhvelidze,2022).

5.2.3 Διαρκής εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας

Οι επαγγελματίες στην υγεία παρουσιάζουν υψηλό φόρτο εργασίας, μεγάλη ανάληψη ευθύνης και εξειδίκευση .Η διαρκής εκπαίδευση είναι απαραίτητο στοιχείο για την εξασφάλιση ενός καλού επιπέδου υγείας και παροχής φροντίδας. Ταυτοχρόνως είναι προτεραιότητα των επαγγελματιών καθώς συμβάλλει στην εξέλιξη τους ενώ αποτελεί ηθική υποχρέωση διότι η ικανότητα τους έχει αντίκτυπο σε ανθρώπινες ζωές. Επιπλέον συνιστά μια πρακτική που



στοχεύει στην ενδυνάμωση των συστημάτων υγείας. Ο τομέας της ΠΦΥ αποτελεί ένα από τα ιδανικότερα πεδία για την εφαρμογή της πρακτικής καθώς το ανθρώπινο δυναμικό καλείται να προσαρμοστεί στις ανάγκες της κοινότητας (Digonis , S. & Tasoudis, P.,2021; Pereira et al., 2025).

5.2.4 Διατομεακή συνεργασία και κοινοτική συμμετοχή

Η επίτευξη της ισότητας στην υγεία δεν εξαρτάται από μία συνιστώσα. Η κατάσταση της υγείας των ατόμων έχει άμεση σχέση με το εισόδημα, την πρόσβαση στις υπηρεσίες περίθαλψης και το μορφωτικό επίπεδο. Οι κυβερνήσεις είναι αναγκαίο να ασκούν κοινωνικές και οικονομικές πολιτικές που στοχεύουν στην ευημερία , στην κοινωνική ανάπτυξη και στην ισότητα στην υγεία. Τα συστήματα θα πρέπει να ακολουθούν την αρχή της αναλογικής καθολικότητάς, εντοπίζοντας το βαθμό των αναγκών του πληθυσμού, προσφέροντας επιπλέον στήριξη όπου χρειάζεται. Η ΠΦΥ διαδραματίζει σημαντικό ρόλο καθώς στοχεύει στην καθολική κάλυψη υγείας ενισχύοντας την υγεία και την ισότιμη πρόσβαση. Οι πάροχοι φροντίδας είναι απαραίτητο να μεταστραφούν από τα κλασσικά πρότυπα που εστιάζουν μόνο στις ιατρικές παρεμβάσεις και να συμπεριλάβουν τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας στην λειτουργία τους. Δημιουργώντας συνεργασίες στον τομέα της υγείας με την τοπική αυτοδιοίκηση, τους κοινοτικούς φορείς, τα σχολεία και τους εργασιακούς χώρους επιτυγχάνεται η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των πολιτών, έχοντας άμεσο αντίκτυπο στην υγεία τους (WHO, 2025).

5.2.5 Ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας

Ένας από τους κυριότερους τομείς της ΠΦΥ είναι η προαγωγή της υγείας περιλαμβάνοντας μέτρα πρόληψης και παροχή εκπαίδευσης σε ζητήματα υγείας. Η ολική αντιμετώπιση που παρουσιάζει, εντοπίζοντας και στοχεύοντας τα πρωταρχικά αίτια των νόσων αποσυμφορεί τα σύστημα, αυξάνει την προσβασιμότητα και ενισχύει την κοινωνική ευημερία. Δημιουργώντας προγράμματα πρόληψης και προαγωγής υγείας ενισχύεται η έγκαιρη διάγνωση και μειώνεται η συχνότητα εμφάνισης νόσων. Παράλληλα συμβάλει στην παρέμβαση των νόσων σε προχωρημένα στάδια βελτιώνοντας την πρόγνωση και τις επιλοκές τους. Η ΠΦΥ ακολουθεί την αρχή της ολιστικής φροντίδας ενσωματώνοντας την σωματική, κοινωνική και ψυχική ευημερία. Η εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας επιτρέπει



στον πληθυσμό να δράσει προς το όφελος της υγείας του , επιτυγχάνοντας ένα καλύτερο επίπεδο υγείας (Darlie, 2023)

5.2.6 Μοντέλα παροχής ΠΦΥ με άμεση συμμετοχή της κοινωνικής φροντίδας

Η δημιουργία νέων μοντέλων ΠΦΥ θα πρέπει να ικανοποιεί τις τρεις συνιστώσες της πρωτοβάθμιας φροντίδας και την συμμετοχή της κοινότητας. Κρίνεται αναγκαία η πολυτομεακή συνεργασία σε εθνικό, περιφερειακό και κοινοτικό επίπεδο με στόχο την διαχείριση των καθοριστικών παραγόντων της υγείας. Η προώθηση της συμμετοχής των πολιτών και η υποστήριξη της ατομικής αντιμετώπισης της υγείας τους μέσω δράσεων στήριξης και παρέμβασης είναι βασικό ζητούμενο. Η συνεργασία των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας είναι απαραίτητη για την ολοκληρωμένη κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού (WHO & UNICEF, 2020).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα μελέτη ανέδειξε ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) και τα Δίκτυα Κοινωνικής Φροντίδας αποτελούν αλληλένδετους μηχανισμούς στην ολοκληρωμένη ικανοποίηση των αναγκών του πληθυσμού. Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχει τις βασικές υπηρεσίες προαγωγής, πρόληψης ,διάγνωσης αλλά και θεραπείας ενώ τα δίκτυα φροντίδας συμβάλουν στην υποστήριξη των ευάλωτων πληθυσμών και στην βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Η διεθνής ανασκόπηση αποδεικνύει πως τα πιο αποτελεσματικά και ανθεκτικά συστήματα υγείας είναι εκείνα που συνδέουν την ΠΦΥ με την κοινωνική φροντίδα. Η συνεργασία αυτή ενισχύει την πρόληψη, συμβάλει στη μείωση των ανισοτήτων και διευκολύνει την πρόσβαση σε ευάλωτες ομάδες (Α.με.Α, ηλικιωμένους ,πάσχοντες χρόνιων νοσημάτων).Η πρόσφατη πανδημία Covid-19 απέδειξε την αξία της διασύνδεσης καθώς χώρες με πιο ισχυρά συστήματα και καλύτερη κοινωνική φροντίδα ανταποκρίθηκαν άμεσα στις νέες ανάγκες που προέκυψαν.

Παράλληλα εντοπίζονται κοινές προκλήσεις στην παροχή υπηρεσιών μεταξύ των χωρών όπως : έλλειψη συντονισμού μεταξύ κοινωνικών και υγειονομικών υπηρεσιών, άνιση γεωγραφική κατανομή πόρων και υποχρηματοδότηση. Οι προκλήσεις αυτές, δεν αφορούν μόνο



κράτη χαμηλού εισοδήματος αποδεικνύοντας πως η ολοκληρωμένη προστασία της υγείας χρήζει συνεχή στρατηγικό σχεδιασμό.

Συμπερασματικά, η ΠΦΥ σε συνεργασία με τα Δίκτυα Κοινωνικής Φροντίδας αποτελούν βασικά στοιχεία για τη δημιουργία δίκαιων και αποτελεσματικών συστημάτων προστασίας της υγείας, οδηγώντας σε ένα νέο πρότυπο ολοκληρωμένης φροντίδας που θα ικανοποιεί τις αναγκών των σύγχρονων κοινωνιών.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

Αμερίδης, Ε.2021, Μεταρρυθμίσεις στον χώρο της Υγείας και η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα

Βανάκα, Γ. 2020, Η Παροχή υπηρεσιών υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Ηθικές και δεοντολογικές διαστάσεις της πολιτικής για την υγεία και η σημασία και τα οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας με βάση τη χρήση νέων πληροφορικών συστημάτων, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα

Βαρβιτσιώτη, Π. 2023, Η διερεύνηση της γνωστικής ικανότητας και της κατάθλιψης ηλικιωμένων σε Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων της Αττικής και η επίδρασή τους στην ικανοποίηση από τη ζωή, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Αθήνα

Βελαώρας, Η. 2023. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας την περίοδο της πανδημίας Covid - 19. Η επίδραση της πανδημίας στο κόστος και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στα κέντρα υγείας του Ν. Φθιώτιδας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Λαμία

Βραχνέλη, Α. 2017, Πρωτοβάθμια Περίθαλψη και Συστήματα Υγείας: Μεταρρυθμιστικές Προσπάθειες, Προβλήματα και Προοπτικές, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης, Αθήνα



- Βρέττα, Β. 2019, Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ). Στάσεις και αντιλήψεις των πολιτών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα
- Δαλέτος, Σ. 2025, Ρόλος του Κράτους στον Τομέα της Υγείας: Θεωρητικές Προσεγγίσεις, Οικονομική Ανάλυση και Σύγχρονες Προκλήσεις, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Ζυρίχη
- Δημητρίου, Ε. 2024, Η Αναγκαιότητα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Όπως Αποτυπώθηκε Από Τις Επιπτώσεις Στη Διαχείριση Των Χρόνιων Προβλημάτων Υγείας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη
- Καζάκη, Σ. 2020, Οι Μεταρρυθμίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Ανεπάρκειες και Προοπτικές, Πανεπιστήμιο Νεάπολις Πάφου
- Καραβούλια, Α. 2025, Ο οικογενειακός ιατρός και ο ρόλος του στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα
- Καραγκούνη, Α. 2023, Μεταρρυθμίσεις στο χώρο της υγείας και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ), Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Αίγιο
- Κασκάνης, Φ. 2019, Δαπάνες γενικών κυβερνήσεων Ελλάδας και Σουηδίας για τον τομέα της υγείας σε ποσοστό του Α.Ε.Π. για την περίοδο 1996-2015, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Πειραιάς
- Κατσαβού, Σ. 2014, Πολιτικές Κοινωνικής Προστασίας στην Εξέλιξη Της Οικονομικής Σκέψης. Τα Συστήματα Κοινωνικής Προνοίας και η Επιρροή τους από την Οικονομική Κρίση, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Βόλος
- Κεσσόπουλος, Γ. 2021, Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στις σύγχρονες οικονομίες και στην Ελλάδα. Ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην πόλη της Πτολεμαΐδα, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πτολεμαΐδα
- Κουλμπίντα, Ν. 2020, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα και στην Δημοκρατία της Μολδαβίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
- Κουρκούτα, Α. 2024, Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών και διαχείριση της Πανδημίας Covid-19, με την υλοποίηση βιωματικών εργαστηρίων, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη
- Λιούτα, Α. 2021, Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ο Ρόλος του Οικογενειακού Ιατρού, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Πειραιάς



- Μαλλιώτης, Ν & Σκανδάλη, Ε. 2016, Πρόσβαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, Πελοποννήσου, Καλαμάτα
- Μαρίνη, Φ. 2022, Οι Τυπικές Πολιτικές Κοινωνικής Φροντίδας Των Δήμων Στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση
- Μέλου, Α. 2021, Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη,
- Μπαξεβανίδου, Μ., & Χαρατσάρη, Μ., 2023, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και οικονομική κρίση, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα
- Ντούλιας, Χ. 2023, Διοίκηση Μονάδων Υγείας: μελέτη του ελληνικού συστήματος υγείας και σύγκριση με των ευρωπαϊκών χωρών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Αθήνα
- Παναγιωτόπουλος, Ν. 2015, Η Κρίση και οι Προοπτικές του Κράτους Πρόνοιας στις Σύγχρονες Συνθήκες, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
- Παπαδοπούλου, Δ. 2021, Ο θεσμός των Κέντρων Δημιουργικής Απασχόλησης παιδιών-ΚΔΑΠ στην Ελλάδα. Η περίπτωση των ΚΔΑΠ του Δήμου Αμπελοκήπων-Μενεμένης Θεσσαλονίκης, Διεθνές Πανεπιστήμιο Ελλάδος, Πάτρα
- Πατηνέας, Ν. & Μακρίδου, Ε. & Κοσμίδου, Δ. 2023, Σύγχρονες προκλήσεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. ΒΗΜΑ του ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ, 22(1^Α), 201-209.
- Πέγιου, Φ. 2023, Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και η δυναμική της στη Δημόσια Υγεία. ΒΗΜΑ του ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ, 22(2), 333-347.
- Πετρόπουλος, Σ. & Χουλιάρης, Α. 2017, Διεθνείς, ευρωπαϊκοί και εθνικοί ΜΚΟ, Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης & Αυτοδιοίκησης, Αθήνα
- Σαββίδου, Κ. 2021, Στρατηγικές επιβίωσης και ανάπτυξης εγχειρημάτων κοινωνικής φροντίδας και μέριμνας στην Covid εποχή, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
- Στασινοπούλου, Ο. 2006, Κοινωνική Πολιτική Βασικές Έννοιες, Ιστορική Εξέλιξη Φορείς και Πρότυπα, Πάντειον Πανεπιστήμιο, Αθήνα
- Στεργίου, Ε. 2023, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στα Πλαίσια των Σύγχρονων Συστημάτων Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Βόλος



Σωτηροπούλου, Κ. 2023, Ανταγωνισμός στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στον ιδιωτικό τομέα, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σαλαμίνα

Τσαλαμπούνη, Α. 2025, Κράτος Πρόνοιας και οικονομική κρίση: Η μεταφορά της Δημόσιας δράσης στην ιδιωτική σφαίρα. Η περίπτωση των Μονάδων Υγείας, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη

Τσέτσου, Ν., 2024, Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Αρχές Οργάνωσης και Προοπτικές, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθηνά

Φαρσακίδου, Σ. 2020, Η διεθνής εμπειρία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Σύγκριση με την Ελλάδα και προοπτικές ανάπτυξης, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

Φιλαλήθης, Α. 2021, Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα Χαμένη στον λαβύρινθο. ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, 38(4), 548-556.

Χριστοδούλου, Π. 2019, Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα και την Ευρώπη. Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδας, 14(2), 47-54.

Darakhvelidze, M. 2022, Ο ψηφιακός μετασχηματισμός στην υγεία. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Αθήνα

Digonis, Stefanos, & Tasoudis, Paschalis. (2021). Lifelong Education of health professionals in order to maintain and deepen knowledge of human resources. Perioperative Nursing (GORNA), 10(1), 11–18. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5501812>

Ξενόγλωσση

Abdullatif Alnaser, F. (2025). Primary Health Care Is the Foundation of Health Services. IntechOpen. doi: 10.5772/intechopen.1006812

Allen LN, Pettigrew LM, Exley J, Collin H, Bates S, Kidd M. Global health inequity and primary care. BJGP Open, 8(4):BJGPO.2024.0189. doi: 10.3399/BJGPO.2024.0189

Darlie B (2023) Primary Health Care, Preventive Measures for Health Promotion. Health Care Curr Rev. 11:369.

Gharibi, F., Moshiri, E., Tavani, M.E. et al. (2023). Challenges of Implementing an Effective Primary Health Care Accreditation Program: a qualitative study in Iran. BMC Prim. Care 24, 270 <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02232-0>



- Najafi, M., Kamal Gholipour, Amerzadeh, M., Kiaei, M. Z., & Rohollah Kalhor. (2023). A framework for elderly participation in Primary Health Care in Tabriz Health complexes. *BMC Geriatrics*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04217-1>
- Landes, M., Pfaff, C., Zerihun, M., Wondimagegn, D., Sodhi, S., Rouleau, K., & Kidd, M. R. (2019). Calling non-governmental organisations to strengthen primary health care: Lessons following Alma-Ata. *African journal of primary health care & family medicine*, 11(1), e1–e2. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v11i1.1945>
- Ludvigsson, J.F., Bergman, D., Lundgren, C.I. et al. (2025). The healthcare system in Sweden. *Eur J Epidemiol* 40, 563–579 <https://doi.org/10.1007/s10654-025-01226-9>
- Orfanou, E., Simou, O., & Sidiropoulou, S. (2023). QUALITY POLICIES IN SWEDEN AND GREECE.GOOD PRACTICES FOR GREECE. In *Perioperating Nursing (GORNA)* ,12(1),19–31. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10461463>
- Pereira LKM, Adailton da Silva J, Valentim RAdM, Lima TGFMS, Junior NFdM, et al. (2025) Impacts of continuing education on Primary Health Care professionals—A scoping review protocol. *PLOS ONE* 20(1): e0312963. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0312963>
- Pinker, R.A. (2025)Social service. *Encyclopedia Britannica*. <https://www.britannica.com/topic/social-service>
- Sandhu S, Sharma A, Cholera R, Bettger JP. (2021)Integrated Health and Social Care in the United States: A Decade of Policy Progress. 21(4):9. doi: 10.5334/ijic.5687
- Silva, Í. de S., Silva, C. R. D. V., Martiniano, C. S., Araújo, A. J. de, Figueirêdo, R. C. de, Lapão, L. V., ... Uchôa, S. A. da C. (2024). Digital health and quality of care in Primary Health Care: an evaluation model. *Frontiers in Public Health*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1443862>
- Wilson A. United Kingdom. In: Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, et al., editors. *Building primary care in a changing Europe: Case studies* [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. (Observatory Studies Series, No. 40.) 31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459024/>

Διαδικτύου



Clement, M. (2023). The founding of the NHS: 75 years on - History of government. <https://history.blog.gov.uk/2023/07/13/the-founding-of-the-nhs-75-years-on/>

EUR-Lex. (2021). Πρόγραμμα Η ΕΕ για την υγεία (EU4health) (2021-2027) | EUR-Lex. Retrieved from <https://eur-lex.europa.eu/EL/legal-content/summary/eu4health-programme-2021-2027.html>

European Commission. (2021). EU4Health programme 2021-2027 – a vision for a healthier European Union. Retrieved from https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_en

Healthcare In Germany: The German Healthcare System. (n.d.). Retrieved from <https://www.welcome-center-germany.com/post/best-healthcare-options-germany-german-healthcare-system>

HSN. (2024). What are 5 pros and 5 cons of the NHS? - Health Service Navigator. Retrieved from <https://www.myhsn.co.uk/top-tip/what-are-5-pros-and-5-cons-of-the-nhs/> Constitution. (n.d.). <https://www.who.int/about/governance/constitution-cons-of-the-nhs/>

NCD Alliance (2025). Universal Health Coverage. Retrieved from <https://ncdalliance.org/explore-ncds/solutions/universal-health-coverage>

NHS (2023). Care services, equipment and care homes. Retrieved from <https://www.nhs.uk/social-care-and-support/care-services-equipment-and-care-homes/>

Special Programme on Primary Health Care (PHC). (2019). Declaration of Alma-Ata. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471>

UNICEF. (2016). Health Retrieved from <https://www.unicef.org/health#reports>

United Nations. (2019). UNICEF - Ταμείο Των Ηνωμένων Εθνών Για Τα Παιδιά. Retrieved from <https://unric.org/el/unicef-%CF%84%CE%B1%CE%BC%CE%B5%CE%B9%CE%BF-%CF%84%CF%89%CE%BD-%CE%B7%CE%BD%CF%89%CE%BC%CE%B5%CE%BD%CF%89%CE%BD-%CE%B5%CE%B8%CE%BD%CF%89%CE%BD-%CE%B3%CE%B9%CE%B1-%CF%84%CE%B1-%CF%80%CE%B1%CE%B9-2/>

United Nations. (n.d.). Universal Declaration of Human Rights | United Nations. <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>



World Health Organization (2020). Triple Billions: targeting a better future - WHO. Retrieved from <https://www.who.int/data/stories/triple-billions-targeting-a-better-future>

World Health Organization (2022). *Primary health care An integrated approach for delivering universal health coverage with a focus on social justice, equity, and solidarity TECHNICAL BRIEF*. Retrieved from https://cdn.who.int/media/docs/default-source/universal-health-coverage/who-uhl-technical-brief-template-phc.pdf?sfvrsn=66a5d791_3&download=true

World Health Organization (2023). The health of refugees and migrants in the WHO European Region. Retrieved from [www.who.int website: https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/the-health-of-refugees-and-migrants-in-the-who-european-region](https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/the-health-of-refugees-and-migrants-in-the-who-european-region)

World Health Organization. (2010). Glossary of terms used for Health Impact Assessment (HIA). Retrieved from <https://www.who.int/publications/m/item/glossary-of-terms-used-for-health-impact-assessment-hia>

World Health Organization. (2020). Operational Framework for Primary Health Care. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017832>

World Health Organization. (2025). Universal Health Coverage (UHC). Retrieved from [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

World Health Organization (2025). World report on social determinants of health equity. Retrieved from <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/381258/B09387-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization: WHO. (2019). Primary health care. https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1

World Health Organization. (2020). *Operational Framework for Primary Health Care Transforming Vision Into Action*. Retrieved from <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337641/9789240017832-eng.pdf?sequence=1>

Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (2023). Περιφερειακό Παρατηρητήριο Κοινωνικής Ένταξης Περιφέρειας Αττικής <https://pepa.attica.gov.gr/kentra-imerisias-frontidas-ilikiomenon/>

Περιφερειακό Κέντρο Πληροφόρησης του ΟΗΕ - Greece. (2020). Ποιός είναι ο Οργανισμός που συντονίζει την παγκόσμια μάχη κατά του COVID-19; Retrieved from



<https://unric.org/el/%CF%80%CE%B1%CE%B3%CE%BA%CE%BF%CF%83%CE%BC%CE%B9%CE%BF%CF%83-%CE%BFp%CE%B3%CE%B1%CE%BD%CE%B9%CF%83%CE%BC%CE%BF%CF%83-%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%B9%CE%B1%CF%83/>

Περιφερειακό Ταμείο Ανάπτυξης Αττικής (2021). Αποτελέσματα Έρευνας για τη λειτουργία του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», στην Περιφέρεια Αττικής, κατά την εξέλιξη της πανδημικής κρίσης COVID 19. Ανακτήθηκε από: <https://pepa.attica.gov.gr/wp-content/uploads/2023/06/%CE%88%CF%81%CE%B5%CF%85%CE%BD%CE%B1-%CE%B3%CE%B9%CE%B1-%CF%84%CE%B7-%CE%BB%CE%B5%CE%B9%CF%84%CE%BF%CF%85%CF%81%CE%B3%CE%AF%CE%B1-%CF%84%CE%BF%CF%85-%CF%80%CF%81%CE%BF%CE%B3%CF%81%CE%AC%CE%BC%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CF%82-%CE%92%CE%BF%CE%AE%CE%B8%CE%B5%CE%B9%CE%B1-%CF%83%CF%84%CE%BF-%CE%A3%CF%80%CE%AF%CF%84%CE%B9-%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD-%CE%A0%CE%B5%CF%81%CE%B9%CF%86%CE%AD%CF%81%CE%B5%CE%B9%CE%B1-%CE%91%CF%84%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82.pdf>

Υπουργείο Κοινωνικής Συνοχής & Οικογένειας. (2024). Εθνικό στρατηγικό πλαίσιο για τη μακροχρόνια φροντίδα. Γενική Γραμματεία Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Καταπολέμησης της Φτώχειας.

Νόμοι

Νόμος 4486/2017 Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις, Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ Α' 115-07.08.2017)

Νόμος 4931/2022 Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες επείγουσες διατάξεις, Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ Α' 94 - 13.05.2022)



Νόμος 2646/1998 Ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις, Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ Α΄236 - 20.10.1998)

Υπ.Απόφαση 34029/2012, Πιστοποίηση Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Κοινωνικής Φροντίδας του Ιδιωτικού Τομέα μη Κερδοσκοπικού Χαρακτήρα και ΜΚΟ Εθελοντικού Χαρακτήρα, Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ 1163/Β/10-4-2012).