

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ EDITORIAL

Προς μια ρεαλιστική αντιμετώπιση του προβλήματος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη χώρα μας

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), οι χώρες με την καλύτερη ποιότητα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) επιτυγχάνουν λιγότερες παραπομπές στα νοσοκομεία, καλύτερους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας και μειωμένες δαπάνες υγείας. Παρά τα δεδομένα αυτά και το γεγονός ότι η ΠΦΥ αντιστοιχεί σε ποσοστό περίπου 80% της καθημερινής ιατρικής πράξης, το κύριο ενδιαφέρον των ιατρών, των Ιατρικών Σχολών και της Πολιτείας στη χώρα μας φαίνεται να επικεντρώνεται στη Νοσοκομειακή Ιατρική. Η ενασχόληση με την ΠΦΥ περιορίζεται στα μεγάλα λόγια, που κάθε τόσο ακούγονται για την ανάγκη της αναμόρφωσής της. Ελάχιστα, όμως, επιτεύγματα μπορεί να διαπιστώσει κάποιος στον τομέα αυτόν μέχρι σήμερα.

ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Με τον όρο «φροντίδα υγείας» (health care) νοούνται «οι διάφορες υπηρεσίες για την πρόληψη ή τη θεραπεία νόσων ή τραυμάτων» (Collins English dictionary). «Πρωτοβάθμιος» είναι αυτός που λειτουργεί ως πρώτη βαθμίδα ενός συστήματος. Ορόσημο για την αναγνώριση της ΠΦΥ ως θεμελιώδους συνιστώσας του συστήματος υγείας θεωρείται η Διακήρυξη της Alma Ata. Η Διακήρυξη υιοθετήθηκε το 1978, κατά τη διεθνή διάσκεψη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και της UNICEF στην πόλη Alma Ata (σημερινή Almaty) του Καζακστάν (της τότε Σοβιετικής Ένωσης). Κάτω από το ουτοπικό, όπως αποδείχθηκε, μότο «Υγεία για όλους το 2000», η Διακήρυξη καλούσε τις κυβερνήσεις όλων των χωρών «να διατυπώσουν εθνικές πολιτικές, στρατηγικές και σχέδια δράσης προκειμένου να εγκαθιδρύσουν και να διατηρήσουν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως μέρος

ενός ενιαίου εθνικού συστήματος υγείας». ¹ Το σχετικό κείμενο περιλάμβανε έναν πολύ γενικόλογο ορισμό της ΠΦΥ: «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι βασική φροντίδα υγείας εδραιωμένη σε επιστημονικά ορθή πράξη και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες διαθέσιμες σε όλα τα άτομα με πόρους που εξασφαλίζει η κοινότητα και η χώρα σε πνεύμα αυτάρκειας και αυτονομίας». Έκτοτε, πολλές προτάσεις για τον ορισμό της ΠΦΥ έχουν δει το φως της δημοσιότητας. Σε όλες τις παραλλαγές, ως θεμελιώδη γνωρίσματα της ΠΦΥ αναγνωρίζονται: ²

- Η πρώτη επαφή με το σύστημα υγείας
- Η συνεχιζόμενη, πλήρης και εξατομικευμένη φροντίδα υγείας σε όλα τα άτομα και τις οικογένειες της κοινότητας
- Η λειτουργική διασύνδεση με το συνολικό σύστημα υγείας και τα νοσοκομεία δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης.

ΙΑΤΡΟΙ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τον Ιούλιο του 1948 ο υπουργός υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου Aneurin Bevan εγκαινίασε το Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (National Health Service). Σκοπός του συστήματος ήταν η παροχή υπηρεσιών υγείας «καλής ποιότητας» σε όλους – «πλούσιους και πτωχούς, άνδρες, γυναίκες και παιδιά». Την εποχή εκείνη, οι περισσότεροι ιατροί στο Ηνωμένο Βασίλειο ήταν γενικοί ιατροί (general practitioners), περίπου 20.000. Έτσι, στο νέο σύστημα, η πρωτοβάθμια περίθαλψη βασίστηκε στους γενικούς ιατρούς. Ο γενικός ιατρός έγινε ο προσωπικός ιατρός, ασκώντας τα καθήκοντά του στην κοινότητα, ενώ οι ειδικευμένοι κλινικοί ιατροί (consultant physicians) και οι χειρουργοί υπηρετούσαν στα νοσοκομεία. ³ Ο ασθενής που χρειαζόταν τις υπηρεσίες ενός νοσοκομειακού ιατρού ή ενός ιατρού άλλης ειδικότητας παραπεμπόταν σε αυτόν από τον γενικό του ιατρό. Ο τελευταίος αυτός κανόνας, με τον χαρακτηρισμό «φύλαξη πύλης» (gate keeping), εξακολουθεί να ισχύει σήμερα στο Ηνωμένο Βασίλειο. Και ενώ είναι αποδεκτός σε ό,τι αφορά στις εισαγωγές στο νοσοκομείο, η αποτελεσματικότητά του στην περιστολή των δαπανών για την υγεία

αμφισβητείται στις περιπτώσεις παραπομπής ασθενών από τους γενικούς ιατρούς σε ιατρούς άλλων ειδικοτήτων.^{4,5} Εκτός από το Ηνωμένο Βασίλειο, σε 14 ακόμη ευρωπαϊκές χώρες, μεταξύ των οποίων η Ισπανία, η Ιταλία, η Κροατία, η Πολωνία, η Πορτογαλία και η Φινλανδία, οι ιατροί ΠΦΥ ελέγχουν σε άλλοτε άλλο βαθμό την πρόσβαση στους περισσότερους τύπους δευτεροβάθμιας περίθαλψης, ενώ στις υπόλοιπες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, η πρόσβαση στα νοσοκομεία και στους ιατρούς άλλων ειδικοτήτων είναι ελεύθερη. Το 1999, μια μεταρρύθμιση στην ΠΦΥ, που έγινε στην Αγγλία στο πλαίσιο του εκσυγχρονισμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας της χώρας, ήταν η σύσταση των ομάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας (primary care groups).^{6,7} Οι εν λόγω ομάδες, στις οποίες εκτός των γενικών ιατρών συμμετέχουν νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, διαιτολόγοι, φυσικοθεραπευτές, ψυχολόγοι και άλλοι επαγγελματίες υγείας, παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα, συμβουλευτικές υπηρεσίες, μικροχειρουργικές επεμβάσεις και διασύνδεση με εξωτερικά ιατρεία ειδικοτήτων.⁷ Παρόμοιο σύστημα άσκησης της Ιατρικής κατά ομάδες (group practice) ισχύει και στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ).

Ο όρος «γενικός ιατρός» είναι σήμερα σε χρήση ως αποκλειστικός χαρακτηρισμός για τον ιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο Ηνωμένο Βασίλειο, στην Ιρλανδία, στην Αυστραλία, στον Καναδά και σε άλλες χώρες της Κοινοπολιτείας. Στις περισσότερες από τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες χρησιμοποιούνται εναλλακτικά ή σε συνδυασμό οι όροι «γενικός ιατρός» και «οικογενειακός ιατρός». Στη χώρα μας, η νομοθετικά κατοχυρωμένη ειδικότητα ονομάζεται «Γενική Ιατρική», αλλά οι γενικοί ιατροί και τα συλλογικά τους όργανα, προς αποφυγή, προφανώς, της ταύτισης του γενικού ιατρού με τον ανειδίκευτο ιατρό, χρησιμοποιούν συχνά τους όρους «Γενική-Οικογενειακή Ιατρική» και «γενικός-οικογενειακός ιατρός» σε συνδυασμό. Ο μη κερδοσκοπικός οργανισμός WONCA, που ιδρύθηκε το 1972, είχε αρχικά το μακρόσυρτο όνομα «Παγκόσμιος Οργανισμός Εθνικών Κολλεγίων, Ακαδημιών και Ακαδημαϊκών Ενώσεων Γενικών Ιατρών/Οικογενειακών Ιατρών» (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians). Σήμερα έχει συντμήσει το όνομά του σε «Παγκόσμιος Οργανισμός Οικογενειακών Ιατρών» (World Organization of Family Doctors).⁸ Στις ΗΠΑ, ο όρος «γενικός ιατρός» ήταν συνώνυμος με τον όρο «οικογενειακός ιατρός» μέχρι το 1970. Έκτοτε, σε αντίθεση με τον γενικό ιατρό, που δεν υποβάλλεται σε πιστοποίηση ειδικότητας, ο οικογενειακός ιατρός εκπαιδεύεται επί τριετία στην Οικογενειακή Ιατρική προκειμένου να είναι υποψήφιος για πιστοποίηση ειδικότητας (board certification).⁹ Στη χώρα αυτή χρησιμοποιείται, επίσης, ο όρος ιατρός πρωτοβάθμιας φροντίδας (primary

care physician), που εκτός από τους οικογενειακούς ιατρούς περιλαμβάνει παθολόγους και παιδίατρος.

Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ

Στη χώρα μας, η ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής καθιερώθηκε για πρώτη φορά με νόμο το 1952, όταν η έννοια της ΠΦΥ ήταν ακόμη άγνωστη. Για την απόκτηση του τίτλου της ειδικότητας απαιτούνταν 18 μήνες εκπαίδευσης. Την ειδικότητα απέκτησαν τότε μόνο 5 ιατροί. Το 1976 απονεμήθηκε η «ειδικότητα» του γενικού ιατρού σε 91 αγροτικούς ιατρούς μετά από τρίμηνη μόνο εκπαίδευση κατά ομάδες. Το 1978, επηρεασμένος από το πνεύμα της Alma Ata, ο τότε Υπουργός Υγείας Σπύρος Δοξιάδης ανέθεσε σε μια ομάδα εργασίας την ετοιμασία ενός σχεδίου νόμου για την ουσιαστική καθιέρωση της ειδικότητας της Γενικής Ιατρικής στη χώρα μας. Όταν σε μια επιστημονική συνάντηση της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Ιατρικής Εκπαίδευσης που διοργανώθηκε το ίδιο έτος στην Αθήνα παρουσιάστηκαν οι προτάσεις της ομάδας εργασίας για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα,¹⁰ ένας ξένος σύνεδρος έθεσε το κρίσιμο ερώτημα: «Ποιος θα εκπαιδεύσει τους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας;» – ένα ερώτημα το οποίο οι συντάκτες της πρότασης δεν μπόρεσαν να απαντήσουν. Παρ' όλα αυτά, το 1981, λίγο πριν από την αλλαγή της κυβερνώσας παράταξης, ο Δοξιάδης υπέγραψε μια υπουργική απόφαση που όριζε εκπαίδευση 18 μηνών για την απόκτηση του τίτλου της ειδικότητας της Γενικής (Οικογενειακής) Ιατρικής. Εν τέλει, στο νομοσχέδιο του 1986 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), η νέα κυβέρνηση καθιέρωσε την ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής. Η λήψη της ειδικότητας απαιτούσε εκπαίδευση 3 ετών, με το μεγαλύτερο μέρος της να πραγματοποιείται σε νοσοκομεία με εκπαιδευτές νοσοκομειακούς ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, αλλά αργότερα ακολούθησαν και ορισμένα ταχύρρυθμα εκπαιδευτικά προγράμματα για αγροτικούς ιατρούς.

Πώς έχουν τα πράγματα σήμερα, 35 έτη μετά τη νομοθετική ρύθμιση για το ΕΣΥ και την έναρξη της «παραγωγής» γενικών ιατρών στη χώρα μας; Σύμφωνα με μια έρευνα που εκπονήθηκε πρόσφατα στην Ελλάδα από το Υπουργείο Υγείας και τον ΠΟΥ και δημοσιεύτηκε κάτω από τον τίτλο "National health strategy and actions of the health sector in the National Strategic Reference Framework 2014–2020",¹¹ στην Ελλάδα υπάρχουν σήμερα περίπου 3.800 γενικοί ιατροί, όταν σύμφωνα με τον μέσο όρο στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) θα έπρεπε να είναι 8.140. Την ίδια ώρα, ο αριθμός των ιατρών άλλων ειδικοτήτων ήταν το 2014 στη χώρα μας 42.687, ενώ με γνώμονα τον αντίστοιχο μέσο όρο στην ΕΕ θα έπρεπε να είναι οι μισοί και, συγκεκριμένα, 20.283.

Πέραν αυτού, ακόμα και οι υπάρχοντες γενικοί ιατροί δεν φαίνεται να είναι όλοι πρόθυμοι να ενταχθούν στο κρατικό σύστημα ΠΦΥ, όπως διαπιστώθηκε από τη μικρή ανταπόκριση στην πρόσκληση ενδιαφέροντος (ανάρτηση στο διαδίκτυο 12.6.2018) για πρόσληψη στις συσταθείσες από την προηγούμενη κυβέρνηση (Νόμος 4486/2017) τοπικές ομάδες υγείας (ΤΟΜΥ).

Εν όψει αυτής της πραγματικότητας αποφασίστηκε τελικά η ένταξη παθολόγων και παιδιατρών στον θεσμό του οικογενειακού ιατρού (Νόμος 4486/2017 – ΦΕΚ 115/Α/7.8.2017). Την 1η Ιουλίου του 2019 και μετά από πρόταση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας, συντάχθηκε νέο πρόγραμμα εκπαίδευσης στην ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής (Υπουργική Απόφαση Γ5α/ΓΠ. οικ. 45856, ΦΕΚ 2661/1.7.2019). Σύμφωνα με αυτό, η διάρκεια της εκπαίδευσης είναι 5 έτη και η εκπαίδευση λαμβάνει χώρα κατά 40% σε κέντρα υγείας, ενώ διατηρείται κατά 60% σε νοσοκομεία. Πρόκειται, ασφαλώς, για βελτίωση, η οποία όμως δεν είναι επαρκής. Το ερώτημα «Ποιος θα εκπαιδεύσει τους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας;», που τέθηκε πριν από 43 έτη, περιμένει ακόμη και σήμερα την απάντησή του. Η ιδανική απάντηση θα ήταν: «Κατάλληλοι εκπαιδευτές είναι οι ιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που έχουν εκπαιδευτεί ως εκπαιδευτές». Προς την κατεύθυνση αυτή η Ελληνική Εταιρεία Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής, σε συνεργασία με τον WONCA, διοργανώνει κάθε χρόνο «Σχολείο Εκπαίδευσης Εκπαιδευτών».¹² Η συμβολή, ωστόσο, των εκπαιδευμένων αυτών εκπαιδευτών στην εκπαίδευση των γενικών ιατρών παραμένει ασαφής, καθώς δεν προβλέπεται από την πρόταση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας και τη σχετική υπουργική απόφαση. Ένα επί πλέον πρόβλημα αποτελεί η ανάγκη εκπαίδευσης στη Γενική Ιατρική των υπόλοιπων γενικών ιατρών που θα ενταχθούν στο σύστημα, δηλαδή των παθολόγων και των παιδιατρών. Στο πρόγραμμα εκπαίδευσης των γενικών ιατρών υπάρχουν θέματα, όπως η πρόληψη και η προαγωγή υγείας σε ατομικό επίπεδο και επίπεδο κοινότητας, η παροχή φροντίδας στην οικογένεια, η απόκτηση δεξιοτήτων επικοινωνίας κ.λπ., που δεν καλύπτονται από την εκπαίδευση σε άλλες ιατρικές ειδικότητες, η οποία παρέχεται, ως γνωστόν, έξω από την κοινότητα, στον περικλειστο χώρο του νοσοκομείου.

Όπως σημειώνεται σε πρόσφατη πρόταση του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου για την ΠΦΥ (3.7.2020), εκτός από τις κρατικές δομές, στην ΠΦΥ συμμετέχει και ο ιδιωτικός τομέας. Σύμβαση με το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ, παλαιότερα Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, ΕΟΠΥΥ) μπορούν ήδη να συνάψουν όχι μόνο παθολόγοι και παιδίατροι, αλλά και ιατροί άλλων ειδικοτήτων. Άλλωστε, σύμφωνα με την παράγραφο 4 του άρθρου 3 του Νόμου 4486/2017, «τα κέντρα υγείας στελεχώνονται

από ιατρικό και άλλο προσωπικό, όπως ιατρούς με ειδικότητα Αιματολογίας, Ακτινοδιαγνωστικής, Αλλεργιολογίας, Αναισθησιολογίας, Βιοπαθολογίας, Γαστρεντερολογίας, Γενικής Ιατρικής, Γενικής Χειρουργικής, Γυναικολογίας, Δερματολογίας, Ενδοκρινολογίας, Ιατρικής της Εργασίας, Καρδιολογίας, Κοινωνικής Ιατρικής και Δημόσιας Υγείας, Νευρολογίας, Νεφρολογίας, Οδοντιατρικής, Ορθοπαιδικής, Ουρολογίας, Οφθαλμολογίας, Παθολογίας, Παιδιατρικής, Παιδοψυχιατρικής, Πνευμονολογίας, Ρευματολογίας, Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, Ψυχιατρικής και Ωτορινολαρυγγολογίας». Μένει να διευκρινιστεί τι ακριβώς εννοεί ο νόμος με το ρήμα «στελεχώνονται». Με άλλα λόγια, ποια ακριβώς θα είναι η λειτουργική σχέση όλων αυτών των ειδικών με τις ομάδες ΠΦΥ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Κατά κοινή παραδοχή, ένα λειτουργικό σύστημα ΠΦΥ θα πρέπει:¹³

- Να παρέχει αποτελεσματική σε σύγκριση με το κόστος φροντίδα, περιορίζοντας τις εισαγωγές στα νοσοκομεία
- Να λειτουργεί ως σύνδεσμος με τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια φροντίδα υγείας και με τις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας
- Να συντονίζει την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη που παρέχεται από τους επαγγελματίες υγείας και τις συνιστώσες του συστήματος, εξασφαλίζοντας απρόσκοπτη, άρτια και αποτελεσματική φροντίδα υγείας για τον ασθενή και περιορίζοντας την κατάτμηση των υπηρεσιών, τις αλληλοεπικαλύψεις, τις ελλείψεις και το κόστος που αυτές συνεπάγονται.

Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, δύο είναι οι κύριες εκδοχές της ΠΦΥ: Η παραδοσιακή βρετανική που βασίζεται κυρίως στους γενικούς ιατρούς και η βορειο-αμερικανική η οποία βασίζεται στους οικογενειακούς ιατρούς, στους παθολόγους και στους παιδίατρος.

Στη χώρα μας, επιδιώχθηκε αρχικά η υιοθέτηση της βρετανικής εκδοχής. Η επιδίωξη, όμως, αυτή συναντά τρεις βασικές δυσκολίες: (α) Την επικέντρωση του ΕΣΥ στη Νοσοκομειακή Ιατρική από τη νηπιακή του ήδη ηλικία, (β) τον μικρό αριθμό των γενικών/οικογενειακών ιατρών, ακόμη και σήμερα και (γ) τις δυσκολίες στην επαρκή και λυσιτελή εκπαίδευσή τους, η οποία διενεργείται –όπως και αυτή των παθολόγων και παιδιατρών– σε μεγάλο βαθμό σε νοσοκομειακό περιβάλλον.

Η βορειο-αμερικανική εκδοχή βασίζεται στους οικογενειακούς ιατρούς, στους παθολόγους και στους παιδίατρος. Η ένταξή τους στην ΠΦΥ γίνεται στο πλαίσιο της άσκησης

της Ιατρικής κατά ομάδες (group practice), στις οποίες συμμετέχουν και άλλοι επαγγελματίες υγείας. Ο εν λόγω τρόπος λειτουργίας προβλέπεται νομοθετικά στη χώρα μας για τα κέντρα υγείας. Απαραίτητη προϋπόθεση για την υιοθέτηση της βορειο-αμερικανικής εκδοχής είναι ότι όλοι οι ιατροί ΠΦΥ –και όχι μόνο οι γενικοί/οικογενειακοί ιατροί– θα έχουν ειδικές δεξιότητες για την άσκηση της Ιατρικής μέσα στο οικογενειακό και στο πολιτισμικό περιβάλλον του ασθενούς με συμπληρωματική εκπαίδευση προσαρμοσμένη σε αυτόν τον στόχο. Δεδομένης της σύνθεσης του ιατρικού δυναμικού (σχέση γενικών ιατρών προς ιατρούς άλλων ειδικοτήτων 1:11) και των συνθηκών που διαχρονικά

έχουν διαμορφωθεί στον χώρο της παροχής υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας, επιπρόσθετη προϋπόθεση για την εξασφάλιση ποιοτικής, επικεντρωμένης στον ασθενή ΠΦΥ, με το ελάχιστο δυνατό κόστος, είναι η σύμπραξη ιατρών όλων των ειδικοτήτων με τους οικογενειακούς ιατρούς και η αμφίδρομη και στενή διασύνδεση της πρωτοβάθμιας με τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Δ.Τ. Μπούμπας,¹ Θ. Μουντοκαλάκης²

¹Δ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική,

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

²Ομότιμος Καθηγητής, Ιατρική Σχολή,

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

ABSTRACT

Towards a realistic management of the problem of primary care in Greece

D.T. BOUMPAS,¹ T. MOUNTOKALAKIS²

¹Fourth Internal Clinic, School of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens,

"Attikon" University Hospital, Athens, ²Professor of Internal Medicine, School of Medicine,

National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2021, 38(3):295–298

Βιβλιογραφία

1. ANONYMOUS. Declaration of Alma-Ata. *Am J Public Health* 2015, 105:1094–1095
2. ROSSER WW, KASPERSKI J. Organizing primary care for an integrated system. *Healthc Pap* 1999, 1:5–21
3. KMIETOWICZ Z. A century of general practice. *Br Med J* 2006, 332:39–40
4. GREENFIELD G, FOLEY K, MAJEED A. Rethinking primary care's gatekeeper role. *Br Med J* 2016, 354:i4803
5. LOUDON I. The principle of referral: The gatekeeping role of the GP. *Br J Gen Pract* 2008, 58:128–30
6. WILKIN D, DOWSWELL T, LEESE B. Modernising primary and community health services. *Br Med J* 2001, 322:1522–1524
7. GILLAM S, ABBOTT S, BANKS-SMITH J. Can primary care groups and trusts improve health? *Br Med J* 2001, 323:89–92
8. <https://www.globalfamilydoctor.com/aboutwonca/brief.aspx>
9. AMERICAN BOARD OF FAMILY MEDICINE. Definitions and policies. Available at: <https://www.theabfm.org/about/policies>
10. ALIVIZATOS J, KARATZAS NB, MOUNTOKALAKIS TD, VARAKIS GN. A proposal for reorganizing the health services in Greece. Association for Medical Education in Europe. Abstracts. Annual Conference, Athens, 1979
11. ECONOMOU C, KAITELIDOU D, KARANIKOLOS M, MARESSO A. Greece: Health system review. *Health Syst Transit* 2017, 19:1–166
12. <https://www.elegeia.gr/portfolio-item/ekpaideytwn/>
13. AUSTRALIAN MEDICAL ASSOCIATION. Position paper: General practice in primary health care – 2016. AMA, 2017. Available at: <https://ama.com.au/position-statement/general-practice-primary-health-care-2016>

Corresponding author:

D. Boumpas, Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, "Attikon" University Hospital, 1 Rimini street, 124 62 Athens, Greece
e-mail: boumpasd@med.uoa.gr