

**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ
ΤΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ
ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΠΡΟΤΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**



**Κυριάκος Σουλιώτης
Ελευθέριος Θηραίος
Δάφνη Καϊτελίδου
Μαρία Παπαδακάκη
Πέτρος Τσαντίλας
Μαρία Τσιρώνη
Θεοδώρα Ψαλτοπούλου**

**ΑΘΗΝΑ
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2013**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

I. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ	5
1. ΣΥΝΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ	5
2. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ	7
3. ΠΛΑΙΣΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ	7
4. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΟΥ ΕΡΓΟΥ	10
5. ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ	10
II. ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ – ΑΡΧΕΣ	12
III. ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΠΡΟΤΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	22
1. Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΜΙΑΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΦΥ	22
1.1. ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ	22
1.1.1. ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΠΦΥ	22
1.2. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ	28
2. ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΠΕΔΙΟΥ - ΒΑΣΙΚΗ ΔΕΣΜΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	31
2.1. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΕΠΙΛΟΓΗ – ΣΤΟΧΟΣ	31
2.2. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	40
3. ΤΡΟΠΟΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΑΝΑΓΚΩΝ	42
3.1. ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ	42
3.2. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ	44
3.3. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΕΠΙΛΟΓΗ – ΣΤΟΧΟΣ	48
3.4. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	49
4. ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ	50
4.1. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ	50
4.2. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΕΠΙΛΟΓΗ – ΣΤΟΧΟΣ	50
4.3. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	51
5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ	52
5.1. ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ	52
5.2. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ	56
5.2. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΕΠΙΛΟΓΗ – ΣΤΟΧΟΣ	56
5.3. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	66

6. ΡΟΛΟΣ ΕΟΠΥΥ	68
6.1. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ	68
6.2. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΕΠΙΛΟΓΗ – ΣΤΟΧΟΣ	68
6.3. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	70
7. ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΑΓΩΓΗ – ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ	71
7.1. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ	71
7.2. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΕΠΙΛΟΓΗ – ΣΤΟΧΟΣ	71
7.3. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	73
8. ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	75
8.1. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ	75
8.2. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΕΠΙΛΟΓΗ – ΣΤΟΧΟΣ	76
8.3. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	76
9. ΕΡΓΑΣΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ	77
9.1. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ	77
9.2. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΕΠΙΛΟΓΗ – ΣΤΟΧΟΣ	77
9.3. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	78
10. ΤΡΟΠΟΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ	80
10.1. ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΑ	80
10.2. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ	96
10.3. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΕΠΙΛΟΓΗ – ΣΤΟΧΟΣ	97
10.4. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	99
11. ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΠΦΥ - ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	100
11.1. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ	100
11.2. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΕΠΙΛΟΓΗ – ΣΤΟΧΟΣ	100
11.3. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	105
12. ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ - ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	106
12.1 ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ	106
12.2. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΕΠΙΛΟΓΗ – ΣΤΟΧΟΣ	106
12.3. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	109
13. ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	111
13.1. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ	111
13.2. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΕΠΙΛΟΓΗ – ΣΤΟΧΟΣ	111
13.3. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	115

14. ΕΠΟΜΕΝΗ ΗΜΕΡΑ	117
14.1. ΘΕΣΜΙΚΕΣ ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ	117
14.2. ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟΙ ΠΟΡΟΙ	124
IV. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	128
V. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄	137
1. ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΚΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΣΤΑ ΠΙΟ ΣΥΧΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ	138
2. ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΦΥ	143
3. ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΚΑΡΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	145
VI. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄	151
1. ΕΚΘΕΣΗ ΤΗΣ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΕΙΔΙΚΩΝ ΕΜΠΕΙΡΟΓΝΩΜΟΝΩΝ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, 2012	
2. ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ: ΑΝΑΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ: ΤΟ ΕΓΧΕΙΡΗΜΑ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΟΠΥΥ), ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ 2012	
3. ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΤΟΜΕΑΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ: ΑΝΑΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΑΘΗΝΑ, 2013	
4. ΕΚΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΠΦΥ ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΗΝ TASK FORCE: “A FUTURE FOR PRIMARY CARE FOR THE GREEK POPULATION”, 2013	

I.

ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ

1. ΣΥΝΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Η Επιστημονική Επιτροπή για την υποστήριξη της Μεταρρύθμισης της ΠΦΥ αποτελείται από τους:

- 1. Κυριάκο Σουλιώτη** του Νικολάου, Επίκουρο Καθηγητή Πολιτικής Υγείας στη Σχολή Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και Επιστημονικό Συνεργάτη του Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας στην Ιατρική Σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, ως Επιστημονικά Υπεύθυνο – Συντονιστή.
- 2. Μαρία Τσιρώνη** του Παναγιώτη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογίας στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.
- 3. Θεοδώρα Ψαλτοπούλου** του Νικολάου, Επίκουρη Καθηγήτρια Επιδημιολογίας και Προληπτικής Ιατρικής στην Ιατρική Σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.
- 4. Ελευθέριο Θηραίο** του Αθανασίου, Γενικό Ιατρό – Επιμελητή Α΄ ΕΣΥ στο Κέντρο Υγείας Βάρης και Μέλος του Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας.
- 5. Δάφνη Καϊτελίδου** του Χαράλαμπου, Επίκουρη Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Διοίκησης – Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας, Αξιολόγησης Τεχνολογίας Υγείας και Ανθρωπίνων Πόρων στο Τμήμα Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.
- 6. Μαρία Παπαδακάκη** του Γεωργίου, Κοινωνική Λειτουργό, MSc Δημόσια Υγεία, Διδάκτωρ Τμήματος Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης, Εργαστηριακή Συνεργάτης Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας, ΤΕΙ Κρήτης.
- 7. Πέτρο Τσαντίλα** του Κωνσταντίνου, Δικηγόρο – Διδάκτορα Κοινωνικού Δικαίου Πανεπιστημίου Paris X, Τακτικό Μέλος Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

2. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Η Επιστημονική Επιτροπή για την υποστήριξη της μεταρρύθμισης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας συγκροτήθηκε στις 31/7/2013 με αφετηρία «την ανάγκη αξιολόγησης της υφιστάμενης κατάστασης και των σχεδίων μεταρρύθμισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, καθώς και της υποβολής τεκμηριωμένης πρότασης για την ολοκλήρωση του συστήματος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας».

Από το παραπάνω είναι σαφές ότι ο **προσανατολισμός της Επιστημονικής Επιτροπής είναι να συντάξει ένα επιστημονικό κείμενο-πρόταση πολιτικής υγείας, στη βάση των δημοσιευμένων, επιστημονικά τεκμηριωμένων προτάσεων στο πεδίο της ΠΦΥ, λαμβάνοντας υπόψη τόσο την υφιστάμενη πραγματικότητα όσο και την αντίστοιχη διεθνή εμπειρία.**




Σημειώνεται δε ότι τον Οκτώβριο του 2012 συγκροτήθηκε στο Υπουργείο Υγείας Επιτροπή ΠΦΥ στο πλαίσιο της πρωτοβουλίας “Health in Action” και σε συνεργασία με την Task Force, οι προτάσεις της οποίας επίσης ελήφθησαν υπ’ όψιν της παρούσας Επιτροπής.

3. ΠΛΑΙΣΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Η Επιτροπή λειτούργησε σε εθελοντική βάση και δεν προκάλεσε καμία δαπάνη στο κράτος. Οι συνεδριάσεις διεξήχθησαν σε χώρο του Πανεπιστημίου, ενώ, αν και υπήρξε πρόβλεψη για γραμματειακή υποστήριξη του έργου της από την πλευρά του Υπουργείου Υγείας, αυτή δεν αξιοποιήθηκε.

Η διαχείριση του θέματος από την Επιτροπή βασίστηκε στον κάτωθι σχεδιασμό:

A. ΑΞΟΝΕΣ

-  Οριοθέτηση του πεδίου - βασική δέσμη υπηρεσιών
-  Τρόπος κάλυψης αναγκών
-  Σύστημα πρόσβασης

- ✚ Οικογενειακός ιατρός
- ✚ Ρόλος ΕΟΠΥΥ
- ✚ Διοικητική υπαγωγή - σχεδιασμός
- ✚ Χρονική διαθεσιμότητα υπηρεσιών
- ✚ Εργασιακές σχέσεις
- ✚ Τρόπος αποζημίωσης
- ✚ Νοσηλευτής ΠΦΥ - κατ' οίκον φροντίδα
- ✚ Ιατρικός φάκελος - κάρτα υγείας
- ✚ Πιστοποίηση ποιότητας
- ✚ Επόμενη ημέρα

B. ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΕΡΓΟΥ

- ✚ Υφιστάμενη πραγματικότητα
- ✚ Προτεινόμενη επιλογή - στόχος
- ✚ Εναλλακτικές επιλογές
- ✚ Υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο
- ✚ Απαιτούμενες ενέργειες

Η Επιτροπή, έπειτα από τη διατύπωση των βασικών αξόνων της πρότασης, ζήτησε και έλαβε τα σχόλια και τις παρατηρήσεις **επιλεγμένων εμπειρογνομόνων** και συγκεκριμένα:

1. Του Καθηγητή της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας κ. Ιωάννη Κυριόπουλου.
2. Του Ομ. Καθηγητή του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Λυκούργου Λιαρόπουλου.
3. Του Καθηγητή της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης κ. Χρήστου Λιονή.
4. Του Ομ. Καθηγητή του Πανεπιστημίου Πατρών κ. Άρη Σισσούρα.
5. Του Καθηγητή της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Ιωάννη Τούντα.
6. Του Καθηγητή του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Ιωάννη Υφαντόπουλου.
7. Του Καθηγητή της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης κ. Τάσου Φιλαλήθη.

Τα σχόλια και οι υποδείξεις των εμπειρογνομόνων λήφθηκαν υπόψη στο πλαίσιο της διαμόρφωσης της εν λόγω πρότασης ενώ, **πέραν της σχετικής επιστημονικής βιβλιογραφίας, ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στις κάτωθι δημοσιευμένες προτάσεις (βλ. Παράρτημα Β')**:

1. Έκθεση της ανεξάρτητης Ομάδας Εργασίας ειδικών εμπειρογνομόνων στον Τομέα της Υγείας, 2012.
2. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας: Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας: το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), Αύγουστος 2012.
3. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας – Τομέας Οικονομικών της Υγείας: Αναδιοργάνωση του δικτύου παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, Αθήνα, 2013.
4. Έκθεση της Επιτροπής ΠΦΥ σε συνεργασία με την Task Force: “A Future for Primary Care for the Greek Population”, 2013.

Επιπροσθέτως, η Επιτροπή ζήτησε τις προτάσεις του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, των Ιατρικών Συλλόγων Αθηνών, Πειραιώς, Θεσσαλονίκης και Πατρών¹ καθώς και της Ελληνικής Ένωσης Γενικής Ιατρικής.²

Όσον αφορά στο υπάρχον θεσμικό πλαίσιο, βασική αφετηρία του εγχειρήματος είναι ο νόμος 3235/2004 ο οποίος δεν έχει εφαρμοστεί μέχρι σήμερα.

Η Επιτροπή οφείλει να επισημάνει ότι η αδράνεια που επέδειξε η κεντρική διοίκηση την περίοδο από την ψήφιση του νόμου 3235/2004 έως σήμερα, καθιστά το εγχείρημα δυσχερέστερο, καθώς, αυτό επιχειρείται υπό καθεστώς πολύ περιορισμένων πόρων και σε ασφυκτικό χρονοδιάγραμμα.

¹ Προτάσεις υποβλήθηκαν από τους ιατρικούς συλλόγους Αθηνών, Θεσσαλονίκης και Πατρών καθώς και από την Ελληνική Ένωση Γενικής Ιατρικής.

² Υπό την έννοια ότι είναι η ειδικότητα που ασχολείται αποκλειστικά και μόνο με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

4. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΟΥ ΕΡΓΟΥ

Η Επιστημονική Επιτροπή για την ΠΦΥ κλήθηκε να παραδώσει ένα πρώτο σχέδιο στο Υπουργείο Υγείας στις 15/9/2013. **Το ασφυκτικό αυτό χρονοδιάγραμμα, δεν επέτρεψε τη διαβούλευση με όλο το εύρος των εμπλεκόμενων θεσμικών φορέων και ιδιαίτερα με εκπροσώπους ασθενών και επαγγελματικών ενώσεων κάτι το οποίο κρίνεται απολύτως απαραίτητο.** Η σχετική πρωτοβουλία ανήκει στην κεντρική διοίκηση, η οποία και θα λάβει τις πολιτικές αποφάσεις.

Ένας ακόμα περιορισμός αφορά στην αδυναμία εκτίμησης των οικονομικών πόρων που θα απαιτηθούν για την υποστήριξη κάθε μίας πρότασης - επιλογής. Ωστόσο, σημειώνεται, ότι, σύμφωνα με την πρόταση, το συνολικό κόστος θα καθοριστεί στη βάση ενός σφαιρικού προϋπολογισμού (global budget) και ως εκ τούτου δεν υπάρχει κίνδυνος υπερβάσεων, υπό την προϋπόθεση βέβαια ότι η κατάρτισή του θα βασίζεται σε πραγματικά δεδομένα αναγκών.

Ως προς αυτό, η Επιτροπή υπογραμμίζει την ανάγκη επαναπροσδιορισμού των πόρων που διατίθενται για την ΠΦΥ στην Ελλάδα, καθώς, με τα σημερινά δεδομένα, φαίνεται πως οι ανάγκες των πολιτών έχουν υποεκτιμηθεί.³

5. ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ

Το παρόν σχέδιο αποτελεί μια **αμιγώς επιστημονική πρόταση**, η οποία δεσμεύει αποκλειστικά και μόνο τα μέλη της Επιτροπής. Υπό το πρίσμα αυτό, θα (εκ)τεθεί σε επιστημονικό διάλογο, προκειμένου να υποστεί τη γόνιμη και εποικοδομητική κριτική.

Η διαδικασία αναζήτησης απόψεων και προτάσεων από διακεκριμένους εμπειρογνώμονες και επιστημονικούς φορείς που ακολουθήθηκε εντάσσεται στο

³ Βλ. χαρακτηριστικά: Σουλιώτης Κ. Από τις ρυθμίσεις στις διαρθρωτικές αλλαγές: η αναγκαία παρέμβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Εισήγηση στο 12^ο Ετήσιο Συνέδριο HealthWorld 2013, Αθήνα, 20 9 2013.

πλαίσιο της **επιδιωκόμενης –στο μέτρο του δυνατού– επιστημονικής σύγκλισης**, ενώ, πολιτικές συγκλίσεις και συναινέσεις, αποτελούν αποκλειστική ευθύνη της Πολιτείας και δεν περιλαμβάνονται στο έργο της Επιτροπής.⁴

⁴ Με το σκεπτικό αυτό, η Επιτροπή δεν συμμετείχε ούτε εκπροσωπήθηκε στις συναντήσεις που έλαβαν χώρα όλο αυτό το διάστημα τόσο με εκπροσώπους της τρόικας όσο και με τις ομάδες των ξένων εμπειρογνομόνων της Task Force.

II.

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ – ΑΡΧΕΣ

A. Η παρούσα πρόταση έχει ως **αφετηρία** τα κάτωθι:

1^ο Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας συνιστά το **πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας** και ως εκ τούτου οι παρεχόμενες υπηρεσίες θα πρέπει να έχουν τον χαρακτήρα της **καθολικότητας, η πρόσβαση σε αυτές να είναι εφικτή χωρίς οικονομική επιβάρυνση για τον πολίτη** και ο προσανατολισμός του όλου συστήματος να καλύπτει τις προϋποθέσεις μιας **ολιστικής αντίληψης για την προάσπιση της υγείας.**

2^ο Στο **επίκεντρο του σχεδιασμού για την ΠΦΥ** (πρέπει να) βρίσκεται **ο πολίτης** του οποίου τις ανάγκες το σύστημα υγείας πρέπει να προσαρμόζεται διαρκώς, κάτω από την πίεση των οικονομικών και κοινωνικών μεταβολών.

και

3^ο Το σύστημα ΠΦΥ θα πρέπει να διέπεται από τους **κανόνες:**

- της ελεύθερης επιλογής από πλευράς πολιτών
- της αποδοτικής χρήσης των πόρων
- της αποζημίωσης των προμηθευτών σύμφωνα με το παραγόμενο έργο
- της ασφαλιστικής κάλυψης για τις υπηρεσίες που είναι αποδεδειγμένα αποτελεσματικές
- της χρηματοδοτικής δικαιοσύνης, ώστε οι επιβαρύνσεις των χρηστών να είναι ανάλογες του εισοδήματος και αντιστρόφως ανάλογες της ανάγκης.

B. Σύμφωνα με τα παραπάνω αλλά και με βάση τις συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας καθώς και τη διεθνή επιστημονική βιβλιογραφία και πρακτική, οι **βασικοί άξονες της πρότασης** συνοψίζονται ως εξής:

1. Έπειτα από τη διοικητική παρέμβαση η οποία συντελέστηκε με τη συνένωση των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών στον ΕΟΠΥΥ, το τοπίο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας διαμορφώθηκε με την **παράλληλη λειτουργία δύο δημόσιων υποσυστημάτων που απευθύνονται στο σύνολο σχεδόν του πληθυσμού της επικράτειας**. Η νέα αυτή πραγματικότητα υποδεικνύει με προφανή τρόπο τη σκοπιμότητα και τον ορθολογισμό της **διαμόρφωσης ενός ενιαίου, δημόσιου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με την υπαγωγή όλων των δημόσιων δομών ΠΦΥ** (Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία ΕΣΥ, μονάδες ΠΦΥ ΕΟΠΥΥ, δομές Τοπικής Αυτοδιοίκησης κ.ά.) **σε ένα φορέα**, ο οποίος θα είναι υπεύθυνος για την εποπτεία, τη λειτουργία και τη χρηματοδότησή τους.

2. **Ο ρόλος αυτός θα μπορούσε να ανατεθεί στις Υγειονομικές Περιφέρειες** –όπως άλλωστε προέβλεπε και η τελευταία νομοθετική παρέμβαση για την ΠΦΥ (Ν. 3235/2004) η οποία όμως δεν υλοποιήθηκε– ενώ είναι κρίσιμο να επισημανθεί ότι στο πλαίσιο του ανασχεδιασμού και της χωροθέτησης των δομών θα πρέπει να ληφθούν υπόψη το **μέγεθος και οι ανάγκες υγείας του πληθυσμού αναφοράς**, η **προσβασιμότητα και το κόστος χρόνου** των πολιτών, αλλά και το **διαθέσιμο υγειονομικό προσωπικό**, ενώ η **εποπτεία και ο σχεδιασμός θα λαμβάνει υπόψη και τους ιδιωτικούς φορείς που παρέχουν υπηρεσίες υπό ασφαλιστική κάλυψη**, ήτοι μέσω συμβάσεων με τον ΕΟΠΥΥ.

3. **Ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ ως αποκλειστικού πλέον διαχειριστή του συνόλου σχεδόν των δημόσιων πόρων για την υγεία συνίσταται στην πλήρη κάλυψη του συνόλου των ασφαλισμένων, με την υιοθέτηση ενός βασικού πακέτου παρεχομένων υπηρεσιών**. Υπό το πρίσμα αυτό, προτείνεται όπως εστιάσει το ενδιαφέρον του στην καλύτερη δυνατή χρήση των πόρων με περαιτέρω διαπραγμάτευση με την πλευρά της προσφοράς, στη θέσπιση προδιαγραφών ποιότητας και αποτελεσμάτων στους παρόχους των υπηρεσιών υγείας και στη σύνδεση αυτών με το σύστημα αποζημίωσης. **Το σύνολο των δομών, του ανθρώπινου δυναμικού και του εξοπλισμού που διαθέτει σήμερα, αξιοποιούνται εντασσόμενα στο νέο, ενιαίο δημόσιο σύστημα ΠΦΥ**. Η σύναψη συμβάσεων με όλες τις ιδιωτικές δομές είναι

βασική του αρμοδιότητα ενώ, **προοπτικά, η διαχείριση του συνόλου των δημόσιων πόρων για την υγεία πρέπει να αναληφθεί επίσης από τον ΕΟΠΥΥ.**

4. Μία βασική αρχή που θα υπηρετεί το νέο σύστημα αφορά στην 24ωρη λειτουργία των δομών ΠΦΥ. Αυτό σημαίνει ότι **οι μονάδες ΠΦΥ του ΕΟΠΥΥ θα λειτουργούν κατά τα πρότυπα των Κέντρων Υγείας του ΕΣΥ,** προκειμένου το νέο, ενιαίο, δίκτυο να διαμορφωθεί από το σύνολο των δομών του ΕΣΥ και του ΕΟΠΥΥ και να καλύψει με τον τρόπο αυτό τις ανάγκες για υπηρεσίες ΠΦΥ και στα αστικά κέντρα. Αυτό προϋποθέτει τη **σταδιακή σύγκλιση του πλαισίου συνεργασίας των ιατρών με το νέο σύστημα.** Ως προς αυτό, η Επιτροπή θεωρεί **απαραίτητη την υιοθέτηση της πλήρους απασχόλησης για όλους τους ιατρούς που υπηρετούν στο νέο δημόσιο σύστημα παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ.** Όσον αφορά στην **αποκλειστικότητα** και προκειμένου να επιτευχθεί η αναγκαία σύγκλιση των όρων εργασίας, οι επιλογές είναι: α) να εξακολουθήσει να αποτελεί βασική προϋπόθεση και οι ιατροί του ΕΟΠΥΥ να κληθούν να επιλέξουν μεταξύ ιδιωτικού ιατρείου και απασχόλησης εντός του δημόσιου συστήματος ΠΦΥ και β) να μην είναι υποχρεωτική και να δοθεί το δικαίωμα της λειτουργίας ιδιωτικού ιατρείου και στους ιατρούς ΠΦΥ του ΕΣΥ (των ΚΥ και των ΠΙ) που το επιθυμούν. Σε περίπτωση που υιοθετηθεί η 2^η επιλογή, η Επιτροπή θεωρεί πιο δίκαιη τη μη δυνατότητα σύναψης σύμβασης με τον ΕΟΠΥΥ σε όσους το πρωί απασχολούνται με σχέση πλήρους απασχόλησης με το νέο δημόσιο σύστημα. Επιπλέον, **η υιοθέτηση σφαιρικών και περιφερειακών προϋπολογισμών που προτείνεται, επιτρέπει τη δυνατότητα σύναψης και νέων συμβάσεων τόσο του ΕΟΠΥΥ όσο και των Κ.Υ. (στο πλαίσιο του ευρύτερου σχεδιασμού σε επίπεδο περιφέρειας) με ιδιώτες, χωρίς περιορισμό ως προς τον αριθμό τους αλλά με δεσμεύσεις ως προς το παραγόμενο έργο –σύμφωνα με τις ανάγκες– και διαδικασία αξιολόγησης.**

5. Εισάγεται ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού ως δικαίωμα (και όχι ως υποχρέωση) του πολίτη και ως υποχρέωση του συστήματος έναντι των πολιτών. Με το σκεπτικό αυτό και λαμβάνοντας υπόψη το μέγεθος και τη σύνθεση του ιατρικού δυναμικού της χώρας, **δεν προτείνεται η σύνδεση του θεσμού με το**

“gatekeeping”. Ρόλο **οικογενειακού ιατρού** αναλαμβάνουν (είτε μεμονωμένα είτε ως ομάδα) τόσο ιατροί του ενιαίου δημόσιου πλέγματος υπηρεσιών ΠΦΥ όσο και συμβεβλημένοι ιδιώτες με ειδικότητες **Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής** ενώ, στο πλαίσιο της διαχείρισης ασθενών με χρόνια νοσήματα, **ρόλο οικογενειακού ιατρού μπορεί να αναλαμβάνει και ιατρός άλλης ειδικότητας, έπειτα από επιλογή του ασθενούς**. Ο θεσμός συνδέεται μεταξύ άλλων με δράσεις πρόληψης, 24ωρη λειτουργία και κατ’ οίκον φροντίδα.

6. Η ενδυνάμωση της ΠΦΥ είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη **διοικητική αυτοτέλεια των δομών της**. Υπό το πρίσμα αυτό προτείνεται η σχέση του νέου πλέγματος των δομών ΠΦΥ με τα νοσοκομεία να είναι λειτουργική και όχι διοικητική - διαχειριστική. **Οι νέες μονάδες ΠΦΥ προτείνεται να έχουν διοικητική αυτοτέλεια ήτοι δική τους στελέχωση, προϋπολογισμό και στόχους δαπάνης και αποτελεσμάτων** στους οποίους θα πρέπει να πειθαρχούν.

7. Υιοθετείται ένα πλουραλιστικό υπόδειγμα αποζημίωσης των ιατρών στο οποίο περιλαμβάνεται, πέραν της πάγιας αντιμισθίας, όπου αυτή προβλέπεται, τα κάτωθι: α) για όσους αναλάβουν ρόλο οικογενειακού ιατρού προτείνεται ένα σύστημα αποζημίωσης το οποίο θα περιλαμβάνει **κατά κεφαλήν αμοιβή (capitation)** και - επιπλέον- **αμοιβή στη βάση αποτελεσμάτων και στη βάση της διαχείρισης πολλαπλών προβλημάτων, την υποστήριξη δράσεων πρόληψης κ.λπ.** και β) για τους υπόλοιπους είναι αναγκαίο να εφαρμοστούν **πολιτικές αποζημίωσης στη βάση του όγκου των παρεχόμενων φροντίδων (αντίστροφη σχέση)**. Σε κάθε περίπτωση, το όλο σύστημα αποζημίωσης θα πρέπει να ενταχθεί στο πλαίσιο ενός **συνολικού προϋπολογισμού ΠΦΥ**. Για τη διαμόρφωση του προϋπολογισμού αυτού, η Επιτροπή προτείνει όπως λαμβάνεται υπόψη το μέγεθος του πληθυσμού καθώς και παράγοντες οι οποίοι δύνανται να αντανakλούν την ανάγκη για φροντίδα υγείας και κατ’ επέκταση την πρόβλεψη (με βάση τις ιστορικές σειρές δεδομένων) για ζήτηση για υπηρεσίες υγείας. **Ωστόσο, η Επιτροπή υπογραμμίζει την ανάγκη αναθεώρησης των υφιστάμενων προϋπολογισμών για ΠΦΥ, δεδομένου ότι,**

σύμφωνα με επιστημονικά ευρήματα, δεν επαρκούν για την κάλυψη των αναγκών υγείας των πολιτών.

8. Εισάγεται η **κατ' οίκον φροντίδα** με την **ενεργοποίηση του ρόλου του νοσηλευτή ΠΦΥ** αλλά και άλλων επαγγελματιών υγείας οι οποίοι συγκροτούν μια **ειδική ομάδα**, που έχει ως σημείο αναφοράς τον οικογενειακό ιατρό. Στο πλαίσιο αυτό, σε κάθε ασθενή που αξιολογείται ότι χρήζει κατ' οίκον φροντίδας πραγματοποιείται αρχική εκτίμηση της κατάστασης υγείας και καταρτίζεται **ατομικό σχέδιο**, το οποίο περιλαμβάνει μεταξύ των άλλων τον τύπο και τη συχνότητα φροντίδας και τους επαγγελματίες που την αναλαμβάνουν. Η ομάδα συνεδριάζει σε τακτά διαστήματα για επανεκτίμηση των αναγκών και αναθεώρηση του σχεδίου φροντίδας των ασθενών.

9. Με σημείο αναφοράς την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, προτείνεται όπως ξεκινήσει άμεσα η **προοπτική συγκρότηση ενός ατομικού αρχείου υγείας**. Στη συνέχεια, αυτό θα ενσωματωθεί στην κάρτα υγείας και θα διασυνδέεται με τον ηλεκτρονικό φάκελο ασθενούς. **Η σχετική πρωτοβουλία πρέπει να αναληφθεί από κοινού από τον ΕΟΠΥΥ και τις ΥΠΕ.**

10. Προτείνεται η **θέσπιση στόχων ποιότητας για όλες τις δομές**, δημόσιες και ιδιωτικές και η σύνδεσή τους τόσο με την αποζημίωση όσο και με τη δυνατότητα περαιτέρω παροχής υπηρεσιών υπό δημόσια κάλυψη. Οι ενέργειες που απαιτούνται για την υλοποίηση του στόχου είναι: α) καθορισμός φορέα πιστοποίησης για τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ρόλος ο οποίος θα μπορούσε να αναληφθεί από τον ΕΟΠΥΥ, β) ανάπτυξη συγκεκριμένου συστήματος αξιολόγησης της ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών μέσω θέσπισης κριτηρίων ποιότητας και δεικτών και γ) υιοθέτηση κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών για την φροντίδα υγείας στην ΠΦΥ.

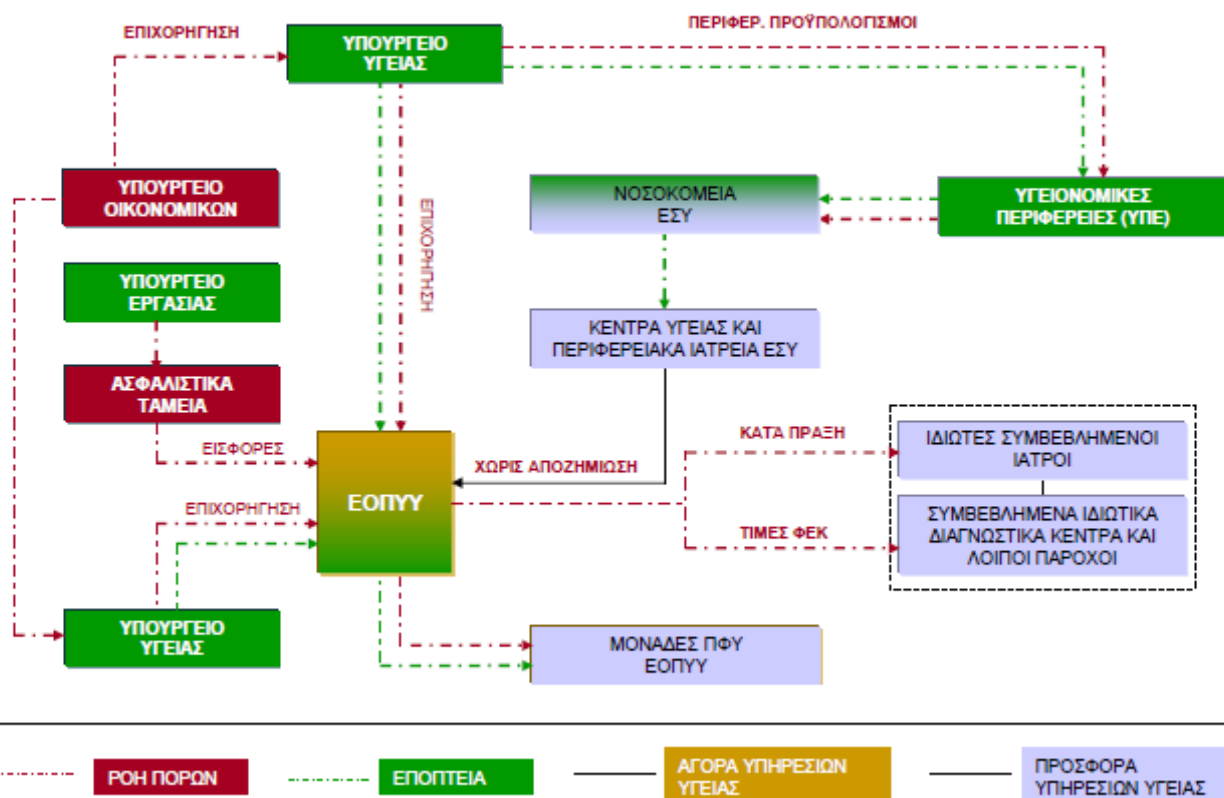
11. Όσον αφορά στην **«επόμενη ημέρα»**, η Επιτροπή παραθέτει στο πλαίσιο της παρούσας πρότασης, τις **βασικές ρυθμιστικές και οικονομικές προϋποθέσεις**

υλοποίησης. Ωστόσο, η απαραίτητη εξειδίκευση στα ως άνω θέματα είναι πιο δόκιμο να γίνει μετά τις πολιτικές επιλογές στα βασικά ζητήματα.

Σημείωση: το εν λόγω σχέδιο παρέμβασης για ένα ενιαίο, δημόσιο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, προτείνεται να υλοποιηθεί σταδιακά, με τις δομές, το ανθρώπινο δυναμικό και τον εξοπλισμό σε πλήρη λειτουργία.

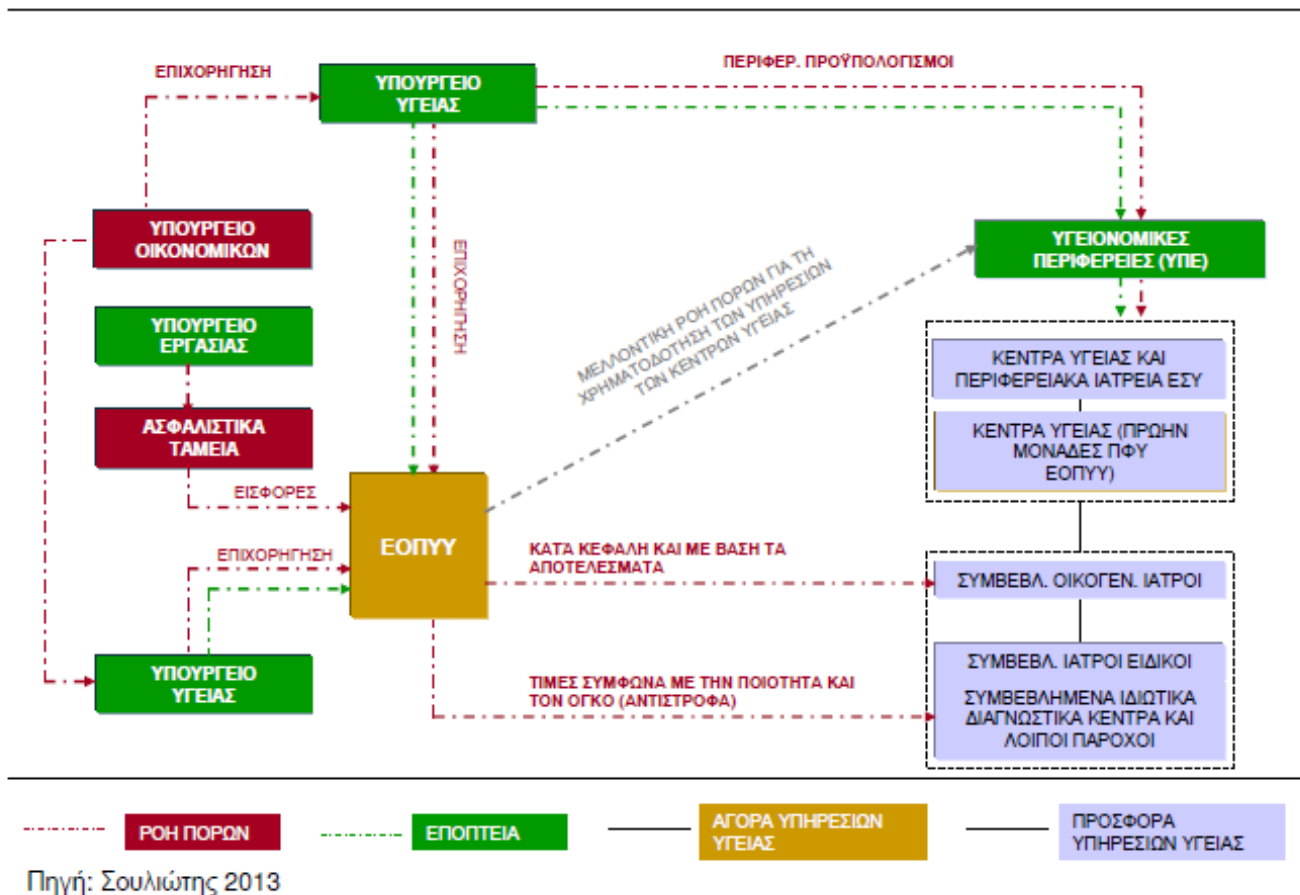
Στα Σχήματα και στον Πίνακα που ακολουθούν παρουσιάζονται η υφιστάμενη και η προτεινόμενη δομή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, σύμφωνα με την πρόταση της Επιτροπής.

Διάγραμμα υφιστάμενης δομής ΠΦΥ



Πηγή: Σουλιώτης 2013

Διάγραμμα προτεινόμενης δομής ΠΦΥ



Πίνακας με σύνοψη των βασικών αξόνων της πρότασης

Άξονες	Τι ισχύει	Τι προτείνεται
Τρόπος κάλυψης αναγκών	Παράλληλη λειτουργία δύο δημόσιων υποσυστημάτων που απευθύνονται στο σύνολο σχεδόν του πληθυσμού της επικράτειας.	Διαμόρφωση ενός ενιαίου, δημόσιου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με την υπαγωγή σε αυτό όλων των δημόσιων δομών ΠΦΥ.
Εποπτεία	Ο ΕΟΠΥΥ εποπτεύει τα πολυιατρεία του, ενώ τα νοσοκομεία του ΕΣΥ τα Κέντρα Υγείας που υπάγονται σε αυτά.	Το σύστημα αποκτά διοικητική αυτονομία σε επίπεδο δομής ΠΦΥ, ενώ την εποπτεία την αναλαμβάνουν οι ΥΠΕ.
Χρονική διαθεσιμότητα	Το σύστημα έχει περιορισμένη χρονική διαθεσιμότητα, ιδίως στα αστικά κέντρα.	Σε επίπεδο περιφέρειας και σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε περιοχής και τους διαθέσιμους πόρους, οργανώνεται η 24ωρη λειτουργία των δομών ΠΦΥ για την κάλυψη των έκτακτων αναγκών καθώς και η επέκταση του ωραρίου λειτουργίας για προγραμματισμένες επισκέψεις.

Οικογενειακός ιατρός	Ο θεσμός δεν έχει λειτουργήσει στην πράξη παρά τις συνεχείς αναφορές και την ισχυρή επιστημονική τεκμηρίωση.	Εισάγεται ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού ως δικαίωμα του πολίτη και ως υποχρέωση του συστήματος υγείας έναντι των πολιτών. Δεν συνοδεύεται από αποκλεισμούς στην πρόσβαση σε ιατρούς ειδικότητας αλλά ως σημείο αναφοράς για τη συγκέντρωση των πληροφοριών υγείας που αφορούν κάθε πολίτη που τον επιλέγει και την ολιστική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας του.
Βασική δέσμη υπηρεσιών	Παρωχημένο και περιορισμένης εμβέλειας σύστημα, βασισμένο στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων με απουσία συστηματικής και ολοκληρωμένης παρακολούθησης.	Βασική δέσμη υπηρεσιών με έμφαση στην πρόληψη και την προαγωγή υγείας, τη διαχείριση των παραγόντων κινδύνου και την υλοποίηση εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου. Η δέσμη των υπηρεσιών διευρύνεται και περιλαμβάνει προληπτική οδοντιατρική και αντιμετώπιση των ψυχικών παθήσεων και των εξαρτήσεων.
Χρόνια νοσήματα	Νοσοκεντρικό υπόδειγμα με έμφαση στη διαχείριση των οξέων εξάρσεων της νόσου και απουσία συστηματικής παρακολούθησης με συμμετοχή του ασθενούς (εκπαίδευση) στη διαχείριση της νόσου του.	Ανάπτυξη Δικτύων Διαχείρισης Χρονίων Νοσημάτων και λειτουργία Ομάδας επαγγελματιών υγείας, με επίκεντρο τον οικογενειακό ιατρό και τη συμμετοχή ιατρών ειδικοτήτων. Ενεργοποίηση και εκπαίδευση του ασθενή στη διαχείριση της νόσου του.
Σχέσεις εργασίας	Πολλαπλές σχέσεις με διαφορετικό καθεστώς αμοιβών, ωρών απασχόλησης και αποκλειστικότητας.	Σταδιακή σύγκλιση του πλαισίου συνεργασίας των ιατρών με το νέο σύστημα με την υιοθέτηση της πλήρους απασχόλησης για όλους τους ιατρούς που υπηρετούν στο νέο δημόσιο σύστημα παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ.
Νέοι ιατροί	Σήμερα είναι αποκλεισμένοι από τη συνεργασία με το δημόσιο σύστημα καθώς δεν μπορούν να συμβληθούν με τον ΕΟΠΥΥ.	Με την υιοθέτηση σφαιρικών και περιφερειακών προϋπολογισμών που προτείνεται, παρέχεται η δυνατότητα σύναψης και νέων συμβάσεων τόσο του ΕΟΠΥΥ όσο και των Κ.Υ. (στο πλαίσιο του ευρύτερου σχεδιασμού σε επίπεδο περιφέρειας) με ιδιώτες, χωρίς περιορισμό ως προς τον αριθμό τους αλλά με δεσμεύσεις ως προς το παραγόμενο έργο – σύμφωνα με τις ανάγκες– και διαδικασία αξιολόγησης.

<p>Τρόπος αποζημίωσης</p>	<p>Πάγια αντιμισθία με διαφορετικό ύψος ανάλογα με το φορέα απασχόλησης και κατά πράξη και περίπτωση για την άσκηση ιδιωτικού έργου. Καμία σύνδεση της αποζημίωσης με την ποιότητα και τα αποτελέσματα.</p>	<p>Οι ειδικότητες που θα αναλάβουν ρόλο οικογενειακού ιατρού προτείνεται όπως αμειφθούν στη βάση ενός σύνθετου συστήματος το οποίο θα περιλαμβάνει: α) κατά κεφαλήν αμοιβή (capitation) και -επιπλέον- β) αμοιβή στη βάση αποτελεσμάτων και στη βάση της διαχείρισης πολλαπλών προβλημάτων, την υποστήριξη δράσεων πρόληψης κ.λπ. Για τις υπόλοιπες ειδικότητες είναι αναγκαίο να εφαρμοστούν πολιτικές αποζημίωσης στη βάση του όγκου των παρεχόμενων φροντίδων (αντίστροφη σχέση). Σε κάθε περίπτωση, το όλο σύστημα αποζημίωσης θα πρέπει να ενταχθεί στο πλαίσιο ενός συνολικού καθώς και επιμέρους περιφερειακών προϋπολογισμών ΠΦΥ.</p>
<p>Κατ' οίκον φροντίδα και νοσηλευτής ΠΦΥ</p>	<p>Η κατ' οίκον φροντίδα εφαρμόζεται πολύ περιορισμένα με αποτέλεσμα μια βασική αρχή της ΠΦΥ, ήτοι ο προσανατολισμός του συστήματος υγείας προς τον πολίτη να μην μπορεί να υλοποιηθεί. Ο κανονισμός παροχών του ΕΟΠΥΥ ουσιαστικά δεν προβλέπει κατ' οίκον νοσηλεία παρά το ότι, όπου έχει εφαρμοστεί, έχει επιφέρει πολύ θετικά αποτελέσματα και σε οικονομικούς όρους.</p>	<p>Εισάγεται η κατ' οίκον φροντίδα με την ενεργοποίηση του ρόλου του νοσηλευτή ΠΦΥ αλλά και άλλων επαγγελματιών υγείας οι οποίοι συγκροτούν μια ειδική ομάδα που έχει ως σημείο αναφοράς τον οικογενειακό ιατρό και συνεργάζεται με ιατρούς ειδικοτήτων όπου απαιτείται.</p>
<p>Ιατρικός φάκελος - κάρτα υγείας</p>	<p>Παρά τα τεράστια άλματα που έχουν συντελεστεί με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η σχετική πληροφορία δεν έχει αξιοποιηθεί επαρκώς.</p>	<p>Με σημείο αναφοράς την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, προτείνεται όπως ξεκινήσει άμεσα η ενσωμάτωση, στην εφαρμογή της ΗΔΙΚΑ, ενός ατομικού αρχείου υγείας (Patient Summary). Στη συνέχεια, αυτό θα ενσωματωθεί στην κάρτα υγείας και θα διασυνδέεται με τον ηλεκτρονικό φάκελο ασθενούς.</p>

<p>Πιστοποίηση της ποιότητας</p>	<p>Δεν έχει τεθεί ως προϋπόθεση, ιδίως για τις δημόσιες δομές με αποτέλεσμα να μην διασφαλίζεται η ποιότητα των παρεχόμενων φροντίδων σε πολλά σημεία του συστήματος. Επιπλέον, η μη σύνδεση της ποιότητας με το θέμα της αποζημίωσης, δημιουργεί αντικίνητρα για τη βελτίωση του επιπέδου των παρεχόμενων φροντίδων.</p>	<p>Προτείνεται η θέσπιση στόχων ποιότητας για όλες τις δομές, δημόσιες και ιδιωτικές και η σύνδεσή τους τόσο με την αποζημίωση όσο και με τη δυνατότητα περαιτέρω παροχής υπηρεσιών υπό δημόσια κάλυψη</p>
<p>Χρηματοδότηση</p>	<p>Όσον αφορά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η Ελλάδα εμφανίζει ήδη μείωση των δαπανών κατά 18% μεταξύ 2009 και 2011. Η μείωση αυτή σε συνδυασμό με τις διαρκείς αναθεωρήσεις του προϋπολογισμού του ΕΟΠΥΥ, οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα η πρόβλεψη δαπάνης για ΠΦΥ να μην ξεπερνά το 8% του συνολικού προϋπολογισμού του Οργανισμού, καθιστούν σχεδόν βέβαιη την αδυναμία κάλυψης των σχετικών αναγκών υγείας των πολιτών στο άμεσο μέλλον.</p>	<p>Η Επιτροπή υπολογίζει ότι για την υποστήριξη ενός αποτελεσματικού συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας απαιτείται μια μετατόπιση πόρων, έτσι ώστε οι σχετικές δαπάνες να μην υπολείπονται του 15% των δημοσίων δαπανών του συστήματος υγείας. Αυτό με τα σημερινά δεδομένα εκτιμάται ότι προσεγγίζει το 1,5 δισεκ. €. Η κατανομή του ποσού αυτού στις διάφορες δομές είναι αναμενόμενο να διαφέρει μεταξύ των περιφερειών, ενώ ζητούμενο είναι οι απαιτούμενοι πόροι να διασφαλιστούν από τη συγκράτηση των ασθενών σε αυτό το επίπεδο φροντίδας, στόχος ο οποίος άλλωστε είναι ευρύτατα διαδεδομένος διεθνώς.</p>
<p>Επισημάνσεις</p>	<p>Η Επιτροπή υπογραμμίζει την ανάγκη επαναπροσδιορισμού των πόρων που διατίθενται για την ΠΦΥ στην Ελλάδα, καθώς, με τα σημερινά δεδομένα, φαίνεται πως οι ανάγκες των πολιτών έχουν υποεκτιμηθεί.</p> <p>Η πρόταση έχει ως επίκεντρο τον πολίτη, η δε βασική δέσμη υπηρεσιών που οριοθετείται, πρέπει να παρέχεται από το νέο, ενιαίο δημόσιο σύστημα ΠΦΥ σε όλους, συμπεριλαμβανομένων και όσων έχουν απολέσει το ασφαλιστικό δικαίωμα.</p> <p>Το εν λόγω σχέδιο παρέμβασης για ένα ενιαίο, δημόσιο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, προτείνεται να υλοποιηθεί σταδιακά, με τις δομές, το ανθρώπινο δυναμικό και τον εξοπλισμό σε πλήρη λειτουργία.</p>	

III.

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΠΡΟΤΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

1. Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΜΙΑΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΦΥ

1.1. Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

1.1.1. ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΠΦΥ

Οι υπηρεσίες υγείας και η φροντίδα υγείας υπάρχουν για να καλύπτουν τις ανάγκες υγείας κάθε κοινωνίας. Οι κοινωνίες όμως αλλάζουν και μαζί τους αλλάζουν οι ανάγκες υγείας και οι προσδοκίες του πληθυσμού για φροντίδα και περίθαλψη. Είναι δε φυσικό, αυτές οι αλλαγές να παρασύρουν προς νέους προσανατολισμούς και τα συστήματα υγείας, που έτσι και αλλιώς συνεχώς εξελίσσονται, υποχρεωμένα από ευρύτερες διεργασίες όπως είναι η ανάπτυξη της οικονομίας και της τεχνολογίας.

Μια από τις σημαντικότερες πρόσφατες αλλαγές στο χώρο της υγείας διεθνώς υπήρξε το αυξανόμενο ενδιαφέρον για την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και την πρόληψη.⁵ Οι κοινωνίες άρχισαν να συνειδητοποιούν τα όρια της σύγχρονης θεραπευτικής / νοσοκομειακής ιατρικής απέναντι στα μείζονα προβλήματα υγείας της εποχής μας, όπως είναι ο καρκίνος, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα ατυχήματα, οι ψυχικές διαταραχές, τα χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα, κ.ά.⁶ Ταυτόχρονα, **οι κρατικοί προϋπολογισμοί όλο και περισσότερο δυσκολεύονται, ή και αδυνατούν, να ανταποκριθούν στις διογκούμενες δαπάνες για την υγεία, που στη συντριπτική τους πλειοψηφία καλύπτουν ανάγκες του θεραπευτικού/ νοσοκομειακού τομέα.** Αυτά τα δύο παράλληλα φαινόμενα (των

⁵ Για την αποτύπωση της διεθνούς εμπειρίας χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από τη μελέτη: Πολύζος Ν. και συν., Μελέτη συστήματος αποζημίωσης δημοσίων και ιδιωτικών μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, Δημοκρίτειο Παν/μιο Θράκης, 2013.

⁶ Τούντας Γ. (2000), Κοινωνία και Υγεία, Οδυσσέας / Νέα Υγεία, Αθήνα.

αυξανόμενων δαπανών και της φθίνουσας αποτελεσματικότητας), που συνιστούν την πολυσυζητημένη κρίση της σύγχρονης ιατρικής, έχουν οδηγήσει στην αναζήτηση νέων πολιτικών υγείας και στην αναβάθμιση άλλων, σε μια προσπάθεια να απαντηθούν αποτελεσματικά και να αντιμετωπιστούν οικονομικά τα σύγχρονα προβλήματα υγείας.

Η συμβολή της ΠΦΥ στην ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού και αποδοτικού συστήματος υγείας είναι γενικά αναγνωρισμένη.⁷ **Ο προσανατολισμός του συστήματος υγείας στην ΠΦΥ σχετίζεται με χαμηλές δαπάνες για την φροντίδα, υψηλή ικανοποίηση από τον πληθυσμό για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, καλύτερο επίπεδο υγείας και χαμηλότερη χρήση φαρμάκων.** Οι ιατροί που εργάζονται σε αυτή φαίνεται να συμβάλλουν στη βελτίωση του επιπέδου υγείας και στη μείωση της χρήσης ιατρικών υπηρεσιών από τον πληθυσμό, γεγονός που οδηγεί τα συστήματα υγείας σε εξοικονόμηση πόρων χωρίς ουσιαστικές απώλειες στην ποιότητα.⁸ Οι δε σύγχρονες τάσεις μεταρρύθμισης στον υγειονομικό τομέα αποσκοπούν στη διασφάλιση της ποιότητας, στη βελτίωση της ιατρικής αποτελεσματικότητας και της οικονομικής αποδοτικότητας. Εστιάζουν στην καλύτερη εξυπηρέτηση και ικανοποίηση του πληθυσμού από τις Υπηρεσίες Υγείας και στον έλεγχο του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Είναι επίσης δεδομένο, ότι οι σύγχρονες κοινωνίες χαρακτηρίζονται από αυξημένες προσδοκίες του πληθυσμού για ιατρική φροντίδα και περίθαλψη, οι οποίες εξασφαλίζουν την καλύτερη δυνατή, σχετιζόμενη με την υγεία, ποιότητα ζωής.⁹ Σε αυτή την κατεύθυνση κινούνται οι αλλαγές στο χώρο της υγείας που καταγράφονται

⁷ Βλ. ενδεικτικά: Primary Health Care Advisory Committee (PHCAC), Improving Access and Delivery of Primary Health Care Services in New Brunswick. Discussion Paper, November 2010 (<http://www.gnb.ca/0053/phc/pdf/2011/PrimaryHealthCareDiscussionPaper.pdf>)

⁸ Θεοδωράκης Π. Λιονής Χ., Η ποιότητα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Είναι η γενική ιατρική αποτελεσματική στην έγκαιρη διάγνωση των νοσημάτων και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής; στο Κυριόπουλος Γ. Λιονής Χ. Σουλιώτης Κ. Τσάκος Γ (επιμέλεια), Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 2003.

⁹ Υφαντόπουλος Γ. (2003), Τα οικονομικά της υγείας, Δαρδανός, Αθήνα.

διεθνώς τις τελευταίες δεκαετίες και εστιάζουν στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται και αυτές της πρόληψης και προαγωγής της υγείας. Ιδιαίτερα δε σε μια εποχή που χαρακτηρίζεται από έντονα οικονομικά και κοινωνικά αδιέξοδα και μεταβαλλόμενες ανάγκες υγείας, η «επιμονή» στο υπάρχον νοσοκομειοκεντρικό μοντέλο, ταυτίζεται με την παροχή αποσπασματικής, πολυδιασπασμένης και τελικά δαπανηρής φροντίδας.

Επιπρόσθετα, είναι επαρκώς τεκμηριωμένο, ότι οι διακυμάνσεις του οικονομικού περιβάλλοντος που παρατηρούνται περιοδικά στην οικονομική ιστορία ασκούν σημαντική επίδραση, τόσο στην οικονομική όσο και στην κοινωνική ζωή των πολιτών. Η επιδείνωση του οικονομικού κλίματος και η καθίζηση της οικονομίας για μακρές περιόδους, η οποία λαμβάνει τη μορφή κρίσης της πραγματικής οικονομίας και δυσμενούς εξέλιξης των μακροοικονομικών δεικτών, επιφέρει σημαντικές αλλαγές στις κύριες συνιστώσες του κοινωνικού γίνεσθαι και ιδιαίτερα στην υγεία των πολιτών και τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας. Στο πλαίσιο αυτό το δίκτυο ΠΦΥ εκτιμάται ότι οφείλει να προσαρμοστεί επιχειρησιακά στις νέες συνθήκες, όπως αυτές διαμορφώνονται στην τρέχουσα υγειονομική και οικονομική συγκυρία και να ενδυναμωθεί μέσω παρεμβάσεων και εργαλείων χαμηλού κόστους, ώστε να ανταποκριθεί στις ανάγκες αφ' ενός των πολιτών για τη διατήρηση του επιπέδου υγείας και αφ' ετέρου του προϋπολογισμού υγείας εντός των ορίων που επιβάλλει η δημοσιονομική προσαρμογή της χώρας.

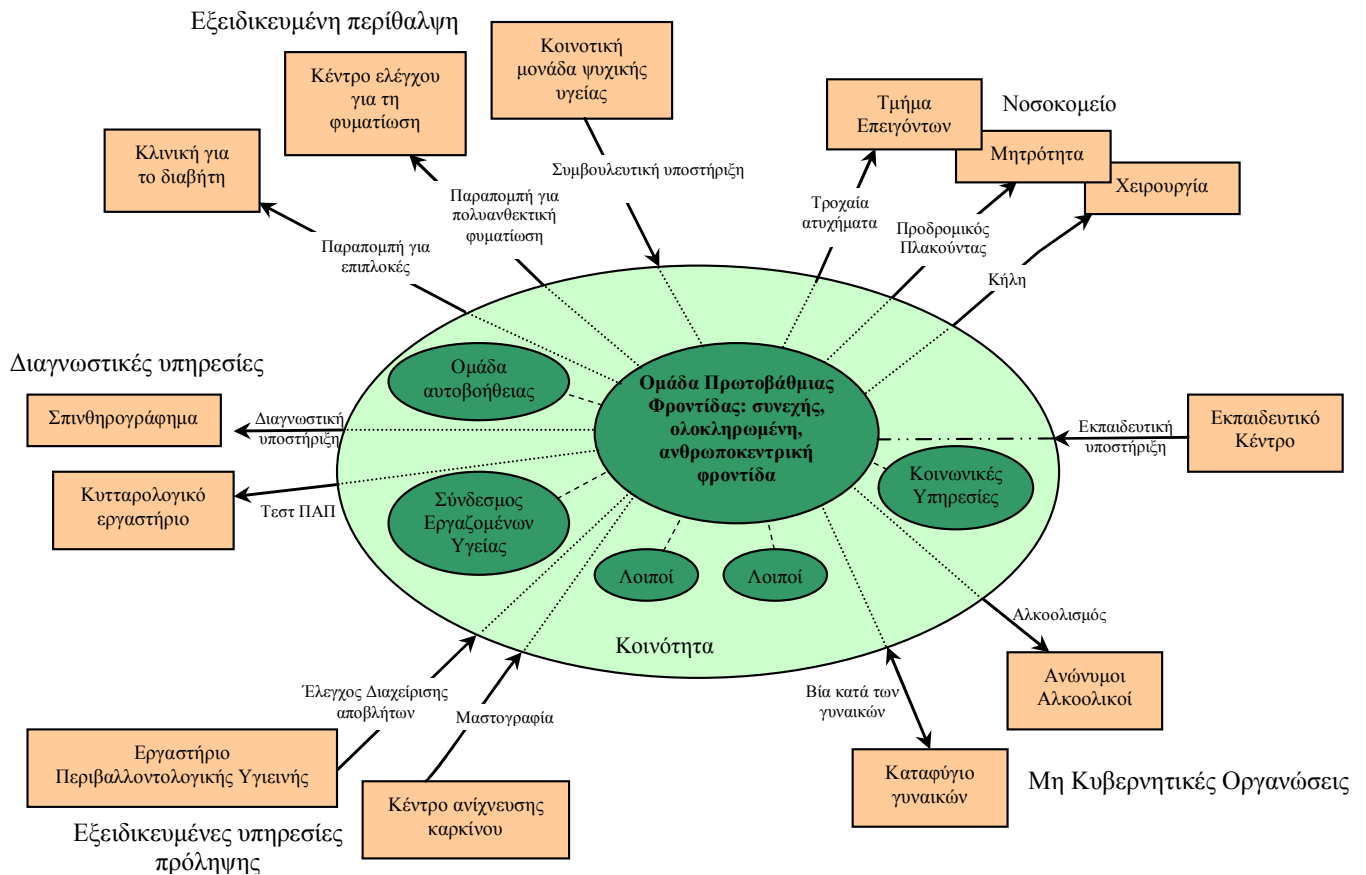
Εμφατικά ο WHO¹⁰ υποστηρίζει ότι η αναγέννηση των συστημάτων υγείας μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσα από την αναγέννηση της ΠΦΥ στο πλαίσιο της οποίας κρίνονται αναγκαίες οι παρακάτω παρεμβάσεις:

- Καθολική ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού,
- Ανθρωποκεντρική οργάνωση των υπηρεσιών φροντίδας της υγείας,
- Δημόσιες πολιτικές που προάγουν την υγεία,

¹⁰ WHO, The World Health Report, Primary Health Care: Now more than ever 2008, available at http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf.

- Συμμετοχική ηγεσία που απαιτείται για την υλοποίηση τους με την ΠΦΥ στο επίκεντρο των υπηρεσιών υγείας (Σχήμα 1).

Σχήμα 1: Η ΠΦΥ στο επίκεντρο των υπηρεσιών υγείας



Πηγή: World Health Organization, 2008.

Η παροχή ΠΦΥ εμπεριέχει τέσσερις κύριες ιδιότητες (ή χαρακτηριστικά) και τρεις ακόμη που συνδέονται με τις αρχικές:¹¹

- Η παροχή υπηρεσιών «Πρώτης Επαφή» [“First-contact” care],
- Η συνεχιζόμενη φροντίδα [Continuous (ongoing) care],
- Η συντονισμένη φροντίδα [Coordinated care],
- Η ολοκληρωμένη φροντίδα [Comprehensive care].

¹¹ Johns Hopkins School of Public Health, Measurement of Primary Care: Report on the Johns Hopkins Primary Care Assessment Tool, December 2012.

Τρεις πτυχές της φροντίδας απορρέουν από την επίτευξη των παραπάνω:

- Η προσανατολισμένη στην οικογένεια φροντίδα [Family-centered care],
- Η προσανατολισμένη στην κοινότητα φροντίδα [Community-oriented care],
- Η φροντίδα που είναι πολιτισμικά επαρκής [Culturally competent care].

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, για να επιτευχθούν αυτά τα χαρακτηριστικά, η πιο αποτελεσματική μορφή ΠΦΥ είναι αυτή που παρέχεται από τις «ειδικότητες της ΠΦΥ»:

- τη Γενική-Οικογενειακή Ιατρική,
- την Παθολογία,
- την Παιδιατρική,
- αλλά και τη Μαιευτική-Γυναικολογία (με τη διευκρίνιση ότι αυτή η ειδικότητα περιλαμβάνεται στην ΠΦΥ μόνο στις ΗΠΑ).

Λαμβάνοντας υπόψη την καταγεγραμμένη εμπειρία από τη λειτουργία συστημάτων ΠΦΥ, θα μπορούσαν να αναδειχτούν κάποιες προτεραιότητες για την ανάπτυξή της. Το όραμα για ολοκληρωμένη ιατρική και κοινωνική φροντίδα που επενδύθηκε στα “primary care groups” ή “primary care trusts” του Ηνωμένου Βασιλείου δε μετουσιώθηκε σε πράξη, τόσο για ιδεολογικούς όσο και για οικονομικούς λόγους, αφήνοντας το μοντέλο του Γενικού Ιατρού-‘ιδιοκτήτη’ της μονάδας να υπερτερήσει. Η αρμονική συνύπαρξη του νοσηλευτή (με το νοσηλευτικό προσωπικό να μπορεί εμπλακεί στη λήψη αποφάσεων), του κοινωνικού λειτουργού, του ψυχολόγου και άλλων επαγγελματιών υγείας, που μπορούν λόγω αντικειμένου να πλαισιώσουν την ομάδα της ΠΦΥ, μέσα από την οριζόντια διασύνδεση των ρόλων τους, φαίνεται να αποτελεί προϋπόθεση για να επιτευχθεί μια ελάχιστη δέσμη υπηρεσιών ολοκληρωμένης ΠΦΥ.

Στην πρώτη φάση ανάπτυξης των “primary care groups” στο Ηνωμένο Βασίλειο, φαίνεται ότι έμφαση δόθηκε σε υποδομές και διαδικασίες. Η συνταγογράφηση αναδείχθηκε σε πεδίο που έχρηζε ιδιαίτερης προσοχής, προκαταλαμβάνοντας μερικές από τις προκλήσεις της κλινικής διακυβέρνησης και του εσωτερικού

ελέγχου στην ΠΦΥ, ενώ η ανάγκη διασφάλισης αποτελεσματικής ηλεκτρονικής επικοινωνίας καταγράφηκε ως άμεση προτεραιότητα για την περαιτέρω υποστήριξη της οργανωτικής - λειτουργικής ανάπτυξης των δομών αυτών.

Επιπρόσθετα, τα προτερήματα που προκύπτουν από την αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας ΠΦΥ στους προϋπολογισμούς των διαφόρων χωρών που ενεπλάκησαν σε τέτοιου είδους εγχειρήματα, είναι σαφώς περισσότερα από τα μειονεκτήματα. Οι θετικές συνέπειες της αποκεντρωμένης παροχής υπηρεσιών υγείας ΠΦΥ περιλαμβάνουν:

- την αύξηση των πηγών χρηματοδότησης, που πλέον διαφέρουν από τα κονδύλια της κεντρικής κυβέρνησης,
- την εισαγωγή νέων και αποτελεσματικότερων κριτηρίων διαχείρισης των οικονομικών πόρων, που επιτρέπουν την καλύτερη εξισορρόπηση ανάμεσα σε δαπάνες υγείας και πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού,
- την ανάπτυξη 'κουλτούρας' που επάγει το αίσθημα μεγαλύτερης ευθύνης στα οικονομικά γινόμενα της περιφέρειας, σε σχέση με την προηγούμενη εξάρτηση από το κεντρικό μηχανισμό χρηματοδότησης και, τέλος,
- την ανάπτυξη δεξιοτήτων του ανθρωπίνου δυναμικού στο επίπεδο της τοπικής κοινότητας, λαμβάνοντας υπόψη τις υπάρχουσες πηγές χρηματοδότησης, την καλύτερη χρήση των πόρων και τις εναλλακτικές μορφές οικονομικής στήριξης.

Στο πλαίσιο αυτό της 'συνυπευθυνότητας' του κρατικού μηχανισμού και της αποκεντρωμένης διοίκησης στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, η σύσταση οργανωτικών δομών για την παρακολούθηση των οικονομικών αλλαγών σε περιφερειακό επίπεδο, η ανάπτυξη μηχανισμών οικονομικού ελέγχου με βάση τις αρχές της αποτελεσματικότητας και της ισότητας, η ανακατανομή στην κατά κεφαλή δαπάνη με βάση τις τοπικές ανάγκες υγείας και η αύξηση της οικονομικής συνεισφοράς από νοικοκυριά και περιφερειακές διοικήσεις, αποτελούν τα κρίσιμα σημεία σε επίπεδο βιωσιμότητας για την αξιολόγηση του αποκεντρωμένου αυτού πλαισίου.

1.2. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Συνολικά, το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα μίγμα από τρία κύρια συστατικά¹²:

- το δημόσιο σύστημα υγείας (NHS), που έχει την ευθύνη για τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας,
- το ασφαλιστικό σύστημα, με βάση τα ασφάλιστρα που καταβάλλονται από τους εργαζομένους και τους εργοδότες, το οποίο μέχρι πρόσφατα είχε οργανωθεί σε λίγα μεγάλα και πολλά μικρά ομοιοεπαγγελματικά ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, που συνδυάζουν την ευθύνη για την υγειονομική περίθαλψη και τις συντάξεις. Με τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, τα τμήματα ασφάλισης υγείας των κύριων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης συγχωνεύθηκαν σε έναν οργανισμό, ο οποίος καλύπτει πάνω από το 90% του πληθυσμού, έχει τις δικές του μονάδες υγείας και παρέχει περίθαλψη στις κυρίως αστικές περιοχές που καλύπτουν πάνω από το 70% του πληθυσμού,
- το ιδιωτικό ασφαλιστικό σύστημα (αρκετά μικρό, με το χαρακτήρα της συμπληρωματικής ασφάλισης) και ένα ευρύ ιδιωτικό σύστημα διανομής, που αποτελείται από ιδιώτες γιατρούς, διαγνωστικά κέντρα και ιδιωτικές κλινικές, οι περισσότερες από τις οποίες έχουν συμβάσεις με τον ΕΟΠΥΥ.

Στο περιβάλλον αυτό, ως σημαντική αδυναμία του συστήματος αναδεικνύεται η «εκκρεμότητα» της μεταρρύθμισης στην ΠΦΥ, η οποία έχει αναλυθεί ενδελεχώς στο σχετικό επιστημονικό –και όχι μόνο– διάλογο. Πολύ περισσότερο, τη στιγμή που η πρόσφατη μεταρρύθμιση με τη συγκρότηση του ΕΟΠΥΥ διαμόρφωσε νέα δεδομένα τα οποία καθιστούν αναγκαία την ανάπτυξη ενός ενιαίου συστήματος ΠΦΥ στη χώρα. **Πλήθος μελετών, άλλωστε, έχουν καταδείξει ότι, ειδικά στα αστικά κέντρα, η απουσία ενός ενιαίου, οργανωμένου, συστήματος έχει ως αποτέλεσμα η κάλυψη των αναγκών των πολιτών να γίνεται αποσπασματικά**, καθώς:

¹² Βλ. ενδεικτικά: Σισσούρας Α., Τα μετέωρα βήματα του ΕΣΥ, Εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα 2012, Economou C. Greece. Health system review. Health Systems in Transition 2010, 12(7):1-180 και Mossialos E, Allin S, Davaki K. Analysing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia. Health Econ. 2005;14:S151-68.

- η άμεση πρόσβαση στην φροντίδα είναι συνήθως εξειδικευμένη,
- δεν υπάρχει ολιστική προσέγγιση για τους ασθενείς και συνέχεια στη φροντίδα υγείας,
- δεν υπάρχει προσανατολισμός του ασθενή στο σύστημα υγείας και συντονισμός στην παροχή των υπηρεσιών υγείας,
- υπάρχουν σαφείς και αυξανόμενες ανισότητες στον τομέα της υγείας, που αφορούν στην κατάσταση της υγείας, την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά έχουν απομακρύνει το υπο-σύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα από βασικές αρχές και στόχους που έχουν τεθεί τόσο από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας¹³ όσο και από άλλους επιστημονικούς φορείς.¹⁴

Πιο συγκεκριμένα, τα περισσότερα προβλήματα στην ΠΦΥ αλλά και στο σύνολο του συστήματος υγείας εντοπίζονται στους ακόλουθους τομείς:

- στη διακυβέρνηση, με την υγειονομική περίθαλψη να είναι κατακερματισμένη σε πολλά σημεία, τόσο στην χρηματοδότηση όσο και στην παροχή,
- στο ύψος των ιδιωτικών δαπανών, συμπεριλαμβανομένων των «κάτω από το τραπέζι πληρωμών», που οδηγεί σε ένα οπισθοδρομικό σύστημα με μεγάλες κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες,
- στα φαινόμενα προκλητής ζήτησης υπηρεσιών και υπερβολικής κατανάλωσης, ιδίως των συνταγογραφούμενων φαρμάκων και των διαγνωστικών διαδικασιών,

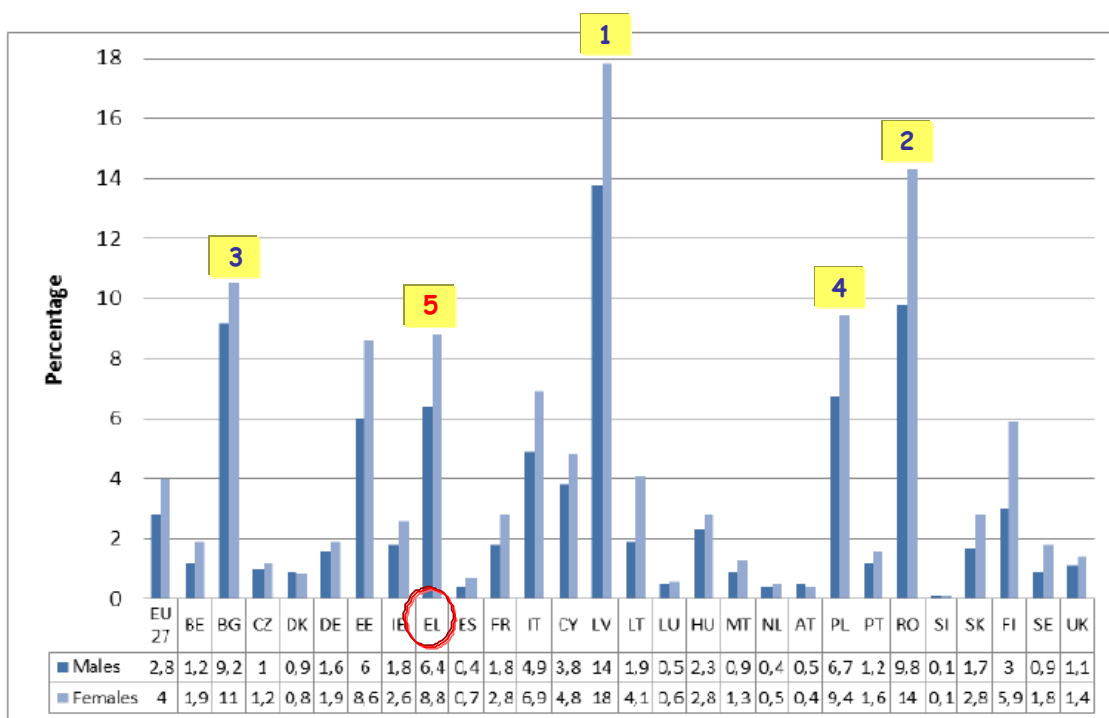
¹³ Με αφετηρία την περίφημη Συνδιάσκεψη της Άλμα-Άτα το 1978 (WHO, Primary health care. Geneva, 1978) αλλά και σύμφωνα με την πρόσφατη έκθεση: WHO, The World Health Report, Primary Health Care: Now more than ever 2008, available at http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf.

¹⁴ Βλ. χαρακτηριστικά την έκθεση: Johns Hopkins School of Public Health, Measurement of Primary Care: Report on the Johns Hopkins Primary Care Assessment Tool, December 2012.

- στην ανισοκατανομή του υγειονομικού δυναμικού, με πολλούς ειδικούς γιατρούς και λίγους γενικούς/οικογενειακούς γιατρούς,
- στην ισχυρή παραδοσιακά νοσοκομειακή και εξειδικευμένη περίθαλψη,
- στην έλλειψη συνέχειας στη χάραξη πολιτικής και στην εφαρμογή των πολιτικών.

Σε κάθε περίπτωση, τα επιστημονικά ευρήματα και οι καταγραφές καταδεικνύουν την αναγκαιότητα μιας παρέμβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας¹⁵ καθώς σημειώνουν την αντίφαση πως, παρά τον ιατρικό πληθωρισμό που διακρίνει το ελληνικό σύστημα υγείας, η χώρα βρίσκεται στην πέμπτη θέση στην Ευρωπαϊκή Ένωση όσον αφορά στην αδυναμία κάλυψης των αναγκών των πολιτών για ιατρική επίσκεψη (Διάγραμμα 1).

Διάγραμμα 1: Αυτο-αναφερόμενη αδυναμία κάλυψης ανάγκης για ιατρική εξέταση λόγω περιορισμών στην πρόσβαση (δαπάνη, απόσταση, χρόνος) ανά φύλο, 2011



Source: European Commission: Report on health inequalities in the European Union, September 2013.

¹⁵ Βλ. αναλυτικά τον προβληματισμό και τις προτάσεις που διατυπώνονται στον τόμο: Λιονής Χ., Σουλιώτης Κ. (2010), Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο Επίκεντρο μιας Διαχρονικής Συζήτησης- Επιλεγμένα άρθρα πολιτικής και τεκμηρίωσης, Πασχαλίδης, Αθήνα.

2. ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΠΕΔΙΟΥ - ΒΑΣΙΚΗ ΔΕΣΜΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

2.1. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΕΠΙΛΟΓΗ – ΣΤΟΧΟΣ

Η οριοθέτηση του πεδίου της ΠΦΥ στο πλαίσιο της παρούσας πρότασης περιλαμβάνει μια σειρά από αρχές, χαρακτηριστικά και στόχους που έχουν ισχυρή τεκμηρίωση στη διεθνή βιβλιογραφία και πρακτική.¹⁶ Ένα ενιαίο, ολοκληρωμένο, σύστημα ΠΦΥ θα πρέπει να ικανοποιεί τις κάτωθι θεμελιώδεις αρχές:

- της ισότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλους τους κατοίκους της χώρας,
- της ισότητας της φροντίδας, που επιτρέπει τη διαχείριση οξέων και χρόνιων προβλημάτων υγείας από τον ίδιο ιατρό ή ομάδα ιατρών στη διάρκεια του χρόνου,
- της ολοκληρωμένης φροντίδας, δηλαδή της διαχείρισης των πιο συχνών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας, καθώς και των πιο σημαντικών παραγόντων κινδύνου της υγείας, στο ιδιαίτερο περιβάλλον του πολίτη,
- του προσανατολισμού του συστήματος στο άτομο και την οικογένειά του, μέσω της συντονισμένης και ελεγχόμενης παροχής φροντίδων,
- της παροχής βασικών υπηρεσιών ΠΦΥ σε ανασφάλιστους και άτομα χωρίς δυνατότητα πρόσβασης στο σύστημα υγείας.

Επιπλέον, θα πρέπει να έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- να αποτελεί την πύλη εισόδου στο σύστημα υγείας, δηλαδή το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας, αλλά και υποστήριξης της “κυκλοφορίας” του μέσα σε αυτό (να εξασφαλίζει και να συντονίζει στη συνέχεια τη φροντίδα που απαιτείται για τον ασθενή και τη νόσο/disease management σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας),
- να παρέχει στον πολίτη, σε λογική απόσταση και σε εύλογο χρόνο, ολοκληρωμένες υπηρεσίες φροντίδας υγείας (πρόληψη, διάγνωση,

¹⁶ Βλ. χαρακτηριστικά: Starfield, B. (1998). Primary care: Balancing health needs, services and technology. New York: Oxford University Press.

θεραπεία, αποκατάσταση), οι οποίες να καλύπτουν όλα τα συνήθη προβλήματα και καταστάσεις υγείας, καθώς και επιλεγμένα χρόνια νοσήματα, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που αφορούν την ψυχική υγείας, τις εξαρτήσεις κ.λπ.

Ειδικά ως προς τη διαχείριση προβλημάτων ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας¹⁷ επιβεβαιώνει την επιλογή αυτή τόσο για λόγους βελτιστοποίησης της διαχείρισης των πόρων και της ποιότητας ζωής των ασθενών όσο και για την αποτροπή του «στίγματος» που συχνά συνοδεύει τους ασθενείς με ψυχικά νοσήματα.

Η αναγκαιότητα για ειδικό σχεδιασμό για τις ψυχικές παθήσεις, υποστηρίζεται και από πρόσφατα ευρήματα έρευνας¹⁸ σύμφωνα με τα οποία από την έναρξη της οικονομικής κρίσης μέχρι και σήμερα καταγράφεται προοδευτική αύξηση της κατάθλιψης, η οποία παίρνει ανησυχητικές διαστάσεις, καθώς η αύξηση που καταγράφεται μεταξύ 2011-2013 προσεγγίζει το 50% (Διάγραμμα 2).

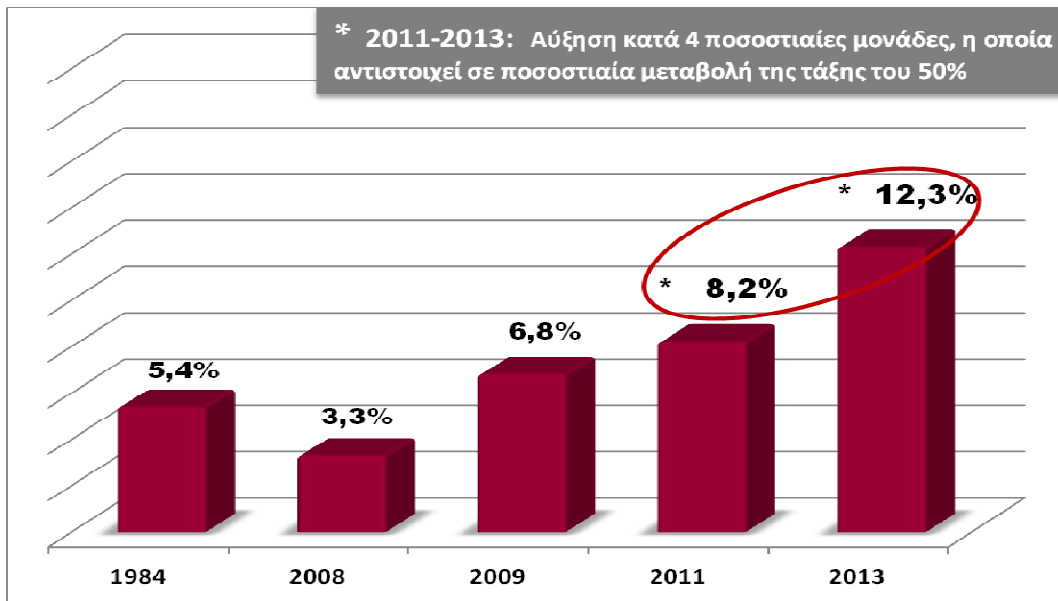
Στο ίδιο πνεύμα και δεδομένου ότι οι εξαρτήσεις αφ' ενός καταγράφουν μια έξαρση στη χώρα και αφ' ετέρου έχουν ήδη αναγνωριστεί διεθνώς ως ψυχική διαταραχή, προτείνεται η επέκταση της διαχείρισης της θεραπείας των ατόμων με εξάρτηση στις δομές ΠΦΥ, πρόταση η οποία τεκμηριώνεται από τις κατευθυντήριες οδηγίες του WHO, UNODC, UNAIDS και, ειδικά για την Ελλάδα, και από το EMCDDA και το ECDC.¹⁹

¹⁷ Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συστήνει την ολοκλήρωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μέσω της ΠΦΥ, ιδιαίτερα σε περιβάλλον περιορισμένων πόρων και υψηλών αναγκών. Βλ. WHO, Improving Health Systems and Services for Mental Health, 2009.

¹⁸ Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ), Πανελλαδική μελέτη: Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του ελληνικού πληθυσμού, Αθήνα, 2013 (Επιστ. Υπεύθ.: Οικονόμου Μ., Μαδιανός Μ., Σουλιώτης Κ.).

¹⁹ Βλ. αναλυτικά τη σχετική συζήτηση: World Health Organisation (WHO), Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence, 2009, www.who.int/substance_abuse/activities/treatment_opioid_dependence/en/index.html, WHO

Διάγραμμα 2: Ποσοστό του Γενικού Πληθυσμού με Μείζονα Κατάθλιψη κατά το χρονικό διάστημα 1984-2013



Πηγή: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ), 2013.

Για την επίτευξη των παραπάνω αρχών, θα πρέπει να επιδιωχθεί:

- η με ενιαίο τρόπο διοίκηση του συστήματος ΠΦΥ,
- η εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού,
- η διαμόρφωση ενός βασικού πακέτου υπηρεσιών,
- η διαμόρφωση ενός ενιαίου πλαισίου παροχής των υπηρεσιών,
- η δικτύωση των φορέων ΠΦΥ, με στόχο την εξασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας και της παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας, καθώς και την αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών από την ανταπόκριση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας στις ανάγκες και απαιτήσεις τους,

ενώ επιπρόσθετα κρίνεται αναγκαίο:

and UNODC Joint Programme on drug dependence treatment and care, Vienna, May 2009, UNODC, Treatnet, Working towards evidence-based drug dependence treatment and care, April 2010, EMCDDA and ECDC, Joint EMCDDA and ECDC rapid risk assessment, HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania, November 2011 και ECDC, Technical report, Risk assessment on HIV in Greece, Stockholm, November 2012. Η πρόταση της Επιτροπής συνίσταται στη διαχείριση στην ΠΦΥ των «ρυθμισμένων» ασθενών, κατόπιν σχετικής εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και σε στενή συνεργασία με τους εξειδικευμένους φορείς θεραπείας.

- να διασυνδεθεί ο τρόπος αποζημίωσης των ιατρών με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας προς τον πολίτη,
- να αποφευχθούν φαινόμενα προκλητής ζήτησης υπηρεσιών υγείας,
- να γίνει παρέμβαση στη ζήτηση και στην ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας,
- να συνδεθεί η ασφαλιστική κάλυψη των ιατρικών παρεμβάσεων με την (τεκμηριωμένη) αποτελεσματικότητά τους, απαλλάσσοντας έτσι χρονίως πάσχοντες από συν-πληρωμές, εφόσον αυτοί ακολουθούν αγωγή με βάση την τεκμηριωμένη αγωγή/κατευθυντήριες οδηγίες (κατά τα πρότυπα των γερμανικών DMPs/disease management programmes και των γαλλικών ALD/affections de longue durée).

Ιδιαίτερη έμφαση είναι αναγκαίο να δοθεί στο σχεδιασμό και την υλοποίηση δράσεων πρόληψης και προαγωγής υγείας.

Συγκεκριμένα, στο πλαίσιο του ενιαίου συστήματος ΠΦΥ, στα αντικείμενα των Κέντρων Υγείας προτείνεται όπως περιληφθούν, μεταξύ άλλων, τα παρακάτω:

- Παρακολούθηση και αξιολόγηση των δεικτών υγείας, των γνώσεων, των ικανοτήτων και πρακτικών του πληθυσμού ευθύνης του Κ.Υ. σε θέματα υγείας σε ετήσια βάση.
- Ορισμός τομέων προτεραιότητας για την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού ευθύνης του Κ.Υ. σε ετήσια βάση.
- Ανάπτυξη παρεμβάσεων για αλλαγή συμπεριφοράς των ασθενών που απευθύνονται στο Κ.Υ. (π.χ. τη διακοπή καπνίσματος, την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, τη βελτίωση της διατροφής, τον προληπτικό έλεγχο του καρκίνου και των καρδιαγγειακών νοσημάτων, την υποστήριξη της αυτό-διαχείρισης στις χρόνιες ασθένειες).
- Σχεδιασμός και υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας στην κοινότητα προσαρμοσμένων στις διαπιστωμένες ανάγκες του πληθυσμού ευθύνης του Κ.Υ.

- Ανάπτυξη εργαλείων που θα επιτρέψουν στους επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίσουν και να απευθυνθούν στους κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας μέσω της δράσης και των συμμαχιών στο επίπεδο της κοινότητάς τους.
- Ανάπτυξη υλικού εκπαίδευσης/ευαισθητοποίησης των ασθενών (π.χ. γραπτές οδηγίες) σε θέματα πρόληψης.
- Εκτίμηση εκπαιδευτικών αναγκών των επαγγελματιών υγείας που υπηρετούν το Κ.Υ. και σχεδιασμός/υλοποίηση προγραμμάτων εκπαίδευσης/ευαισθητοποίησης σε θέματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας.
- Ανάπτυξη συμμαχιών σε επίπεδο κοινότητας στο δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα στο σχεδιασμό και την ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας (π.χ. φορείς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, μη κυβερνητικούς οργανισμούς, ιδιωτικές επιχειρήσεις, σχολεία, νοσοκομεία).

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν :

- να υιοθετούν την πολιτική του φορέα τους σε θέματα προαγωγής της υγείας (π.χ. να χρησιμοποιούν υλικό ευαισθητοποίησης, αναπτύσσουν δράση για την επίτευξη των στόχων/προτεραιοτήτων προαγωγής υγείας)
- να συμμετέχουν σε ελάχιστο αριθμό δράσεων προαγωγής υγείας στην κοινότητα που υλοποιείται στο Κ.Υ.
- να παρακολουθήσουν ελάχιστο αριθμό προγραμμάτων εκπαίδευσης / ευαισθητοποίησης που υλοποιούνται στο ΚΥ που υπηρετούν.

Επιπροσθέτως στα παραπάνω, υιοθετείται σύστημα μοριοδότησης για την αξιολόγηση των επαγγελματιών ως προς τη συμβολή τους στο σχεδιασμό και την υλοποίηση δράσεων προαγωγής της υγείας με χρηματική ή μη ανταμοιβή (βλ. παρακάτω, κεφ. 10).

ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΙΔΙΚΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ: ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ιδιαίτερη αναφορά και σχεδιασμό απαιτεί η **οδοντιατρική φροντίδα**, υπό την έννοια ότι αυτή αφορά όλες τις ηλικίες, τα φύλα και τις κοινωνικές τάξεις, όλους τους υγιείς και ασθενείς πολίτες. Ουσιαστικά όλοι οι άνθρωποι έχουν ανάγκη οδοντιατρικής φροντίδας, κάτι που δεν συμβαίνει σε πολλούς τομείς της φροντίδας υγείας. Επιπρόσθετα, το επίπεδο στοματικής υγείας των ατόμων έχει άμεση σχέση, εκτός από την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα των παρεχόμενων οδοντιατρικών υπηρεσιών, με την συμπεριφορά και τις ατομικές τους συνήθειες (στοματική υγιεινή, διατροφικές συνήθειες, κατανάλωση καπνού, αλκοόλ) και άρα μπορεί να επηρεαστεί σημαντικά από προγράμματα πρόληψης, αγωγής υγείας και δημόσιας υγείας.

Στην Ελλάδα σε κάθε οδοντίατρο αντιστοιχούν 773 κάτοικοι, ενώ στην περιφέρεια Αττικής σε κάθε οδοντίατρο αντιστοιχούν 544 κάτοικοι. Αντίστοιχα, στην Ιταλία αντιστοιχούν 1.216, στην Γαλλία 1.505, στην Μ. Βρετανία 2.435 και στην Πορτογαλία 4.090 κάτοικοι. Ο υπερπληθυσμός του οδοντιατρικού δυναμικού και η άνιση κατανομή του μεταξύ Αθήνας και υπόλοιπης Ελλάδας, σε συνδυασμό με την μέχρι τώρα απουσία κανόνων και μηχανισμών διασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων οδοντιατρικών υπηρεσιών, δεν συμβάλλουν καθόλου στην όποια προσπάθεια γίνεται για βελτίωση των αρνητικών δεικτών στοματικής υγείας της χώρας μας. Όσον αφορά στις συμβάσεις με ασφαλιστικά ταμεία, παραδοσιακά, η συντριπτική πλειοψηφία των οδοντιάτρων οι οποίοι έχουν δικό τους οδοντιατρείο, δεν έχουν συνάψει καμία τέτοια σύμβαση, λόγω της εξαιρετικά χαμηλής αποζημίωσης των οδοντιατρικών πράξεων.

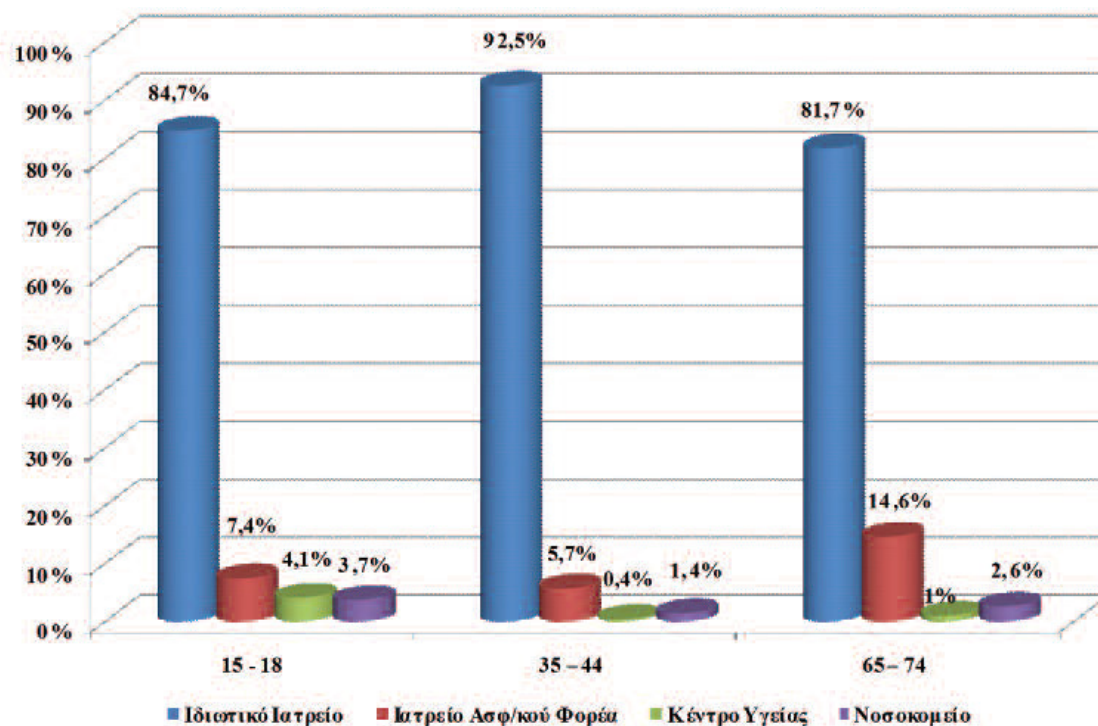
Σε όλη τη χώρα στα Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ υπηρετούν περίπου 200 οδοντίατροι και λειτουργούν περίπου 200 οδοντιατρικές μονάδες (units) περίπου. Η κατανομή των οδοντιάτρων στα Κ.Υ. της περιφέρειας είναι άνιση, με κάποια Κ.Υ. σε απομακρυσμένες μάλιστα περιοχές να μην έχουν οδοντίατρο. Ελλείψεις παρουσιάζουν τόσο ο εξοπλισμός των οδοντιατρείων των Κ.Υ. και η υλικοτεχνική

υποδομή τους, όσο και η υποστήριξη τους από υγειονομικό και διοικητικό προσωπικό, ενώ σημαντική κρίνεται η αναγκαιότητα ανανέωσης των γνώσεων του προσωπικού τους στα πλαίσια συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Τα Οδοντιατρικά Τμήματα που λειτουργούν στα εξωτερικά ιατρεία των Γενικών Νοσοκομείων, παρέχουν επίσης υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Περίθαλψης, σε ότι αφορά στην αντιμετώπιση οξέων περιστατικών, κυρίως κατά τη διάρκεια των εφημεριών. Στα αστικά κέντρα το έργο της Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής έχουν αναλάβει, από πλευράς Δημοσίων Φορέων, κυρίως τα Οδοντιατρικά Τμήματα των Πολυϊατρείων των Ασφαλιστικών Ταμείων και οι συμβεβλημένοι οδοντίατροι, με αποτέλεσμα την παροχή μεγαλύτερου εύρους υπηρεσιών Οδοντιατρικής Περίθαλψης από τις αντίστοιχες των Κ.Υ. μη αστικού τύπου για τους ενήλικους ασφαλισμένους τους, αλλά **χωρίς όμως ιδιαίτερη μέριμνα για την πρόληψη και την αγωγή στοματικής υγείας.**

Η Οδοντιατρική περίθαλψη στον ΕΟΠΥΥ ουσιαστικά περιλαμβάνει την υποδομή, το ανθρώπινο δυναμικό και τις παροχές του ΙΚΑ, δηλαδή 736 οδοντιάτρους, 38 ορθοδοντικούς και 10 γναθοχειρουργούς σε 403 οδοντιατρικές μονάδες (units) που λειτουργούν σε 190 Μονάδες Υγείας και σε αυτές περιλαμβάνονται αντίστοιχα θεραπευτικά οδοντιατρικά ιατρεία, 23 προληπτικά και παιδοδοντιατρικά ιατρεία, 21 ορθοδοντικά ιατρεία και 9 οδοντοτεχνικά ορθοδοντικά εργαστήρια, 32 οδοντοπροσθετικά ιατρεία υποστηριζόμενα από 33 οδοντοτεχνικά εργαστήρια με 220 οδοντοτεχνίτες, 3 γναθοχειρουργικά ιατρεία, 2 περιοδοντολογικά ιατρεία, 1 στοματολογικό ιατρείο, 5 οδοντιατρεία στους Σταθμούς Α΄ Βοηθειών και 145 ιδιωτικές οδοντιατρικές μονάδες οδοντιάτρων του ΙΚΑ που δέχονται στα ιατρεία τους. Επίσης περιλαμβάνει έναν μικρό αριθμό ελεγκτών οδοντιάτρων. Οι συνολικές δαπάνες οδοντιατρικής περίθαλψης το 2010 για τις υπηρεσίες που παρασχέθηκαν (από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ) ανήλθαν σε 28 εκατ. Ευρώ.

Τέλος, η ασφαλιστική αποζημίωση που προσφέρεται για την οδοντιατρική περίθαλψη είναι πολύ μικρή και αφορά συγκεκριμένες θεραπείες, με αποτέλεσμα ο ασθενής να επωμίζεται όλο σχεδόν το κόστος (Διάγραμμα 3).

Διάγραμμα 3: Φορέας παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών ανά ηλικιακή ομάδα



Πηγή: Κοντοές Ν., 2012.

Υπό τις συνθήκες αυτές, κρίνεται αναγκαίο να αξιοποιηθούν στο έπακρο οι υφιστάμενες δημόσιες υποδομές και να καθοριστεί η κατανομή του οδοντιατρικού έργου μεταξύ των Κέντρων Υγείας (εσωτερικοί πάροχοι) και των εξωτερικών συμβεβλημένων παρόχων, με γνώμονα την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων και να υιοθετηθούν και να εφαρμοστούν υποχρεωτικά από τους παρόχους πρωτόκολλα που αφορούν στην οδοντιατρική φροντίδα.

Η Υπουργική απόφαση Α3β/οικ./15-3-88 «Περί παροχής οδοντιατρικής φροντίδας στα Κ.Υ. μη αστικών περιοχών», περιγράφει πλήρως το πεδίο δράσης της πρωτοβάθμιας οδοντιατρικής φροντίδας (Πρώτες βοήθειες - Αντιμετώπιση οξέων περιστατικών, Πρόληψη - Αγωγή στοματικής υγείας, Πλήρης Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Φροντίδα σε παιδιά ηλικίας έως 18 ετών) και μπορεί να αποτελέσει τη βάση για την παροχή υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας στο πλαίσιο ενός ενιαίου συστήματος ΠΦΥ, με βασικό στόχο την προστασία της στοματικής υγείας

του παιδικού και νεανικού πληθυσμού, παράλληλα με την προαγωγή της στοματικής υγείας στην κοινότητα.

Οι στόχοι θα υλοποιηθούν διαμέσου της ανάπτυξης προγραμμάτων προαγωγής της στοματικής υγείας, με έμφαση στην προσχολική αγωγή (παιδικοί σταθμοί/νηπιαγωγεία) και την Α' βάθμια εκπαίδευση, παρεμβάσεις σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες (έγκυες, τρίτη ηλικία κλπ) κ.ά.

Η οδοντιατρική, με αυτό τον τρόπο, βγαίνει από το ιατρείο και ανοίγεται στην κοινότητα, σε συνεργασία με άλλους φορείς (σχολική κοινότητα, τοπική αυτοδιοίκηση κλπ), ενώ ταυτόχρονα αξιοποιείται η εμπειρία παρελθόντων ετών από την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης.

Στις υφιστάμενες Μονάδες Υγείας του ΕΟΠΥΥ, στα οδοντοπροσθετικά ιατρεία, θα παρέχονται υπηρεσίες κινητής προσθετικής στους συνταξιούχους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ. Οι παραπάνω υπηρεσίες θα παρέχονται χωρίς συμμετοχή του ασφαλισμένου και μπορεί να εξεταστεί το ενδεχόμενο να συμπεριληφθούν σε αυτές και άνεργοι δικαιούχοι ασφάλισης του ΕΟΠΥΥ.

Οι ενήλικοι, άμεσα και έμμεσα, ασφαλισμένοι θα λαμβάνουν όλο το φάσμα των υπηρεσιών Οδοντιατρικής Φροντίδας Υγείας στους συμβεβλημένους με τον Οργανισμό οδοντιάτρους πληρώνοντας τη συμμετοχή τους απ' ευθείας στον οδοντίατρο.

Όλοι οι πολίτες θα λαμβάνουν μια φορά το χρόνο πακέτο υπηρεσιών προληπτικής οδοντιατρικής, χωρίς συμμετοχή, στις Μονάδες Υγείας ή στους συμβεβλημένους οδοντιάτρους, οι οποίοι θα υποχρεούνται να το παρέχουν δωρεάν (θα μπορούσε επιπρόσθετα να εκδοθεί voucher οδοντιατρικού για τα ανασφάλιστα παιδιά). Η αμέλεια συμμετοχής στο πρόγραμμα αυτό επί δύο έτη και άνω μπορεί να επιφέρει κλιμακωτή ποινή (penalty) αυξημένης συμμετοχής στις οδοντιατρικές πράξεις που θα προκύψουν. **Ωστόσο κατά την πρώτη φάση**

εφαρμογής του προγράμματος κρίνεται αναγκαίο να δοθεί ιδιαίτερη προτεραιότητα σε παιδικό πληθυσμό λόγω του μεγάλου ποσοστού (83-85%) κακής στοματικής υγιεινής και ουλίτιδας²⁰.

Επιπλέον προτείνεται αντικατάσταση του υφιστάμενου τιμολογίου αποζημίωσης των οδοντιατρικών πράξεων (Π.Δ./1992) από νέο, σύγχρονο, αξιοπρεπές για οδοντιάτρους και ασθενείς, τιμολόγιο και με σύγχρονη πλέον κωδικοποίηση των οδοντιατρικών πράξεων.

Η διαδικασία παροχής και αποζημίωσης των οδοντιατρικών υπηρεσιών που υλοποιούνται θα πρέπει να καταγράφονται σε ηλεκτρονική βάση δεδομένων για το σύνολο των παρόχων (εσωτερικών & εξωτερικών).

2.2. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο (Ν.3235/2004) καλύπτει επαρκώς τα παραπάνω καθώς προβλέπει τα κάτωθι (Άρθρο 1: Σκοπός, έννοια και περιεχόμενο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας):

«1. Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στο πλαίσιο εφαρμογής του νόμου αυτού, νοείται το σύστημα παροχής σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

2. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με το σύστημα υγείας της χώρας, του οποίου αποτελεί αναπόσπαστο μέρος και υπηρετεί τους γενικούς και ειδικούς στόχους του.

3. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνει:

- α. τις υπηρεσίες υγείας, που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα,
- β. την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών και το σχεδιασμό και υλοποίηση μέτρων για την πρόληψη των νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας,
- γ. τον οικογενειακό προγραμματισμό,

²⁰ Κοντοές Ν., Στοματική Υγεία – Οδοντιατρική Περίθαλψη, ΕΟΠΥΥ, 2012.

- δ. τις απαραίτητες υποδομές για την εξασφάλιση και τη διαχείριση όλων των ιατρικών πληροφοριών και δεδομένων του πληθυσμού,
 - ε. την οδοντιατρική φροντίδα, με έμφαση στην προληπτική οδοντιατρική,
 - στ. τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας και τις υπηρεσίες αποκατάστασης,
 - ζ. την παρακολούθηση χρονίως πασχόντων, για τους οποίους δεν απαιτείται νοσηλεία σε νοσοκομείο,
 - η. τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.
4. Το Κράτος με στόχο την κοινωνική ανάπτυξη και τη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής εξασφαλίζει σε όλους τους κατοίκους της επικράτειας την πρόσβαση σε μια επαρκή δέσμη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
5. Το σύστημα παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποσκοπεί στην ικανοποίηση των παρακάτω αρχών:
- α. της ισότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλους τους κατοίκους της χώρας,
 - β. της ισότητας στη φροντίδα, που επιτρέπει τη διαχείριση οξέων και χρόνιων προβλημάτων υγείας από τον ίδιο ιατρό ή ομάδα ιατρών στη διάρκεια του χρόνου,
 - γ. της ολοκληρωμένης φροντίδας, δηλαδή της διαχείρισης των πιο συχνών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας, καθώς και των πιο σημαντικών παραγόντων κινδύνου της υγείας, στο ιδιαίτερο περιβάλλον του ενδιαφερομένου,
 - δ. του προσανατολισμού του συστήματος στο άτομο και στην οικογένειά του, μέσω μιας συντονισμένης και ελεγχόμενης παροχής φροντίδων,
 - ε. της διαχείρισης ιατρο-ασφαλιστικών δεδομένων και πληροφοριών, με τρόπο που εξασφαλίζει την άμεση διαθεσιμότητα των πληροφοριών σε όλα τα σημεία του συστήματος υγείας, αλλά και την εμπιστευτικότητά τους,
 - στ. της διαφύλαξης του δικαιώματος της ελεύθερης επιλογής οικογενειακού και προσωπικού ιατρού στο πλαίσιο του προγραμματισμού πρόσβασης στο σύστημα υγείας».

3. ΤΡΟΠΟΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΑΝΑΓΚΩΝ

3.1. ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Λαμβάνοντας υπόψη βιβλιογραφικά δεδομένα σχετικά με συστήματα και οργανισμούς παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, καταδεικνύεται μια μεγάλη ετερογένεια διεθνώς και ιδιαίτερα στην Ευρώπη σχετικά με την ΠΦΥ.²¹ Η σύγκριση των χωρών της Ευρώπης, ως προς διάφορα γενικά χαρακτηριστικά της ΠΦΥ, εμφανίζεται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1: Διάφορα χαρακτηριστικά της ΠΦΥ στην Ευρώπη

Χώρα	πρώτο σημείο επαφής	συνεργασία με νοσηλεύτη	αρχείο ιατρικών δεδομένων ασθενών	ιατρικός εξοπλισμός	οικογενειακός προγραμματισμός	ψυχολογικά, κοινωνικά προβλήματα
Αυστρία	2	3	2	2	2	2
Βέλγιο	2	4	2	2	1	1
Γαλλία	2	2	2	2	2	1
Γερμανία	3	2	1	1	2	2
Δανία	1	4	1	1	1	1
Ελβετία	2	2	1	1	1	2
Ελλάδα	3	4	4	3	3	3
Ιρλανδία	1	3	1	2	1	1
Ισλανδία	2	1	1	1	1	2
Ισπανία	1	4	3	3	3	2
Ιταλία	2	4	3	4	3	2
Λουξεμβούργο	3	3	1	2	2	3
Μεγάλη Βρετανία	1	1	1	2	1	1
Νορβηγία	1	3	1	1	1	2
Ολλανδία	1	3	1	1	1	1
Ουγγαρία	3	2	2	3	1	2
Πολωνία	3	1	2	4	4	3
Πορτογαλία	1	1	1	3	1	1
Σλοβακία	4	3	1	3	4	3
Σουηδία	3	1	2	1	3	2
Τουρκία	4	4	3	3	3	4
Τσεχία	3	3	1	4	4	3
Φιλανδία	2	1	1	1	2	3

Ταξινόμηση των χωρών:
1 = χώρα με υψηλό βαθμό. 4 = χώρα με χαμηλό βαθμό. 2 και 3 = ενδιάμεσοι βαθμοί

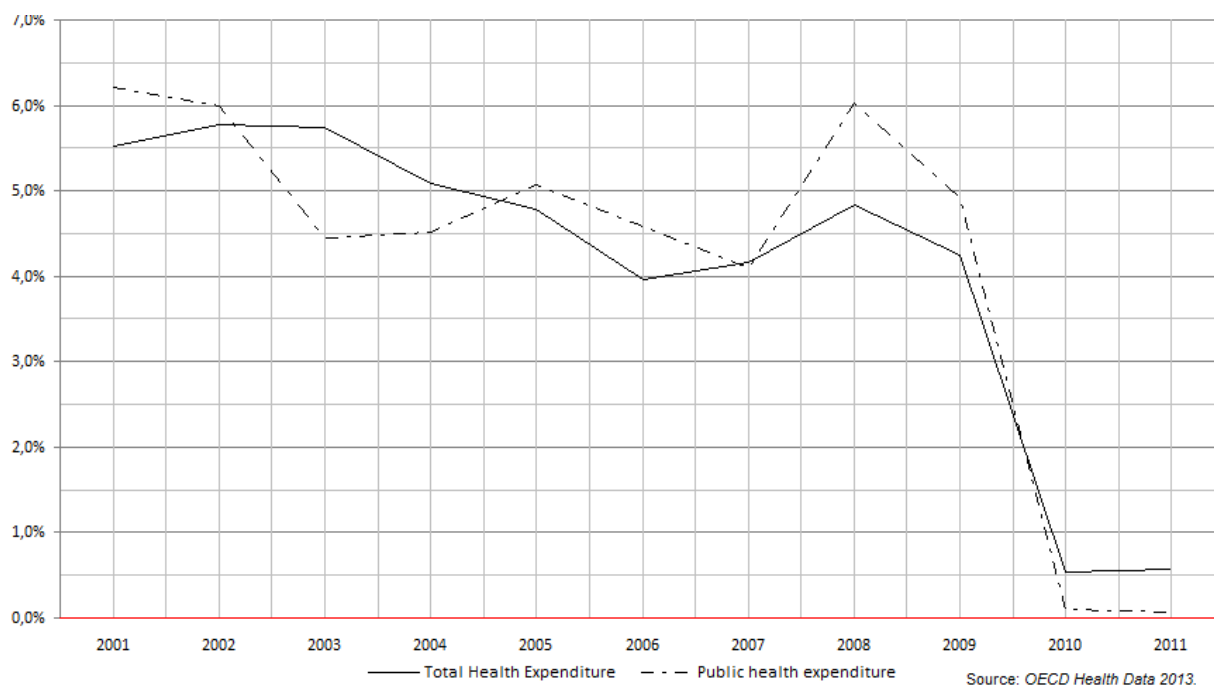
Πηγή: Boerma and Dubois, 2006.

²¹ Boerma, W.G.W. (2006), Coordination and integration in European primary care, in: Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care, edited by Richard B. Saltman, Ana Rico and Wienke G. W. Boerma, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, UK.

Σε ότι αφορά τη δαπάνη για ΠΦΥ, αν και είναι δύσκολο να γίνουν συγκρίσεις μεταξύ χωρών,²² φαίνεται ότι στις περισσότερες χώρες της Δυτικής Ευρώπης υπήρξε μια ελαφρά μείωση δαπανών για δευτεροβάθμια φροντίδα, κυρίως λόγω των δημοσιονομικών πιέσεων, αλλά και της επικράτησης απόψεων που θεωρούν τις δαπάνες υγείας όχι κινητήρια δύναμη της ανάπτυξης, αλλά φορτίο από το οποίο οι κυβερνήσεις θα πρέπει να ελαφρυνθούν (Διάγραμμα 4).

Ωστόσο, δεν υπήρξε μετατόπιση των δαπανών προς την ΠΦΥ, αντιθέτως, την τελευταία δεκαετία, οι δαπάνες για πρόληψη και δημόσια υγεία μειώνονται διαρκώς, ενώ αυξητικά εξακολουθούν να κινούνται οι δαπάνες για χρόνια νοσήματα. (Διάγραμμα 5).

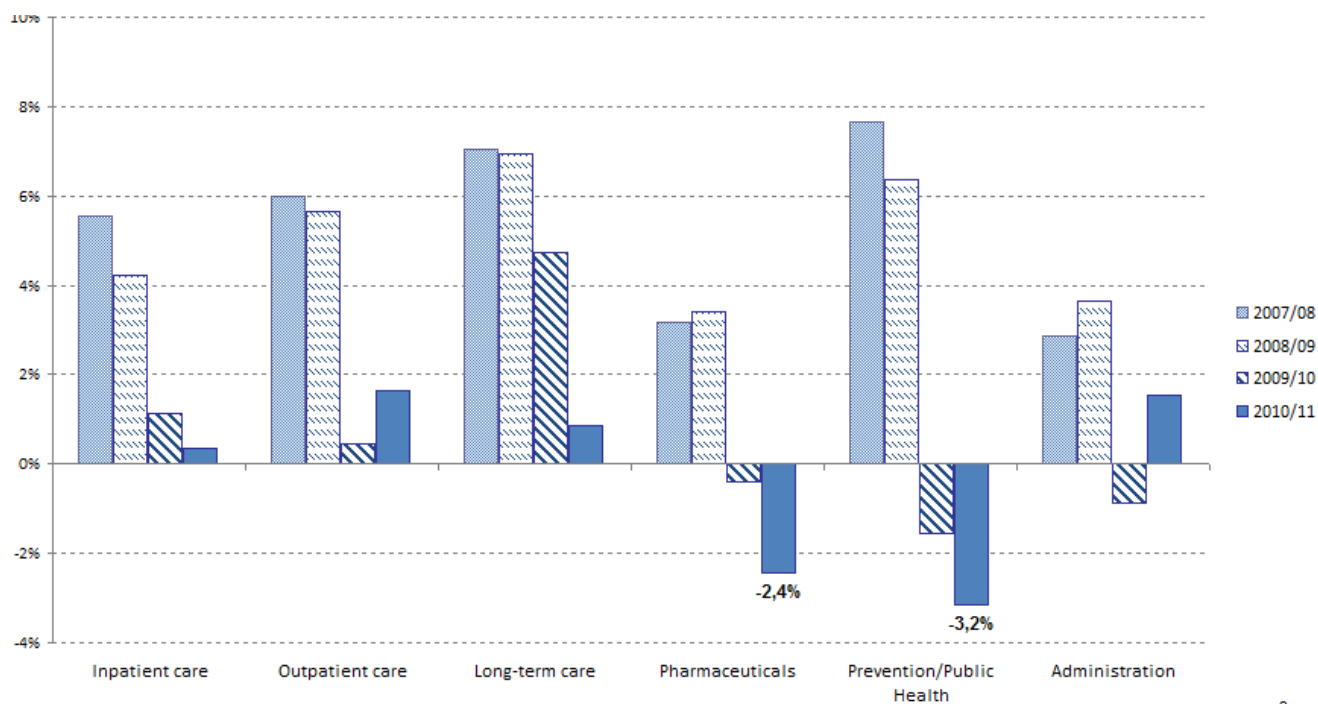
Διάγραμμα 4: Μέσος ρυθμός αύξησης δημόσιας και συνολικής δαπάνης υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2000-2011



Πηγή: OECD Health Data 2013.

²² Boerma W., Dubois CA., Mapping primary care across Europe in Primary Care in the Driver's Seat? Organizational Reform in the European primary care. in: Saltman RB., Rico A., Boerma W.(eds), European Observatory on Health Systems and Policies, London: Open University Press/ McGraw-Hill Education, 2006.

Διάγραμμα 5: Μέσος ρυθμός αύξησης δημόσιας δαπάνης υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ ανά κατηγορία, 2008-2011



Πηγή: OECD Health Data 2013.

3.2. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

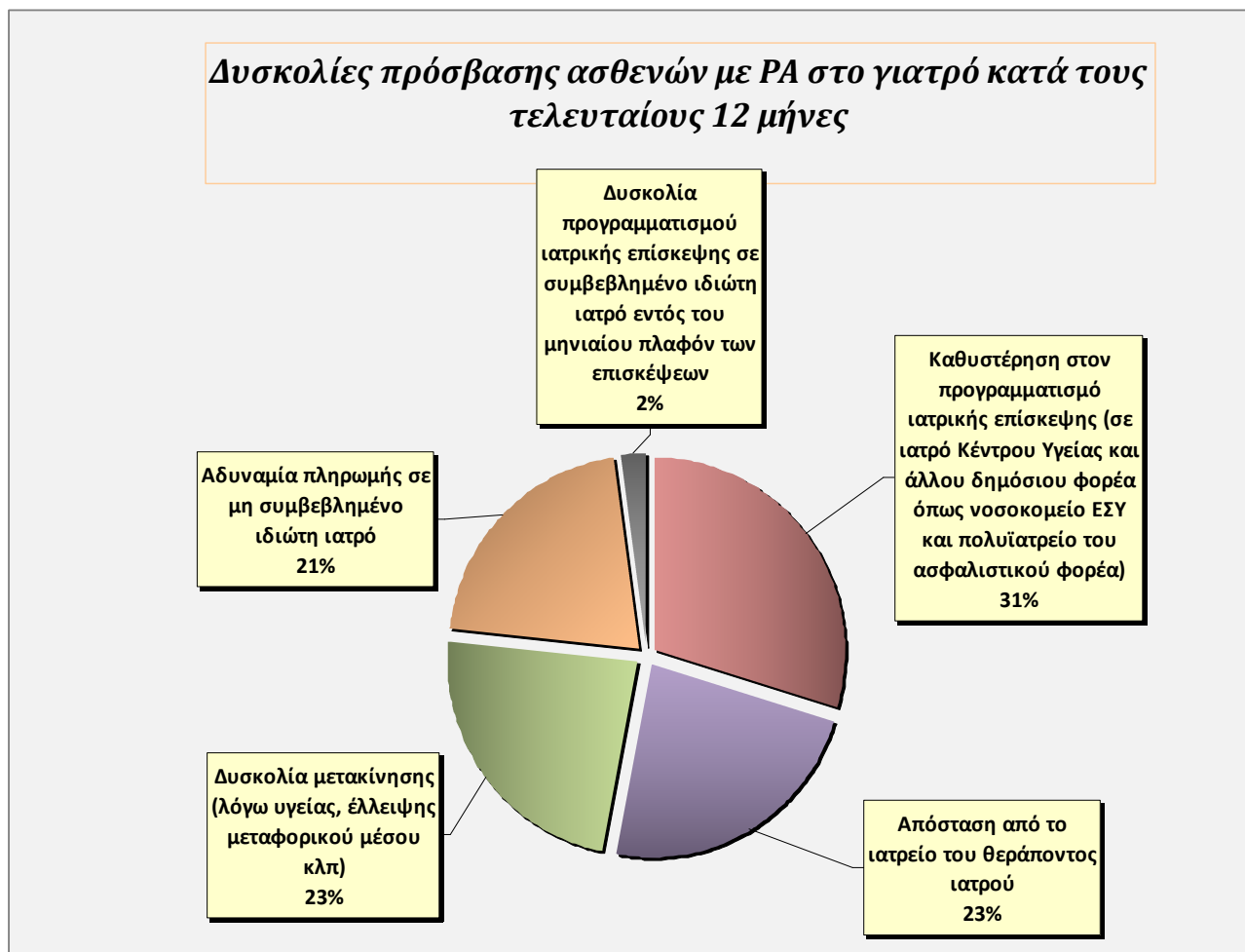
Η κάλυψη των αναγκών των πολιτών γίνεται μέσω 4 βασικών κατηγοριών δομών: α) κέντρα υγείας του ΕΣΥ (περίπου 200 + 1500 περίπου ΠΙ), β) μονάδες ΠΦΥ του ΕΟΠΥΥ (περίπου 330), γ) ιδιωτικά συμβεβλημένα ιατρεία και κέντρα (περίπου 5.000) και δ) νοσοκομεία του ΕΣΥ.

Ωστόσο, η απουσία κέντρων υγείας αστικού τύπου, η περιορισμένη χρονική διαθεσιμότητα των μονάδων ΠΦΥ του ΕΟΠΥΥ και ο σχετικά μικρός αριθμός συμβεβλημένων ιατρών με τον ΕΟΠΥΥ σε συνδυασμό με το πλαφόν στις επισκέψεις, συχνά προκαλούν προβλήματα πρόσβασης των ασθενών στις δομές ΠΦΥ (Διάγραμμα 6) και μετακυλύουν σημαντικό μέρος της δαπάνης στα νοικοκυριά.²³

²³ Βλ. τη μελέτη: Έρευνα υπηρεσιών υγείας, ΕΣΔΥ 2011.

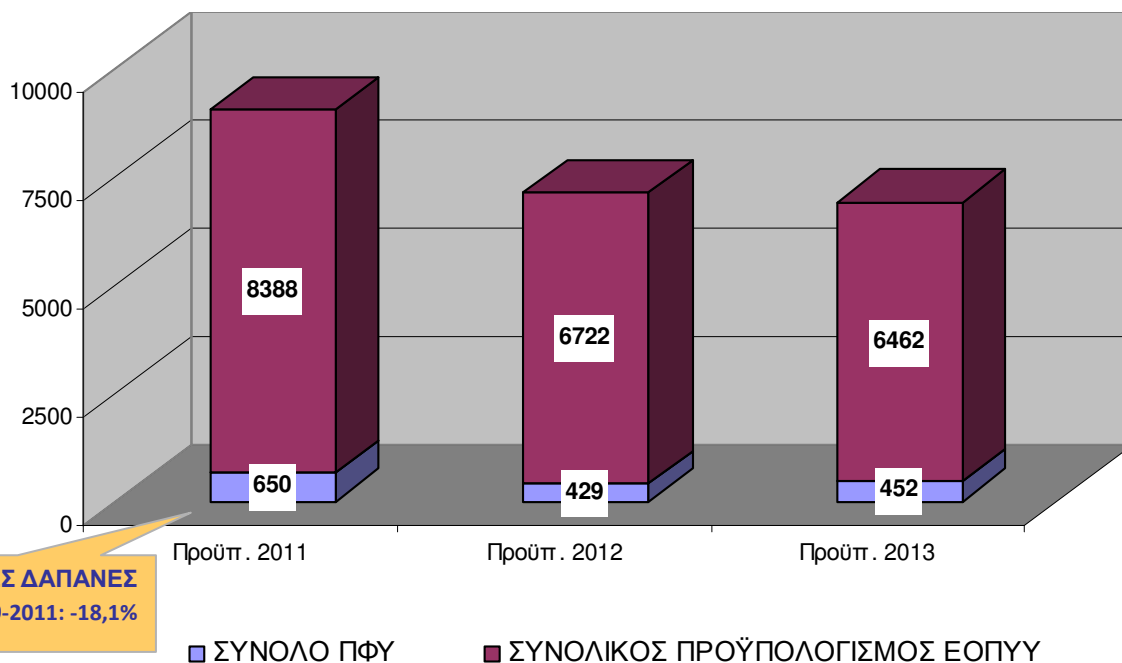
Αυτό ενισχύεται και από τη διαρκή υποχώρηση των δημόσιων πόρων για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Διάγραμμα 7).

Διάγραμμα 6: Δυσκολίες πρόσβασης ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα στο γιατρό κατά τους τελευταίους 12 μήνες



Πηγή: Souliotis K., et . al., Barriers to accessing biologic treatment for rheumatoid arthritis in Greece: the unseen impact of the fiscal crisis—the Health Outcomes Patient Environment (HOPE) study, Rheumatol Int, DOI 10.1007/s00296-013-2866-1.

Διάγραμμα 7: Προϋπολογισμός ΕΟΠΥΥ για ΠΦΥ σε σχέση με το συνολικό προϋπολογισμό του



**ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ
ΠΦΥ 2009-2011: -18,1%**

Πηγή: Σουλιώτης Κ. Από τις ρυθμίσεις στις διαρθρωτικές αλλαγές: η αναγκαία παρέμβαση στην ΠΦΥ, Εισήγηση στο 12^ο Ετήσιο Συνέδριο HealthWorld 2013, Αθήνα, 20 9 2013.

Επιπλέον, η απουσία προσανατολισμού στο σύστημα (βλ. παρακάτω), αποδυναμώνει το στόχο της παροχής ολιστικής φροντίδας.

Πιο αναλυτικά, οι υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονται:

- από πάνω από 200 Κ.Υ. (+ 1.530 πολυδύναμα ή απλά ή ειδικά περιφερειακά/αγροτικά ιατρεία) του ΕΣΥ, με 3.100 ιατρούς (περίπου το 1/2 γενικοί ιατροί), 2.400 νοσηλευτές και 2.500 λοιπό προσωπικό (στοιχεία Δεκεμβρίου 2012),
- από 330 περίπου πολυ-ιατρεία του ΕΟΠΥΥ (πρώην ΙΚΑ), με 6.000 ιατρούς (περίπου το 1/10 γενικοί ιατροί), περίπου 3.000 άτομα νοσηλευτικό προσωπικό και περίπου 1.200 άτομα διοικητικό προσωπικό (στοιχεία Ιουνίου 2012),

- από τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία (ΤΕΙ) και τα τμήματα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) των 78 ενιαίων κρατικών νοσοκομείων (125 ΤΕΙ και 78 ΤΕΠ) και τα αντίστοιχα των 7 πανεπιστημιακών νοσοκομείων,
- από πάνω από 200 συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ διαγνωστικά κέντρα και ιδιωτικές μονάδες, μεταξύ των οποίων υπηρετούν και λίγοι γενικοί γιατροί,
- από πάνω από 6.000 συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ ιατρούς ειδικοτήτων (1/10 περίπου γενικοί ιατροί),
- από λουπές ιδιωτικές υπηρεσίες εξω-νοσοκομειακής φροντίδας.

Σχετικά με τη ζήτηση των υπηρεσιών ΠΦΥ, τα δεδομένα των μελετών καταγράφουν τις παρακάτω τάσεις:

- στις αγροτικές περιοχές της χώρας, στις οποίες κατοικεί το 30% περίπου του πληθυσμού, η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται κυρίως από τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά τους Ιατρεία και από ιδιώτες ιατρούς και διαγνωστικά εργαστήρια, συμβεβλημένους ή μη με τα ασφαλιστικά ταμεία.
- στις αστικές περιοχές, στις οποίες κατοικεί το 70% περίπου του πληθυσμού, η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται κυρίως από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τις μονάδες υγείας των ασφαλιστικών ταμείων και των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.) και από ιδιώτες ιατρούς και διαγνωστικά εργαστήρια, συμβεβλημένους ή μη με τα ασφαλιστικά ταμεία.

Με βάση στοιχεία του ΟΟΣΑ²⁴, της ΕΣΔΥ²⁵ και του ESY.net²⁶, σε σύνολο επισκέψεων σε υπηρεσίες ΠΦΥ 71.500.000, με 4 κατά κεφαλή επισκέψεις (0.75 σε μονάδες ΠΦΥ του ΕΣΥ), ο ετήσιος αριθμός ιατρικών επισκέψεων έχει την παρακάτω κατανομή:

- το 20 % (14.300.00) των πολιτών επιλέγει να πάρει υπηρεσίες ΠΦΥ από το ΕΣΥ (ΚΥ/ΠΙ & ΤΕΙ Νοσοκομείων, με τους 8.350.950 να επιλέγουν ΚΥ/ΠΙ),

²⁴ OECD, Health Data 2013.

²⁵ Έρευνα υπηρεσιών υγείας, ΕΣΔΥ 2011.

²⁶ Έκθεση αποτελεσμάτων ΥΓΚΑ και των Μονάδων του ΕΣΥ 2011.

- το 30 % (21.450.000) από τις μονάδες υγείας των ασφαλιστικών ταμείων του ΕΟΠΥΥ,
- το 5% (3.575.000) από αντίστοιχες υπηρεσίες εκτός ΕΟΠΥΥ και Ο.Τ.Α.,
- ενώ το 45% (32.175.000) από τον ιδιωτικό τομέα (με το 25% από συμβεβλημένους με ΕΟΠΥΥ).

3.3. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΕΠΙΛΟΓΗ – ΣΤΟΧΟΣ

Δεδομένων των παραπάνω στοιχείων της ζήτησης καθώς και του ότι πλέον το πακέτο των υπό ασφαλιστική κάλυψη παροχών είναι ενιαίο ανεξαρτήτως φορέα ασφάλισης, κρίνεται σκόπιμη (και εφικτή) η δημιουργία ενός ενιαίου, δημόσιου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με την υπαγωγή όλων των δημόσιων δομών²⁷ ΠΦΥ (Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία ΕΣΥ, μονάδες ΠΦΥ ΕΟΠΥΥ, δομές Τοπικής Αυτοδιοίκησης κ.ά.) σε ένα φορέα, ο οποίος θα είναι υπεύθυνος για την εποπτεία, τη λειτουργία και τη χρηματοδότησή τους. Στο σχεδιασμό του νέου συστήματος, λαμβάνονται υπόψη και οι δομές του ιδιωτικού τομέα που έχουν συμβληθεί με την κοινωνική ασφάλιση.

Ειδικά όσον αφορά στις ιδιωτικές δομές, προτείνεται η θέσπιση κινήτρων για τη δημιουργία πολυϊατρείων (group practice) μέσω των οποίων θα διασφαλίζονται:

- η ορθή διαχείριση των χρονίως πασχόντων
- η ολιστική προσέγγιση του ασθενούς
- η διεπιστημονικότητα μέσω της διάδρασης μεταξύ ιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων
- οικονομίες κλίμακος τόσο για τους παρόχους όσο και για την ασφάλιση μέσω της διαμόρφωσης καινοτόμων «πακέτων υπηρεσιών» (bundled care).

²⁷ Βλ. αντίστοιχη πρόταση το 2003 στο: Σουλιώτης Κ., Λιονής Χ., Λειτουργική ανασυγκρότηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Μια πρόταση για την άρση του αδιεξόδου, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τόμος 20, τεύχος 5, 2003, όπου χαρακτηριστικά αναφέρεται: «Οι υφιστάμενες δομές του ΙΚΑ στα αστικά κέντρα .. μπορούν να αποτελέσουν τη βάση πάνω στην οποία θα οικοδομηθεί ένα νέο σύστημα ΠΦΥ».

Πέραν τούτου, είναι προφανές ότι η υφιστάμενη λογική η οποία έχει περιορίσει τον αριθμό των συμβεβλημένων ιδιωτών ιατρών και πολυϊατρείων μόνο σε όσους είχαν σύμβαση με την κοινωνική ασφάλιση πριν τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ²⁸ πρέπει να αντικατασταθεί από ένα μηχανισμό αύξησης ή /και ανανέωσης του ιατρικού αυτού δυναμικού.

Σημείο αναφοράς και σχεδιασμού του νέου πλέγματος υπηρεσιών ΠΦΥ θα μπορούσε να είναι οι Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ), ενώ ως εναλλακτική πρόταση θα μπορούσε να εξεταστεί η ανάληψη της σχετικής πρωτοβουλίας από τον ΕΟΠΥΥ κατά τα πρότυπα των ΗΜΟς των ΗΠΑ.

3.4. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο (Ν.3235/2004) καλύπτει επαρκώς τα παραπάνω καθώς προβλέπει τα κάτωθι (Άρθρο 2: Παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας):

«1. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται από:

- α. τα Κέντρα Υγείας του Ε.Σ.Υ. και τα περιφερειακά τους ιατρεία,
- β. τις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (Ο.Κ.Α.), που μετονομάζονται σε Κέντρα Υγείας του οικείου Ο.Κ.Α.,
- γ. τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.,
- δ. τις μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, καθώς και
- ε. από άλλους φορείς που συνδέονται οργανωτικά ή λειτουργικά με τις υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ.».

²⁸ Η Επιτροπή κρίνει ότι με τον τρόπο αυτό αφ' ενός δημιουργούνται αδιέξοδα για τους νέους ιατρούς και αφ' ετέρου δεν είναι εφικτή η ανανέωση του ιατρικού δυναμικού που παρέχει υπηρεσίες υπό ασφαλιστική κάλυψη.

4. ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ

4.1. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Παρά τη διαφορετική διεθνή πρακτική, δεν υπάρχει συγκεκριμένο σύστημα πρόσβασης και προσανατολισμού του πολίτη στο σύστημα υγείας. Κατ' αποτέλεσμα, μεγάλο μέρος της ζήτησης διοχετεύεται σε εξειδικευμένες υπηρεσίες. Συνέπεια αυτού είναι η παρουσία φαινομένων προκλητής ζήτησης και η μετάθεση της διαχείρισης προβλημάτων τα οποία εντάσσονται κατ' εξοχήν στη σφαίρα της ΠΦΥ, στα νοσοκομεία.

4.2. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΕΠΙΛΟΓΗ – ΣΤΟΧΟΣ

Η υιοθέτηση του θεσμού του οικογενειακού ιατρού -με τη λογική του δικαιώματος και όχι της υποχρέωσης (βλ. παρακάτω)- σε συνδυασμό με τη λειτουργία των ιατρών ειδικοτήτων, ιδιαίτερα στη διαχείριση των χρόνιων παθήσεων αλλά και με τον προσδιορισμό συγκεκριμένων γεωγραφικών περιοχών αναφοράς,²⁹ θα επιτρέψει στο σύστημα να ελέγξει και, κυρίως, να καλύψει την υφιστάμενη ζήτηση.

Αυτό που σίγουρα πρέπει να οριοθετηθεί είναι η πρόσβαση –μετά από παραπομπή– στη νοσοκομειακή περίθαλψη και στις εξειδικευμένες υπηρεσίες ιατρών εντός των νοσοκομείων, με την υιοθέτηση μιας σειράς κινήτρων και αντικινήτρων όπως πχ η μηδενική επιβάρυνση του χρήστη σε περίπτωση παραπομπής από ιατρό ΠΦΥ.³⁰ Εξυπακούεται ότι για τα έκτακτα και επείγοντα περιστατικά δεν υπάρχει προαπαιτούμενη παραπομπή, όπως άλλωστε συμβαίνει και στα συστήματα με αυστηρούς κανόνες πρόσβασης στη νοσοκομειακή περίθαλψη.

²⁹ Βλ. αναλυτικά την πρόταση περί τομεοποίησης στο: Souliotis K, Lionis C., Creating an Integrated Health Care System in Greece: A Primary Care Perspective, Journal of Medical Systems, Vol. 18, No 6, 2004.

³⁰ Για παράδειγμα, αυτή η εξαίρεση θα μπορούσε να προστεθεί στις υφιστάμενες όσο αφορά και την πρόσφατη πρόβλεψη για την καταβολή ποσού 25€ για νοσηλεία. Αντιθέτως, το ποσό αυτό μπορεί να αυξηθεί σε περιπτώσεις ασθενών που αναζητήσουν τέτοιες υπηρεσίες χωρίς παραπομπή από το δίκτυο της ΠΦΥ.

Ως ιδιαίτερα σημαντική αναδεικνύεται στο νέο υπόδειγμα η **συνεργασία των οικογενειακών ιατρών με ιατρούς που διαχειρίζονται εξειδικευμένα προβλήματα υγείας**, όπου, μέσω της ανταλλαγής πληροφοριών (μέσω του ηλεκτρονικού συστήματος), **θα καταστεί εφικτή η υποστήριξη των ασθενών στον τόπο διαμονής τους, από τους οικογενειακούς ιατρούς**. Σημειώνεται ότι η σχετική βιβλιογραφία έχει καταγράψει σημαντικά προβλήματα διαχείρισης ασθενών με χρόνιες παθήσεις που διαμένουν μακριά από το σημείο στο οποίο λαμβάνουν θεραπεία.³¹ **Τέλος, βασική προϋπόθεση αποδοχής και υποστήριξης του νέου συστήματος από τους πολίτες αποτελεί η διασφάλιση της ελευθερίας επιλογής ιατρού.**³²

4.3. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο δεν προσδιορίζει συγκεκριμένη διαδικασία πρόσβασης στο σύστημα υγείας γενικά. Η προτεινόμενη παρέμβαση συνδέεται με το ρόλο του οικογενειακού ιατρού (βλ. παρακάτω).

³¹ Athanasakis K., Souliotis K., Kyriopoulos E.J., Loukidou E., Kritikou P., Kyriopoulos J., Inequalities in access to cancer treatment: an analysis of cross-regional patient mobility in Greece, Supportive Care in Cancer, Mar;20(3):455-60, 2012.

³² Για τους βαθμούς ελευθερίας στα συστήματα υγείας βλ. Λιαρόπουλος Λ. (2010), Διεθνή συστήματα υγείας, Εκδ. ΒΗΤΑ, Αθήνα.

5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ

5.1. ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Αναλύοντας την Ευρωπαϊκή εμπειρία και πρακτική, στον πυρήνα της ΠΦΥ βρίσκεται σε αρκετές περιπτώσεις ο οικογενειακός ιατρός, θεσμός που παρουσιάστηκε στην Αγγλία πριν 30 χρόνια περίπου και λειτουργεί με διάφορες παραλλαγές σε πολλές χώρες, ως το πρώτο σημείο αναφοράς του ασθενούς με το υγειονομικό σύστημα, αλλά και αυτός που κατευθύνει τον ασθενή σε περαιτέρω ενέργειες αν απαιτείται.

Προσφέρει τις υπηρεσίες του σε συνεχή βάση, σε όλες τις περιπτώσεις, σε όλους τους ασθενείς, όλες τις ώρες, ακόμα και στο σπίτι του ασθενούς όποτε χρειάζεται και σε ένα συνολικό πλαίσιο που περιλαμβάνει περίθαλψη, αποκατάσταση και υποστήριξη.³³ Πολύ σημαντικό ρόλο στο σύστημα ΠΦΥ διαδραματίζουν επίσης οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (νοσηλευτές, φαρμακοποιοί, φυσιοθεραπευτές, μαιές, οι ψυχολόγοι κ.ά.).

Η κάλυψη σε οικογενειακούς γιατρούς ποικίλει από 0,5-0,7 σε χώρες που έχουν παράδοση σε αυτό τον τρόπο παροχής υπηρεσιών ως πρώτο σημείο επαφής (Αγγλία, Ιρλανδία) έως 1,7-2 σε χώρες που δεν έχουν όσο οι προηγούμενες (Γαλλία, Βέλγιο). **Η Ελλάδα υπολογίζεται σε πιο χαμηλά ποσοστά (0,3-0,4), αλλά το πιο σημαντικό ίσως είναι ότι δε τους χρησιμοποιεί επισήμως όλους το σύστημα ή οι πολίτες δε τους θεωρούν πρωτεύον σημείο επαφής (Πίνακας 2).**

Στην Ελλάδα, το ποσοστό των γενικών ιατρών είναι 4,5% (Διάγραμμα 8) επί του συνόλου των ιατρών (μέσος όρος των χωρών-μελών της ΕΕ 25%), όταν η χώρα μας με 6,1 ιατρούς/1.000 κατοίκους (Διάγραμμα 9), διαθέτει τον μεγαλύτερο αριθμό

³³ Boerma, W.G.W. (2006), Coordination and integration in European primary care, in: *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*, edited by Richard B. Saltman, Ana Rico and Wienke G. W. Boerma, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, UK.

ιατρών μεταξύ των χωρών-μελών του ΟΟΣΑ και σχεδόν τον διπλάσιο από τον μέσο όρο των χωρών-μελών της ΕΕ (3,3/1.000 κατοίκους, ΟΕCD 2010). Διπλάσιος είναι και ο αριθμός των οδοντιάτρων με 1,31 οδοντιάτρους ανά 1.000 κατοίκους το έτος 2008, σε σύγκριση με τον μέσο όρο των χωρών της ΕΕ που ανέρχεται σε 0,69 οδοντιάτρους ανά 1.000 κατοίκους.³⁴

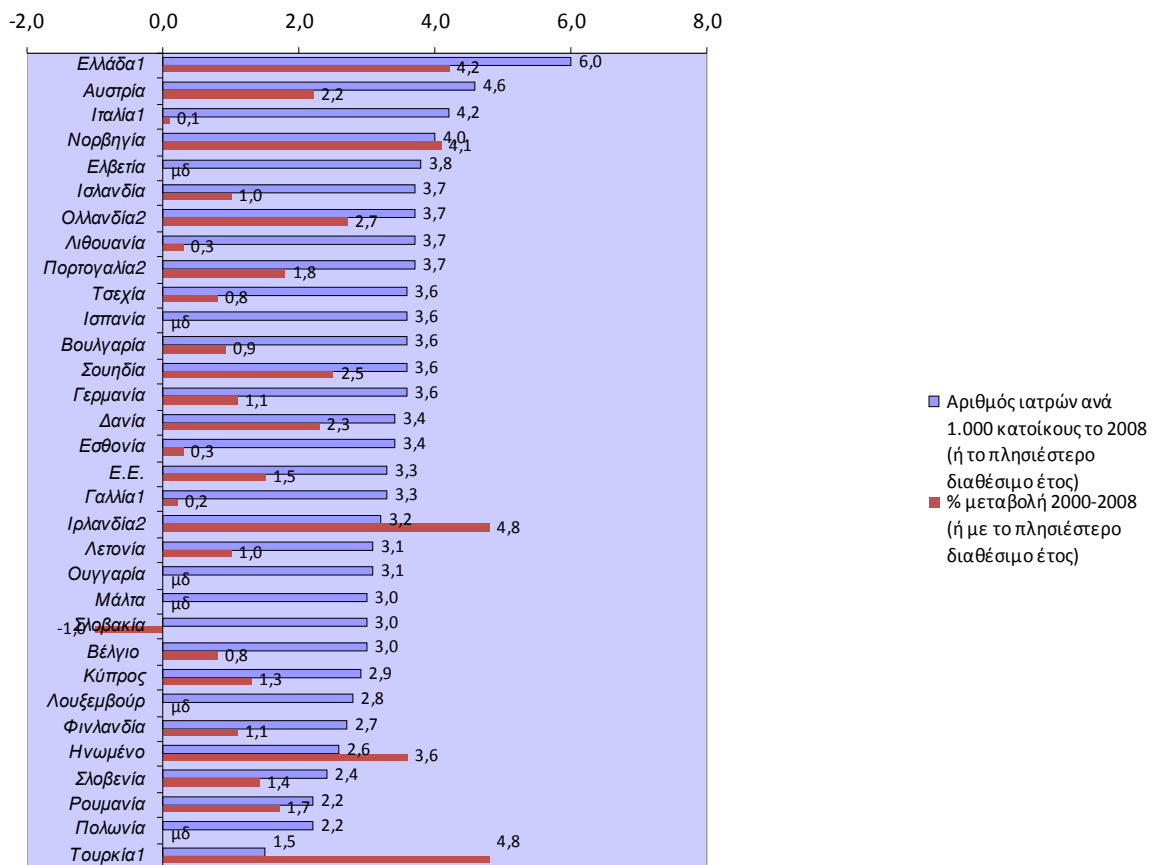
Πίνακας 2: Οικογενειακοί γιατροί ανά 1000 κατοίκους

Χώρα	1996	2006	Διαφορά
Αυστρία	1,3	1,5	0,2
Βέλγιο	2	2,1	0,1
Γαλλία	1,6	1,7	0,1
Γερμανία	1,1	1	-0,1
Δανία	0,7	-	-
Ελβετία	0,4	0,5	0,1
Ελλάδα	-	-	-
ΗΠΑ	0,9	1	0,1
Ιαπωνία	-	-	-
Ιρλανδία	0,5	0,5	0
Ισλανδία	0,6	0,7	0,1
Ισπανία	-	0,9	-
Ιταλία	1	-	-
Καναδάς	1	1	0
Λουξεμβούργο	0,8	0,8	0
Μεγάλη Βρετανία	0,6	0,7	0,1
Νέα Ζηλανδία	0,8	0,8	0
Νορβηγία	0,8	0,8	0
Ολλανδία	0,4	0,5	0,1
Ουγγαρία	0,6	0,7	0,1
Πολωνία	-	0,1	-
Πορτογαλία	1,5	-	-
Σουηδία	0,5	-	-
Τουρκία	0,6	0,8	0,2
Τσεχία	-	0,7	-
Φιλανδία	0,7	0,7	0

Πηγή: OECD Health Data, 2008.

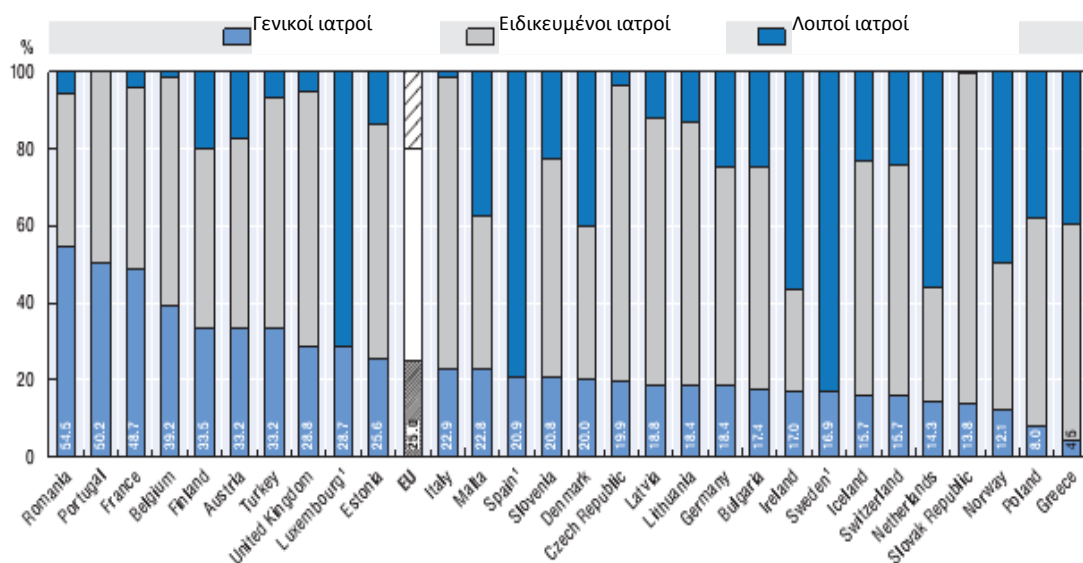
³⁴ OECD, Health Data, 2010.

Διάγραμμα 8: Οι γενικοί ιατροί και άλλοι ως ποσοστό του συνόλου των γιατρών



Πηγή: OECD, 2010.

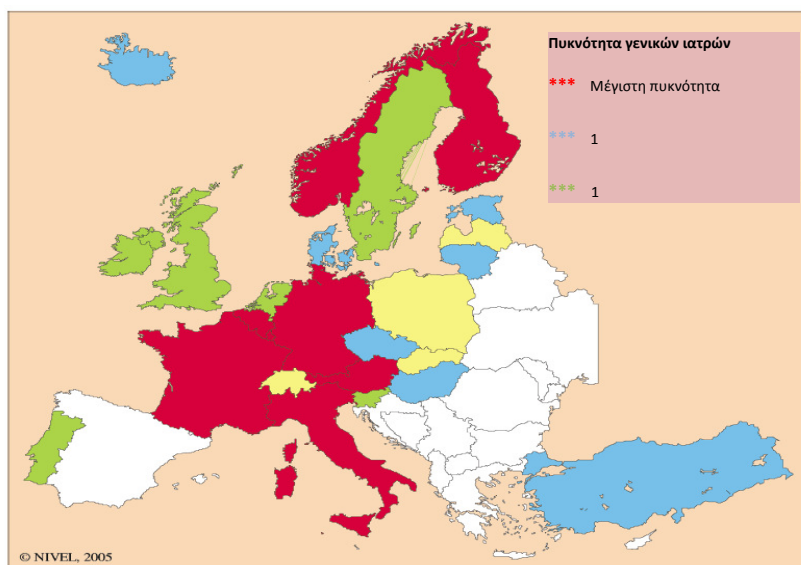
Διάγραμμα 9: Ιατροί ανά 1000 κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ



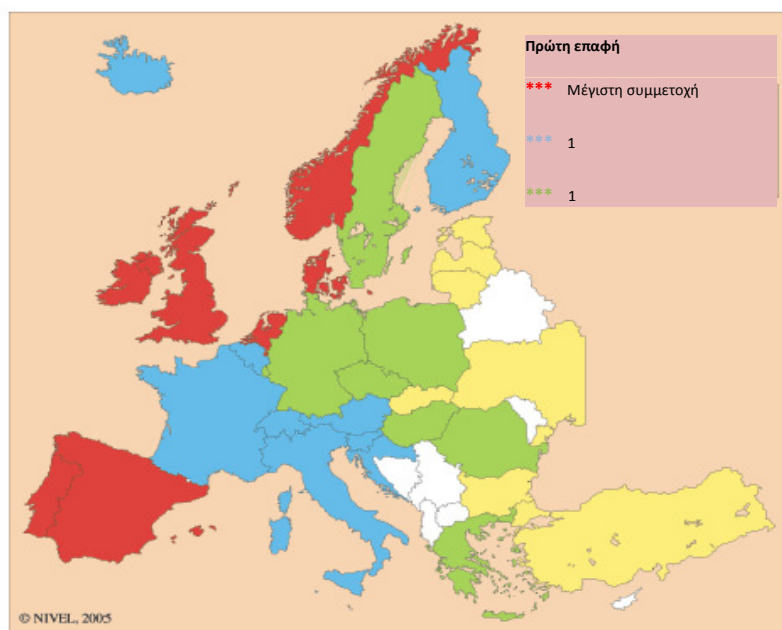
Πηγή: OECD, 2010.

Η πυκνότητα των γενικών ιατρών σε όλη την Ευρώπη φαίνεται στο Σχήμα 2, ενώ ο ρόλος του γενικού ιατρού ως ιατρός πρώτης επαφής απεικονίζεται στο Σχήμα 3. **Ο χάρτης δείχνει σημαντικές διαφορές μεταξύ των χωρών.** Οι χώρες με τους περισσότερους γενικούς ιατρούς ανά 1000 κατοίκους το 2002 είναι η Αυστρία, το Βέλγιο, η Φινλανδία και η Γαλλία, ενώ με τους λιγότερους η Λετονία, η Πολωνία, η Σλοβακία και η Ελβετία.

Σχήμα 2: Πυκνότητα των γενικών ιατρών σε όλη την Ευρώπη



Σχήμα 3: Ο γενικός ιατρός ως ιατρός πρώτης επαφής στην Ευρώπη



5.2. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Στην Ελλάδα ο θεσμός δεν έχει λειτουργήσει στην πράξη³⁵ παρά τις συνεχείς αναφορές και την ισχυρή επιστημονική τεκμηρίωση. Για την αδυναμία υλοποίησης του στόχου αυτού, μπορεί να ενοχοποιηθεί και το γεγονός ότι παρουσιάστηκε στην κοινωνία ως «υποχρέωση» του πολίτη, η οποία έθετε περιορισμούς στην πρόσβαση και στην ελευθερία επιλογής ιατρού και όχι ως δικαίωμα όπως άλλωστε έχει καθιερωθεί διεθνώς.

Εντούτοις, η απουσία του οικογενειακού ιατρού στερεί από το σύστημα τον αναγκαίο ολιστικό χαρακτήρα και δεν του επιτρέπει τη διαμόρφωση σημείων αναφοράς πληροφοριών και δεδομένων για την υγεία των πολιτών, τις ανάγκες τους, τη χρήση υπηρεσιών κ.λπ. Επίσης, επιτείνει το αίσθημα ανασφάλειας των πολιτών και συνδέεται με επικαλύψεις στη χρήση υπηρεσιών.

5.3. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΕΠΙΛΟΓΗ – ΣΤΟΧΟΣ

Στη διαμόρφωση του νέου πλαισίου παροχής υπηρεσιών, προτείνεται η λειτουργία του θεσμού του οικογενειακού ιατρού για την παροχή μιας βασικής δέσμης υπηρεσιών ΠΦΥ,³⁶ με στόχο τη διαχείριση των επιπτώσεων των χρόνιων νοσημάτων στη νοσηρότητα και την αναπηρία.

Το ρόλο του οικογενειακού ιατρού αναλαμβάνουν ιατροί με ειδικότητες Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής. Στον κατάλογο κάθε οικογενειακού ιατρού είναι δυνατό να εγγράφονται έως 2.000 πολίτες ενώ οι κατάλογοι των Παιδιάτρων δεν θα πρέπει να υπερβαίνουν τα 1.200 παιδιά. Στο ολοκληρωμένο πλαίσιο της διαχείρισης ασθενών με χρόνια νοσήματα, ρόλο οικογενειακού ιατρού (ως «προσωπικού» πλέον ιατρού) να αναλαμβάνει και ιατρός άλλης ειδικότητας, έπειτα από επιλογή του ασθενούς. Ρόλος οικογενειακού ιατρού

³⁵ Παρά τις όποιες επιμέρους προσπάθειες που κατά καιρούς έχουν επιχειρηθεί με πρωτοβουλία κάποιων ασφαλιστικών ταμείων όπως πχ το ΙΚΑ και ο ΟΑΕΕ.

³⁶ Βλ. αναλυτικά: Souliotis K, Lionis C., Creating an Integrated Health Care System in Greece: A Primary Care Perspective, Journal of Medical Systems, Vol. 18, No 6, 2004.

μπορεί να ανατεθεί τόσο σε ιατρούς του ενιαίου δημόσιου πλέγματος υπηρεσιών ΠΦΥ όσο και σε συμβεβλημένους ιδιώτες.

Οι οικογενειακοί ιατροί παραπέμπουν, εφ' όσον το κρίνουν απαραίτητο, ασθενείς σε υπηρεσίες της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης. Επίσης, παραπέμπουν τους ασθενείς σε ειδικό ιατρό. **Η προσφυγή σε ειδικό γιατρό, με έμφαση στη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων, πρέπει να είναι ελεύθερη και να μην απαιτείται παραπεμπτικό από τον οικογενειακό γιατρό. Ο οικογενειακός γιατρός θα ενημερώνεται έτσι κι αλλιώς από τον ηλεκτρονικό φάκελο, όπου θα καταγράφονται όλες οι ιατρικές πράξεις.** Ιδιαίτερη έμφαση θα δίδεται στην συνεργασία με τις κλινικές και τις νοσοκομειακές μονάδες που θα νοσηλεύουν τους ασθενείς, με στόχο να μην υπάρχουν κενά στην παρακολούθηση των ασθενών και στην πιστή εφαρμογή των θεραπευτικών οδηγιών. Ο αριθμός και το είδος των παραπομπών, καθώς και το είδος των εξετάσεων αλλά και των δοκιμασιών που εξυπηρετούν προληπτικές δραστηριότητες, ακολουθούν συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές, ενώ, μελλοντικά, η "παράκαμψη" του θεσμού μπορεί να συνδεθεί και με αντικίνητρα.

Βασικές παραδοχές:

- Ελεύθερη επιλογή οικογενειακού ιατρού από τον πολίτη κάθε έτος, με δυνατότητα αλλαγής με το τέλος του έτους
- Ο οικογενειακός ιατρός αντιπροσωπεύει, ως δυνατότητα, το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα της υγείας, αλλά και υποστήριξης της "κυκλοφορίας" του μέσα σε αυτό (να εξασφαλίζει και να συντονίζει τη συνέχεια στη φροντίδα που απαιτείται για τον ασθενή και τη νόσο/disease management σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας).
- Στην αρχή της δημιουργίας του συστήματος θα δοθεί συγκεκριμένη χρονική προθεσμία (π.χ. 8μήνες) για την εγγραφή και την πρώτη επίσκεψη στον Ο/Ι του πληθυσμού. Με τον τρόπο αυτό θα επιτευχθεί η πρώτη πλήρης καταγραφή του νοσολογικού φάσματος του πληθυσμού.

- Όσοι από τους πολίτες βρεθούν να πάσχουν από χρόνια πάθηση θα πρέπει να δηλώσουν και τον «προσωπικό» ιατρό ειδικότητας που τους παρακολουθεί, προκειμένου να συγκροτηθεί η Ομάδα Διαχείρισης Χρονίων Παθήσεων.
- Η υπό τη μορφή ενός «συμβολαίου» με τους οικογενειακούς ιατρούς παροχή μιας υποχρεωτικής δέσμης υπηρεσιών, η οποία καλύπτει τους βασικούς τομείς ιατρικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων δράσεων πρόληψης και προαγωγής της υγείας.
- Κύριος στόχος των οικογενειακών ιατρών είναι η διατήρηση της υγείας των πολιτών, εφαρμόζοντας τις εθνικές πολιτικές πρόληψης. Επίσης, κύριες δραστηριότητές τους είναι:
 - η διάγνωση αρχόμενης χρόνιας πάθησης στους υγιείς πολίτες που παρακολουθεί,
 - η εκπαίδευση των πολιτών σε θέματα διατήρησης και βελτίωσης της υγείας τους,
 - η παροχή ιατρικών υπηρεσιών στους υγιείς πολίτες που είναι στην λίστα του και εμφανίσουν οξύ ιατρικό πρόβλημα.
 - η παρακολούθηση ασθενών που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις, για τις οποίες δεν θα κριθεί απαραίτητο να παρακολουθούνται τακτικά από ειδικούς γιατρούς,
 - η παρακολούθηση ασθενών με χρόνια πάθηση, αλλά το στάδιο της νόσου επιτρέπει την παρακολούθηση από τον Ο/Ι,
 - η επικοινωνία με τον «προσωπικό» ειδικό ιατρό και ο συντονισμός της διαχείρισης των προβλημάτων υγείας του χρόνιου πάσχοντα, στο πλαίσιο της Ομάδας Διαχείρισης Χρονίων Νοσημάτων,
 - επιπρόσθετα θα είναι υποχρεωμένος:
 - να αξιολογεί, τουλάχιστον μία φορά τον χρόνο, το επίπεδο υγείας των πολιτών που έχει στην λίστα του, να καταγράφει τις διαφορές και να συμβουλεύει τους πολίτες για κάθε διαφανόμενο κίνδυνο σε σχέση με την υγεία τους,

- να εστιάζει σε συμπεριφορές που μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία των πολιτών (κάπνισμα, αλκοόλ, φυσική κατάσταση, βάρος σώματος, διατροφή, εξαρτήσεις κ.λπ.) και στη διαχείριση των μειζόνων παραγόντων κινδύνου, αξιολογούμενος από τα επιτεύγματά του σε αυτούς τους τομείς,
 - να επισκέπτεται συχνά τους πολίτες της λίστας του στους χώρους δουλειάς τους ή στον χώρο κατοικίας τους, αν αντιληφθεί ότι δημιουργούν προβλήματα στην διατήρηση της υγείας τους ή υπάρχει κίνδυνος για την δημόσια υγεία.
- Ο οικογενειακός ιατρός ασκεί την ιατρική είτε στο ιδιωτικό του ιατρείο, είτε σε Κέντρο Υγείας, είτε συμπράττει με άλλους ιατρούς ειδικοτήτων συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ για τη δημιουργία “group practice”.

Ειδικά για τη **διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων**, μεταξύ των οποίων τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο καρκίνος, ο διαβήτης και τα ψυχικά νοσήματα, σημειώνεται ότι αποτελούν τη σημαντικότερη αιτία ανικανότητας και πρόωρου θανάτου και επιφέρουν υψηλό κόστος στο σύστημα υγείας, καθώς ευθύνονται για το 70% της ζήτησης υπηρεσιών υγείας, το 80% των επισκέψεων στην ΠΦΥ, το 60% των νοσοκομειακών εισαγωγών, το 60% των θανάτων παγκοσμίως και απορροφούν περισσότερο από το 65% της εθνικής υγειονομικής δαπάνης.

Τα χρόνια νοσήματα εμφανίζουν μια αυξανόμενη συχνότητα διεθνώς:

- 20-40% του πληθυσμού της Ε.Ε άνω των 15 ετών θεωρείται ότι πάσχει από ένα ή περισσότερα χρόνια νοσήματα,
- 44% του πληθυσμού των Η.Π.Α. πάσχει από μία χρόνια νόσο, περισσότεροι από το 25% ηλικίας > 65 χρόνων πάσχουν από 4 ή περισσότερα χρόνια νοσήματα, ενώ το 5% των αρρώστων κοστίζουν το 48% των συνολικών δαπανών υγείας (10% - 70% του άμεσου κόστους, αλλά και με σημαντικό έμμεσο κόστος στην παραγωγικότητα, τις οικογένειες και τους φροντιστές).

Υπάρχουν πολλές και διαφορετικές στρατηγικές για την αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων. Οι προσεγγίσεις που έχουν υιοθετηθεί αντικατοπτρίζουν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε συστήματος υγείας, από την άποψη της διακυβέρνησής του, των εμπλεκόμενων φορέων, της χρηματοδότησης και των παρεχομένων υπηρεσιών περίθαλψης και φροντίδας.

Σε χώρες όπου η ΠΦΥ βασίζεται στη διεπιστημονική συνεργασία των επαγγελματιών υγείας (πχ Σουηδία, Ηνωμένο Βασίλειο, Ολλανδία) και με οικογενειακούς ιατρούς με χρεωμένη λίστα ασθενών, υπήρξε μια προοδευτική αύξηση του ρόλου των νοσηλευτών στη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων.

Αντίθετα, στη Γερμανία, με τη δυνατότητα ελεύθερης επιλογής ιατρού ΠΦΥ ή ειδικού για την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, έχει επικρατήσει το μοντέλο εφαρμογής δομημένων προγραμμάτων διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων (disease management programmes / DMPs) για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας χρονίως πασχόντων, επιτρέποντας στους Φ.Κ.Α. να χρηματοδοτούν τέτοια συμβόλαια με μεμονωμένους παρόχους ή δίκτυα παρόχων, εξασφαλίζοντας ένα βασικό πακέτο υπηρεσιών.

Σε κάθε περίπτωση, η λήψη μέτρων καθίσταται επιτακτική καθώς η ανεπαρκής διαχείριση των χρόνιων παθήσεων, εκτός των επιπτώσεων στην υγεία του πληθυσμού, ωθεί σε αυξημένη ζήτηση δευτεροβάθμιων (αύξηση των εισαγωγών >30%) και τριτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, με άμεση συνέπεια την όξυνση της δαπάνης και τον εκτροχιασμό του προϋπολογισμού υγείας.

Η επιδημιολογική μεταβολή της μετάβασης του νοσολογικού προτύπου από τα (οξέα) λοιμώδη νοσήματα στα (χρόνια) εκφυλιστικά νοσήματα, σε συνδυασμό με τη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού, καθιστά αυτού του τύπου τη νοσηρότητα ως μέγιστη απειλή για το επίπεδο υγείας των προηγμένων κοινωνιών, συνυπολογιζόμενης της επέκτασης της συν-νοσηρότητας, η οποία έχει σημαντικές κλινικές και οικονομικές επιπτώσεις.

Σύμφωνα με το πρότυπο αντίστοιχων δράσεων σε αναπτυγμένα συστήματα υγείας, υψηλή προτεραιότητα συνιστά ο αναπροσανατολισμός της εθνικής υγειονομικής πολιτικής σε μέτρα δημόσιας υγείας και αλλαγής των στάσεων και συμπεριφορών απέναντι στους παράγοντες κινδύνου για την υγεία.

Ο πληθυσμός της χώρας μας χαρακτηρίζεται από υψηλό επιπολασμό των μειζόνων παραγόντων κινδύνου για την υγεία:

- επιπολασμός καπνίσματος 39.1%, με την υψηλότερη στην Ευρώπη κατά κεφαλή κατανάλωση τσιγάρων, με τις ετήσιες δαπάνες λόγω του καπνίσματος να υπερβαίνουν τα 3,3 δις €,³⁷
- 54% των ενηλίκων (και κυρίως εφήβων) υπέρβαροι ή παχύσαρκοι (ο αντίστοιχος ευρωπαϊκός μέσος 46.7%),
- επιβαρυσμένη εικόνα στην κατανάλωση οινοπνεύματος.

Επιπρόσθετα, τα μείζονα χρόνια νοσήματα στη χώρα μας έχουν υψηλούς επιπολασμούς, με ταχύτατες ανοδικές τάσεις και σημαντική επιβάρυνση στα οικονομικά του συστήματος υγείας:³⁸

- αρτηριακή υπέρταση 40%,
- σακχαρώδης διαβήτης 7%,
- οστεοπόρωση 5%,

³⁷ Αθανασάκης Κ, Σουλιώτης Κ, Κυριόπουλος Γ., Οι οικονομικές επιπτώσεις του καπνίσματος για τα συστήματα υγείας: μια εκτίμηση για την ελληνική υγειονομική πραγματικότητα. Ιατρική, 2010, 98(2): 109-115.

³⁸ Βλ. ενδεικτικά: Psaltopoulou T, Orfanos P, Naska A, Lenas D, Trichopoulos D, Trichopoulou A. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in a general population sample of 26,913 adults in the Greek EPIC study. *Int J Epidemiol.* 2004 Dec;33(6):1345-52, Panagiotakos DB, Pitsavos C, Chrysohoou C, Skoumas I, Stefanadis C. Prevalence and five-year incidence (2001-2006) of cardiovascular disease risk factors in a Greek sample: the ATTICA study. *Hellenic J Cardiol.* 2009 Sep-Oct;50(5):388-95, Minas M, Koukosias N, Zintzaras E, Kostikas K, Gourgoulisian KI. Prevalence of chronic diseases and morbidity in primary health care in central Greece: an epidemiological study. *BMC Health Serv Res.* 2010 Aug 28;10:252 και Athanasakis K, Ollandezos M, Angeli A, Gregoriou A, Geitona M, Kyriopoulos J. Estimating the direct cost of Type 2 diabetes in Greece: the effects of blood glucose regulation on patient cost. *Diabet Med.* 2010 Jun;27(6):679-84.

- χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια 3.5%.

Στο πλαίσιο της παρούσας πρότασης προτείνεται:

- Η εισαγωγή ενός **εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου**³⁹ υπό πλήρη ασφαλιστική κάλυψη:⁴⁰
 - Καρκίνος του μαστού: γυναίκες ηλικίας 50-70 ετών, κλινική εξέταση και μαστογραφία κάθε 3 χρόνια,
 - Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας: γυναίκες ηλικίας 25-64 ετών, PAP-test κάθε 3 χρόνια, επί θετικού ή διφορούμενου αποτελέσματος HPV DNA test,
 - Καρκίνος του παχέος εντέρου: άνδρες και γυναίκες ηλικίας 50-69 ετών, δοκιμασία λανθάνουσας αιμορραγίας στα κόπρανα (FOBT) κάθε 2 έτη,
 - Ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής: όλοι οι άνδρες με την συμπλήρωση του 65ου έτους να κάνουν άπαξ triplex,
 - Πρόγραμμα αγγειακού ελέγχου: άνδρες και γυναίκες ηλικίας 40-74 ετών, με ελεύθερο ιστορικό νοσημάτων (και παραγόντων κινδύνου), μέτρηση Α.Π., ΔΜΣ, CHOL, Glu, Gr κάθε 5 χρόνια.
- Η διαμόρφωση μιας **βασικής δέσμης παρεμβάσεων πρόληψης**, με επιλεγμένες υπηρεσίες, οι οποίες θα αποτελούν μέρος της βασικής δέσμης των υπηρεσιών που θα παρέχονται στον πολίτη από τους επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ (Πίνακας 3).⁴¹

³⁹ Βλ. εκτενέστερα: Σκρουμπέλος Α, Κυριόπουλος Γ. Εθνικά Προγράμματα Προσυμπτωματικού Ελέγχου στην Ελλάδα, ΕΣΔΥ, 2010.

⁴⁰ Σημειώνεται ότι αντίστοιχη πρωτοβουλία επιχειρήθηκε από τον ΟΠΑΔ σε συνεργασία με την 1^η ΥΠΕ, την Ιατρική Σχολή του ΕΚΠΑ και την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, ωστόσο, η δράση δεν υλοποιήθηκε –παρά το ότι οι οικονομικοί πόροι είχαν διασφαλισθεί και οι σχετικές προγραμματικές συμφωνίες είχαν επικυρωθεί– ενώ, εν τω μεταξύ, συστάθηκε ο ΕΟΠΥΥ και το όλο θέμα δεν τέθηκε σε άμεση προτεραιότητα. Βλ. Σουλιώτης Κ., Η δημόσια ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα: από το αδιανόητο στο αυτονόητο, Παπαζήσης, Αθήνα 2013.

⁴¹ Η δέσμη των παρεμβάσεων πρόληψης με επιλεγμένες δοκιμασίες στον Πίνακα, έγινε με βάση μια πρόταση της ΕΣΔΥ/Τομέας Οικονομικών της Υγείας και της Κλινικής Κοινωνικής

Πίνακας 3: Παρεμβάσεις πρόληψης με επιλεγμένες δοκιμασίες

Δοκιμασία	Περιεχόμενο	Χρόνος εφαρμογής	Κόστος/σχόλια
Εκτίμηση του 10ετούς κινδύνου για θανατηφόρο επεισόδιο από στεφανιαία νόσο	Εκτίμηση της πιθανότητας με βάση την τιμή της χοληστερόλης, της συστολικής αρτηριακής πίεσης, του καπνίσματος και της ηλικίας	Εφόσον είναι καταχωρημένες οι μεταβλητές που χρειάζεται η μέτρηση, περίπου 5 λεπτά μαζί με βασικές οδηγίες	Εφ' όσον έχει εκτιμηθεί η τιμή της χοληστερόλης δεν υπάρχει κόστος
Εκτίμηση του βαθμού της παχυσαρκίας και της πιθανότητας για ανάπτυξη σακχαρώδη διαβήτη	Μέτρηση περιφέρειας της κοιλίας («δοκιμασία της μεζούρας») και μεταγευματικής τιμής σακχάρου σε άτομα με υψηλό κίνδυνο	Λιγότερο από 5 λεπτά	Το κόστος μιας εξέτασης σακχάρου στο τριχοειδικό αίμα
Δοκιμασία κατά Παπανικολάου σε όλες τις γυναίκες πάνω από τα 20 έτη	Για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας	Εξειδικευμένη εξέταση από 5-10 λεπτά	Παρέχεται δωρεάν από την κοινωνική ασφάλιση
Επιλεγμένοι εμβολιασμοί σε ενήλικες	Κάποια εμβόλια σε επιλεγμένες ομάδες (αυξημένου κινδύνου)	5 λεπτά ο κάθε εμβολιασμός	Τα εμβόλια συνταγογραφούνται
Έλεγχος δερμοαντίδρασης Mantoux	Επιλεγμένες ομάδες πληθυσμού	5 λεπτά	Δεν έχει κόστος

και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης στον ΟΠΑΔ: Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Θηραΐος Ε., Προάγοντας την υγεία και προλαμβάνοντας τη νόσο στους δημοσίους υπαλλήλους, 2008.

Μαστογραφία σε γυναίκες με υψηλό κίνδυνο	Εκτίμηση του κινδύνου πάνω σε προτυπωμένο φύλο (κληρονομικό ιστορικό, βιολογικοί και κοινωνικοί προσδιοριστές)	Απαιτείται παραπομπή σε εργαστήριο	Πρέπει να εκτιμηθεί το κόστος του επιλεγμένου με βάση το ατομικό screening, ως κόστος αναμονής και κόστος εξετάσεων
Έλεγχος της κατάθλιψης	Άτομα σε υψηλό κίνδυνο 2 ερωτήσεις αντίστοιχες με αυτές που προτείνει το NICE σε άτομα υψηλού κινδύνου (ιστορικό κατάθλιψης, αναπηρία από χρόνιο νόσημα, άνοια)	1 – 2 λεπτά	Δεν συνοδεύεται από κόστος
Έλεγχος της γνωστικής κατάστασης	Άτομα πάνω από 65 ετών Με χρήση του MMSE ή βραχείας διάρκειας ερωτηματολόγια	5 λεπτά	Δεν συνοδεύεται από κόστος (Μειονέκτημα: υψηλό ποσοστό ομάδων θετικών αποτελεσμάτων)
Εκτίμηση βαθμού κατάχρησης κατανάλωσης οινοπνεύματος	Χρήση 2 ερωτηματολογίων (CAGE και AUDIT)		Εκτίμηση βαθμού εξάρτησης και παροχή συμβουλευτικής

- Η ανάπτυξη **δικτύων διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων**, με επικέντρωση στη συνέχεια της φροντίδας και με στόχο την αναστολή της προόδου της νόσου και την αποφυγή μελλοντικών επεισοδίων, αντί της μεμονωμένης αντιμετώπισης των επεισοδίων ή των εξάρσεων. Στην ανάπτυξη των δικτύων

αυτών κεντρικό ρόλο έχουν ο οικογενειακός ιατρός και οι ιατροί σχετικών ειδικοτήτων, αλλά και άλλοι επιστήμονες υγείας (Ομάδα Διαχείρισης Χρονίων Παθήσεων), που θα είναι υπεύθυνοι για το συνολικό management των ασθενών τους, καθώς και η 24ωρη λειτουργία των Μονάδων ΠΦΥ. Έτσι προτείνεται να λειτουργήσει και ο θεσμός του «προσωπικού» ιατρού για τους χρόνιους ασθενείς, παράλληλα με τον οικογενειακό γιατρό, που θα έχει ως κύρια ευθύνη την καθοδήγηση, τον ιατρικό φάκελο, τα θέματα πρόληψης και τις ιατρικές πράξεις που είναι σε θέση να διεκπεραιώσει (βλ. παραπάνω). Την τελική ευθύνη όμως του ασθενή την έχει, στην Ομάδα Διαχείρισης Χρονίων Παθήσεων, ο οικογενειακός ιατρός, ο οποίος και θα αξιολογεί την υγεία του κάθε ασθενή σε τακτικά χρονικά διαστήματα (προγράμματα κλινικού audit). Στόχοι θα είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των πασχόντων, η αποφυγή των επιπλοκών, η γρήγορη πρόοδος στη νόσο, και οι εισαγωγές σε νοσοκομείο. Ιδιαίτερη προσοχή θα δοθεί στην εκπαίδευση των ασθενών στην νόσο και στην παρακολούθηση για την συμμόρφωση τους με τις οδηγίες.

- Η εφαρμογή προγραμμάτων διαχείρισης ασθενειών για χρόνιους πάσχοντες (στο πλαίσιο των Προγραμμάτων Διαχείρισης Χρονίων Ασθενειών (Disease Management Programs) που εφαρμόζονται στην Γερμανία) με τις ακόλουθες απαραίτητες προϋποθέσεις:
 - επιλογή, προσαρμογή και εφαρμογή κλινικών πρωτοκόλλων διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων στην κοινότητα,
 - συστηματική καταγραφή και παρακολούθηση ασθενών,
 - εφαρμογή προγραμμάτων έγκαιρης διάγνωσης και πρόληψης ανά φύλο και ηλικία,

και τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- Στόχος των προγραμμάτων διαχείρισης της ασθένειας είναι η βελτίωση της ποιότητας μέσα από την τεκμηριωμένη ενσωματωμένη γνώση των ιατρικών

πρωτοκόλλων και καλών πρακτικών, αλλά και ο έλεγχος του κόστους μέσα από τον αποτελεσματικό συντονισμό και τη διαχείριση των υπηρεσιών υγείας στα διαφορετικά επίπεδα του συστήματος και την παροχή κινήτρων προς τους προμηθευτές, τους ασθενείς και τα Ασφαλιστικά Ταμεία.

- Έμφαση θα δοθεί στην έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση, καθώς και στη διαμόρφωση ενός συστήματος παραπομπών (ηλεκτρονικές παραπομπές).
- Οι συμμετέχοντες σε προγράμματα διαχείρισης ασθένειας ασφαλισμένοι, έχουν υψηλότερο συντελεστή κινδύνου και υπολογίζονται ξεχωριστά για την κατανομή των πόρων από τον ΕΟΠΥΥ.

5.4. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο (Ν.3235/2004) καλύπτει σε μεγάλο βαθμό τα παραπάνω καθώς προβλέπει τα κάτωθι (Άρθρο 7: Οικογενειακός και Προσωπικός Ιατρός):

«1. Καθιερώνεται ο θεσμός του οικογενειακού και του προσωπικού ιατρού για όλους τους πολίτες της χώρας, στη βάση της τομεοποίησης του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

2. Ο πολίτης έχει το δικαίωμα να επιλέξει τον οικογενειακό του ιατρό, από εκείνους που υπηρετούν ή εργάζονται στο Κέντρο Υγείας της περιοχής του. Επίσης, δύναται να επιλέξει ιατρό που υπηρετεί ή εργάζεται σε άλλη περιοχή του ίδιου Πε.Σ.Υ.Π. μετά από έγκριση του ασφαλιστικού του φορέα. Με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Πε.Σ.Υ.Π., καθορίζεται ο ανώτατος αριθμός των δικαιούχων που μπορούν να επιλέξουν τον ίδιο οικογενειακό ή προσωπικό ιατρό.

3. Καθήκοντα οικογενειακού ιατρού μπορούν να ασκούν όλοι οι ιατροί με τίτλο ειδικότητας Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής. Ο ασφαλιστικός φορέας του δικαιούχου, μετά από εισήγηση του οικογενειακού ιατρού, μπορεί να επιτρέψει την επιλογή και προσωπικού ιατρού, κατόχου τίτλου άλλης ειδικότητας, για την αντιμετώπιση χρόνιων παθήσεων του δικαιούχου.

4. Σε περίπτωση που ο ασφαλιστικός οργανισμός του δικαιούχου έχει συμβληθεί με ιδιώτες ιατρούς οι οποίοι ασκούν καθήκοντα οικογενειακού ή προσωπικού ιατρού, τότε η επιλογή του ασφαλισμένου γίνεται μεταξύ των ιατρών αυτών που

υποδεικνύονται από τον ασφαλιστικό του οργανισμό και παρέχουν τις υπηρεσίες τους στη συγκεκριμένη περιοχή».

6. ΡΟΛΟΣ ΕΟΠΥΥ

6.1. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Ο ΕΟΠΥΥ έχει αναλάβει έναν διττό ρόλο: αφ' ενός διαχειρίζεται τους πόρους που συγκεντρώνει από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς για λογαριασμό των μελών τους και αφ' ετέρου εποπτεύει, χρηματοδοτεί και λειτουργεί ένα δίκτυο από 300 περίπου μονάδες ΠΦΥ στο οποίο υπηρετούν 6.600 περίπου ιατροί, 3.000 περίπου νοσηλευτές και 1.000 περίπου διοικητικοί υπάλληλοι. **Δεν συνιστά ασφαλιστικό οργανισμό υπό την έννοια ότι δεν είναι υπεύθυνος για την είσπραξη των πόρων και την επιβεβαίωση του ασφαλιστικού δικαιώματος αλλά μεσολαβεί μεταξύ της ασφάλισης και της προσφοράς υπηρεσιών υγείας ασκώντας ολιγοψωνιακή, διαπραγματευτική δύναμη.** Το μεγάλο αυτό εύρος δραστηριοτήτων έχει αποδυναμώσει το κομμάτι της προσφοράς, καθώς, σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία, παρά την αύξηση της ασφαλιστικής βάσης, η κίνηση στις μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ έχει περιοριστεί σε σύγκριση με τα αντίστοιχα δεδομένα την εποχή που αυτές ανήκαν στο ΙΚΑ.

6.2. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΕΠΙΛΟΓΗ – ΣΤΟΧΟΣ

Ο ΕΟΠΥΥ πρωτίστως θα πρέπει να εγγυάται την πλήρη κάλυψη του συνόλου των ασφαλισμένων, με την υιοθέτηση ενός βασικού πακέτου παρεχομένων υπηρεσιών. Υπό το πρίσμα αυτό, προτείνεται όπως εστιάσει το ενδιαφέρον του στην καλύτερη δυνατή χρήση των πόρων με περαιτέρω διαπραγμάτευση με την πλευρά της προσφοράς. Επιπλέον, να θέσει απαιτήσεις ποιότητας και αποτελεσμάτων στους παρόχους των υπηρεσιών υγείας και να συνδέσει τα παραπάνω με το σύστημα αποζημίωσης.

Αυτό βέβαια σημαίνει ότι οι δομές του θα αξιοποιηθούν, εντασσόμενες στο νέο, ενιαίο δημόσιο σύστημα ΠΦΥ.

Ωστόσο, **καταγράφεται και η εναλλακτική πρόταση που αναφέρεται στη διατήρηση του υφιστάμενου πλέγματος κάτω από τον ΕΟΠΥΥ –ή κάτω από νέο φορέα υπαγόμενο σε αυτόν– και η ένταξη σε αυτό και των δομών ΠΦΥ του ΕΣΥ,**

κάτι το οποίο δεν υποστηρίζεται από την Επιτροπή.⁴² Αντίθετα, προτείνεται ο ΕΟΠΥΥ να αναλάβει και τη φροντίδα των ανασφάλιστων μ' ένα ειδικό πακέτο βασικών υπηρεσιών και με εκτιμώμενο ελάχιστο κόστος.⁴³

Σημείωση: η πιο ορθολογική επιλογή για τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας είναι προοπτικά ο ΕΟΠΥΥ να αναλάβει τη διαχείριση του συνόλου των δημόσιων πόρων για την υγεία.⁴⁴ Με τον τρόπο αυτό θα μπορούσε να συνάπτει προγραμματικές συμφωνίες με τις ΥΠΕ (βλ. παρακάτω πρόταση για την εποπτεία του συστήματος) για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ και νοσοκομειακής περίθαλψης. Έτσι, εισάγεται ένας εσωτερικός ανταγωνισμός στο σύστημα υγείας μεταξύ των δομών ΠΦΥ και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, για τη «διεκδίκηση» των πόρων του ΕΟΠΥΥ.⁴⁵

⁴² Η βασική «ένσταση» ως προς την πρόταση αυτή συνίσταται τόσο στους διοικητικούς περιορισμούς και προϋποθέσεις που ενέχει το εγχείρημα όσο και στο ότι, υπό το υφιστάμενο οικονομικό περιβάλλον και τον χαρακτήρα του συστήματος που διακρίνεται από περιορισμένη ευελιξία, η συνύπαρξη δύο «αντιφατικών» στόχων στην ίδια δομή, μπορεί να προκαλέσει δυσλειτουργίες στο άμεσο μέλλον. Αυτό διότι η «ασφαλιστική» πλευρά καθίσταται βιώσιμη εφόσον παρέχονται όσο το δυνατόν λιγότερες υπηρεσίες, συνθήκη όμως κάτω από την οποία το σκέλος της προσφοράς καθίσταται μη αποδοτικό. Σχήματα όπου η προσφορά και η ζήτηση μπορούν να ενταχθούν κάτω από ενιαίο σύστημα λήψης αποφάσεων, ενδείκνυνται μόνο σε «συμβολαϊκού» τύπου συνεργασίες, όπου ο ανταγωνισμός είναι εφικτός λόγω του ότι και οι δεσμεύσεις μεταξύ των δύο πλευρών δεν είναι τόσο συμπαγείς. Βλ. τη σχετική συζήτηση στο: Flynn R., Williams G., Contracting for health: Quasi-Market and the National Health Service, Oxford University Press, 1997.

⁴³ Η πρόταση αναφορικά με την εποπτεία των δομών ΠΦΥ του ΕΟΠΥΥ από τις ΥΠΕ δεν περιλαμβάνει τη φαρμακευτική περίθαλψη, καθώς η αρμόδια διεύθυνση του ΕΟΠΥΥ (πρέπει να) είναι επιφορτισμένη με πιο εξειδικευμένα αντικείμενα που υποστηρίζουν τις συμφωνίες του Οργανισμού με την αγορά (πχ εκπτώσεις στη βάση price-volume agreements, registries κ.λπ.).

⁴⁴ Βλ. τις σχετικές προτάσεις για τη μετάβαση σε υπόδειγμα Εθνικής Ασφάλισης Υγείας του Λ. Λιαρόπουλου.

⁴⁵ Το σκεπτικό της επιλογής αυτής είναι, μεταξύ άλλων, να αυξηθεί ο βαθμός συγκράτησης των ασθενών εντός των δομών ΠΦΥ, ο οποίος σήμερα είναι πολύ χαμηλός.

6.3. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Σύμφωνα με το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο (Ν. 3918/2011) με τον οποίο συστάθηκε ο ΕΟΠΥΥ, ο νέος οργανισμός ακολουθεί το υπόδειγμα του ΙΚΑ διατηρώντας υπό την ευθύνη του ένα σημαντικό πλέγμα δομών ΠΦΥ που καλύπτουν κυρίως πληθυσμούς αστικών περιοχών.

7. ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΑΓΩΓΗ - ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

7.1. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Οι δομές ΠΦΥ του δημοσίου ακολουθούν διαφορετικό υπόδειγμα διοικητικής οργάνωσης. Οι μονάδες ΠΦΥ του ΕΟΠΥΥ έχουν μεγαλύτερο βαθμό αυτονομίας και υπάγονται απ' ευθείας στη διοίκηση του Οργανισμού ενώ τα κέντρα υγείας του ΕΣΥ υπάγονται στα νοσοκομεία αναφοράς, με αποτέλεσμα να είναι θολό το πλαίσιο της οικονομικής τους διαχείρισης, του ανθρώπινου δυναμικού, των αποτελεσμάτων κ.λπ.

7.2. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΕΠΙΛΟΓΗ – ΣΤΟΧΟΣ

Η διαμόρφωση ενός νέου, ευρύτερου δικτύου απαιτεί μια άλλη διοικητική οργάνωση. Προτείνεται η υπαγωγή όλων των δομών ΠΦΥ στις Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ) οι οποίες πρέπει να οργανώσουν σχετικές Διευθύνσεις.⁴⁶ Η σχέση όλου του πλέγματος με τα νοσοκομεία θα είναι λειτουργική και όχι διοικητική - διαχειριστική. Οι νέες μονάδες ΠΦΥ θα έχουν διοικητική αυτοτέλεια ήτοι δική τους στελέχωση, προϋπολογισμό και στόχους δαπάνης και αποτελεσμάτων στους οποίους θα πρέπει να πειθαρχούν.

Ειδικότερα, η με ενιαίο τρόπο διοίκηση των δομών ΠΦΥ σε επίπεδο ΥΠΕ και με την αναγκαία διασύνδεση (απαρτίωση) των υπηρεσιών ΠΦΥ με αυτές της κοινωνικής φροντίδας και ψυχικής υγείας, θα έχει σκοπό:

- τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος υπηρεσιών ΠΦΥ, που θα εγγυάται μια πλήρη δέσμη υπηρεσιών ΠΦΥ υψηλής ποιότητας,
- το συντονισμό των δράσεων και των πολιτικών παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ στο επίπεδο της Περιφέρειας,

⁴⁶ Εναλλακτικά, θα μπορούσε να εξετασθεί η υπαγωγή των μονάδων ΠΦΥ στην Περιφερειακή Αυτοδιοίκηση. Βλ. αναλυτικά: Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Σουλιώτης Κ., και συν., Ο Ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στη Δημόσια Υγεία, Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης, Παπαζήσης, Αθήνα 2010.

- τη διασφάλιση της αποτελεσματικής οργάνωσης και διοίκησης όλων των δημόσιων μονάδων ΠΦΥ, με στόχο την υψηλότερη δυνατή λειτουργική και οικονομική αποδοτικότητα

και αρμοδιότητες:

- την εποπτεία, τον έλεγχο και την αξιολόγηση της λειτουργίας όλων των δημόσιων μονάδων ΠΦΥ (Κ.Υ., Π.Ι. Μονάδες Φ.Κ.Α. και Ο.Τ.Α.),
- την εκπόνηση των επιχειρησιακών σχεδίων δράσης για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ στην Περιφέρεια, στο πλαίσιο των κατευθύνσεων μιας Εθνικής Στρατηγικής για την ΠΦΥ,
- τη δημιουργία υποστηρικτικών μηχανισμών και συστημάτων γύρω από τις δομές ΠΦΥ με τη συνεργασία όλων των φορέων (τοπικών, περιφερειακών, εθνικών), οι οποίοι θα αναλαμβάνουν συγκεκριμένες δράσεις (π.χ. δράσεις προαγωγής υγείας, πρόληψης), ανάλογα και με τις τοπικές ιδιαιτερότητες ή ανάγκες
- τη χωροταξική (ανα)κατανομή των μονάδων ΠΦΥ,
- τη διοικητική υποστήριξη των μονάδων ΠΦΥ και τη διαχείριση των ανθρώπινων πόρων σε επίπεδο Περιφέρειας,
- την κατάρτιση αυτόνομου ετήσιου προϋπολογισμού των μονάδων ΠΦΥ (στον οποίο θα λαμβάνονται υπόψη οι αμοιβές, τα λειτουργικά έξοδα, το κόστος του εξοπλισμού και οι αποσβέσεις), ο οποίος διαμορφώνεται από το μέγεθος του πληθυσμού που καλύπτουν, την σύνθεση του πληθυσμού αυτού (ηλικιωμένοι, παιδιά), τις ειδικές συνθήκες της περιοχής και άλλα κριτήρια τα οποία διατυπώνονται με απόφαση του Υ.Υ. και συναρμοδίων Υπουργών μετά από γνώμη του ΚΕΣΥ
- την ορθολογική και προνομιακή κατανομή των πόρων σύμφωνα με τις ανάγκες,
- τον έλεγχο της εκτέλεσης του προϋπολογισμού των μονάδων, καθώς και τη σύνταξη του ενοποιημένου ισολογισμού και απολογισμού,
- τη διενέργεια ενιαίων προμηθειών για τις μονάδες ΠΦΥ,

- την κατάρτιση και το συντονισμό των εκπαιδευτικών και ερευνητικών προγραμμάτων στις μονάδες ΠΦΥ, καθώς και την οικονομική και διοικητική υποστήριξή τους.

Σημείωση: Στην Ελλάδα υπάρχει η εμπειρία του 2004, της ένταξης και λειτουργίας των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων της Κρήτης ως αποκεντρωμένων και ανεξάρτητων μονάδων του ΠεΣΥΠ, με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια.

Τα βασικά συμπεράσματα αυτής της περιόδου⁴⁷ είναι:

- α) Η ανάπτυξη ξεχωριστών κατά κέντρο υγείας προϋπολογισμών και ενιαίων διαδικασιών προμηθειών,
- β) Η ανάπτυξη της κάρτας υγείας και αρχείων ασθενών,
- γ) Η εφαρμογή κλινικών πρωτοκόλλων για τα χρόνια νοσήματα,
- δ) Η αξιολόγηση της ποιότητας υπηρεσιών υγείας και από τους ασθενείς.

7.3. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο (Ν.3235/2004) είχε αντίστοιχο προσανατολισμό. Συγκεκριμένα:

Με το Άρθρο 2: Παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, προβλέπονται τα κάτωθι:

«2. Τα Κέντρα Υγείας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης εποπτεύονται και ελέγχονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας διαμέσου των αρμόδιων Πε.Σ.Υ.Π. ως προς τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών τους και την ποιότητά τους, όπως αυτή προσδιορίζεται κατά τη διαδικασία της πιστοποίησης των άρθρων 12 έως 14 του παρόντος νόμου και, μέσα σε έξι μήνες από την έκδοση της κοινής υπουργικής απόφασης της παρ. 3 του άρθρου 4 του νόμου αυτού, οφείλουν να

⁴⁷ Christos Lionis Ch., Tsiraki M., Bardis V., Philalithis A., Seeking Quality Improvement in Primary Care in Crete, Greece: the First Actions, Croatian Medical Journal, 45(5):599-603, 2004.

προσαρμοστούν στους όρους, προϋποθέσεις και λοιπές ρυθμίσεις της απόφασης αυτής.

Η πιο πάνω εποπτεία ασκείται και στις μονάδες παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

4. Για την άσκηση της εποπτείας και του ελέγχου, που προβλέπεται στις παραγράφους 2 και 3 του παρόντος, ιδρύεται σε κάθε Πε.Σ.Υ.Π. Γραφείο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, που υπάγεται στον Αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή και στελεχώνεται από: δύο ιατρούς εκ των οποίων ο ένας έχει την ειδικότητα της γενικής ή κοινωνικής ιατρικής, έναν κοινωνικό λειτουργό, έναν ειδικό σε θέματα οικονομικών της υγείας, έναν νοσηλευτή ή επισκέπτη υγείας. Η διοικητική υποστήριξη του Γραφείου εξασφαλίζεται από τις λοιπές υπηρεσίες του Πε.Σ.Υ.Π.».

Κατ' αντιστοιχία, με το Άρθρο 6: Τομεοποίηση, προβλέπονται τα εξής:

«1. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας οργανώνεται στη βάση ενός τομεοποιημένου γεωγραφικά συστήματος, μέσα στα όρια του οικείου Πε.Σ.Υ.Π..

2. Η τομεοποίηση σχεδιάζεται και αποφασίζεται από το Διοικητικό Συμβούλιο του κάθε Πε.Σ.Υ.Π. και βασίζεται σε κριτήρια που συνδέονται με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού αναφοράς, τη διάρθρωση των δομών παροχής υπηρεσιών υγείας, τη μορφολογία της κάθε περιοχής και τις υφιστάμενες συγκοινωνιακές συνθήκες».

8. ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

8.1. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η χρονική διαθεσιμότητα διαφέρει ανάμεσα στις δομές, συνέπεια και των διαφορετικών σχέσεων εργασίας που έχουν επικρατήσει (βλ. παρακάτω). Το σημαντικότερο πρόβλημα εντοπίζεται στα αστικά κέντρα, καθώς οι μονάδες ΠΦΥ του ΕΟΠΥΥ δεν λειτουργούν επί 24ώρου βάσεως. Το κενό αυτό το οποίο είναι αντίθετο με την αντίστοιχη διεθνή εμπειρία (Πίνακας 4), οδηγεί τους πολίτες στα νοσοκομεία ή σε ιδιωτικές δομές.

Πίνακας 4: Οργάνωση ΠΦΥ σε χώρες της Ευρώπης (ενδεικτικά παραδείγματα)

ΧΩΡΑ	ΣΥΣΤΗΜΑ	ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΠΦΥ	ΏΡΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ
ΒΡΕΤΑΝΙΑ	ΕΣΥ	ΟΜΑΔΑ ΙΑΤΡΩΝ (ΙΔΙΩΤΕΣ)	9 ΠΜ – 5 ΜΜ 5 ΜΜ – 9 ΠΜ
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	ΤΑΜΕΙΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΟΜΑΔΑ ΙΑΤΡΩΝ (ΙΔΙΩΤΕΣ)	9 ΠΜ – 5 ΜΜ 5 ΜΜ – 9 ΠΜ
ΒΕΛΓΙΟ	ΤΑΜΕΙΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΙΔΙΩΤΕΣ ΙΑΤΡΟΙ	9 ΠΜ – 5 ΜΜ 5 ΜΜ – 9 ΠΜ
ΙΣΠΑΝΙΑ	ΕΣΥ	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ	8 ΠΜ – 8 ΜΜ 8 ΜΜ – 8 ΠΜ
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	ΕΘΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ	ΙΔΙΩΤΕΣ ΙΑΤΡΟΙ ΣΕ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ	8 ΠΜ – 8 ΜΜ 8 ΜΜ – 8 ΠΜ

Πηγή: Φιλαλήθης Α., 2013.

8.2. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΕΠΙΛΟΓΗ – ΣΤΟΧΟΣ

Η αναγκαιότητα της λειτουργίας του υπο-συστήματος της ΠΦΥ σε 24ωρη βάση είναι δεδομένη. Αυτό θα επιτευχθεί με τη συνένωση των δυνάμεων ΕΟΠΥΥ και ΕΣΥ και κάτω από τον γενικότερο σχεδιασμό που θα γίνει σε επίπεδο ΥΠΕ λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε περιοχής και τους διαθέσιμους πόρους.⁴⁸

8.3. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο (Ν.3235/2004) καλύπτει πλήρως την 24ωρη λειτουργία των δομών ΠΦΥ. Συγκεκριμένα με το Άρθρο 3: Ειδικές πρόσθετες υπηρεσίες στα Κέντρα Υγείας, ορίζεται ρητά ότι **«4. Τα Κέντρα Υγείας του Ε.Σ.Υ. και των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης λειτουργούν σε εικοσιτετράωρη βάση».**

⁴⁸ Στην παρούσα φάση και κατά το πρώτο στάδιο εφαρμογής της παρούσας πρότασης, είναι δεδομένο ότι η 24ωρη λειτουργία δεν μπορεί να υποστηριχθεί σε όλα τα σημεία και σε καθημερινή βάση. Για το λόγο αυτό θα απαιτηθεί ένας ειδικός σχεδιασμός ανά περιφέρεια με βάση τον πληθυσμό ευθύνης και τις ανάγκες του αλλά και τους διαθέσιμους ανθρώπινους πόρους.

9. ΕΡΓΑΣΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

9.1. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Στο σύστημα έχουν καθιερωθεί πολλαπλές εργασιακές σχέσεις τόσο όσον αφορά στο χρόνο εργασίας (ιατροί πλήρους και μερικής απασχόλησης) όσο και όσον αφορά στη δυνατότητα άσκησης ελευθέριου επαγγέλματος την οποία έχουν μόνο οι ιατροί του ΕΟΠΥΥ (πρώην ΙΚΑ). Η πραγματικότητα αυτή καθιστά πολλές φορές "προβληματική" τη συνένωση δομών και τη ρύθμιση τόσο του χρόνου εργασίας και των καθηκόντων όσο και την ανάθεση ρόλων διεύθυνσης.

9.2. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΕΠΙΛΟΓΗ – ΣΤΟΧΟΣ

Προκειμένου να διασφαλισθεί η 24ωρη λειτουργία των μονάδων και να διαμορφωθεί ένα αίσθημα ενιαίων κανόνων για όλους, προτείνεται όπως εξομοιωθεί -για όσους το επιθυμούν- το πλαίσιο εργασίας στις νέες μονάδες ΠΦΥ.

Στο πλαίσιο αυτό προτείνεται ως πιο ενδεδειγμένη η κάτωθι δέσμη επιλογών: α) να μετατραπούν οι συμβάσεις εργασίας των ιατρών του ΕΟΠΥΥ σε πλήρους απασχόλησης και β) να δοθεί το δικαίωμα της λειτουργίας ιδιωτικού ιατρείου και στους ιατρούς του ΕΣΥ που το επιθυμούν.

Οι γιατροί που δεν θα ασκήσουν το δικαίωμα του ιδιωτικού ιατρείου μπορεί να μοριοδοτηθούν εν όψει της ανάληψης διευθυντικών καθηκόντων. Εναλλακτικά, μπορεί να διατηρηθεί το υφιστάμενο πλαίσιο σχέσεων εργασίας, τουλάχιστον για ένα μεταβατικό στάδιο κάτι το οποίο δεν προτείνεται από την Επιτροπή. Επίσης, λαμβάνοντας υπόψη και τα χαμηλά επίπεδα αμοιβών του ιατρικού σώματος που παρέχει υπηρεσίες στη βάση πάγιας αντιμισθίας, η Επιτροπή δεν συμφωνεί με την επέκταση του καθεστώτος της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και στους ιατρούς των μονάδων του ΕΟΠΥΥ.

Τέλος, στο πλαίσιο του πλουραλισμού και της ευελιξίας που απαιτείται προκειμένου να καλύπτονται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο οι ανάγκες υγείας του πληθυσμού, προτείνεται να εξεταστεί σε τοπικό επίπεδο η δυνατότητα σύναψης

συμβάσεων για παροχή υπηρεσιών στις δομές του νέου δημόσιου συστήματος από ιδιώτες, υπό καθεστώς ειδικών προς τούτο συμβάσεων. Οι συμβάσεις αυτές μπορούν να αναφέρονται σε παροχή υπηρεσιών σύμφωνα με τις ανάγκες (πχ ακόμη και σε επιλεγμένες μέρες τη βδομάδα ή το μήνα) και να συνάπτονται μετά από διαπραγμάτευση και κάτω από τον κατάλληλο συντονισμό και εποπτεία στην εφαρμογή.

Στο ίδιο πνεύμα, προτείνεται η πρόβλεψη για τη δυνατότητα σύναψης σύμβασης του ΕΟΠΥΥ με ιδιώτη ιατρό ο οποίος παρέχει υπηρεσίες και εντός των δημόσιων δομών του νέου συστήματος,⁴⁹ ήτοι των Κέντρων Υγείας, σε περιοχές και περιπτώσεις με περιορισμένη προσφορά υπηρεσιών, ως πρόσθετο κίνητρο δραστηριοποίησης σε αυτές. Η Επιτροπή προτείνει την εφαρμογή του παραπάνω κινήτρου μόνο σε αυτές τις περιπτώσεις και έπειτα από σχετική συμφωνία ΕΟΠΥΥ και ΥΠΕ.

9.3. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο δεν υπεισέρχεται στο θέμα των εργασιακών σχέσεων. Παραπέμπει την όλη διευθέτηση στα ΠεΣΥΠ. Οι συναφείς προβλέψεις του Ν. 3235/2004 είναι οι εξής:

«Άρθρο 2: Παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας:

2. Τα Κέντρα Υγείας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης εποπτεύονται και ελέγχονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας διαμέσου των αρμόδιων Πε.Σ.Υ.Π. ως προς τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών τους και την ποιότητά τους, όπως αυτή προσδιορίζεται κατά τη διαδικασία της πιστοποίησης των άρθρων 12 έως 14 του παρόντος νόμου και, μέσα σε έξι μήνες από την έκδοση της κοινής υπουργικής απόφασης της παρ. 3 του άρθρου 4 του νόμου αυτού, οφείλουν να προσαρμοστούν στους όρους, προϋποθέσεις και λοιπές ρυθμίσεις της απόφασης αυτής.

⁴⁹ Τονίζεται ότι η εν λόγω πρόταση προβλέπει παροχή υπηρεσιών στις δημόσιες δομές μόνο με πλήρη απασχόληση.

Άρθρο 4: Ίδρυση Κέντρων Υγείας

3. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας και του καθ' ύλην αρμόδιου κάθε φορά Υπουργού καθορίζονται οι προϋποθέσεις και η διαδικασία ίδρυσης και λειτουργίας νέων Κέντρων Υγείας του Ε.Σ.Υ. και των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης, οι όροι λειτουργίας τους, η στελέχωσή τους κατά κατηγορίες ιατρικού, παραϊατρικού, επιστημονικού, διοικητικού και λοιπού προσωπικού, το είδος και το επίπεδο των παρεχόμενων από αυτούς υπηρεσιών, καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 5: Οργανισμός των Κέντρων Υγείας Ο.Κ.Α.

1. Το Κέντρο Υγείας Ο.Κ.Α. λειτουργεί σύμφωνα με οργανισμό, που συντάσσεται και εγκρίνεται από τον φορέα διοικητικής υπαγωγής του, ο οποίος προηγουμένως υποβάλλεται στο οικείο Πε.Σ.Υ.Π., το οποίο περιορίζεται στον έλεγχο διασφάλισης του τρόπου παροχής των υπηρεσιών και της ποιότητάς τους.

2. Με τον οργανισμό καθορίζονται οι θέσεις του προσωπικού κατά κατηγορία και ειδικότητα, οι οργανικές μονάδες και οι αρμοδιότητες καθεμίας, το περιεχόμενο και η διαδικασία τήρησης προσωπικού φακέλου ασθενών, καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια».

10. ΤΡΟΠΟΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ

10.1. ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΑ

Λαμβάνοντας υπόψη βιβλιογραφικά δεδομένα σχετικά με συστήματα και οργανισμούς παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, οι αλλαγές που έχουν γίνει με στόχο τη συγκέντρωση ασφαλιστικών παρόχων σε ενιαία (μονοψωνιακά) σχήματα οδήγησαν σε:

- μηχανισμούς κατανομής κατά τη συλλογή εισφορών,
- διαπραγματεύσεις για την αγορά πακέτου υπηρεσιών,
- σχέση με τον πληθυσμό στη κάλυψη και την επιλογή,
- διακυβέρνηση και ανάλογες ρυθμίσεις (συμβάσεις).

Επιπρόσθετα, τα τελευταία 15 χρόνια οι περισσότερες χώρες της Ε.Ε. εισήγαγαν **τομεακούς προϋπολογισμούς**⁵⁰ σε ένα ή περισσότερα επίπεδα των υγειονομικών τους συστημάτων (Πίνακας 5).

Πίνακας 5: Τομεακοί προϋπολογισμοί για την φροντίδα υγείας
στα Κράτη- Μέλη της Ε.Ε., το 1997

Κράτος-Μέλος	Τομεακοί προϋπολογισμοί
Βέλγιο	Τομεακοί προϋπολογισμοί για τις δαπάνες της νοσοκομειακής, φαρμακευτικής, της οδοντιατρικής, της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και της κλινικής βιολογίας.
Δανία	Νοσοκομειακοί προϋπολογισμοί που θεσπίζονται ετησίως. Προϋπολογισμοί στόχων για τις δαπάνες της πρωτοβάθμιας και της φαρμακευτικής περίθαλψης.
Γερμανία	Αυστηροί διαπραγματευθέντες προϋπολογισμοί για την εξωνοσοκομειακή και την οδοντιατρική περίθαλψη σε περιφερειακό επίπεδο. Προϋπολογισμοί στόχων για τα νοσοκομεία και διαπραγματευθέντα όρια στις φαρμακευτικές δαπάνες σε περιφερειακό επίπεδο.

⁵⁰ Mossialos E., Le Grand J. (1999), Cost Containment in the EU: an overview, in: Mossialos E., and Le Grand J. (eds.), Health Care and Cost Containment in the European Union. Aldershot, Ashgate Publishing Ltd.

Ελλάδα	Κανένας
Ισπανία	Προϋπολογισμοί στόχων για τις δαπάνες για πρωτοβάθμια, φαρμακευτική, νοσοκομειακή φροντίδα καθώς και για τις ερευνητικές και διοικητικές δαπάνες.
Γαλλία	Αυστηροί προϋπολογισμοί για τα νοσοκομεία, δαπάνες στόχοι για την κλινική βιολογία, τις νοσηλευτικές υπηρεσίες, τους γιατρούς των ιατρείων τα φάρμακα και τις φυσικοθεραπείες.
Ιρλανδία	Ετήσιοι προοπτικοί αυστηροί προϋπολογισμοί για οκτώ συμβούλια υγείας. Τομεακοί αυστηροί προϋπολογισμοί για την κοινοτική φροντίδα και για τα προγράμματα των νοσοκομείων.
Ιταλία	Αυστηροί προϋπολογισμοί για τις φαρμακευτικές δαπάνες και σε μερικές περιφέρειες αυστηροί προϋπολογισμοί για τις δαπάνες της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και των ιδιωτικών νοσοκομείων.
Λουξεμβούργο	Κανένας
Ολλανδία	Δαπάνες στόχοι για την εξωνοσοκομειακή, νοσοκομειακή και ψυχιατρική περίθαλψη.
Αυστρία	Μέρος του τομεακού νοσοκομειακού προϋπολογισμού θεσπίζεται ετησίως. Όρια στις δαπάνες κάποιων γιατρών.
Πορτογαλία	Τομεακοί προϋπολογισμοί για τους γενικούς γιατρούς, τα φάρμακα και τα υλικά, σε περιφερειακό επίπεδο.
Φιλανδία	Αυστηροί τομεακοί προϋπολογισμοί σε περιφερειακό επίπεδο για τα νοσοκομεία και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.
Σουηδία	Σε πολλά περιφερειακά συμβούλια υπάρχουν αυστηροί προϋπολογισμοί σε περιφερειακό επίπεδο, για τα κέντρα ΠΦΥ και κάθε νοσοκομείο. Δεν υπάρχουν αυστηροί προϋπολογισμοί στα περιφερειακά συμβούλια με διαχωρισμό αγοραστών και προμηθευτών. Οι φαρμακευτικές δαπάνες ελέγχονται έμμεσα από τα περιφερειακά συμβούλια
Μ. Βρετανία	Οι νοσοκομειακές και οι κοινοτικές υπηρεσίες προϋπολογίζονται σε εθνικό επίπεδο. Οι δαπάνες για οικογενειακές υπηρεσίες και φαρμακευτική περίθαλψη ρυθμίζονται έμμεσα.

Πηγή: Mossialos and LeGrand, 1999

Οι σημαντικότεροι τρόποι αποζημίωσης των γιατρών είναι η αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση (fee for service), η αμοιβή με πάγιο μισθό (salary) και η κατά κεφαλήν αμοιβή (capitation payment). Αναλυτικότερα οι τρόποι αυτοί αμοιβής παρουσιάζονται παρακάτω:⁵¹

- Η αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση είναι ο συνηθέστερος τρόπος αποζημίωσης ο οποίος στηρίζεται στη μεμονωμένη παραγωγή και παροχή υπηρεσιών υγείας. Ο χρήστης – ασθενής επιλέγει ελεύθερα τον γιατρό με βάση διάφορα κοινωνικά και οικονομικά κριτήρια. Στην περίπτωση αυτή οι γιατροί πληρώνονται για κάθε συγκεκριμένη υπηρεσία (πράξη) που παρέχουν. Η αμοιβή μπορεί να είναι είτε άμεση με απευθείας δηλαδή πληρωμή του γιατρού από τον ασθενή, ο οποίος εκ των υστέρων εισπράττει όλο το ποσό ή μέρος αυτού από το ασφαλιστικό ταμείο, είτε έμμεση με καταβολή δηλαδή της αμοιβής για κάθε πράξη από τον ασφαλιστικό φορέα προς το γιατρό, εφόσον έχει προηγηθεί σύμβαση του γιατρού με τον αντίστοιχο ασφαλιστικό φορέα. Αυτή η μέθοδος αποζημίωσης εξασφαλίζει στον ασθενή την δυνατότητα ελεύθερης επιλογής του γιατρού. Από την άλλη πλευρά όμως έχει ενοχοποιηθεί για τη δημιουργία του φαινομένου της προκλητής ζήτησης, καθώς δημιουργεί ισχυρά κίνητρα στον γιατρό για την παροχή περισσότερων ιατρικών υπηρεσιών από αυτές που είναι πραγματικά αναγκαίες.
- Στην αμοιβή με πάγιο μισθό οι γιατροί πληρώνονται για τις υπηρεσίες που παρέχουν με βάση ένα μηνιαίο πάγιο μισθό. Το ποσό αυτό αντιστοιχεί σε συγκεκριμένες ώρες εργασίας, ανεξάρτητα από τον όγκο των υπηρεσιών που

⁵¹ Βλ. διαχρονικά: Γεννηματά Α. Γείτονα Μ. Μπαλασοπούλου Α. Κυριόπουλος Γ., Μέθοδοι και κριτήρια Χρηματοδότησης Υπηρεσιών Υγείας, στο: Κυριόπουλος Γ. Οικονομικά και Πολιτικές των Υπηρεσιών Υγείας, Εκδόσεις Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1992, Κυριόπουλος Γ. Λιονής Χ. Δημολιάτης Γ. Μερκούρης Μ-Π. Οικονόμου Χ. Τσάκος Γ. Φιλαλήτης Α. και ομάδα εργασίας, Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 2000;12(4):169-188, Σουλιώτης Κ., Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2000 και Γκόλνα Χ., Ιδιαιτερότητες της αγοράς υπηρεσιών υγείας, σελ. 287-309, στο: Σουλιώτης Κ. (επιμ.), Πολιτική και οικονομία της υγείας: Στρατηγικός σχεδιασμός - οργάνωση και διοίκηση - οικονομική λειτουργία - τομεακές πολιτικές, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2007.

παρέχουν. Το πλεονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι ότι δε δημιουργεί κίνητρα για τη δημιουργία προκλητής ζήτησης. Από την άλλη πλευρά όμως το σύστημα αυτό αποζημίωσης των γιατρών δεν παρέχει κίνητρα παραγωγικότητας στο επίπεδο των υπηρεσιών που παρέχονται, λόγω της έλλειψης οικονομικών κινήτρων.

- Η αμοιβή κατά κεφαλή εγγεγραμμένου είναι ένας σχετικά νέος τρόπος χρηματοδότησης, σύμφωνα με τον οποίο ο γιατρός αποζημιώνεται με ένα προκαθορισμένο ποσό, το οποίο είναι ανάλογο των ασθενών προς τους οποίους έχει δεσμευθεί ότι θα παρέχει υπηρεσίες. Το θετικό στοιχείο αυτής της μεθόδου είναι ότι ο γιατρός έχει ένα ισχυρό κίνητρο βελτίωσης και αναβάθμισης των παρεχόμενων υπηρεσιών προκειμένου να αυξήσει τον αριθμό των εγγεγραμμένων ασθενών, η οποία θα οδηγήσει με τη σειρά της σε αύξηση της αμοιβής του γιατρού. Μάλιστα ο τρόπος αυτός αποζημίωσης θεωρείται ως ο πλέον αποτελεσματικός για τη συγκράτηση των δαπανών υγείας και την ορθολογική κατανομή τους.⁵² Για το λόγο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί ως τρόπος αποζημίωσης σε πολλά υγειονομικά συστήματα.

Φαίνεται λοιπόν ότι **υπάρχει μια πολλαπλότητα στις μεθόδους αμοιβής των ιατρών της ΠΦΥ στις χώρες της Ε.Ε.** (Πίνακας 6).

Σε τρεις χώρες (Ιρλανδία, Ιταλία και Μ. Βρετανία) οι γιατροί πληρώνονται με κατά κεφαλή αμοιβή, σε τέσσερις με αμοιβή κατά πράξη (Βέλγιο, Γερμανία, Γαλλία και Λουξεμβούργο), ενώ στη Γαλλία υπάρχουν περίπου 2.000 κέντρα υγείας με έμμισθους γιατρούς. Στη Γαλλία, η ένωση των ιδιωτών γιατρών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας εισήγαγε ένα εθελοντικό σχήμα το 1987, το οποίο έδωσε τη δυνατότητα στους γιατρούς να γίνουν "medecin referants". Οι ασθενείς που εντάχθηκαν στο σχήμα ανέλαβαν την ηθική υποχρέωση να μην επισκέπτονται

⁵² Γείτονα Μ., Ο Γενικός Γιατρός ως διαμεσολαβητής ανάμεσα στο χρήστη και τις υγειονομικές υπηρεσίες και ως ρυθμιστής των δαπανών υγείας, στο: Κυριόπουλος Γ, Φιλαλήθης Τ., Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 1996.

απευθείας τους ειδικούς γιατρούς. Οι γιατροί έπρεπε να τηρούν λεπτομερή φάκελο των ασθενών τους και το 10% των συνταγογραφούμενων φαρμάκων έπρεπε να είναι γενόσημα. Οι εντεταγμένοι στο σχήμα γιατροί λαμβάνουν μια επιπρόσθετη ετήσια αμοιβή για κάθε εγγεγραμμένο ασθενή. Η Δανία έχει ένα μικτό σύστημα αμοιβής (κατά κεφαλήν και κατά πράξη) για όλους τους γενικούς γιατρούς. Στην Ισπανία το 60% των γενικών γιατρών πληρώνονται κατά κεφαλή και το 40% με μισθό. Στην Αυστρία από το 1995, η αμοιβή των γιατρών βασίζεται εν μέρει στην κατά κεφαλή αμοιβή. Οι γιατροί λαμβάνουν ανά τρίμηνο ένα συνολικό ποσό βάσει των ασθενών που εξέτασαν. Στην Ολλανδία, για τους ασθενείς χαμηλού εισοδήματος, οι γιατροί αμείβονται κατά κεφαλήν, ενώ για τους εύπορους, κατά πράξη. Για τους ειδικούς γιατρούς, οι αμοιβές που καταβάλλονται σε ιδιωτική βάση είναι διπλάσιες από τις αμοιβές που καταβάλλουν οι ασφαλισμένοι στα δημόσια ταμεία υγείας. Οι περισσότεροι ειδικοί γιατροί αμείβονται κατά πράξη, ανεξάρτητα από το είδος του ασφαλιστικού ταμείου που τους αποζημιώνει.

Με βάση το νόμο του 1980 για τις τιμές στην φροντίδα υγείας (Health Care Price Act) μια ειδική αυτόνομη αρχή, το Κεντρικό Γραφείο για τις Τιμές στην Φροντίδα Υγείας (Central Office on Health Care Prices) θέτει τις κατευθυντήριες γραμμές για τη σύνθεση και τον υπολογισμό των τιμών. Αυτές οι κατευθυντήριες γραμμές, αφού εγκριθούν από την κυβέρνηση, χρησιμοποιούνται από τις οργανώσεις των προμηθευτών και των ασφαλιστικών φορέων στην διαπραγμάτευση των πραγματικών αμοιβών, οι οποίες με τη σειρά τους πρέπει να εγκριθούν από το Κεντρικό Γραφείο για τις Τιμές στην Φροντίδα Υγείας. Οι ενώσεις των γενικών και των ειδικών γιατρών, από τη μία πλευρά και εκείνες των ταμείων υγείας και των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών από την άλλη ορίζονται με νόμο ως διαπραγματευτές. Οι γιατροί είναι υποχρεωμένοι να δεχθούν τη διαπραγματευθείσα τιμή της αμοιβής τους σε όλα τα Κράτη-Μέλη εκτός της Γαλλίας, όπου το 26% των γιατρών που ασκούν την ιατρική σε ιατρεία έχουν επιλέξει να μπορούν να επιβάλλουν υψηλότερες αμοιβές. Οι ασθενείς τους αποζημιώνονται μόνο με ένα σταθερό ποσοστό της διαπραγματευθείσας αμοιβής, ενώ ο γιατρός υποχρεούται να πληρώνει τις συνταξιοδοτικές του εισφορές και να

τηρεί τους άλλους όρους. Στην Δανία υπάρχει επιπλέον χρέωση (extra billing) για τους ασθενείς της Ομάδας II (2,5% του πληθυσμού).

Στα συστήματα αμοιβής κατά πράξη οι γιατροί είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν με αλλαγή της Κλίμακας Σχετικών Αξιών, όπως στη Γερμανία. Στη Γερμανία και τη Γαλλία, οι γιατροί πληρώνονται λιγότερο για τις διαγνωστικές εξετάσεις, με στόχο τη μείωση της προκλητής ζήτησης. Μια αδυναμία της Κλίμακας Σχετικών Αξιών είναι ότι καταγράφει μόνο υπηρεσίες και όχι τις ενδείξεις που δικαιολογούν αυτές τις υπηρεσίες. Αυτός ο μηχανισμός έχει προστατεύσει το υψηλό επίπεδο της κλινικής ελευθερίας των γερμανών γιατρών, οι οποίοι περιορίζονται μόνο από τους εσωτερικούς μηχανισμούς ελέγχου των ενώσεών τους. Οι γιατροί που προβαίνουν σε περισσότερες υπηρεσίες από τους συναδέλφους τους πρέπει να δικαιολογούν τις αποφάσεις τους, προκειμένου να αποφύγουν τις οικονομικές κυρώσεις. Αυτό το σχήμα λειτούργησε μέχρι τις αρχές του 1997 σε συνδυασμό με αυστηρούς προϋπολογισμούς για την εξωνοσοκομειακή φροντίδα για τις περιφερειακές ενώσεις των γιατρών. Τότε, οι αυστηροί προϋπολογισμοί αντικαταστάθηκαν από στόχους με βάση τον όγκο δραστηριοτήτων (volume targets).

Οι ειδικοί γιατροί που εξυπηρετούν εξωνοσοκομειακούς ασθενείς με υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση αμείβονται με μισθό στην Ισπανία, την Ελλάδα, την Πορτογαλία, τη Μ. Βρετανία, τη Φιλανδία και τη Σουηδία και όσοι είναι εντεταγμένοι στο σχήμα υπηρεσιών γενικής ιατρικής (General Medical Service) στην Ιρλανδία. Στα υπόλοιπα Κράτη-Μέλη, κάποιοι ή όλοι αμείβονται κατά πράξη.

Πίνακας 6: Συστήματα αμοιβής των ιατρών της ΠΦΥ στα Μέλη της Ε.Ε.

Βέλγιο	Αμοιβή κατά πράξη
Δανία	Μικτό: αμοιβή κατά κεφαλή και αμοιβή κατά πράξη. Επιπλέον πληρωμές για τους ασθενείς της Ομάδας 2 των ασθενών (2,5% του πληθυσμού). Ομάδα 1 των ασθενών (97,5% του πληθυσμού)- Σύστημα παραπομπής- Δεν απαιτείται παραπεμπτικό για τους ΩΡΛ και τους οφθαλμιάτρους.

Γερμανία	Αμοιβή κατά πράξη
Ελλάδα	Μισθός (γιατροί ΕΣΥ), αμοιβή κατά πράξη (ιδιώτες γιατροί)
Ισπανία	60% των γενικών γιατρών αμοιβή με μισθό και κατά κεφαλήν αμοιβή. 40% των γενικών γιατρών κατά κεφαλήν αμοιβή. Σύστημα παραπομπής.
Γαλλία	Αμοιβή κατά πράξη. Επιπλέον αμοιβή για τους γιατρούς της Ομάδας 2 (26% των ιδιωτών γιατρών). Το 12% των γιατρών έχουν ενταχθεί στο σχήμα του "medecin referant".
Ιρλανδία	Αμοιβή κατά κεφαλήν συν αμοιβή κατά πράξη για ειδικές υπηρεσίες, (GMS-το 1/3 του πληθυσμού). Σύστημα παραπομπής. Αμοιβή κατά πράξη για την κατηγορία 2.
Ιταλία	Αμοιβή κατά πράξη συν αμοιβή κατά κεφαλή για ειδικές υπηρεσίες. Σύστημα παραπομπής.
Λουξεμβούργο	Αμοιβή κατά πράξη.
Ολλανδία	Αμοιβή κατά κεφαλή για τις ασθενείς οικονομικά ομάδες και αμοιβή κατά πράξη για τις εύπορες. Σύστημα παραπομπής.
Αυστρία	Αμοιβή κατά πράξη σε συνδυασμό με κατά κεφαλήν αμοιβή.
Πορτογαλία	Μισθός. Σύστημα παραπομπής. Δεν απαιτείται παραπεμπτικό για τους δημοσίους υπαλλήλους, τους στρατιωτικούς και τους τραπεζικούς.
Φιλανδία	Μισθός, αμοιβή κατά πράξη. Σύστημα παραπομπής. Δεν απαιτείται παραπεμπτικό για ειδική φροντίδα σε ιδιώτες γιατρούς που καλύπτεται από την Εθνική Ασφάλιση Υγείας.
Σουηδία	Μισθός, αμοιβή κατά πράξη κατόπιν ρύθμισης για τους ιδιώτες γιατρούς. Μικτό σύστημα για τους οικογενειακούς γιατρούς σε κάποιες περιφέρειες. Το σύστημα παραπομπής δεν είναι υποχρεωτικό. Υπάρχει απευθείας πρόσβαση στους ειδικούς σε πολλές περιφέρειες με προσαυξημένη αμοιβή.
Μ. Βρετανία	Αμοιβή κατά κεφαλή, μερικά έξοδα αποζημιώνονται απευθείας. Οι γενικοί γιατροί λαμβάνουν επιπλέον αμοιβή για την κάλυψη του παιδικού εμβολιασμού και την εξέταση του τραχήλου της μήτρας. Σύστημα παραπομπής.

Πηγή: Mossialos and Le Grand, 1999.

Πρόσφατες μελέτες καταγράφουν μια **στροφή σε πλουραλιστικά συστήματα, στο πλαίσιο των οποίων για τον υπολογισμό των αμοιβών των ιατρών λαμβάνονται υπόψη πρόσθετα δεδομένα και δείκτες.**⁵³ Αναφέρονται ενδεικτικά:

Ηνωμένο Βασίλειο (Νέα συμβατική στρατηγική αποζημίωσης ιδιωτών γενικών ιατρών, βασισμένη στο «Πλαίσιο Αξιολόγησης Ποιότητας και Αποτελεσμάτων», 2004):⁵⁴

- Κατά κεφαλήν αμοιβή βάσει συμβολαίου
- Μέχρι και 25% αύξηση της αμοιβής κάθε ιατρού στη βάση 5 παραμέτρων:
 - 80 κλινικές παράμετροι (65.5% συνολικής επίδοσης)
 - 43 οργανωτικές παράμετροι (18.1%)
 - 4 παράμετροι σχετικές με την εμπειρία ασθενών (10.8%)
 - 8 παράμετροι σχετικά με υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής υγείας (3.6%)
 - παροχή ολιστικής φροντίδας(2%)
- Η κατά κεφαλήν αποζημίωση λαμβάνει υπόψη το μείγμα ηλικίας / φύλου/ νοσηρότητας των εγγεγραμμένων ασθενών στη λίστα του ιατρού.

Ολλανδία:

- Μεικτό κατά κεφαλήν/ κατά πράξη και περίπτωση
 - Κατά κεφαλήν αμοιβή €13 ανά ασθενή μέχρι 65 ετών
 - Κατά κεφαλήν αμοιβή μέχρι και €17.40 για κάθε ασθενή ηλικίας μεγαλύτερης των 75 ετών σε «προβληματικές νόσους»
- Κατά πράξη και περίπτωση:
 - 9 euro<20 min;

⁵³ Αναλυτικά στο Σουλιώτης Κ., Πρωτοβάθμια Φροντίδα: σήμερα περισσότερο από ποτέ, εισήγηση στο 6ο Πολυθεματικό μετεκπαιδευτικό σεμινάριο ΠΦΥ, Ελληνική Εταιρεία Έρευνας και Εκπαίδευσης στην ΠΦΥ, Χαλκιδική, 10 Ιουνίου 2011.

⁵⁴ Οι περισσότεροι Γενικοί Ιατροί στο Ην. Βασίλειο είναι αυτοαπασχολούμενοι και συμβάλλονται με το Σύστημα Υγείας είτε αυτόνομα είτε μέσω ενός Primary Care Trust. Οι Γενικοί Ιατροί που εργάζονται ως υπάλληλοι του Συστήματος Υγείας (με μισθό) έχουν ετήσιο εισόδημα μεταξύ £53,781 και £81,158.

- 18 euro>20 min;
- 4.5 euro / τηλεφώνημα
- υψηλότερες αμοιβές για μη εγγεγραμμένους ασθενείς στη λίστα
- Νυχτερινά / Σαββατοκύριακα - max €50.20 / ώρα

Γαλλία:

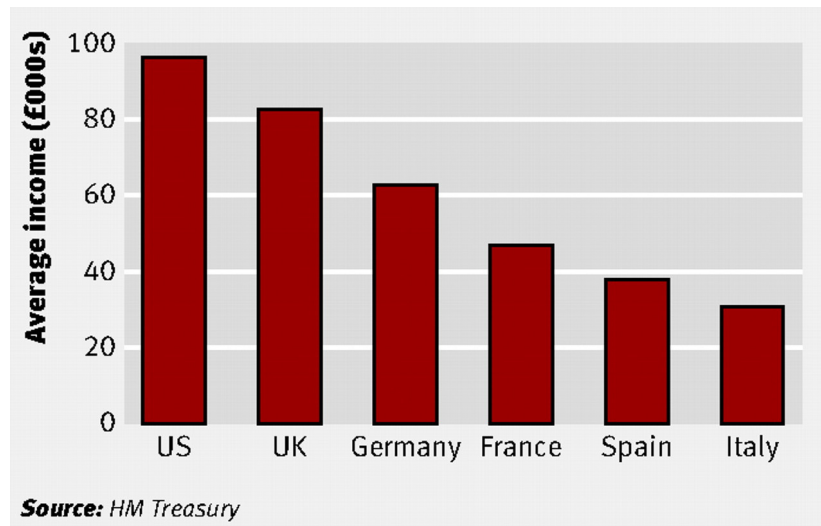
- Κατά πράξη και περίπτωση
 - 71% αυτοαπασχολούμενοι
 - 29% συμβασιούχοι - έμμισθοι (1/2 σε νοσοκομεία / δέχονται και ιδιωτικούς ασθενείς)
 - Εύρος ετήσιου εισοδήματος: €70,000 κατά μέσο όρο (2006)
 - Υψηλότερο 10% - € 114,000
 - Χαμηλότερο 10% - €29,000
- Έξτρα €40 / capitation για ασθενείς με χρόνιες και σοβαρές παθήσεις

Γερμανία:

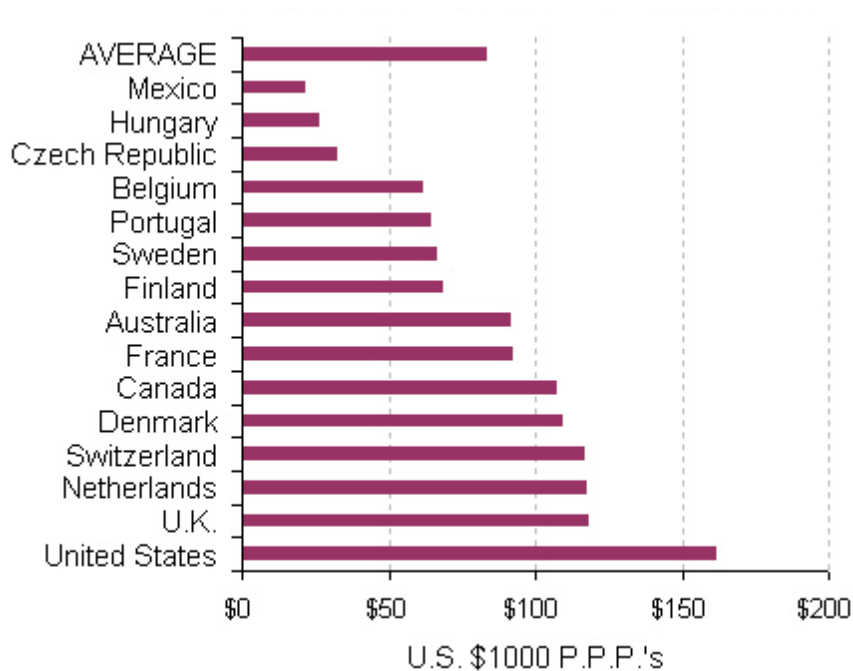
- Κατά πράξη και περίπτωση και “πόντοι” σε περιπτώσεις υπέρβασης του ορίου του κάθε ιατρού, οι οποίοι καλύπτονται με μειωμένη αμοιβή.
- Συνταγογράφηση:
 - 15% υπέρβαση ορίου –στόχου – προειδοποιητική επιστολή.
 - 25 % υπέρβαση ορίου –στόχου – αιτιολόγηση ή επιβάρυνση του ιατρού με το κόστος υπέρβασης.
 - Συνταγογράφηση εκτός λίστας ή ενδείξεων – επιβάρυνση του ιατρού με το κόστος.
 - Στη Γερμανία ετησίως περίπου 25.000 ιατροί επιστρέφουν χρήματα στο σύστημα υγείας.

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι το σύστημα αποζημίωσης των ιατρών της ΠΦΥ διαφέρει ανάμεσα στα συστήματα υγείας, όπως άλλωστε διαφέρει και το ύψος των αμοιβών το οποίο μεταβάλλεται ανάλογα με τις προτεραιότητες αλλά και τις οικονομικές δυνατότητες κάθε συστήματος (Διαγράμματα 10 και 11).

Διάγραμμα 10: Μέσο ετήσιο εισόδημα ιατρού ΠΦΥ σε 6 χώρες 2004



Διάγραμμα 11: Μέσο ετήσιο εισόδημα γενικών ιατρών σε 15 χώρες και σε όρους κοινής αγοραστικής δύναμης, 2010



Πηγή: Congressional Research Service analysis, 2010

Όσον αφορά στη **συμμετοχή του ασθενή στο κόστος**, αυτή αναφέρεται σε μια ομάδα ειδικών εργαλείων πολιτικής τα οποία δρουν στην πλευρά της ζήτησης στην αγορά υγειονομικών υπηρεσιών. Αυτά εφαρμόζονται συνήθως στο πλαίσιο της ασφάλισης (δημόσιας ή ιδιωτικής) ή ενός εθνικού συστήματος υγείας. Οι τρεις κύριες μορφές συμμετοχής του ασθενή στο κόστος είναι οι εξής.⁵⁵

- **Deductible:** Το ποσό που πρέπει να πληρώσει ο ασθενής πριν ενεργοποιηθεί η ασφαλιστική του κάλυψη.
- **Co-payments:** Ένα συγκεκριμένο ποσό που πρέπει να πληρώσει ο δικαιούχος για κάθε χρησιμοποιούμενη υπηρεσία.
- **Co-insurance:** Το ποσοστό της συνολικής δαπάνης για μια υπηρεσία που πρέπει να πληρώσει ο δικαιούχος

Άλλες πολιτικές που συχνά συνδέονται με αυτές τις μορφές συμμετοχής του ασθενή στο κόστος και επηρεάζουν επίσης τις πληρωμές που γίνονται από τους ασθενείς στους προμηθευτές είναι οι εξής:

- **Benefit maximum:** Ένα προκαθορισμένο όριο στο ποσό που θα αποζημιωθεί από τον ασφαλιστικό του φορέα για μια συγκεκριμένη περίοδο, πέραν του οποίου ο ασθενής είναι υπεύθυνος για τη δαπάνη.
- **Out of pocket maximum:** Ένα προκαθορισμένο όριο στο συνολικό ποσό των ίδιων δαπανών του ασφαλισμένου για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο, πέραν του οποίου όλες οι δαπάνες καλύπτονται από τον ασφαλιστικό φορέα.
- **Extra billing:** Οι αμοιβές του προμηθευτή που είναι υψηλότερες από το όριο που αποζημιώνει ο ασφαλιστικός φορέας, καθιστώντας υπεύθυνους τους ασθενείς για την κάλυψη της διαφοράς.
- **Coverage exclusion:** Υπηρεσίες ή μέθοδοι χρησιμοποίησης υπηρεσιών οι οποίες δεν καλύπτονται από τη δέσμη παροχών της δημόσιας ή της

⁵⁵ Rubin R.J., Mendelson D.N., Cost sharing in health insurance, N Engl J Med. 1995, 14; 333 (11): 733-4.

ιδιωτικής ασφάλισης, αφήνοντας τα άτομα να πληρώσουν το συνολικό ή το επιπλέον κόστος που δεν καλύπτεται από την ασφάλιση.

Η συμμετοχή του ασθενή στο κόστος δεν αποτελεί ισχυρό εργαλείο πολιτικής, ούτε όσον αφορά στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, ούτε στη συγκράτηση του κόστους του υγειονομικού τομέα. Λόγω της σημαντικής επιρροής των προμηθευτών στους παράγοντες που αυξάνουν το κόστος, οι πολιτικές που απευθύνονται στην πλευρά της προσφοράς είναι πιθανόν πιο αποτελεσματικές από αυτές που δρουν αποκλειστικά στην πλευρά της ζήτησης. Η συμμετοχή του ασθενή στο κόστος θα μειώσει την κατανάλωση από την πλευρά του χρήστη, αλλά μια τέτοια μείωση δεν είναι αποτελεσματική στη συγκράτηση του κόστους. Αυτό συμβαίνει γιατί το βασικό αίτιο του κόστους της υγειονομικής φροντίδας είναι η ένταση της φροντίδας, η οποία προκαλείται από τους προμηθευτές. Η διακρατική σύγκριση αποδεικνύει ότι, αν και στις ΗΠΑ αναλογούν λιγότερες ιατρικές επισκέψεις κατά κεφαλήν πληθυσμού από άλλες χώρες, έχουν μεγαλύτερες δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, γεγονός που δηλώνει ότι η ένταση της φροντίδας σε κάθε ιατρική επίσκεψη στις ΗΠΑ είναι υπεύθυνη για αυτό το παράδοξο. Οι ΗΠΑ έχουν επίσης το μεγαλύτερο ποσοστό ιδίων πληρωμών και παράλληλα το μεγαλύτερο συνολικό κόστος. Αυτό σημαίνει ότι άλλα μέτρα είναι πιο αποτελεσματικοί μηχανισμοί στη συγκράτηση του κόστους.

Η καταλληλότητα και τα πιθανά αποτελέσματα του μέτρου εξαρτώνται από τις υπηρεσίες στις οποίες εφαρμόζεται, και το ευρύτερο πλαίσιο του συστήματος αμοιβής των προμηθευτών. Η χρήση της συμμετοχής του ασθενή στο κόστος ως εργαλείου ελέγχου της ζήτησης έχει νόημα μόνο όταν εφαρμόζεται στις υπηρεσίες με τις οποίες ο πολίτης έρχεται σε πρώτη επαφή. Για τις υπηρεσίες στις οποίες παραπέμπεται, η συμμετοχή του ασθενή στο κόστος έχει μικρή επίδραση στην κατανάλωση και επομένως μικρή σημασία από πλευράς αποτελεσματικότητας. Στα συστήματα στα οποία οι προμηθευτές αποζημιώνονται αναδρομικά, οι περικοπές στην κατανάλωση που προέρχεται από την πλευρά του χρήστη θα ενθαρρύνουν τους προμηθευτές να αυξήσουν τον όγκο των παρεχόμενων υπηρεσιών σε κάθε

επαφή με τον ασθενή προκειμένου να διατηρήσουν το εισόδημά τους. Στα συστήματα που οι προμηθευτές πληρώνονται εκ των προτέρων, τα αποτελέσματα του μέτρου εξακολουθούν να είναι οριακά επειδή τα κίνητρα από την πλευρά της προσφοράς είναι αρκετά για συγκρατήσουν την αύξηση των δαπανών.

Χωρίς αντισταθμιστικές διοικητικές διαδικασίες, η συμμετοχή του ασθενή στο κόστος εγείρει ζητήματα ισότητας όσον αφορά στη χρηματοδότηση και στην λήψη των υπηρεσιών υγείας. Αν το μέτρο δεν συνδέεται με το εισόδημα θα επιβάλλει μεγαλύτερο βάρος στα νοικοκυριά με χαμηλό εισόδημα. Επίσης μπορεί να προκαλέσει ανισότητες στην κατανάλωση υπηρεσιών υγείας μειώνοντας την πρόσβαση στους ηλικιωμένους, τους νέους και τους χρονίως πάσχοντες. Η μείωση της κατανάλωσης ή η καθυστέρηση στην προσφυγή στις υπηρεσίες υγείας ενδέχεται να οδηγήσουν σε μείωση του επιπέδου υγείας, ενώ η έγκαιρη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας θα είχε ευεργετικά αποτελέσματα. Είναι, επίσης, γνωστό ότι οι φτωχοί γενικά έχουν χειρότερη υγεία από τους πλούσιους. Σε ένα τέτοιο σχήμα, στην περίπτωση μιας ακριβής ασθένειας οι δαπάνες των φτωχών για την υγεία θα αυξάνονταν πολύ.

Το ποσοστό της συμμετοχής στο κόστος είναι συνήθως χαμηλό για να αποτρέψει επαρκώς τη χρήση. Εναλλακτικά, αν ανέλθει σε ένα αρκετά υψηλό επίπεδο (όπως στη Γαλλία), οι ενδιαφερόμενοι θα αναλάβουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας προκειμένου να καλύψουν την επιβάρυνση, με συνέπεια αυτό το μέτρο να έχει μικρή επίπτωση στη χρήση.

Η επιβάρυνση ανάλογα με το εισόδημα συχνά προτείνεται ως ένας τρόπος που θα κάνει τη συμμετοχή στο κόστος πιο δίκαιη. Η λειτουργία ενός αποτελεσματικού τρόπου εξέτασης της ικανότητας του καθενός να πληρώνει περιστασιακές δαπάνες είναι βέβαια διοικητικά ακριβή και ίσως οδηγήσει σε κοινωνικές αντιπαραθέσεις.⁵⁶

⁵⁶ Mossialos E., Le Grand J. (1997), Health in Transition Profile – United Kingdom, Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

Στην πραγματικότητα όλες οι χώρες της Ε.Ε. χρησιμοποιούν την συμμετοχή του ασθενή στο κόστος προκειμένου να ελέγξουν τις δαπάνες της φαρμακευτικής και της οδοντιατρικής περίθαλψης. Οι περισσότερες από αυτές χρησιμοποιούν επίσης συστήματα συμμετοχής στο κόστος ως μέσο συγκράτησης του κόστους των εξωνοσοκομειακών και των νοσοκομειακών υπηρεσιών, είτε αυξάνοντας την ήδη υπάρχουσα συμμετοχή είτε εισάγοντας την σε υπηρεσίες που παλαιότερα παρέχονταν δωρεάν, ιδιαίτερα κατά τα τέλη της δεκαετίας του '80 και τη δεκαετία του '90 (Πίνακας 7).

Πίνακας 7: Συμμετοχή του ασθενή στο κόστος των ιατρικών επισκέψεων σε γενικούς και ειδικούς γιατρούς, στα Κράτη-Μέλη της Ε.Ε., το 1996.

Βέλγιο (1995)	
Γενικοί γιατροί	7,6% για ανάπηρους, συνταξιούχους, χήρους και ορφανά, των οποίων το εισόδημα είναι χαμηλότερο από ένα προκαθορισμένο όριο. 30% για τις άλλες κατηγορίες. Για επισκέψεις κατ' οίκον: 7,9% για τους ανάπηρους κ.λ.π. και 34,9% για τις άλλες κατηγορίες. 8,45% για τους ανάπηρους κ.λ.π. και 40% για τις άλλες κατηγορίες.
Ειδικοί γιατροί	
Δανία	
Γενικοί γιατροί	Επιπλέον πληρωμές για την Ομάδα 2 των ασθενών (2,5% του πληθυσμού).
Ειδικοί γιατροί	Επιπλέον πληρωμές για την Ομάδα 2 των ασθενών.
Γερμανία	
Γενικοί γιατροί	Τίποτα
Ειδικοί γιατροί	Τίποτα
Ελλάδα	
Γενικοί γιατροί	Τίποτα
Ειδικοί γιατροί	Τίποτα για τους γιατρούς που ασκούν ιατρική στα ιδιωτικά τους ιατρεία.
Ισπανία	
Γενικοί γιατροί	Τίποτα
Ειδικοί γιατροί	Τίποτα
Γαλλία	

Γενικοί γιατροί	30%
Ειδικοί γιατροί	30% (25% για επισκέψεις σε δημόσια νοσοκομεία).
Ιρλανδία	
Γενικοί γιατροί	Κατηγορία 1 ασθενών: τίποτε. Κατηγορία 2: 18,9-25,2 ECU ανάλογα με την περιοχή.
Ειδικοί γιατροί	Κατηγορία 1 και 2: τίποτε. Κατηγορία 2:15,12 ECU για εισαγωγή χωρίς παραπεμπτικό.
Ιταλία	
Γενικοί γιατροί	Τίποτα
Ειδικοί γιατροί	35,7 ECU.
Λουξεμβούργο	
Γενικοί γιατροί	35% συν επιπλέον συμμετοχή στο κόστος 20% για την πρώτη επίσκεψη στο σπίτι μέσα σε τέσσερις εβδομάδες.
Ειδικοί γιατροί	Το ίδιο με τους γενικούς γιατρούς.
Ολλανδία	
Γενικοί γιατροί	Τίποτα
Ειδικοί γιατροί	Τίποτα
Αυστρία	
Γενικοί γιατροί	20% του πληθυσμού(αγρότες, δημόσιοι υπάλληλοι, εργοδότες) πληρώνουν 20%.
Ειδικοί γιατροί	Το ίδιο με τους γενικούς γιατρούς.
Πορτογαλία	
Γενικοί γιατροί	1,87 ECU -3,73 ECU για τις επισκέψεις κατ' οίκον.
Ειδικοί γιατροί	2,48 ECU στα τοπικά νοσοκομεία και 3,73 ECU στα τριτοβάθμια νοσοκομεία.
Φιλανδία	
Γενικοί γιατροί	Δημοτικές υπηρεσίες: μία ετήσια συνδρομή 17,16 ECU ή ένα ποσό για κάθε μία από τις πρώτες τρεις επισκέψεις ή ένα μέγιστο ποσό (8,58 ECU). Σχήμα εθνικής ασφάλισης υγείας: 60% της βασικής αμοιβής των ιδιωτικών γιατρών συν επιπλέον πληρωμές.
Ειδικοί γιατροί	Δημοτικές υπηρεσίες: ένα μέγιστο ποσό (17,16 ECU) ανά

	επίσκεψη. Σχήμα εθνικής ασφάλισης υγείας: 60% της βασικής αμοιβής των ιδιωτικών γιατρών συν επιπλέον πληρωμές.
Σουηδία	
Γενικοί γιατροί	7-16,40 ECU εξαρτάται από το τοπικό συμβούλιο.
Ειδικοί γιατροί	11,75-30,55 για τους ειδικούς νοσοκομειακούς γιατρούς.
Μ.Βρετανία	
Γενικοί γιατροί	Τίποτα
Ειδικοί γιατροί	Τίποτα

Πηγή: Mossialos and LeGrand, 1999

Εντούτοις, παρά την αύξηση της συμμετοχής του ασθενή στο κόστος, αυτή δεν αποτελεί τον πιο σημαντικό μηχανισμό για τον έλεγχο του κόστους. Σε όλες τις χώρες το μέτρο αυτό αποτελεί ζήτημα οξείας αντιπαράθεσης μεταξύ των κομμάτων. Η συμμετοχή του ασθενή στο κόστος αυξάνεται όταν η οικονομική κατάσταση χειροτερεύει και μειώνεται όταν οι προοπτικές της οικονομίας βελτιώνονται. Επιπρόσθετα, η έκταση της εξαρτάται από το πολιτικό κόμμα που είναι κάθε φορά στην εξουσία. Στην πράξη, η έκτασή της είναι μέτρια, με εξαίρεση την Γαλλία και την Πορτογαλία. Στην Γαλλία η συμμετοχή του ασθενή στο κόστος (ticket modérateur) έπαιζε πάντα σημαντικό ρόλο στην ιστορία του γαλλικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Εντούτοις το 83% του πληθυσμού έχει ιδιωτική ασφάλιση υγείας, η οποία καλύπτει όλη ή ποσοστό της επιβάρυνσης του ασθενή, μειώνοντας τα αποτελέσματά του μέτρου. Πιο πρόσφατα, η συμμετοχή στο κόστος έχει παίξει ένα πιο σημαντικό ρόλο, κυρίως ως μέτρο συγκέντρωσης εσόδων, στην Σουηδία, τη Φιλανδία και τη Δανία. Στις δύο πρώτες χώρες, οι ίδιες πληρωμές αυξήθηκαν σημαντικά κατά τη δεκαετία του '90, αλλά η μείωση του αριθμού των υπηρεσιών που αποζημιώνονται ίσως συνέβαλε περισσότερο σ' αυτήν την τάση. Στην Πορτογαλία, όπου έγιναν εμπειρικές μελέτες, η επίδραση της συμμετοχής στο κόστος στη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας αποδείχθηκε αμελητέα. Στην Φιλανδία η μείωση των δαπανών είχε περισσότερο σχέση με τη μείωση της

προσφοράς παρά με παράγοντες που αφορούν στη ζήτηση. Στη Γερμανία, στα πεδία που επεκτάθηκε η συμμετοχή στο κόστος, οι δαπάνες αυξήθηκαν ταχύτερα.

Η μειωμένη συμμετοχή ή η απαλλαγή από το μέτρο εκείνων που έχουν χαμηλό εισόδημα ή άλλων κοινωνικών κατηγοριών ποικίλει μεταξύ των κρατών της Ε.Ε. Κάποια Κράτη-Μέλη όπως η Σουηδία, η Γερμανία, το Βέλγιο, η Φιλανδία, η Ιρλανδία και η Ολλανδία, έχουν εισάγει σχήματα προστασίας του εισοδήματος, θεσπίζοντας όρια σε κάθε μορφή συμμετοχής του ασθενή στο κόστος.

Γενικά, το περιθώριο για αυξήσεις της συμμετοχής στο κόστος βασικών ιατρικών υπηρεσιών ως μέσου ελέγχου του κόστους στην Ε.Ε., φαίνεται να είναι εξαιρετικά περιορισμένο (Mossialos E., Le Grand J., 1997).

10.2. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Το υφιστάμενο υπόδειγμα αποζημίωσης της ΠΦΥ περιλαμβάνει πάγια αντιμισθία για τους ιατρούς των μονάδων του ΕΟΠΥΥ (περίπου 6.600) και του ΕΣΥ (περίπου 3.500) και κατά πράξη και περίπτωση (fee-for service) για τους συμβεβλημένους ιδιώτες. Το σύστημα αυτό συνδέεται με απουσία κινήτρων παραγωγικότητας το πρώτο και ύπαρξη κινήτρων προκλητής ζήτησης το δεύτερο. Επιπλέον, λόγω των διαφορετικών σχέσεων εργασίας στον ΕΟΠΥΥ και το ΕΣΥ, οι αποδοχές είναι διαφορετικές.

Σημειώνεται ότι το μέσο μηνιαίο μισθολογικό κόστος ιατρών ΚΥ/ΠΙ να ανέρχεται στα 9.122.092€, επί συνολικής ετησίας δαπάνης για ΚΥ/ΠΙ 257.009.460€ (στοιχεία ΥΥΚΑ).

10.3. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΕΠΙΛΟΓΗ – ΣΤΟΧΟΣ

Οι ειδικότητες υψηλής επισκεψιμότητας που θα αναλάβουν ρόλο οικογενειακού ιατρού προτείνεται όπως αμειφθούν στη βάση ενός σύνθετου συστήματος το οποίο θα περιλαμβάνει: α) κατά κεφαλήν αμοιβή (capitation) και -επιπλέον- β) αμοιβή στη βάση αποτελεσμάτων και στη βάση της διαχείρισης πολλαπλών προβλημάτων, την υποστήριξη δράσεων πρόληψης κ.λπ. Για τις υπόλοιπες ειδικότητες είναι αναγκαίο να εφαρμοστούν πολιτικές αποζημίωσης στη βάση του όγκου των παρεχόμενων φροντίδων (αντίστροφη σχέση). Σε κάθε περίπτωση, το όλο σύστημα αποζημίωσης θα πρέπει να ενταχθεί στο πλαίσιο ενός συνολικού προϋπολογισμού ΠΦΥ.

Για τη διαμόρφωση του υπολογισμού αυτού, η Επιτροπή προτείνει όπως εφαρμοστεί η πρόταση που περιλαμβάνεται στη μελέτη της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (2012): Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας: το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) και συγκεκριμένα: «Ο καθορισμός του ύψους του ετήσιου σφαιρικού προϋπολογισμού της εκάστοτε περιοχής (πληθυσμός αναφοράς) οφείλει να λαμβάνει υπ' όψιν εκτός του μεγέθους του πληθυσμού και παράγοντες οι οποίοι δύνανται να αντανakλούν την ανάγκη για φροντίδα υγείας και κατ' επέκταση την πρόβλεψη (με βάση τις ιστορικές σειρές δεδομένων) τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας. Η υπόθεση αυτή αποτυπώνεται από την ακόλουθη εξίσωση (η οποία μπορεί να σταθμισθεί, να τροποποιηθεί και να προσαρμοσθεί ειδικότερα).

$$RHE = (P_i \cdot f_i \cdot b_i \cdot a_i \cdot c_{mi} \cdot sm_{ri} / P_n) \cdot THE$$

Όπου:

RHE: κλειστός σφαιρικός προϋπολογισμός περιοχής

P_i : πληθυσμός περιοχής

f_i : πληθυσμός γυναικών περιοχής

b_i : αριθμός γεννήσεων περιοχής

a_i : πληθυσμός άνω των 65 ετών

c_{mi}: πληθυσμός χρονίως πασχόντων περιοχής

sm_{ri}: προτυποποιημένα ηλίκια θνησιμότητας περιοχής

p_n : πληθυσμός χώρας

THE: συνολική δαπάνη υγείας

Πιο αναλυτικά, ο οικογενειακός ιατρός αμείβεται με ένα συγκεκριμένο ποσό για κάθε εγγεγραμμένο ασθενή, ανάλογα με την ηλικία και το φύλο του (π.χ. συνήθως οι ηλικιωμένοι καταλαμβάνουν περισσότερο χρόνο στη συνεδρία) και ανεξάρτητα από τον αριθμό των επισκέψεών του. Επιπλέον προβλέπονται αμοιβές κατά πράξη και πρόσθετες αμοιβές ως κίνητρα καλής πρακτικής (π.χ. 24ωρη κάλυψη αναγκών και κατ' οίκον νοσηλεία, εργασία το Σαββατοκύριακο, διαθεσιμότητα μέσω τηλεφώνου σε υπερωριακή βάση, διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα, υπηρεσία σε δυσπρόσιτες ή γεωγραφικά απομακρυσμένες περιοχές ανεξαρτήτως πληθυσμού, συμμετοχή σε έρευνα και σε δράσεις πρόληψης και προαγωγής της υγείας).

Όσον αφορά στη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων (τα οποία είναι υπεύθυνα για το μεγαλύτερο ποσοστό νοσηρότητας και αναπηρίας στη χώρα μας):

- Κάθε ιατρός μπορεί να αναλάβει συγκεκριμένο αριθμό ασθενών με χρόνια νοσήματα.
- Για τους ασθενείς με χρόνια νοσήματα εισάγονται συγκεκριμένοι δείκτες παρακολούθησης και διατηρείται πληροφορία σχετική με τη φροντίδα και το

κόστος της. Η πληροφορία καταγράφεται με ενιαίο τρόπο από όλους τους ιατρούς.

Επιπλέον, **μπορεί να εισαχθεί στο σύστημα αμοιβής του ένα πρόσθετο ποσό σε περίπτωση ταυτόχρονης διαχείρισης πολλαπλών προβλημάτων υγείας ασθενή στο ίδιο επεισόδιο φροντίδας.**⁵⁷

Επιπρόσθετα, μπορούν να προβλεφθούν «ανταποδοτικά οφέλη» για όλη την ομάδα υγείας της ΠΦΥ για την επίτευξη στόχων σε επίπεδο έκβασης της υγείας του ασθενή και την εξοικονόμηση πόρων. Αναφέρονται ενδεικτικά τα κριτήρια: α) μείωση εισαγωγών και επανεισαγωγών β) πρόοδος στη νόσο και αποφυγή επιπλοκών, γ) μείωση κόστους για φάρμακο, εργαστηριακές εξετάσεις κ.ά.

10.4. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Σύμφωνα με τα ισχύοντα, έχουμε πάγια αντιμισθία στον ΕΟΠΥΥ με δικαίωμα ιδιωτικού έργου, πάγια αντιμισθία στο ΕΣΥ χωρίς δικαίωμα ιδιωτικού έργου και κατά πράξη και περίπτωση με πλαφόν επισκέψεων ανά μήνα για τους ιδιώτες συμβεβλημένους ιατρούς.

⁵⁷ Υπό αυτό το πρίσμα η συνταγογράφηση θα γίνεται μόνο με τη μορφή τρίμηνων συνταγών –προτείνεται η δυνατότητα επανάληψης της συνταγής και από τον νοσηλευτή της ΠΦΥ- και μέσω της ηλεκτρονικής κάρτας του ασθενούς θα καταγράφεται η ανά τακτά διαστήματα επανεκτίμησή του και οι περιπτώσεις Επείγουσας Φροντίδας.

11. ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΠΦΥ - ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

11.1. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Δεν έχει εφαρμοστεί με αποτέλεσμα μια βασική αρχή της ΠΦΥ, σύμφωνα και με τις διεθνείς συστάσεις,⁵⁸ ήτοι ο προσανατολισμός του συστήματος υγείας προς τον πολίτη να μην μπορεί να υλοποιηθεί. Ο κανονισμός παροχών του ΕΟΠΥΥ ουσιαστικά δεν προβλέπει κατ' οίκον νοσηλεία παρά το ότι, όπου έχει εφαρμοστεί, έχει επιφέρει πολύ θετικά αποτελέσματα και σε οικονομικούς όρους.

11.2. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΕΠΙΛΟΓΗ – ΣΤΟΧΟΣ

Άμεση υλοποίηση προγραμμάτων κατ' οίκον νοσηλείας με την ενεργοποίηση του ρόλου του νοσηλευτή ΠΦΥ αλλά και άλλων επαγγελματιών υγείας και με σημείο αναφοράς τον οικογενειακό ιατρό.

Ειδικότερα, αναφέρονται οι κάτωθι κρίσιμοι άξονες:

A) Ομάδα παροχής υπηρεσιών νοσηλείας στο σπίτι

Η ομάδα αυτή αποτελείται κατά κύριο λόγο από τον οικογενειακό γιατρό, τον κοινοτικό νοσηλευτή, τον επισκέπτη υγείας και τον κοινωνικό λειτουργό. Η επιλογή των παραπάνω επαγγελματικών κατηγοριών έγινε με βάση τον χάρτη του ανθρώπινου δυναμικού της χώρας, αλλά και τις διαπιστώσεις από τη διεθνή εμπειρία, ότι τα περισσότερα από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς και χρήζουν νοσηλείας στο σπίτι, μπορούν να αντιμετωπιστούν επαρκώς από επαγγελματίες με λιγότερη εξειδίκευση και ολιστική αντίληψη του ατόμου.

⁵⁸ Staying Close to Home-ARNNL's Recommendations to the Department of Health and Community Services, Long Term Care and Community Support Services Strategy, Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador, September 2010 (<http://www.arnnl.ca/documents/publications/StayingCloseToHome-RecommendationsForLTCCSS-2010.pdf>)

Σε κάθε νέο ασθενή πραγματοποιείται αρχική εκτίμηση της κατάστασης υγείας και καταρτίζεται ατομικό σχέδιο φροντίδας από την ως άνω ομάδα και τον ιατρό της εκάστοτε περιφερειακής δομής ΠΦΥ. Το σχέδιο φροντίδας περιλαμβάνει μεταξύ των άλλων τον τύπο και τη συχνότητα φροντίδας και τους επαγγελματίες που αναλαμβάνουν. Η ομάδα συνεδριάζει σε τακτά διαστήματα για επανεκτίμηση των αναγκών και αναθεώρηση του σχεδίου φροντίδας των ασθενών.

Ο καθένας από τους προαναφερόμενους επαγγελματίες εργάζεται αυτόνομα, αλλά συνεργάζεται με τους υπόλοιπους για πλήρη αντιμετώπιση των προβλημάτων του ασθενή κατά περίπτωση. Επιπλέον για την αντιμετώπιση εξειδικευμένων προβλημάτων είναι απαραίτητη η σύνδεση και συνεργασία με ειδικές υπηρεσίες, όπως είναι οι ειδικοί γιατροί, οι φυσιοθεραπευτές, οι μαίες, οι εργοθεραπευτές, οι λογοθεραπευτές, οι ψυχολόγοι κ.λπ. καθώς και το διασυνδεδεμένο νοσοκομείο.

B) Πρόσβαση στις υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι

Τα παρακάτω αναφερόμενα παραδείγματα στηρίζονται στον τρόπο λειτουργίας διεθνών, πιο αναπτυγμένων συστημάτων παροχής κατ' οίκον νοσηλείας⁵⁹. Ως εκ τούτου, το πλάνο για την πρόσβαση στις υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας, περιλαμβάνει τα εξής:

- Παραπομπή από Κέντρο Υγείας: Ο ασθενής απευθύνεται στο Κέντρο Υγείας (ΚΥ) για το πρόβλημα υγείας του και εφόσον δεν χρήζει νοσοκομειακής περίθαλψης μπορεί η νοσηλευτική του φροντίδα να συνεχιστεί στο σπίτι, από την αρμόδια υπηρεσία.
- Παραπομπή από νοσοκομείο: Ο ασθενής νοσηλεύεται για ένα πρόβλημα υγείας και μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο συνεχίζεται η νοσηλευτική

⁵⁹ Βλ. διαχρονικά: Σουρτζή Π. (1997). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Νοσηλεία στο Σπίτι. Νοσηλευτική 1:24-30, Kalokairinou A., Frounta M., Karagiannis J. et al. (2004), Home Health in Greece. ICUS NURS WEB J, 17:1-9, Jan-March, Danielson E., Krogerus-Therman I., Sivertsen B., Sourtzi P. (2005) Nursing and public health in Europe – a new continuous education programme. International Nursing Review, 52: 32–38 και Kemp, L.A., Harris, E. and Comino, E. (2005) Changes in community nursing in Australia: 1995–2000. Journal of Advanced Nursing, 49(3): 307–14.

του φροντίδα στο σπίτι για όσο διάστημα χρειάζεται, από την αρμόδια υπηρεσία. Η ύπαρξη διαδικασίας διασύνδεσης νοσοκομείου και υπηρεσίας κατ' οίκον νοσηλείας είναι απαραίτητη.

- Παραπομπή από τον οικογενειακό ιατρό: Ο ασθενής παραπέμπεται στην υπηρεσία κατ' οίκον νοσηλείας από τον οικογενειακό γιατρό, όταν διαπιστώνεται τέτοια ανάγκη.
- Παραπομπή από άλλο μέλος της ομάδας ΠΦΥ: Ο νοσηλευτής ΠΦΥ, επισκέπτης υγείας ή άλλο μέλος της ομάδας ΠΦΥ διαπιστώνει το πρόβλημα που χρήζει κατ' οίκον νοσηλείας και παραπέμπει τον ασθενή στην αρμόδια υπηρεσία με τη σύμφωνη γνώμη του οικογενειακού ιατρού.
- Τίθεται σε λειτουργία τηλεφωνική γραμμή σε κάθε ΚΥ για αιτήματα κατ' οίκον φροντίδας. Λειτουργεί καθημερινά σε ώρες λειτουργίας του ΚΥ. Καταγράφονται αρχικά πληροφορίες σχετικά με το αίτημα καθώς και στοιχεία επικοινωνίας του ασθενή, του φροντιστή και του οικογενειακού ιατρού που παρακολουθεί τον ασθενή.

Γ) Ρόλος και καθήκοντα του Νοσηλευτή ΠΦΥ & της υπόλοιπης ομάδας

Η ανάλυση του ρόλου του Νοσηλευτή ΠΦΥ της υπόλοιπης ομάδας ΠΦΥ έχει βασισθεί στην διεθνή εμπειρία προηγμένων χωρών στην παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας.⁶⁰ Ως εκ τούτου προτείνονται τα εξής:

⁶⁰ Βλ. διαχρονικά: WHO (1974) *Community Health Nursing*. World Health Organisation (WHO), Geneva, Kalokairinou A., Frounta M., Karagiannis J. et al. (2004), *Home Health in Greece*. ICUS NURS WEB J, 17:1-9, Jan-March, Danielson E., Krogerus-Therman I., Sivertsen B., Sourtzi P. (2005) *Nursing and public health in Europe – a new continuous education programme*. *International Nursing Review*, 52: 32–38 και Kemp, L.A., Harris, E. and Comino, E. (2005) *Changes in community nursing in Australia: 1995–2000*. *Journal of Advanced Nursing*, 49(3): 307–14, Smith J. (2000) *Community nursing and health care in the twenty-first century*. *Australian Health Review*, 23: 114–121, Tablot, L., and Verrinder, G. (2005) *Promoting Health: The Primary Health Care Approach*, 3rd edition. Elsevier, Sydney, Anderson, D., St. Hilaire, D., Flinter, M., (May 31, 2012) "Primary Care Nursing Role and Care Coordination: An Observational Study of Nursing Work in a Community Health Center" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 17(2), Manuscript 3 και Bucaj A, Kalokerinou A, Sourtzi P (2012). [Considerations on home care in Greece, Italy and Albania: similarities and differences]. *PROFESSIONI INFERMIERISTICHE*, 65(2):81-8. Italian.

- Ο οικογενειακός ιατρός αναλαμβάνει, μεταξύ άλλων: α) την αρχική εκτίμηση της κατάστασης υγείας του ασθενούς, β) την ενημέρωση του ατομικού ιατρικού φακέλου, γ) την κατάρτιση ατομικού σχεδίου φροντίδας και δ) λαμβάνει τακτική ενημέρωση από τους επαγγελματίες της ομάδας υγείας για την πορεία της υγείας του ασθενή με φυσική παρουσία όταν κρίνεται απαραίτητο.
- Ο Νοσηλευτής ΠΦΥ (ή αλλιώς «Κοινοτικός Νοσηλευτής» όπως έχει εγκριθεί ως ειδικότητα από το ΚεΣΥ) συμμετέχει στην:
 - Υλοποίηση προγραμμάτων κατ' οίκον νοσηλείας μέσω των Κέντρων Υγείας.
 - Οργάνωση προγραμμάτων πρόληψης ασθένειας ή αναπηρίας (πρόληψη μεταδοτικών νοσημάτων, ψυχικών νοσημάτων, αλκοολισμού, χρήσης εξαρτισιογόνων ουσιών, προστασία μητέρας και παιδιού κτλ.).
 - Οργάνωση προγραμμάτων προαγωγής υγείας στο σχολείο (σχολική υγιεινή), στους χώρους εργασίας, στα κέντρα φροντίδας ηλικιωμένων και στην κοινότητα καθώς και σε ευπαθείς ομάδες πληθυσμού ή οπουδήποτε αλλού προκύψει αναγκαιότητα.
 - Εκπαίδευση ασθενών με στόχο την αυτοφροντίδα και τη βελτίωση της συμμόρφωσης στην θεραπευτική αγωγή
 - Εκπαίδευση και υποστήριξη φροντιστών: α) στη φροντίδα του ασθενούς, β) στην αντιμετώπιση της συναισθηματικής επιβάρυνσης
 - Συνταγογράφηση υγεινομικού και ανάλωσιμου υλικού. Με τον τρόπο αυτό θα γίνεται πιο άμεση και ευέλικτη η κατ' οίκον φροντίδα ενώ θα αποσυμφορίζεται και το όλο σύστημα της ΠΦΥ καθώς και ο οικογενειακός ιατρός.
 - Συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα που σχετίζονται με τον πληθυσμό που καλύπτει (πχ επιδημιολογική έρευνα).
- Ο κοινωνικός λειτουργός: α) εκτιμά και παρακολουθεί τις κοινωνικές και ψυχοσυναισθηματικές ανάγκες του ασθενούς, β) παρέχει ψυχοκοινωνική

και συμβουλευτική υποστήριξη στον ασθενή και την οικογένειά του, γ) συνεργάζεται και διαμεσολαβεί σε κοινοτικούς και κοινωνικούς φορείς για την κάλυψη των αναγκών του ασθενούς.

- Ο ρόλος του Επισκέπτη υγείας καθορίζεται με το ΠΔ351 (άρθρο 3)/1989 όπου περιγράφονται τα επαγγελματικά δικαιώματα των Επισκεπτών και Επισκεπτριών Υγείας.

Δ) Διασύνδεση με φορείς

- Διασύνδεση με νοσοκομεία: Η ομάδα υγείας για την κατ' οίκον φροντίδα ειδοποιείται από την Κοινωνική Υπηρεσία του νοσοκομείου για ασθενή που χρήζει μετα-νοσοκομειακής φροντίδας κατ' οίκον. Η κάρτα υγείας συνοδεύει τον ασθενή και μεταφέρει χρήσιμη ιατρική πληροφορία για τον ασθενή στην ομάδα υγείας.
- Διασύνδεση με προγράμματα κατ' οίκον φροντίδας των Δήμων: η ομάδα υγείας παραπέμπει ασθενείς στα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» των Δήμων για περαιτέρω ψυχοκοινωνική υποστήριξη και παρακολούθηση μετά το πέρας της θεραπευτικής περιόδου και όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο.

Ε) Εναλλακτική ή μεταβατική επιλογή

Δεδομένου ότι με βάση τα διεθνή standards, η υλοποίηση των παραπάνω στην επικράτεια απαιτεί ενδεδειγμένη προετοιμασία από τις δημόσιες δομές, θα μπορούσε να εξεταστεί εναλλακτικά (ή μεταβατικά) το σενάριο σύναψης συμβάσεων με ιδιώτες (φυσικά πρόσωπα και εταιρείες παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών) μέχρι την πλήρη ανάπτυξη των υπηρεσιών ΠΦΥ. Στην περίπτωση αυτή θα πρέπει:

- α) Να γίνει τιμολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- β) Να γίνει αξιολόγηση των παρόχων και των υπηρεσιών τους από τον ΕΟΠΥΥ με συγκεκριμένα κριτήρια τόσο ως προς την υλικοτεχνική υποδομή του παρόχου όσο και ως προς την επιστημονική επάρκεια του προσωπικού που παρέχει τις συγκεκριμένες υπηρεσίες.

γ) Να συναφθεί σχετική σύμβαση στην οποία θα καθορίζεται με σαφήνεια το είδος των υπηρεσιών που θα παρέχονται, ο μέγιστος αριθμός πράξεων ανά είδος πάθησης κτλ.

δ) Να έχει προηγηθεί παραπομπή θα γίνεται από τον οικογενειακό ιατρό ο οποίος θα έχει και την ευθύνη για την τεκμηρίωση της αναγκαιότητας αγοράς των συγκεκριμένων υπηρεσιών.

11.3. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο (Ν.3235/2004) καλύπτει σε μεγάλο βαθμό τα παραπάνω καθώς προβλέπει τα κάτωθι:

«Άρθρο 3: Ειδικές πρόσθετες υπηρεσίες στα Κέντρα Υγείας

3. Οι μονάδες υγείας της πρώτης παραγράφου του άρθρου αυτού μεριμνούν για την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο σπίτι, για την παροχή υπηρεσιών ημερήσιας νοσηλείας, υπηρεσιών μετανοσοκομειακής φροντίδας και φυσικής αποκατάστασης και αποθεραπείας σε ειδικές κατηγορίες πληθυσμού ή σε ειδικές περιπτώσεις ασθενειών. Οι περιπτώσεις και οι προϋποθέσεις παροχής των υπηρεσιών αυτών, καθώς και το είδος αυτών καθορίζονται αναλόγως των τοπικών και γεωγραφικών συνθηκών με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του οικείου Π.ε.Σ.Υ.Π.

Άρθρο 8: Έργο Νοσηλευτή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

1. Κάθε οικογενειακός ή προσωπικός ιατρός Κέντρου Υγείας του Ε.Σ.Υ. ή των Ο.Κ.Α. συνεπικουρείται στο έργο του από νοσηλευτές και επισκέπτες υγείας που υπηρετούν στα Κέντρα Υγείας αυτά.

2. Οι νοσηλευτές δύνανται να παρέχουν νοσηλευτικές υπηρεσίες και στο σπίτι του ασθενούς σε ειδικές κατηγορίες πληθυσμού ή σε ειδικές περιπτώσεις ασθενειών.

3. Στις περιπτώσεις της παραγράφου 4 του άρθρου 7 του νόμου αυτού, ιδιώτες νοσηλευτές και επισκέπτες υγείας μπορούν να συνεπικουρούν τον οικογενειακό και προσωπικό ιατρό στο έργο του και να παρέχουν υπηρεσίες και στο σπίτι του ασθενούς σε ειδικές κατηγορίες πληθυσμού ή σε ειδικές περιπτώσεις ασθενειών, έπειτα από σχετική απόφαση του ασφαλιστικού οργανισμού του δικαιούχου».

12. ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ - ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

12.1. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Παρά τα τεράστια άλματα που έχουν συντελεστεί με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η σχετική πληροφορία δεν έχει αξιοποιηθεί επαρκώς. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην μπορεί να συγκεντρωθεί η πληροφορία υγείας που αφορά σε κάθε ασφαλισμένο και, επιπλέον, να καθίσταται αδύνατος ο έλεγχος της χρήσης υπηρεσιών υγείας. Επίσης, η μη αξιοποίηση της πληροφορίας μας στερεί τη δυνατότητα να κάνουμε προβολές για τη χρήση υπηρεσιών και τις αντίστοιχες δαπάνες στο μέλλον.

12.2. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΕΠΙΛΟΓΗ – ΣΤΟΧΟΣ

Με σημείο αναφοράς την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, προτείνεται όπως ξεκινήσει άμεσα η προοπτική συγκρότηση ενός ατομικού αρχείου υγείας. Στη συνέχεια, αυτό θα ενσωματωθεί στην κάρτα υγείας και θα διασυνδέεται με τον ηλεκτρονικό φάκελο ασθενούς.⁶¹

Άλλωστε, σύμφωνα και με τη διεθνή εμπειρία όπου η χρήση των νέων τεχνολογιών στην παροχή υπηρεσιών υγείας και ασφάλισης είναι υψίστης σημασίας στο σχεδιασμό των πολιτικών υγείας, η χρήση έξυπνων καρτών (βλ. ενδεικτικά: Γαλλία, κάρτα SESAM Vitale, Γερμανία, κάρτα eGesundheitskarte, Φινλανδία, κάρτα FINEID, Μεγάλη Βρετανία, κάρτες HIC και PDC, Αυστρία, Ιταλία κοκ), αποτελεί βασική προϋπόθεση για την αξιοποίηση των πρώτων. Σε χρήση στην ΕΕ υπάρχει επίσης η μη έξυπνη κάρτα ΕΚΑΑ (Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας), για λήψη υπηρεσιών υγείας σε άλλη χώρα από τη χώρα προέλευσης του κατόχου. Δεδομένου του αυξανόμενου όγκου αυτής της αγοράς, η οποία με στοιχεία της ΕΕ ξεπερνά τα 10 δις € ετησίως και αφορά το 3-4% του πληθυσμού (περίπου 15 εκατ. πολίτες), η αντικατάστασή της από έξυπνη κάρτα είναι πλέον θέμα χρόνου.

⁶¹ Αναλυτικά για τον ηλεκτρονικό φάκελο υγείας στο: Τούντας Γ. (2008), Υπηρεσίες Υγείας, Οδυσσεάς / Νέα Υγεία, Αθήνα.

Η χρήση των έξυπνων καρτών εμφανίζει σημαντικά πλεονεκτήματα.⁶² Συγκεκριμένα μπορούν:

- Να οδηγήσουν στη συγκρότηση Εθνικού Μητρώου Ασφαλισμένων με τη χρήση του ΑΜΚΑ.
- Να συστήσουν από κοινού με την Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση μια ενιαία πλατφόρμα Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης στο χώρο της Υγείας (eHealth), διευκολύνοντας ταυτόχρονα λόγω της αποκτούμενης τεχνογνωσίας, τη δημιουργία εφαρμογών Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης και σε άλλες λειτουργίες του κράτους.
- Να οδηγήσουν στην αναβάθμιση της υπάρχουσας ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε άυλη μορφή.
- Να οδηγήσουν σε ασφαλή πιστοποίηση των χρηστών της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.
- Να βελτιώσουν την ασφάλεια και την ιδιωτικότητα των διακινούμενων πληροφοριών.
- Να μειώσουν τη γραφειοκρατία και τα λειτουργικά κόστη και να αυξήσουν τη διαφάνεια. Επισημαίνεται ότι ο αυτόματος έλεγχος της ασφαλιστικής ικανότητας του ασφαλισμένου σημαίνει κατάργηση της ανάγκης για ετήσια θεώρηση των βιβλιαρίων και άρα της αναγκαστικής προσέλευσης εκατομμυρίων ασφαλισμένων στις υπηρεσίες των ΦΚΑ.
- Να συστήσουν το ασφαλές εργαλείο πρόσβασης, μελλοντικά, σε ηλεκτρονικό φάκελο υγείας, αναγκαίο βήμα για την επίτευξη του διαχρονικού στόχου της φορητότητας των ιατρικών αρχείων.
- Να προσφέρουν ισχυρότερη διασφάλιση της παρουσίας του ασφαλισμένου στα σημεία παροχής υπηρεσιών υγείας, μειώνοντας τη δυνατότητα για πλαστή συνταγογράφηση.

⁶² Αναλυτικά για την κάρτα υγείας, τις εφαρμογές και τα πλεονεκτήματά της, στο: Κούτρας Μ., Πρόταση μεταρρύθμισης της διαχείρισης του ασφαλιστικού δικαιώματος, Αθήνα 2013.

- Να προσφέρουν σημαντικές υπηρεσίες προστασίας της Δημόσιας υγείας μέσω βασικών ιατρικών πληροφοριών που θα περιέχονται σε αυτές (πχ ομάδα αίματος, αλλεργίες σε σκευάσματα, λήψη αντιπηκτικών κοκ).
- Να συνεισφέρουν στοιχεία για την κινητικότητα του πληθυσμού στο πλέγμα της παροχής υπηρεσιών υγείας. Αυτό είναι κεφαλαιώδους σημασίας για την κατανόηση της πλοήγησης των ασφαλισμένων στο σύστημα υγείας στην πράξη και την κατάλληλη προσαρμογή των πολιτικών υγείας.

Ειδικότερα, για την τελευταία επισήμανση, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η επικείμενη ενσωμάτωση στην ελληνική νομοθεσία της Οδηγίας 2011/24/ΕΕ για τη διασυνοριακή περίθαλψη, δηλ. την υγειονομική περίθαλψη που παρέχεται ή συνταγογραφείται σε κράτος μέλος διάφορο από το κράτος μέλος ασφάλισης, επιβάλλει την προσαρμογή της χώρας μας στο νέο περιβάλλον, στο οποίο απαραίτητη είναι η ενίσχυση της συνεργασίας των αρμόδιων για την ηλεκτρονική υγεία αρχών κάθε κράτους μέλους, στο πλαίσιο του εθελοντικού δικτύου eHealth, για την εκμετάλλευση των ευκαιριών που προσφέρει η τεχνολογία στον χώρο της υγείας.

Οι ευκαιρίες που προσφέρονται αφορούν:

- την εξ αποστάσεως παροχή υπηρεσιών,
- τη αξιολόγηση των τεχνολογιών υγείας,
- τον ηλεκτρονικό φάκελο ασθενούς,
- τη διασφάλιση της προστασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα,
 - τη συνεργασία των κρατών μελών ώστε να ληφθούν κοινά μέτρα ταυτοποίησης και πιστοποίησης των χρηστών, μεταξύ των οποίων και η αναγνώριση των συνταγών που έχουν εκδοθεί σε άλλο κράτος μέλος.

Κρίσιμο σημείο αποτελεί η διαμόρφωση ενός Βασικού Ιατρικού Ιστορικού κάθε ασθενή (Patient Summary) ενσωματωμένου στην εφαρμογή ηλεκτρονικής συνταγογράφησης της ΗΔΙΚΑ.

Ήδη έχει ολοκληρωθεί η πρόταση του ευρωπαϊκού έργου ePSOS.⁶³ Η κύρια εφαρμογή του Patient Summary είναι να παρέχει στον επαγγελματία υγείας ένα σύνολο δεδομένων βασικών πληροφοριών για την υγεία του ασθενή, στο σημείο παροχής της φροντίδας, για την αποτελεσματικότερη διαχείριση των προβλημάτων υγείας του ασθενή, με περιεχόμενο:

- γενικές πληροφορίες του ασθενή
- βασικό ιατρικό ιστορικό
- φαρμακευτική αγωγή.

12.3. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο (Ν.3235/2004) καλύπτει σε μεγάλο βαθμό τις προϋποθέσεις ανάπτυξης και λειτουργίας του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου ως εξής:

«Άρθρο 9: Ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος και ηλεκτρονική κάρτα υγείας:

1. Ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος κάθε πολίτη της χώρας αποτελείται από ιατρικές πληροφορίες που παράγονται γι' αυτόν, σε οποιονδήποτε φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας.
2. Σε κάθε Κέντρο Υγείας εγκαθίσταται πλήρης υποδομή για την τήρηση και ενημέρωση στοιχείων του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου και για την πρόσβαση σε στοιχεία τα οποία τηρούνται σε άλλους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας όλων των κατοίκων που υπάγονται σε αυτό. Αντίστοιχη υποδομή οφείλουν να διαθέτουν και τα ιατρεία των ιδιωτών οικογενειακών ή και προσωπικών ιατρών, που έχουν σχετική σύμβαση με ασφαλιστικούς οργανισμούς.
3. Ο οικογενειακός και ο προσωπικός ιατρός υποχρεούται να ενημερώνει τους ηλεκτρονικούς ιατρικούς φακέλους των ασφαλισμένων που τον έχουν επιλέξει με τις πληροφορίες οι οποίες παράγονται από τον ίδιο.
4. Εισάγεται η ηλεκτρονική κάρτα υγείας του πολίτη για τη διευκόλυνση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, την αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών

⁶³ Smart Open Services for European Patients, Open eHealth initiative for a European large scale pilot of patient summary and electronic prescription, EPSOS, 2009.

υγείας και την άμεση εξασφάλιση παροχής αναγκαίων πληροφοριών και δεδομένων σχετικών με την υγεία που αφορούν στον κάτοχο της κάρτας. Η ηλεκτρονική κάρτα υγείας μπορεί να περιέχει και άλλες πληροφορίες που διευκολύνουν την πρόσβαση του πολίτη στις υπηρεσίες υγείας».

13. ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

13.1. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Δεν έχει τεθεί ως προϋπόθεση τόσο για τις δημόσιες όσο και για τις ιδιωτικές δομές με αποτέλεσμα να μην διασφαλίζεται η ποιότητα των παρεχόμενων φροντίδων σε πολλά σημεία του συστήματος. **Επιπλέον, η μη σύνδεση της ποιότητας με το θέμα της αποζημίωσης, δημιουργεί αντικίνητρα για τη βελτίωση του επιπέδου των παρεχόμενων φροντίδων.**

13.2. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΕΠΙΛΟΓΗ – ΣΤΟΧΟΣ

Άμεση θέσπιση στόχων ποιότητας⁶⁴ για όλες τις δομές και σύνδεσή τους τόσο με την αποζημίωση όσο και με τη δυνατότητα περαιτέρω παροχής υπηρεσιών υπό δημόσια κάλυψη.

Οι ενέργειες που απαιτούνται για την υλοποίηση του στόχου είναι οι κάτωθι:

- Καθορισμός φορέα πιστοποίησης για τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ο ρόλος αυτός θα μπορούσε να αναληφθεί από τον ΕΟΠΥΥ.
- Ανάπτυξη συγκεκριμένου συστήματος αξιολόγησης της ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών μέσω θέσπισης κριτηρίων ποιότητας και δεικτών.
- Υιοθέτηση κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών για την φροντίδα υγείας στην ΠΦΥ.

Πιο αναλυτικά περιγράφονται παρακάτω τα κριτήρια προς αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ καθώς και τα προβλεπόμενα στάδια αξιολόγησης των Κέντρων Υγείας:

⁶⁴ Για την επιδίωξη της ποιότητας στην ΠΦΥ υπό το πρίσμα της οικονομικής κρίσης βλ. Lionis Ch., Petelos E., The impact of the financial crisis on the quality of care in primary care: an issue that requires a prompt attention, Quality in Primary Care 2013;21:269–73.

Α) Κριτήρια προς αξιολόγηση: με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία αλλά και την Ελληνική πραγματικότητα, τα παρακάτω κριτήρια αποτελούν βασικές διαστάσεις αξιολόγησης των υπηρεσιών ΠΦΥ:⁶⁵

- Πρόσβαση (access) (πρόσβαση στο σωστό χρόνο και τόπο στις αναγκαίες υπηρεσίες): στο πλαίσιο αυτού του κριτηρίου θα πρέπει να αξιολογείται η προσπελασιμότητα των υπηρεσιών (γεωγραφικά, μέσω τηλεματικών εφαρμογών, έγκαιρη πρόσβαση) καθώς και η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών (24 ώρη λειτουργία-7 ημέρες εβδομαδιαίως, χρόνος αναμονής, σύστημα διευθέτησης ραντεβού, επαρκείς ανθρωπيني πόροι).
- Ισότιμη πρόσβαση (equity), ίση και χωρίς διακρίσεις μεταχείριση των πολιτών όσον αφορά την παροχή ΠΦΥ: στο πλαίσιο αυτό θα πρέπει να διερευνηθούν περιορισμοί οικονομικών πόρων, πρόσβαση του πληθυσμού σε σχέση με την ηλικία, την κοινωνική θέση και το βαθμό αναπηρίας.
- Καταλληλότητα (Appropriateness): παροχή της ενδεδειγμένης φροντίδας, ανάλογα με το είδος της ανάγκης, βάσει τεκμηριωμένων οδηγιών και πρωτοκόλλων. Στο πλαίσιο αυτό θα πρέπει να αξιολογηθεί: α) η ικανότητα του προσωπικού (κατάλληλα επίπεδα γνώσης και δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας για την παροχή της ενδεδειγμένης φροντίδας), η επιστημονική και επαγγελματική τους επάρκεια, καθώς και οι γνώσεις και δεξιότητες όσον αφορά στην άσκηση ΠΦΥ, β) η δυνατότητα για παροχή όλου του φάσματος των υπηρεσιών (προληπτικές, θεραπευτικές και υπηρεσίες

⁶⁵ Βλ. διαχρονικά:: Pink, D. et al (2002) Principles for Best Practice in Clinical Audit. 2002 National Institute for Clinical Excellence. Radcliffe Medical Press Ltd, Organization for Economic Cooperation and Development, OECD (2004a), Health Care Quality Indicators Project, <http://www.oecd.org/>, Organization for Economic Cooperation and Development, OECD (2004b), Towards high performing Health Systems, <http://www.oecd.org/>, Kelley, E. Hurst, J (2006). Health care quality indicators project. Conceptual framework paper. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD Health Working Papers No. 23), Κωσταγιόλας Π., Καϊτελίδου Δ., Χατζοπούλου Μ. (2008) Βελτιώνοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Εκδόσεις Παπασωτηρίου, Αθήνα, Campbell, S. , Roland, O., Quayle, J. A. et al. (1998) Quality indicators for general practice: which ones can general practitioners and health authority managers agree are important and how useful are they? Journal of Public Health Medicine, 1998; 4: 414-421 και Gray, Sir Muir (2010) Right Care. A series of papers for the NHS 4. Doing the right things for patients. Public health commissioning network www.phcn.nhs.uk, 2010.

αποκατάστασης), γ) συντονισμός/συνέχεια των παρεχόμενων υπηρεσιών (συντονισμός της ομάδας ΠΦΥ και όλων των παρεχόμενων υπηρεσιών που προσφέρονται). Θα πρέπει να αξιολογηθεί το σύστημα παραπομπών, ο τρόπος πρόσβασης στις υπηρεσίες ΠΦΥ τόσο στην πρώτη επαφή όσο και στη συνέχεια, η συνέχεια των παρεχόμενων υπηρεσιών και η διασύνδεση με τους άλλους τομείς του συστήματος υγείας (δευτεροβάθμιο, τριτοβάθμιο επίπεδο), η ομαδική – διεπιστημονική προσέγγιση κτλ) και δ) ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών (βαθμός συμμόρφωσης με κλινικές οδηγίες και πρωτοκόλλα).

- Αποτελεσματικότητα (Effectiveness): επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της ΠΦΥ. Απαιτείται θέσπιση συγκεκριμένων κλινικών κριτηρίων για την αξιολόγηση προληπτικών δράσεων, διαχείριση χρονίως πασχόντων, ευπαθών ομάδων πληθυσμού κτλ.
- Ασφάλεια (Safety): αποφυγή ή ελαχιστοποίηση των πιθανών κινδύνων από την εφαρμογή μιας παρέμβασης. Στο πλαίσιο αυτό θα πρέπει να εξετάζεται η ασφαλής τήρηση των ατομικών ιατρικών φακέλων, ο έλεγχος λοιμώξεων, το σύστημα αναφοράς κρίσιμων περιστατικών, η συντήρηση του εξοπλισμού, η ανάπτυξη εργαλείων ελέγχου (κλινικού και μη).
- Ανταποκρισιμότητα και εστίαση στις ανάγκες του χρήστη των υπηρεσιών υγείας (στις ανάγκες του πληθυσμού): ο βαθμός στον οποίο ο χρήστης των υπηρεσιών υγείας τίθεται στο επίκεντρο της φροντίδας και λαμβάνονται υπ' όψιν οι εξατομικευμένες ανάγκες του. Στο πλαίσιο αυτό θα πρέπει να διερευνηθεί α) η αποδοχή (acceptability) των υπηρεσιών υγείας από τους χρηστές (ικανοποίηση των προσδοκιών των χρηστών, της οικογένειας και της κοινότητας από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας), β) οι επικοινωνιακές δεξιότητες του προσωπικού και η ολοκληρωμένη πληροφόρηση προς τους χρήστες, γ) ο σεβασμός της ιδιωτικότητας και η εμπιστευτικότητα των δεδομένων (πχ τρόπος τήρησης προσωπικών δεδομένων), η ικανοποίηση των χρηστών (έρευνες ικανοποίησης).

- Ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας: ικανοποίηση των προσδοκιών των επαγγελματιών υγείας ως προς τις συνθήκες απασχόλησης και το οργανωσιακό κλίμα του οργανισμού.

Β) Στάδια για την πιστοποίηση υπηρεσιών: η πιστοποίηση μπορεί να αφορά στην ανάπτυξη, εφαρμογή και τελικά πιστοποίηση συστημάτων ποιότητας και ασφάλειας. Ιδιαίτερα για τις υπηρεσίες υγείας, τέτοια συστήματα μπορεί να ακολουθούν διεθνή πρότυπα για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, την υγιεινή και ασφάλεια κτλ. Η διαδικασία πιστοποίησης ακολουθεί τέσσερα διαδοχικά κύρια στάδια, τα οποία ενέχουν συγκεκριμένα βήματα και ενέργειες. Για τις ανάγκες πιστοποίησης ορίζεται στον οργανισμό (Κέντρο Υγείας) Υπεύθυνος Ποιότητας.

- Στάδιο 1ο: Προμελέτη πιστοποίησης (Ενδεικτικός χρόνος: 2-3 μήνες): αναπτύσσονται σχετικές μελέτες όπως η ανάλυση χάσματος και μελέτες κόστους-οφέλους, οι οποίες αποδίδουν την απόσταση από την ποιότητα και αναπτύσσονται τα σχέδια ποιότητας.
- Στάδιο 2ο: Προετοιμασία για Πιστοποίηση (Ενδεικτικός χρόνος: 6-9 μήνες): η διοίκηση του ΚΥ πρέπει να κατανοήσει πλήρως τα πιθανά οφέλη που προκύπτουν από την πολιτική για την ποιότητα και να εκπαιδευτεί στα σχετικά με τα συστήματα ποιότητας και την διοίκηση ολικής ποιότητα θέματα.
- Στάδιο 3ο: Πιστοποίηση από αρμόδιο φορέα (Ενδεικτικός χρόνος: 2-3 μήνες): η επιλογή του φορέα πιστοποίησης αποτελεί συνάρτηση της εγκυρότητας του φορέα, και των διαδικασιών αξιολόγησης που αυτός επιβάλλει. Ο φορέας πιστοποίησης μπορεί να είναι ο ΕΟΠΥΥ ή να καθορίζεται από την Υγειονομική Περιφέρεια στην οποία υπάγεται το Κέντρο Υγείας. Εάν το αποτέλεσμα της αξιολόγησης είναι θετικό, ο οργανισμός θα λάβει το σχετικό πιστοποιητικό και το Κέντρο Υγείας θα συμβληθεί με τον ΕΟΠΥΥ. Εάν το αποτέλεσμα είναι αρνητικό, η διαδικασία διακόπτεται από τους αξιολογητές ζητώντας μερική ή ολική ανασκόπηση του σχεδίου. Κατά την περίπτωση αρνητικής αξιολόγησης δίδεται σχετική παράταση για την διεκπεραίωση σχετικών διορθωτικών ενεργειών από την

Υγειονομική Περιφέρεια. Σε περίπτωση μη συμμόρφωσης του Κέντρου Υγείας μέσα στην προθεσμία που έχει καθορισθεί, η Υγειονομική Περιφέρεια οφείλει να υποδείξει άλλον τρόπο για την κάλυψη των αναγκών υγείας των κατοίκων της περιοχής, μέχρις ότου το Κέντρο Υγείας εναρμονιστεί με τους όρους της πιστοποίησης.

- Στάδιο 4ο: Διατήρηση ή αλλαγή του είδους της Πιστοποίησης: ο φορέας πιστοποίησης επιστρέφει σε τακτά χρονικά διαστήματα για την διενέργεια επιθεωρήσεων και την ολική επαναξιολόγηση του οργανισμού κάθε τρία με τέσσερα χρόνια. Στην περίπτωση αλλαγής δραστηριοτήτων του οργανισμού (σε τομείς που δεν καλύφθηκαν από την αρχική αξιολόγηση) το πρότυπο μπορεί να διατηρηθεί ή να αλλαχθεί το είδος της πιστοποίησης ή να διευρυνθεί η εφαρμογή των σχετικών προτύπων στον οργανισμό.

Γ) *Μεθοδολογία εκτίμησης της ποιότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ*: η Επιτροπή προτείνει την αξιοποίηση της εμπειρίας της Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης.

13.3. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο (Ν.3235/2004) καλύπτει σε μεγάλο βαθμό τις απαιτήσεις πιστοποίησης και διασφάλισης της ποιότητας.⁶⁶ Ωστόσο, κρίνεται αναγκαία η προσαρμογή του με βάση τις σύγχρονες εξελίξεις όσον αφορά στις διαδικασίες πιστοποίησης. Συγκεκριμένα προβλέπεται:

«Άρθρο 12: Περιεχόμενο πιστοποίησης:

Τα Κέντρα Υγείας πιστοποιούνται κατά τη διαδικασία των άρθρων 13 και επόμενα, με βάση τα εξής κριτήρια:

- α. ιατρική υποδομή και εξοπλισμός,
- β. ξενοδοχειακή υποδομή και εξοπλισμός,
- γ. υποδομή μηχανογράφησης,

⁶⁶ Σημειώνεται ότι οι συμβάσεις που έχει συνάψει ο ΕΟΠΥΥ με ιδιώτες παρόχους υπηρεσιών υγείας, προβλέπουν ότι η πιστοποίηση της ποιότητας συνιστά προαπαιτούμενο για τη συνέχιση της συνεργασίας.

- δ. στελέχωση τόσο όσον αφορά τον αριθμό του προσωπικού όσο και τα απαιτούμενα ειδικότερα προσόντα και την εξειδίκευσή του,
- ε. τήρηση των υγειονομικών διατάξεων και των μέτρων προστασίας των εργαζομένων και των ασθενών,
- στ. διαδικασίες πρόσβασης,
- ζ. ποιότητα έργου και εξυπηρέτηση κοινού,
- η. διασύνδεση των φορέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας τόσο μεταξύ τους όσο και με φορείς παροχής νοσοκομειακής περίθαλψης,
- θ. ποιότητα τήρησης διαδικασιών.

Άρθρο 13: Φορέας πιστοποίησης:

1. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται ο φορέας πιστοποίησης των Κέντρων Υγείας του Ε.Σ.Υ. και των Ο.Κ.Α.. Ο φορέας αυτός δύναται να ενεργεί τακτικούς και έκτακτους ελέγχους, επιτόπιες μεταβάσεις, καθώς και να χρησιμοποιεί κάθε πρόσφορο και αναγκαίο μέσο για την άσκηση των καθηκόντων του.

Άρθρο 14: Συνέπειες πιστοποίησης:

1. Σε περίπτωση που ο φορέας πιστοποίησης του προηγούμενου άρθρου διαπιστώσει ότι Κέντρο Υγείας του Ε.Σ.Υ., το οποίο βρίσκεται υπό διαδικασία πιστοποίησης ή έχει ήδη πιστοποιηθεί αλλά επανελέγχεται, δεν πληροί τα κριτήρια του άρθρου 12 του παρόντος νόμου, ενημερώνει άμεσα τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, ο οποίος καθορίζει την προθεσμία συμμόρφωσης του Κέντρου Υγείας του Ε.Σ.Υ. από τη διαπίστωση της παράβασης. Στην περίπτωση των Κέντρων Υγείας των Ο.Κ.Α., η προθεσμία συμμόρφωσης καθορίζεται από κοινού από τους Υπουργούς Υγείας και Πρόνοιας και Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

2. Σε περίπτωση μη συμμόρφωσης του Κέντρου Υγείας μέσα στην ταχθείσα προθεσμία, ο φορέας διοικητικής υπαγωγής οφείλει να υποδείξει άλλον τρόπο για την κάλυψη των αναγκών υγείας των κατοίκων της περιοχής, μέχρις ότου το Κέντρο Υγείας εναρμονιστεί με τους όρους της πιστοποίησης».

14. ΕΠΟΜΕΝΗ ΗΜΕΡΑ

14.1. ΘΕΣΜΙΚΕΣ ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ

1.- Ο ν. 3235/2004 σχετικά με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), αποτέλεσε μια αυτοτελή ρύθμιση της ΠΦΥ, την οποία επιχείρησε να εξορθολογήσει και να της δώσει ένα πλουραλιστικό χαρακτήρα, αναφορικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες, αξιοποιώντας τις υφιστάμενες υποδομές τόσο των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας του Ε.Σ.Υ. όσο και των πολυϊατρείων και των τοπικών ιατρείων των ασφαλιστικών οργανισμών.⁶⁷ Αφετηριακή θέση του νόμου αποτέλεσε το ότι το κράτος οφείλει να είναι ο εγγυητής μιας επαρκούς δέσμης υπηρεσιών υγείας, εξασφαλίζοντας παράλληλα τη συνέχειά τους. Προτεραιότητα δράσης της πολιτείας αποτελεί η διασφάλιση της ισότιμης και ελεύθερης πρόσβασης στις ακόλουθες υπηρεσίες: (α) υγείας που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα, (β) πρόληψης νοσημάτων και προαγωγής υγείας, (γ) οικογενειακού προγραμματισμού, (δ) οδοντιατρικής φροντίδας με έμφαση στην προληπτική οδοντιατρική, (ε) μετανοσοκομειακής φροντίδας και αποκατάστασης, (στ) παρακολούθησης της κατάστασης της υγείας χρονίως πασχόντων, για τους οποίους δεν απαιτείται νοσηλεία σε νοσοκομείο και (ζ) κοινωνικής φροντίδας.

Έτσι, το σύστημα παροχής ΠΦΥ, αποσκοπεί στην ικανοποίηση των παρακάτω αρχών: (α) της συνέχειας στη φροντίδα, επιτρέποντας τη διαχείριση οξέων και χρόνιων προβλημάτων υγείας από τον ίδιο ιατρό ή ομάδα υγείας στη διάρκεια του χρόνου, (β) της ολοκληρωμένης φροντίδας, δηλαδή της διαχείρισης των πιο συχνών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας καθώς και των πιο σημαντικών παραγόντων κινδύνου, στο ιδιαίτερο περιβάλλον του ασθενούς και (γ) του προσανατολισμού στον ασθενή και στην οικογένειά του, μέσω μιας συντονισμένης και ελεγχόμενης κίνησης των ασθενών μέσα στο σύστημα.

⁶⁷ Τσαντίλας Π. (2008), Ευρωπαϊκό και εθνικό δίκαιο της υγείας, Σάκκουλας.

Στην κατεύθυνση αυτή, δεν απαιτούνται σημαντικές νομοθετικές αλλαγές στο υφιστάμενο νομοθετικό πλαίσιο που έθεσε ο ν. 3235/2004.

Οι προτεινόμενες οργανωτικές «ανακατατάξεις» στην υφιστάμενη δομή του συστήματος υγείας και ειδικότερα του υποσυστήματος της ΠΦΥ απαιτούν, κατ' αρχάς, την **τροποποίηση των διατάξεων των νόμων εκείνων που αφορούν στη διοικητική οργάνωση, τη λειτουργία και τις αρμοδιότητες της ΠΦΥ, του ΕΟΠΥΥ και υφιστάμενων κλάδων υγείας ασφαλιστικών φορέων, αλλά και της νομοθεσίας περί (ηλεκτρονικής) συνταγογράφησης.**

Ειδικότερα, στον ν. 3235/2004 προβλέπεται η ενοποίηση των υπηρεσιών ΠΦΥ, καθώς οι μονάδες πρωτοβάθμιας υγείας που ανήκουν στους ασφαλιστικούς οργανισμούς μετονομάζονται σε κέντρα υγείας του ασφαλιστικού οργανισμού ενώ καθορίζονται ενιαίοι όροι και προϋποθέσεις για την ίδρυση νέων κέντρων υγείας του Ε.Σ.Υ. και των ασφαλιστικών οργανισμών. Επιπλέον, δίδοντας έμφαση στη συλλογή και διαχείριση των ιατροασφαλιστικών πληροφοριών, ο νόμος προβλέπει σύστημα προγραμματισμού επισκέψεων ενώ νομοθετικό έρεισμα αποκτούν και οι υπηρεσίες τηλεϊατρικής υποστήριξης της κλινικής απόφασης. Για την εξυπηρέτηση του πολίτη αλλά και την ουσιαστική λειτουργία της ΠΦΥ ως «πρώτου σημείου επαφής του πολίτη με το σύστημα», προβλέπεται η ολόημερη λειτουργία των κέντρων υγείας του Ε.Σ.Υ. αλλά και των ασφαλιστικών ταμείων, η οποία θα αποτρέψει τον πολίτη από την απευθείας κατεύθυνσή του στις νοσοκομειακές υπηρεσίες τις ώρες εκτός ωραρίου. Είναι ευνόητο ότι **στα σημεία αυτά απαιτούνται ορισμένες τροποποιήσεις του νόμου με νεώτερες διατάξεις νόμου.**

2.- Επίσης, με τον ν. 3235/2004 καθιερώθηκε ο **προσωπικός-οικογενειακός ιατρός** για όλους τους πολίτες. Ο θεσμός αυτός –η λειτουργία του οποίου προϋποθέτει την **έκδοση ορισμένων υπουργικών αποφάσεων υλοποίησης**, εντός της υφιστάμενης νομοθετικής εξουσιοδότησης- μπορεί να επιφέρει μια ουσιαστική αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ και ειδικότερα όσον αφορά: στην

παροχή ολοκληρωμένης και συνεχούς ιατρικής φροντίδας, στη δημιουργία και τήρηση φακέλων ιατρικού ιστορικού, στη βελτίωση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας για το σύνολο των πολιτών, στην απόδοση πρόσθετης βαρύτητας στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας και στον εξορθολογισμό της δαπάνης για νοσοκομειακές και άλλες εξειδικευμένες υπηρεσίες, καθώς και στον περιορισμό της αλόγιστης συνταγογράφησης. Ο οικογενειακός και ο προσωπικός ιατρός έχουν τις εξής αρμοδιότητες: (α) να παρέχουν υπηρεσίες ΠΦΥ της ειδικότητάς τους, (β) να διαχειρίζονται το τμήμα του ιατρικού φακέλου που διατηρείται στο οικείο Κέντρο Υγείας και (γ) να παραπέμπουν σε άλλον ιατρό, καθώς επίσης και σε νοσηλευτική μονάδα (**άρθρο 7 παρ.8 του Ν.3235/2004**).

3.- Κατά κανόνα και υπό τις επιφυλάξεις ορισμένων διατάξεων της νομοθεσίας, **κάθε πολίτης διατηρεί το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής του προσωπικού ιατρού, καθώς και της ελεύθερης αλλαγής του μέσα από ορισμένη διαδικασία.** Η επιλογή αυτή γίνεται σύμφωνα με κάποια κριτήρια διαθεσιμότητας των προσωπικών ιατρών κυρίως της γεωγραφικής εγγύτητας αλλά και του «διαθέσιμου» του ιατρού να ενσωματώσει στον κατάλογο ασθενών του κάποιον πολίτη, χωρίς σε καμία περίπτωση να προσβάλει το δικαίωμα του ιατρού να αρνηθεί για σοβαρούς και αιτιολογημένους λόγους την εγγραφή ασθενούς στον κατάλόγό του. **Η διαδικασία αυτή επίσης απαιτεί νομοθετική πρόβλεψη.**

4.- Σε άμεση συνάφεια με τη λειτουργία του θεσμού του προσωπικού ιατρού, ο νόμος τοποθετεί δύο συμπληρωματικές παραμέτρους: (α) τη λειτουργία του θεσμού του νοσηλευτή ΠΦΥ και (β) τη λειτουργία του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου του ασθενούς. Αναφορικά με την πρώτη παράμετρο, ακολουθώντας τα ευρωπαϊκά πρότυπα οργάνωσης και παροχής ΠΦΥ και κυρίως το πρότυπο του βρετανικού National Health Service (NHS), ο νόμος προβλέπει ότι ο προσωπικός ιατρός θα συνεπικουρείται στο έργο του από το νοσηλευτή ΠΦΥ. Η δεύτερη παράμετρος είναι άμεσα συνυφασμένη με την ύπαρξη του προσωπικού ιατρού ο οποίος είναι και ο κατ' εξοχήν αρμόδιος για την ορθή τήρησή του. Η σημασία του ιατρικού φακέλου έχει υπογραμμιστεί τόσο στη θεωρία όσο και στην πράξη, καθώς

αποτελεί το μοναδικό εργαλείο που ακολουθεί τον ασθενή, όπου και αν αυτός κατευθύνεται μέσα στο σύστημα υγείας και μπορεί να παρέχει με ακρίβεια την ολοκληρωμένη εικόνα της κατάστασης υγείας του. Η ενίσχυση της λειτουργικότητας του, μέσα από τη διασύνδεσή του με τα ιατρεία των προσωπικών ιατρών και τα νοσοκομεία, σε συνδυασμό με την ηλεκτρονική κάρτα υγείας του ασθενούς που συμπληρωματικά κατοχυρώνει ο νόμος, μπορούν να αποτελέσουν τα εχέγγυα για τη διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης του πολίτη στις κατάλληλες υπηρεσίες ολοκληρωμένης και συνεχούς φροντίδας, τη βελτίωση της ανταποκρισιμότητας του συστήματος στις ανάγκες υγείας των πολιτών και την αυτοματοποίηση των διαδικασιών καταγραφής των κλινικών και εργαστηριακών πληροφοριών, οι οποίες είναι απαραίτητες σε κάθε επαφή των πολιτών με τις υπηρεσίες υγείας, αλλά κυρίως στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας του νέου συστήματος. Στο πλαίσιο αυτό, υπογραμμίζεται από το νόμο με ιδιαίτερη βαρύτητα, η σημασία της διαφύλαξης της εμπιστευτικότητας των πληροφοριών, ιατρικής κυρίως φύσης που το σύστημα συλλέγει. Στο πνεύμα της προστασίας των δικαιωμάτων του πολίτη, ο νόμος προβλέπει επίσης ένα αυστηρό πλαίσιο ποινικών κυρώσεων για τις περιπτώσεις παραβίασης των κανόνων προστασίας που θεσπίζει. **Οι σχετικές νομοθετικές ρυθμίσεις θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους και τους όρους και τις προϋποθέσεις που απορρέουν από την εφαρμογή της νομοθεσίας περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (ν. 2472/1997).**

5.- Η 24ωρη λειτουργία των μονάδων και η διαμόρφωση ενός αισθήματος ενιαίων κανόνων για όλους, προτείνεται ανωτέρω όπως εξομοιωθεί -για όσους το επιθυμούν- το πλαίσιο εργασίας στις νέες μονάδες ΠΦΥ. Στο πλαίσιο αυτό προτείνεται ως πιο ενδεδειγμένη η κάτωθι δέσμη επιλογών: α) να μετατραπούν οι συμβάσεις εργασίας των ιατρών του ΕΟΠΥΥ σε πλήρους απασχόλησης και β) να δοθεί το δικαίωμα της λειτουργίας ιδιωτικού ιατρείου και στους ιατρούς του ΕΣΥ που το επιθυμούν. Οι ως άνω παρεμβάσεις **απαιτούν αλλαγή του υφιστάμενου νομοθετικού πλαισίου.**

6.- Συνεπώς, μέσω του **ενιαίου συντονισμού των δομών του συστήματος και των διαδικασιών πρόσβασης σε αυτές**, διασφαλίζεται το δικαίωμα της ίσης πρόσβασης σε ίδιες –και επαρκείς– φροντίδες για όλους τους πολίτες. Με τον τρόπο αυτό αντιμετωπίζεται το πρόβλημα το οποίο χαρακτηρίζει για πολλές δεκαετίες την ΠΦΥ στη χώρα, λόγω της ύπαρξης πολλών φορέων και υπηρεσιών, οι οποίες λειτουργούν χωρίς συντονισμό με αποτέλεσμα να παρατηρούνται είτε κενά είτε επικαλύψεις στην παροχή τους. Επιπλέον αποκαθίσταται η συνέχεια της φροντίδας, ενώ ταυτόχρονα εισάγονται φραγμοί στο σύστημα, οι οποίοι δεν βασίζονται σε περιοριστικές λογικές (π.χ. gate keeping) αλλά στη βελτίωση των υφιστάμενων δομών και των συνθηκών παροχής των φροντίδων. Ουσιαστικά, η επιλογή της λειτουργικής παρέμβασης στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ που ο ν. 3235/2004 είχε ως στόχο, συνιστά μια ρεαλιστική λύση. Θα μπορούσε μάλιστα να τεθεί υπό υλοποίηση δεδομένου ότι αξιοποιεί τις υφιστάμενες υποδομές και διατηρεί τουλάχιστον αρχικά το υφιστάμενο χρηματοδοτικό πλαίσιο με αποτέλεσμα να έχει μεγαλύτερες πιθανότητες εξασφάλισης κοινωνικής συναίνεσης και στήριξης αποφεύγοντας ανατροπές με αβέβαια αποτελέσματα. Ο εν λόγω νόμος θα μπορούσε επίσης να αποτελέσει τον «προπομπό» μιας ριζικής διοικητικής τομής στο σύστημα, προκειμένου τερματιστεί ο κατακερματισμός και να δημιουργηθεί ένα ενιαίο σύστημα τόσο σε επίπεδο χρηματοδότησης όσο και σε επίπεδο παροχής υπηρεσιών, **μέσω μιας νέας νομοθετικής ρύθμισης.**

7.- Ειδικότερα, όσον αφορά την **Τοπική Αυτοδιοίκηση** και τη συμμετοχή της στο σύστημα ΠΦΥ, παρατηρούμε τα εξής:

Στο άρθρο 17 παρ. 19 του π.δ/τος 95/2000 (ΦΕΚ Α', 76) «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας» ορίζεται ότι: «Διεύθυνση Αγωγής Υγείας και Πληροφόρησης ... Η πραγματοποίηση συνεδρίων, ημερίδων και λοιπών εκδηλώσεων αγωγής υγείας ...». Εξάλλου, ο ν. 3235/2004 «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» (ΦΕΚ Α', 53) ορίζει στο άρθρο 1 παρ. 3 ότι: «Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνει: α) ... β) την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών και το σχεδιασμό και υλοποίηση μέτρων για την πρόληψη των νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας ...» και στο άρθρο 2 παρ. 1 ότι: «α. ... δ. Τις μονάδες παροχής

υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης». Περαιτέρω, ο ν. 3463/2006 «Κώδικας Δήμων και Κοινοτήτων» (ΦΕΚ Α΄, 114) ορίζει στο άρθρο 75 ότι: «Οι αρμοδιότητες των Δήμων και Κοινοτήτων αφορούν κυρίως τους τομείς: ... ε) Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης στον οποίο περιλαμβάνεται ιδίως ... 1. ... 2. Η εφαρμογή πολιτικών ή συμμετοχή σε δράσεις και προγράμματα που στοχεύουν στη μέριμνα και φροντίδα ευπαθών κοινωνικών ομάδων με την παροχή υπηρεσιών υγείας ...». Από τις παραπάνω διατάξεις συνάγεται ότι η ενημέρωση του κοινού σε θέματα υγείας (προληπτική ιατρική κ.λπ.) συνιστά κατ' αρχήν κρατική αρμοδιότητα, επιτρέπεται όμως επικουρικά και η δραστηριοποίηση των Δήμων στα θέματα αυτά η οποία άλλωστε λόγω και της εγγύτητας του θεσμού της τοπικής αυτοδιοίκησης έναντι των πολιτών είναι σε πολλές περιπτώσεις πιο αποτελεσματική. Περαιτέρω, στην παρ. 3 του άρθρου 158 του ν. 3463/2006 «Κώδικας Δήμων και Κοινοτήτων» (ΦΕΚ Α΄ 114), όπως αυτή τροποποιήθηκε με τις παρ. 2 και 3 του άρθρου 25 του ν. 3202/2003 (ΦΕΚ Α΄, 284), ορίζεται ότι: «4. Πιστώσεις που είναι γραμμένες στους οικείους κωδικούς αριθμούς του προϋπολογισμού του δήμου ή της κοινότητας, μπορεί να διατεθούν, με απόφαση του δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου, για την πληρωμή δαπανών, που αφορούν: α) εθνικές ή τοπικές γιορτές ή άλλες ιδίως πολιτιστικές, μορφωτικές, ψυχαγωγικές και αθλητικές εκδηλώσεις, συνέδρια και συναντήσεις που οργανώνει ο δήμος ή η κοινότητα, εφόσον σχετίζονται με την εδαφική του περιφέρεια και συνδέονται με την προαγωγή των κοινωνικών και οικονομικών συμφερόντων ή των πολιτιστικών και πνευματικών ενδιαφερόντων των δημοτών του και β) όμοιες εκδηλώσεις που οργανώνουν άλλοι φορείς και συμμετέχει ο δήμος ή η κοινότητα». Από τις ανωτέρω διατάξεις, καθώς και από την «αυστηρή και περιοριστική» νομολογία ιδίως του Ελεγκτικού Συνεδρίου, όσον αφορά την έγκριση δαπανών ΟΤΑ για δράσεις προληπτικής ιατρικής κλπ, συνάγεται ότι θα χρειαστεί επίσης **νομοθετική ρύθμιση της αρμοδιότητας των ΟΤΑ να συμμετέχουν στο δίκτυο της ΠΦΥ.**

8.- Τα ειδικότερα ζητήματα ίδρυσης, κατάργησης, συγχώνευσης κλπ Κέντρων Υγείας ή άλλων δομών ΠΦΥ, σύστασης και μετατροπής θέσεων προσωπικού, καθώς

και τα ζητήματα προμήθειας ιατρικού και άλλου εξοπλισμού, δημοπράτησης έργων, κλπ., **μπορούν να ρυθμιστούν εντός νομοθετικής εξουσιοδότησης με σχετικές υπουργικές αποφάσεις.**

9.- Ιδιαίτερη **νομοθετική μέριμνα** θα πρέπει να ληφθεί αναφορικά με την ίδρυση και τη λειτουργία υγειονομικών μονάδων πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης εκτός νοσοκομείων, προκειμένου να διασφαλιστεί η τήρηση της νομοθεσίας σχετικά με την **καταλληλότητα των κτιρίων που φιλοξενούν τέτοιες δομές, με τη χρήση γης και τον πολεοδομικό σχεδιασμό.** Ενδεικτικά αναφέρουμε το παράδειγμα των Μονάδων Χρόνιας Αιμοκάθαρσης (ΜΧΑ), για τις οποίες είχε εκδοθεί απόφαση του Υφυπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με την οποία χορηγήθηκε έγκριση σκοπιμότητας για την ίδρυση και λειτουργία ΜΧΑ εκτός νοσοκομείων και κλινικών, καθώς και της απόφασης του Νομάρχη, με την οποία χορηγήθηκε άδεια ίδρυσης της ΜΧΑ σε συγκεκριμένα ακίνητα. Επισημαίνουμε ότι η νομιμότητα της ίδρυσης και της λειτουργίας ΜΧΑ συναρτάται με την εγκατάσταση της μονάδας σε συγκεκριμένο ειδικό κτίριο αποκλειστικής χρήσης, η ακριβής θέση του οποίου πρέπει να γνωστοποιείται στις αρμόδιες διοικητικές αρχές, καθώς και με τις χρήσεις γης στην περιοχή, που ελέγχονται από τις αρχές αυτές σε όλα τα στάδια χορήγησης των σχετικών αδειών. Οι ΜΧΑ που ιδρύονται εκτός νοσοκομείων και κλινικών είναι υγειονομικές μονάδες πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης και σε αυτές εκτελούνται ιατρικές πράξεις, οι οποίες συνεπάγονται σημαντικούς κινδύνους εμφάνισης οξέων προβλημάτων στους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και για αυτό απαιτείται σύνδεση με τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. της περιοχής τους, που διαθέτουν αντίστοιχες μονάδες τεχνητού νεφρού. Θα πρέπει συνεπώς να ρυθμιστούν νομοθετικά, αφενός, τα κριτήρια που πρέπει να πληρούν τα κτίρια εγκατάστασης τέτοιων μονάδων, αφετέρου δε, η χρήση γης που συντελείται σε περίπτωση εγκατάστασης και λειτουργίας ΜΧΑ υπάγεται στην κατηγορία των κτιρίων περίθαλψης και η εγκατάσταση και λειτουργία ΜΧΑ δεν είναι επιτρεπτή σε περιοχές γενικών πολεοδομικών σχεδίων που έχουν χαρακτηριστεί ως ζώνες αμιγούς κατοικίας ή άλλης κατηγορίας χρήσεων γης, στην οποία δεν επιτρέπεται η εγκατάσταση κτιρίων περίθαλψης, αλλά μόνο σε περιοχές

που χαρακτηρίζονται ως ζώνες «κοινωνικών εξυπηρετήσεων». **Ο καθορισμός των ζωνών αυτών αποτελεί αρμοδιότητα του πολεοδομικού νομοθέτη.** Οι ΜΧΑ, κατά τη νομολογία του Συμβουλίου της Επικρατείας, δεν μπορούν να υπαχθούν στην ειδική πολεοδομική χρήση των κτιρίων κοινωνικής πρόνοιας και συγκεκριμένα στην έννοια των «υγειονομικών κέντρων», αφού αποτελούν ειδικά κτίρια περίθαλψης.

10.- Συνεπώς, σε νομοτεχνικό επίπεδο απαιτούνται ορισμένες «στοχευμένες» νομοθετικές παρεμβάσεις, καθώς το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο που παρέχει ιδίως ο ν.3235/2004 δεν απαιτεί κάποια ευρεία μεταρρύθμιση, παρέχει δε τις απαραίτητες νομοθετικές εξουσιοδοτήσεις για τη ρύθμιση ειδικών και λεπτομερειακών ζητημάτων.

14.2. ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟΙ ΠΟΡΟΙ

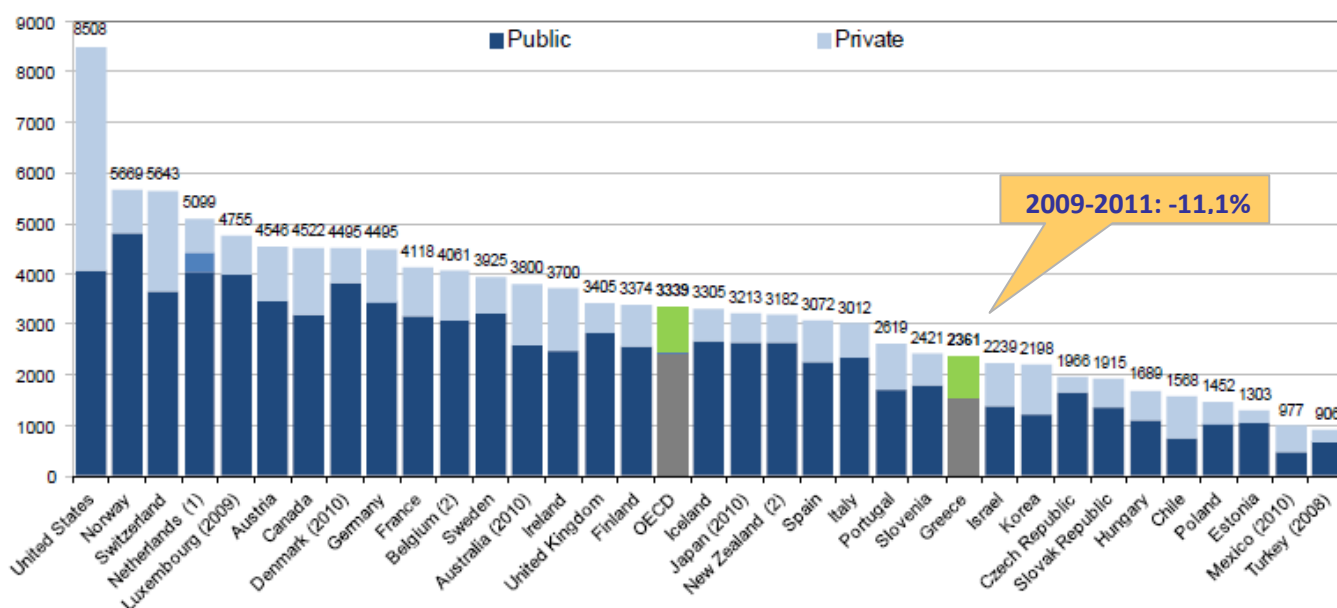
Η σύνταξη της παρούσας πρότασης έγινε με γνώμονα την καλύτερη δυνατή κάλυψη των αναγκών υγείας των πολιτών, λαμβάνοντας υπόψη το ασφυκτικό οικονομικό περιβάλλον. **Έχει ως χρηματοδοτική αφετηρία τους σφαιρικούς και στη συνέχεια τους περιφερειακούς προϋπολογισμούς** και, υπό την έννοια αυτή, «επιτρέπει» τη διαφοροποίηση των κατά κεφαλήν αμοιβών κατά περιφέρεια, ανάλογα με τη σχέση προσφοράς και ζήτησης – ανάγκης.

Ωστόσο, δεδομένης της φύσης των αναγκών υγείας, ήτοι της αβεβαιότητας και του απρόβλεπτου χαρακτήρα τους, είναι ίσως πιο κρίσιμο να υπογραμμιστεί ότι ανεξάρτητα από τον ορθολογικό τρόπο διαχείρισης των πόρων, οι διεθνείς συγκρίσεις και οι τάσεις στα μεγέθη της χώρας τα τελευταία χρόνια (Διαγράμματα 12 και 13), υποδεικνύουν την **ανάγκη για επαναπροσδιορισμό κάποιων στόχων δαπάνης του συστήματος υγείας.**

Άλλωστε, **η Ελλάδα έχει πλέον κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας κατά 1.000 € λιγότερα από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ** αν και ως % του ΑΕΠ η διαφορά φαίνεται ακόμα μικρή. Ωστόσο, πρέπει να γίνει κατανοητό ότι ο δείκτης που συνδέει τη δαπάνη υγείας με το ΑΕΠ δεν είναι αξιόπιστος λόγω της διαρκούς ύφεσης που είχε

ως αποτέλεσμα τη μείωση του ΑΕΠ κατά 25%. Περαιτέρω μείωση δεν θεωρείται ούτε εφικτή ούτε “ωφέλιμη”, καθώς η κατά κεφαλήν δημόσια δαπάνη για την υγεία εκτιμάται ότι προσεγγίζει τα επίπεδα του 2004, έχοντας πλέον μία από τις χαμηλότερες τιμές στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

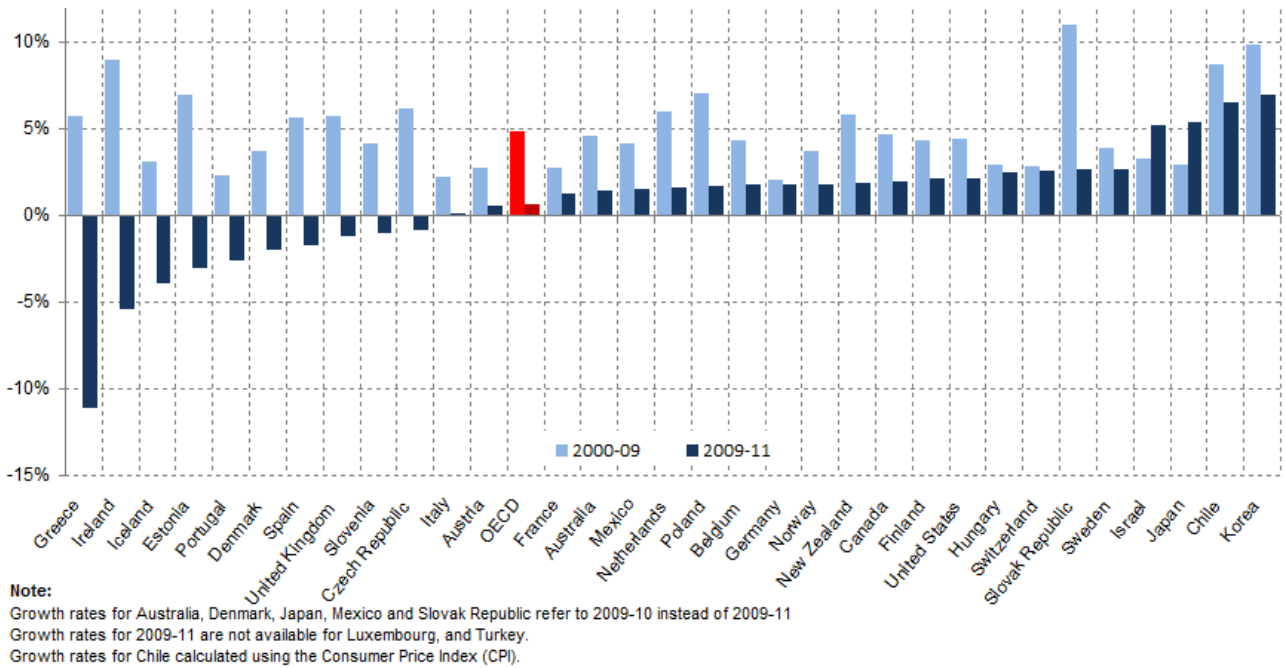
Διάγραμμα 12: Κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας στον ΟΟΣΑ σε όρους κοινής αγοραστικής δύναμης, 2011



Πηγή: OECD Health Data 2013.

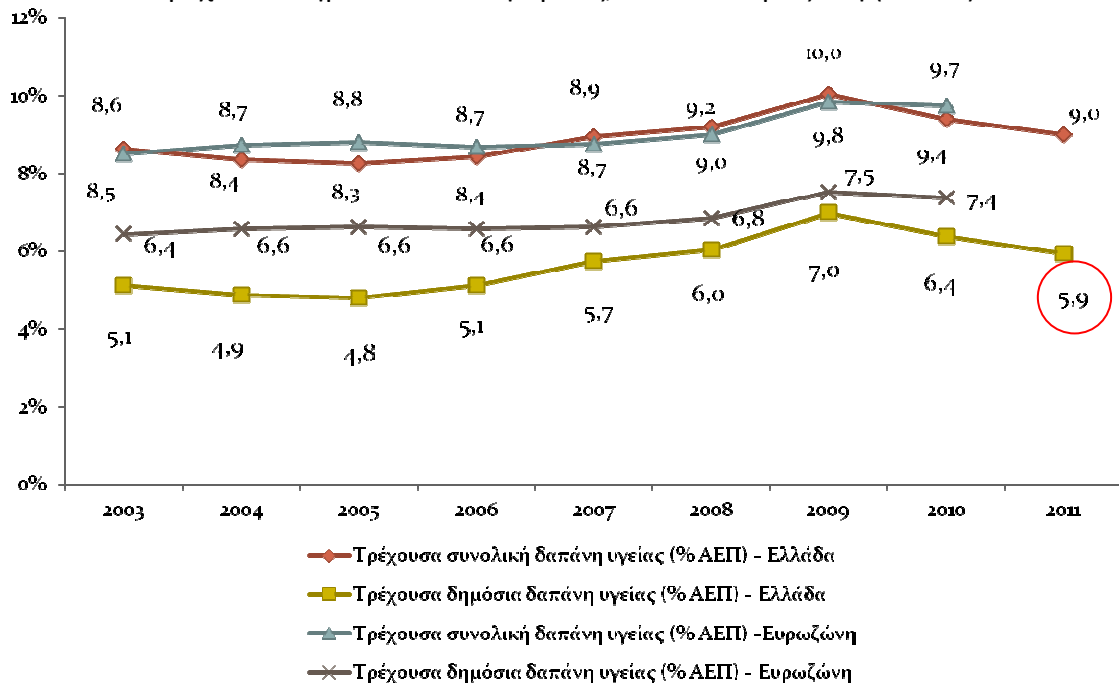
Επιπλέον, ακόμη και ο στόχος του Μνημονίου για δημόσια δαπάνη υγείας που δεν θα υπερβαίνει το 6% του ΑΕΠ έχει επιτευχθεί από το 2011 (Διάγραμμα 14), ενώ, οποιαδήποτε περαιτέρω απόκλιση από αυτόν, μάλλον θα πρέπει να αποδοθεί στην ύφεση και τη συρρίκνωση του ΑΕΠ παρά σε υπέρβαση της δαπάνης υγείας.

Διάγραμμα 13: Μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης δαπάνης υγείας στον ΟΟΣΑ, 2000-2011



Πηγή: OECD Health Data 2013.

Διάγραμμα 14: Τρέχουσα Συνολική Τρέχουσα Συνολική Δαπάνη Υγείας και Τρέχουσα Δημόσια Δαπάνη Υγείας, Ελλάδα-Ευρωζώνη (% ΑΕΠ)



Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας, Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2012.

Ειδικά δε όσον αφορά στην **πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η Ελλάδα εμφανίζει ήδη μείωση των δαπανών κατά 18% μεταξύ 2009 και 2011.** Η μείωση αυτή σε συνδυασμό με τις **διαρκείς αναθεωρήσεις του προϋπολογισμού του ΕΟΠΥΥ, οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα η πρόβλεψη δαπάνης για ΠΦΥ να μην ξεπερνά το 8% του συνολικού προϋπολογισμού του** Οργανισμού, καθιστούν σχεδόν βέβαιη την αδυναμία κάλυψης των σχετικών αναγκών υγείας των πολιτών στο άμεσο μέλλον.⁶⁸

Με δεδομένα τα παραπάνω και αξιοποιώντας τα ευρήματα από τη διεθνή εμπειρία, **η Επιτροπή υπολογίζει ότι για την υποστήριξη ενός αποτελεσματικού συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας απαιτείται μια μετατόπιση πόρων έτσι ώστε οι σχετικές δαπάνες να μην υπολείπονται του 15% των δημοσίων δαπανών του συστήματος υγείας.** Αυτό με τα σημερινά δεδομένα εκτιμάται ότι προσεγγίζει το 1,5 δισεκ. €. Η κατανομή του ποσού αυτού στις διάφορες δομές είναι αναμενόμενο να διαφέρει μεταξύ των περιφερειών, ενώ ζητούμενο είναι οι απαιτούμενοι πόροι να διασφαλιστούν από τη συγκράτηση των ασθενών σε αυτό το επίπεδο φροντίδας, στόχος ο οποίος άλλωστε είναι ευρύτατα διαδεδομένος διεθνώς.

⁶⁸ Άλλωστε έχουν ήδη καταγραφεί αντίστοιχοι αποκλεισμοί στην πρόσβαση των πολιτών στην ΠΦΥ.

IV.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αθανασάκης Κ, Σουλιώτης Κ, Κυριόπουλος Γ., Οι οικονομικές επιπτώσεις του καπνίσματος για τα συστήματα υγείας: μια εκτίμηση για την ελληνική υγειονομική πραγματικότητα. Ιατρική, 2010, 98(2): 109-115.

Anderson, D., St. Hilaire, D., Flinter, M., (May 31, 2012) "Primary Care Nursing Role and Care Coordination: An Observational Study of Nursing Work in a Community Health Center" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 17(2), Manuscript 3.

Athanasakis K., Souliotis K., Kyriopoulos E.J., Loukidou E., Kritikou P., Kyriopoulos J., Inequalities in access to cancer treatment: an analysis of cross-regional patient mobility in Greece, *Supportive Care in Cancer*, Mar;20(3):455-60, 2012.

Athanasakis K, Ollandezos M, Angeli A, Gregoriou A, Geitona M, Kyriopoulos J. Estimating the direct cost of Type 2 diabetes in Greece: the effects of blood glucose regulation on patient cost. *Diabet Med*. 2010 Jun;27(6):679-84.

Boerma, W.G.W. (2006), Coordination and integration in European primary care, in: *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*, edited by Richard B. Saltman, Ana Rico and Wienke G. W. Boerma, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, UK.

Boerma W., Dubois CA., Mapping primary care across Europe in *Primary Care in the Driver's Seat? Organizational Reform in the European primary care*. in: Saltman RB., Rico A., Boerma W.(eds), European Observatory on Health Systems and Policies, London: Open University Press/ McGraw-Hill Education, 2006.

Bucaj A, Kalokerinou A, Sourtzi P (2012). [Considerations on home care in Greece, Italy and Albania: similarities and differences]. *PROFESSIONI INFERMIERISTICHE*, 65(2):81-8. Italian.

Γεννηματά Α. Γείτονα Μ. Μπαλασοπούλου Α. Κυριόπουλος Γ., Μέθοδοι και κριτήρια Χρηματοδότησης Υπηρεσιών Υγείας, στο: Κυριόπουλος Γ. Οικονομικά και Πολιτικές των Υπηρεσιών Υγείας, Εκδόσεις Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1992.

Γκόλνα Χ., Ιδιαιτερότητες της αγοράς υπηρεσιών υγείας, σελ. 287-309, στο: Σουλιώτης Κ. (επιμ.), Πολιτική και οικονομία της υγείας: Στρατηγικός σχεδιασμός - οργάνωση και διοίκηση - οικονομική λειτουργία - τομεακές πολιτικές, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2007.

Γείτονα Μ., Ο Γενικός Γιατρός ως διαμεσολαβητής ανάμεσα στο χρήστη και τις υγειονομικές υπηρεσίες και ως ρυθμιστής των δαπανών υγείας, στο: Κυριόπουλος Γ, Φιλαλήθης Τ., Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 1996.

Campbell, S. , Roland, O., Quayle, J. A. et al. (1998) Quality indicators for general practice: which ones can general practitioners and health authority managers agree are important and how useful are they? *Journal of Public Health Medicine*, 1998; 4: 414-421.

Danielson E., Krogerus-Therman I., Sivertsen B., Sourtzi P. (2005) Nursing and public health in Europe – a new continuous education programme. *International Nursing Review*, 52: 32–38.

ECDC, Technical report, Risk assessment on HIV in Greece, Stockholm, November 2012.

Economou C. Greece. Health system review. Health Systems in Transition 2010, 12(7):1-180.

EMCDDA and ECDC, Joint EMCDDA and ECDC rapid risk assessment, HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania, November 2011.

Έκθεση αποτελεσμάτων ΥΓΚΑ και των Μονάδων του ΕΣΥ 2011.

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ), Πανελλαδική μελέτη: Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του ελληνικού πληθυσμού, Αθήνα, 2013 (Επιστ. Υπεύθ.: **Οικονόμου Μ., Μαδιανός Μ,** Σουλιώτης Κ.).

ΕΣΔΥ, Έρευνα υπηρεσιών υγείας, 2011.

ΕΣΔΥ/Τομέας Οικονομικών της Υγείας και Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης: Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Θηραΐος Ε., Προάγοντας την υγεία και προλαμβάνοντας τη νόσο στους δημοσίους υπαλλήλους, 2008.

European Commission: Report on health inequalities in the European Union, September 2013.

Φιλαλήθης Α. (2013), Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Οι Μονάδες Οικογενειακής Ιατρικής, 2013.

Flynn R., Williams G., Contracting for health: Quasi-Market and the National Health Service, Oxford University Press, 1997.

Gray, Sir Muir (20 Gray, Sir Muir (2010) Right Care. A series of papers for the NHS 4. Doing the right things for patients. Public health commissioning network www.phcn.nhs. UK, 2010.

Johns Hopkins School of Public Health, Measurement of Primary Care: Report on the Johns Hopkins Primary Care Assessment Tool, December 2012.

Θεοδωράκης Π. Λιονής Χ., Η ποιότητα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Είναι η γενική ιατρική αποτελεσματική στην έγκαιρη διάγνωση των νοσημάτων και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής; στο Κυριόπουλος Γ. Λιονής Χ. Σουλιώτης Κ. Τσάκος Γ (επιμέλεια), Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 2003.

Kalokairinou A., Frounta M., Karagiannis J. et al. (2004), Home Health in Greece. ICUS NURS WEB J, 17:1-9, Jan-March.

Kelley, E. Hurst, J (2006). Health care quality indicators project. Conceptual framework paper. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD Health Working Papers No. 23).

Kemp, L.A., Harris, E. and Comino, E. (2005) Changes in community nursing in Australia: 1995–2000. Journal of Advanced Nursing, 49(3): 307–14.

Κοντοές Ν., Στοματική Υγεία – Οδοντιατρική Περίθαλψη, ΕΟΠΥΥ, 2012.

Κούτρας Μ., Πρόταση μεταρρύθμισης της διαχείρισης του ασφαλιστικού δικαιώματος, Αθήνα 2013.

Κυριόπουλος Γ, Λιονής Χ, Θηραίος Ε. Προάγοντας την υγεία και προλαμβάνοντας τη νόσο στους δημοσίους υπαλλήλους, 2008.

Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Σουλιώτης Κ., και συν., Ο Ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στη Δημόσια Υγεία, Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης, Παπαζήσης, Αθήνα 2010.

Κυριόπουλος Γ. Λιονής Χ. Δημολιάτης Γ. Μερκούρης Μ-Π. Οικονόμου Χ. Τσάκος Γ. Φιλαλήθης Α. και ομάδα εργασίας, Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 2000;12(4):169-188.

Κωσταγιόλας Π., Καϊτελίδου Δ., Χατζοπούλου Μ. (2008) Βελτιώνοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Εκδόσεις Παπασωτηρίου, Αθήνα.

Λιαρόπουλος Λ. (2010), Διεθνή συστήματα υγείας, Εκδ. ΒΗΤΑ, Αθήνα.

Lionis Ch., Petelos E., The impact of the financial crisis on the quality of care in primary care: an issue that requires a prompt attention, Quality in Primary Care 2013;21:269–73.

Λιονής Χ., Σουλιώτης Κ. (2010), Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο Επίκεντρο μιας Διαχρονικής Συζήτησης- Επιλεγμένα άρθρα πολιτικής και τεκμηρίωσης, Πασχαλίδης, Αθήνα.

Lionis Ch., Tsiraki M., Bardis V., Philalithis A., Seeking Quality Improvement in Primary Care in Crete, Greece: the First Actions, Croatian Medical Journal, 45(5):599-603, 2004.

Minas M, Koukousias N, Zintzaras E, Kostikas K, Gourgoulisianis KI. Prevalence of chronic diseases and morbidity in primary health care in central Greece: an epidemiological study. BMC Health Serv Res. 2010 Aug 28;10:252.

Mossialos E, Allin S, Davaki K. Analysing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia. Health Econ. 2005;14:S151-68.

Mossialos E., Le Grand J. (1999), Cost Containment in the EU: an overview, in: Mossialos E., and Le Grand J. (eds.), Health Care and Cost Containment in the European Union. Aldershot, Ashgate Publishing Ltd.

Mossialos E., Le Grand J. (1997), Health in Transition Profile – United Kingdom, Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

OECD, Health Data 2013.

Organization for Economic Cooperation and Development, OECD (2004a), Health Care Quality Indicators Project, <http://www.oecd.org/>.

Organization for Economic Cooperation and Development, OECD (2004b), Towards high performing Health Systems, <http://www.oecd.org/>.

Panagiotakos DB, Pitsavos C, Chrysohoou C, Skoumas I, Stefanadis C. Prevalence and five-year incidence (2001-2006) of cardiovascular disease risk factors in a Greek sample: the ATTICA study. Hellenic J Cardiol. 2009 Sep-Oct;50(5): 388-95.

Pink, D. et al (2002) Principles for Best Practice in Clinical Audit. 2002 National Institute for Clinical Excellence. Radcliffe Medical Press Ltd.

Psaltopoulou T, Orfanos P, Naska A, Lenas D, Trichopoulos D, Trichopoulou A. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in a general population sample of 26,913 adults in the Greek EPIC study. Int J Epidemiol. 2004 Dec;33(6):1345-52.

Πολύζος Ν. και συν., Μελέτη συστήματος αποζημίωσης δημοσίων και ιδιωτικών μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, Δημοκρίτειο Παν/μιο Θράκης, 2013.

Primary Health Care Advisory Committee (PHCAC), Improving Access and Delivery of Primary Health Care Services in New Brunswick. Discussion Paper, November 2010 (<http://www.gnb.ca/0053/phc/pdf/2011/PrimaryHealthCareDiscussionPaper.pdf>)

Rubin R.J., Mendelson D.N., Cost sharing in health insurance, *N Engl J Med.* 1995, 14; 333 (11): 733-4.

Σισσούρας Α., Τα μετέωρα βήματα του ΕΣΥ, Εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα 2012.

Σκρουμπέλος Α, Κυριόπουλος Γ. Εθνικά Προγράμματα Προσυμπτωματικού Ελέγχου στην Ελλάδα,. ΕΣΔΥ, 2010.

Smart Open Services for European Patients, Open eHealth initiative for a European large scale pilot of patient summary and electronic prescription, EPSOS, 2009.

Smith J. (2000) Community nursing and health care in the twenty-first century. *Australian Health Review*, 23: 114–121.

Σουλιώτης Κ., Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2000.

Σουλιώτης Κ., Πρωτοβάθμια Φροντίδα: σήμερα περισσότερο από ποτέ, εισήγηση στο 6ο Πολυθεματικό μετεκπαιδευτικό σεμινάριο ΠΦΥ, Ελληνική Εταιρεία Έρευνας και Εκπαίδευσης στην ΠΦΥ, Χαλκιδική, 10 Ιουνίου 2011.

Σουλιώτης Κ. Από τις ρυθμίσεις στις διαρθρωτικές αλλαγές: η αναγκαία παρέμβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Εισήγηση στο 12^ο Ετήσιο Συνέδριο HealthWorld 2013, Αθήνα, 20 9 2013.

Σουλιώτης Κ., Η δημόσια ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα: από το αδιανόητο στο αυτονόητο, Παπαζήσης, Αθήνα 2013.

Σουλιώτης Κ., Λιονής Χ., Λειτουργική ανασυγκρότηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Μια πρόταση για την άρση του αδιεξόδου, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τόμος 20, τεύχος 5, 2003.

Souliotis K, Lionis C., Creating an Integrated Health Care System in Greece: A Primary Care Perspective, Journal of Medical Systems, Vol. 18, No 6, 2004.

Σουρτζή Π. (1997). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Νοσηλεία στο Σπίτι. Νοσηλευτική 1:24-30.

Starfield, B. (1998). Primary care: Balancing health needs, services and technology. New York: Oxford University Press.

Staying Close to Home-ARNNL's Recommendations to the Department of Health and Community Services, Long Term Care and Community Support Services Strategy, Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador, September 2010 (<http://www.arnnl.ca/documents/publications/StayingCloseToHome-RecommendationsForLTCCSS-2010.pdf>)

Tablot, L., and Verrinder, G. (2005) *Promoting Health: The Primary Health Care Approach*, 3rd edition. Elsevier, Sydney.

Τούντας Γ. (2000), Κοινωνία και Υγεία, Οδυσσέας / Νέα Υγεία, Αθήνα.

Τούντας Γ. (2008), Υπηρεσίες Υγείας, Οδυσσέας / Νέα Υγεία, Αθήνα.

Τσαντίλας Π. (2008), Ευρωπαϊκό και εθνικό δίκαιο της υγείας, Σάκκουλας.

UNODC, Treatnet, Working towards evidence-based drug dependence treatment and care, April 2010.

WHO (1974) Community Health Nursing, Geneva.

WHO (1978), Primary health care. Geneva.

WHO (2008), The World Health Report, Primary Health Care: Now more than ever 2008, available at http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf.

WHO (2009), Improving Health Systems and Services for Mental Health.

WHO (2009), Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence, www.who.int/substance_abuse/activities/treatment_opioid_dependence/en/index.html.

WHO and UNODC Joint Programme on drug dependence treatment and care, Vienna, May 2009.

Υφαντόπουλος Γ. (2003), Τα οικονομικά της υγείας, Δαρδανός, Αθήνα.

V.
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄

1.

**ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΚΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ
ΣΤΑ ΠΙΟ ΣΥΧΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ**

ΣΤΟΧΟΣ	ΔΕΙΚΤΗΣ
Έλεγχος Αρτηριακής Υπέρτασης	<ul style="list-style-type: none"> • Αριθμός ασθενών Αριθμός ασθενών >18 ετών με αρτηριακή υπέρταση που εξετάστηκαν και έχουν κάρτα υγείας Αριθμός ασθενών >18 ετών με αρτηριακή υπέρταση που είναι και καπνιστές • Επίτευξη αρτηριακής πίεσης στόχου Αριθμός και ποσοστό ασθενών με τιμές αρτηριακής πίεσης: <130/85 mmHg για άτομα <65 ετών <140/90 mmHg για άτομα ≥65 ετών <130/85 mmHg για άτομα με σακχαρώδη διαβήτη <130/85 mmHg για άτομα με παλαιό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο • Διερεύνηση για παράγοντες κινδύνου και βλάβες σε όργανα-στόχους Αριθμός και ποσοστό ασθενών που εξετάστηκαν για όλα τα παρακάτω: υπερτροφία αριστερής κοιλίας, στηθάγχη, ΑΕΕ, περιφερική αρτηριοπάθεια, νεφρική νόσο Αριθμός και ποσοστό ασθενών που διερευνήθηκαν για τους παρακάτω παράγοντες κινδύνου: κάπνισμα, σακχαρώδη διαβήτη, αυξημένη χοληστερόλη, οικογενειακό ιστορικό πρόωρης στεφανιαίας νόσου Αριθμός και ποσοστό ασθενών με απουσία βλάβης στα όργανα στόχους, πριν την έναρξη της αγωγής

	<p>Αριθμός και ποσοστό ασθενών με ανθεκτική υπέρταση και με παραπομπή σε ειδικό</p> <ul style="list-style-type: none"> • Παρεμβάσεις για μείωση καρδιαγγειακού κινδύνου <p>Αριθμός και ποσοστό ασθενών που τεκμηριωμένα ακολουθούν μη φαρμακευτικά μέσα αντιυπερτασικής θεραπείας</p> <p>Αριθμός και ποσοστό ασθενών-καπνιστών στους οποίους έγινε παρέμβαση για διακοπή καπνίσματος</p> <p>Αριθμός και ποσοστό ασθενών με BMI<25</p> <p>Αριθμός και ποσοστό ασθενών (χωρίς άλλους παράγοντες κινδύνου) με τιμές χοληστερόλης<250 mg/dl</p> <p>Αριθμός και ποσοστό ασθενών που υποβλήθηκαν σε βυθοσκόπηση (με μυδρίαση) τους τελευταίους 12 μήνες</p> <p>Αριθμός και ποσοστό ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη που παίρνουν αντιυπερτασική αγωγή</p> <p>Αριθμός και ποσοστό ασθενών (χωρίς αντενδείξεις) που λαμβάνουν καθημερινά ασπιρίνη</p> <ul style="list-style-type: none"> • Παρακολούθηση ασθενών <p>Αριθμός και ποσοστό ασθενών με μια τουλάχιστον επίσκεψη επανεξέτασης για μέτρηση αρτηριακής πίεσης τους προηγούμενους 6 μήνες</p> <ul style="list-style-type: none"> • Προαγωγή αυτοφροντίδας <p>Αριθμός και ποσοστό ασθενών που θεωρούν τους εαυτούς τους ικανούς να παρακολουθούν μόνοι τους και να ρυθμίζουν την αρτηριακή τους πίεση</p> <p>Αριθμός και ποσοστό ασθενών που έχουν θέσει οι ίδιοι στόχους σωματικού βάρους ή και πρόγραμμα άσκησης</p>
Έλεγχος ασθενών με	<ul style="list-style-type: none"> • Αριθμός ασθενών

<p>Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου II</p>	<p>Αριθμός ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, ηλικίας >18 ετών που εξετάστηκαν και έχουν κάρτα υγείας</p> <ul style="list-style-type: none"> • Γλυκαιμικός έλεγχος Αριθμός και ποσοστό ασθενών με τιμές HbA_{1c} <8% • Μείωση καρδιαγγειακού κινδύνου Αριθμός και ποσοστό ασθενών στους οποίους δεν έχει μετρηθεί η LDL-χοληστερόλη Αριθμός και ποσοστό ασθενών με τιμές LDL-χοληστερόλης <100 mg/dl Αριθμός και ποσοστό ασθενών με τιμές αρτηριακής πίεσης <130/85 mmHg Αριθμός και ποσοστό ασθενών-καπνιστών στους οποίους έγινε παρέμβαση για διακοπή καπνίσματος Αριθμός και ποσοστό ασθενών (χωρίς αντενδείξεις) που λαμβάνουν καθημερινά ασπιρίνη Αριθμός και ποσοστό ασθενών που υποβάλλονται σε ετήσια εξέταση HbA_{1c} και LDL-χοληστερόλη και που έχουν: HbA_{1c} <8%, LDL-χοληστερόλης <100 mg/dl, Α.Π. <130/85 mmHg και λαμβάνουν καθημερινά ασπιρίνη • Πρόληψη επιπλοκών Αριθμός και ποσοστό ασθενών στους οποίους η HbA_{1c} μετράται τουλάχιστον κάθε 6 μήνες Αριθμός και ποσοστό ασθενών στους οποίους γίνεται λιπιδαιμικός έλεγχος τουλάχιστον κάθε 12 μήνες Αριθμός και ποσοστό ασθενών στους οποίους μετρήθηκε η μικροαλβουμίνη τους τελευταίους 12 μήνες Αριθμός και ποσοστό ασθενών που υποβλήθηκαν σε βυθοσκόπηση (με μυδρίαση) τους τελευταίους 12 μήνες
-----------------------------------	---

	<p>Αριθμός και ποσοστό ασθενών που υποβλήθηκαν σε καταγεγραμμένη εξέταση ποδιών τους τελευταίους 12 μήνες</p> <p>Αριθμός και ποσοστό ασθενών που υποβλήθηκαν σε όλες τις παραπάνω παρεμβάσεις</p> <ul style="list-style-type: none"> • Προαγωγή αυτοφροντίδας <p>Αριθμός και ποσοστό ασθενών οι οποίοι μετρούν τεκμηριωμένα (καταγεγραμμένο στην κάρτα υγείας) μόνοι τους τη γλυκόζη τριχοειδικού αίματος τους τελευταίους 12 μήνες</p> <p>Αριθμός και ποσοστό ασθενών που θεωρούν τους εαυτούς τους ικανούς να ρυθμίζουν το διαβήτη τους</p> <p>Αριθμός και ποσοστό ασθενών που έχουν θέσει οι ίδιοι στόχους σωματικού βάρους ή και πρόγραμμα άσκησης</p>
<p>Μείωση καρδιαγγειακού κινδύνου</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Αριθμός ασθενών <p>Αριθμός ασθενών με απόλυτο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου $\geq 20\%$ που εξετάστηκαν και έχουν κάρτα υγείας</p> <ul style="list-style-type: none"> • Πρωτογενής πρόληψη <p>Αριθμός και ποσοστό ασθενών-καπνιστών στους οποίους έγινε παρέμβαση για διακοπή καπνίσματος</p> <p>Αριθμός και ποσοστό ασθενών με BMI < 25</p> <p>Αριθμός και ποσοστό ασθενών με τιμές αρτηριακής πίεσης < 140/90 mmHg</p> <p>Αριθμός και ποσοστό ασθενών με τιμές χοληστερόλης < 190 mg/dl</p> <p>Αριθμός και ποσοστό ασθενών με τιμές LDL-χοληστερόλης < 115 mg/dl</p> <p>Αριθμός και ποσοστό ασθενών με τιμές HDL-χοληστερόλης > 39 mg/dl στους άνδρες και > 43 mg/dl στις γυναίκες</p> <p>Αριθμός και ποσοστό ασθενών με αρτηριακή υπέρταση υπό θεραπεία που λαμβάνουν καθημερινά ασπιρίνη 75 mg</p>

Εκτίμηση οδοντιατρικών παρεμβάσεων	<ul style="list-style-type: none">• Δείκτης τερηδονικής προσβολής (DMF & dmf) των παιδιών ηλικίας 6, 9, 12 και 15 ετών• Δείκτης αναγκών (UNT)• Δείκτης περίθαλψης νεογιλών-μονίμων• Δείκτης εκτίμησης του ποσοστού των παιδιών που είναι ελεύθερα τερηδόνας• Ουλικός δείκτης

2.

ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΦΥ

ΕΙΔΟΣ	ΔΕΙΚΤΗΣ
Πρόσβαση	1.1.1.1.1.1.1 Δείκτες χρησιμοποίησης υπηρεσιών υγείας (π.χ. ποσοστό ατόμων που επισκέφθηκαν το Κ.Υ. στο σύνολο του πληθυσμού ευθύνης)
Φάσμα και είδος υπηρεσιών στο Κ.Υ. και στην κοινότητα	<p><i>Δείκτες ζήτησης και χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ποσοστό συνταγογραφίας στο σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών (αριθμός επαναλαμβανόμενων συνταγογραφήσεων, με ή χωρίς εξέταση, με ή χωρίς παρουσία του ασθενούς) • Υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της υγείας <ul style="list-style-type: none"> - Ποσοστό προληπτικών ενεργειών στο ΚΥ, συμπεριλαμβανομένων των εμβολιασμών και συμβουλών στο σύνολο των παρεχομένων υπηρεσιών - Αριθμός γυναικών στις οποίες έγινε κλινική εξέταση μαστών/1000 γυναίκες/έτος - Αριθμός γυναικών οι οποίες υποβλήθηκαν σε Test Pap/1000 γυναίκες/έτος - Αριθμός δόσεων εμβολίου έναντι τετάνου/1000 ενήλικες κατοίκους/έτος - Αριθμός δόσεων εμβολίου MMR/1000 παιδιά ηλικίας 12-15 ετών/έτος - Αριθμός εξετασθέντων μαθητών στο σχολείο/1000/έτος

	<ul style="list-style-type: none"> • Επαφές με ιατρούς και συγκεκριμένα: <ul style="list-style-type: none"> - επισκέψεις στο ιατρείο για κλινική εξέταση/ 1000 ασθενείς/έτος - κλήσεις για επίσκεψη στο σπίτι/1000 κατοίκους - επισκέψεις εκτός ωραρίου/1000 κατοίκους - επισκέψεις στη διάρκεια της νύχτας/1000 κατοίκους - τηλεφωνικές κλήσεις για συμβουλή • Χρήση εργαστηρίων (αριθμός βιοχημικών, αιματολογικών και ακτινολογικών εξετάσεων)
Συνέχεια στη φροντίδα	<p><i>Δεδομένα χρησιμοποίησης υπηρεσιών υγείας</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Αριθμός επισκέψεων ανά έτος, γιατρό και νόσο • Αριθμός ασθενών που φροντίζονται στο σπίτι ανά μήνα
Ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών	<p>1.1.1.1.1.2 Ποιότητα υπηρεσιών (δεδομένα από μελέτες χρήσης υπηρεσιών υγείας, μελέτες πεδίου ή μέσω ταχυδρομείου)</p>
Ικανοποίηση των ασθενών	<p>1.1.1.1.1.3 Ικανοποίηση χρηστών υπηρεσιών υγείας (δεδομένα από μελέτες χρήσης υπηρεσιών υγείας, από μελέτες πεδίου ή μέσω ταχυδρομείου)</p>

3.

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΚΑΡΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΦΥ

Στοιχεία ταυτότητας :

Επίθετο:		Όνομα:		Αρ.Φακέλου:	
Όνομα πατρός:		Όνομα συζύγου:		Ημερ. 1 ^η επαφής:	
Φύλο: Άρρεν	Θήλυ	Ημερ. γέννησης:		Τόπος γέννησης:	
Ασφαλιστικό Ταμείο: ΙΚΑ		ΟΓΑ	ΔΗΜΟΣΙΟ	ΆΛΛΟ (αναφέρετε)	
Εκπαίδευση: Δημοτικό		Γυμνάσιο	Λύκειο	Πανεπιστήμιο	Μετ/κά
Δ/ση κατοικίας-Τηλ:		Επάγγελμα-Δ/ση εργασίας:		Οικογενειακή κατάσταση:	
				Παντρεμένος (η)	
				Ανύπαντρος (η)	
				Χήρος (α)	
				Διαζευγμένος (η)	

Ατομικό αναμνηστικό :

1). Νοσήματα και μείζονες παράγοντες κινδύνου :

Ημικρανία	Υπερθυρεοειδισμός	Χ.Α.Π.	Αρτηριακή Υπέρταση
ΑΕΕ	Υποθυρεοειδισμός	Βρογχικό άσθμα	Στεφανιαία νόσος
Κατάθλιψη	Περ. αρτηριοπάθεια	Χρ. Ηπατίτιδα Β	Καρδιακή ανεπάρκεια
Σχιζοφρένεια	Χρ. Φλεβ. Ανεπάρκεια	Χρ. Ηπατίτιδα C	Σακχαρώδης Διαβήτης
Άνοια (Alzheimer's)	Οστεοπόρωση	Κίρρωση ήπατος	Δυσλιπιδαιμία
Νόσος Parkinson's	Ρευματοειδής αρθρίτις	Χρ. Νεφρική ανεπάρκεια	Παχυσαρκία
Νεοπλασία	Σε ποιο όργανο;		
Άλλο:			

2). Σωματομετρικά :

Βάρος (kgr)	Υψος (cm)	BMI (βάρος/ύψος ²)
-------------	-----------	--------------------------------

3). Συνήθειες :

α). Κάπνισμα :

Ναι:	Όχι:	Είδος: Τσιγάρα	Πούρα	Πίπα
Αριθμός Τσιγάρων-Πούρων-Πίπας./ημέρα:		Χρόνια:	Έτος Διακοπής:	

β). Οινόπνευμα :

Ναι:	Όχι:	Είδος: Κρασί	Μπύρα	Ουίσκι	Άλλο
Αριθμός ποτηριών/ημέρα:		Χρόνια:	Έτος Διακοπής:		

4). Αλλεργίες :

Φάρμακα	
Τροφές	
Αεριοαλλεργιογόνα	
Άλλες ουσίες	

5). Εισαγωγές σε Νοσοκομεία/Εγχειρήσεις :

--

6). Γυναικολογικό ιστορικό :

Ηλικία 1 ^{ης} περιόδου:	Τ.Ε.Ρ.:
Διάρκεια κύκλου:	Κανονικός κύκλος:
Διάρκεια αίματος:	Ακανόνιστος κύκλος:
Αμηνόρροια (), Δυσμηνόρροια (), Αραιομηνόρροια (), Πολυμηνόρροια (), Μηνορραγία ()	
Αριθμός και ηλικία τοκετών:	
Αποβολές:	Εκτρώσεις:
Αντισύλληψη: Προφυλακτικό (), Σπύραλ (), Αντισυλληπτικό χάπι (), Θερμομέτρηση () Διακεκομμένη συνουσία (), Διάφραγμα (), Σπερματοκτόνα (), Τίποτα () Άλλο:	
Οικογενειακό γυναικολογικό ιστορικό:	

Οικογενειακό αναμνηστικό :

	ΗΛΙΚΙΑ	ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ	ΗΛΙΚΙΑ
ΠΑΤΕΡΑΣ				
ΜΗΤΕΡΑ				
ΠΑΠΠΟΥΣ				
ΓΙΑΓΙΑ				
ΑΔΕΛΦΙΑ				
ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ				

Σημαντικά στοιχεία αντικειμενικής εξέτασης :

Σφύξεις/min:	Α.Π.(mmHg):	Θερμοκρασία/°C :
Η.Κ.Γ.:	Αναπνοές/min:	Ro Θώρακα:
	FEV ₁ /P.E.F.:	

Στοιχεία αντικειμενικής εξέτασης:

ΚΕΦΑΛΗ-ΤΡΑΧΗΛΟΣ:

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ:

ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ:

ΠΕΠΤΙΚΟ:

ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ:

ΔΕΡΜΑ:

ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑ:

ΦΥΛΛΟ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ

Αρ.Φακέλου		Ημερομηνία		Ιατρός	
Αιτία προσέλευσης					
Στοιχεία Κλινικής Εξέτασης					
ΑΡΤ. ΠΙΕΣΗ (mmHg):		ΣΦΥΞΙΣ/min:		ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ/°C:	
Η.Κ.Γ.					
ΚΕΦΑΛΗ-ΤΡΑΧΗΛΟΣ:					
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ:					
ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ:					
ΠΕΠΤΙΚΟ:					
ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ:					
ΔΕΡΜΑ:					
ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑ:					
Εργαστηριακές Εξετάσεις					
ΑΚΤ/ΚΟ					
ΜΙΚΡ/ΚΟ					
Στοιχεία παραπομπής σε ειδικό					
Διάγνωση				ICPC-2	ICD-10
Φαρμακευτική αγωγή - Οδηγίες					
Επανεξέταση					

ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ

Στοιχεία ταυτότητας :

Επίθετο:		Όνομα:		Αρ.Φακέλου:	
Όνομα πατρός:		Ημερ. γέννησης:		Ημερ. 1 ^{ης} επαφής:	
Φύλο: Άρρεν	Θήλυ	Τόπος γέννησης:		Αδέλφια:	
Ημερ. γέννησης πατέρα:			Ημερ. γέννησης μητέρας:		
Τόπος καταγωγής πατέρα:			Τόπος καταγωγής μητέρας:		
Ασφ/στικό Ταμείο Γονέων: ΙΚΑ		ΟΓΑ	ΔΗΜΟΣΙΟ	ΑΛΛΟ (αναφέρετε)	
Εκπαίδευση πατέρα: Δημοτικό		Γυμνάσιο	Λύκειο	Πανεπιστήμιο	Μετ/κά
Εκπαίδευση μητέρας: Δημοτικό		Γυμνάσιο	Λύκειο	Πανεπιστήμιο	Μετ/κά
Δ/ση κατοικίας-Τηλ:		Επάγγελμα-Δ/ση εργασίας πατέρα:			
		Επάγγελμα-Δ/ση εργασίας μητέρας:			

Ατομικό αναμνηστικό :

1). Κληρονομικά και Λοιμώδη Νοσήματα :

ICPC-2	ICD-10	ΝΟΣΟΣ	ΣΧΟΛΙΑ
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ (διαταραχές ύπνου, ενούρηση, tics)			
ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ (δυσλεξία, μειωμένη σχολική επίδοση)			
Ομάδα αίματος/Rhesus		Έλλειψη ενζύμου G.6.P.D.: ΝΑΙ	ΟΧΙ

2). Εμβόλια :

ΕΜΒΟΛΙΑ	1 ^η δόση	2 ^η δόση	3 ^η δόση	4 ^η δόση	5 ^η δόση	1η επαν.
DTP						
OPV/IPV						
MMR						
Ιλαράς						
Ερυθράς						
Παρωτίτιδας						
BCG						
HBV						
Άλλο						

3). Σωματομετρικά :

Βάρος (kg)		Ύψος (cm)		BMI (βάρος/ύψος ²)	
------------	--	-----------	--	--------------------------------	--

4). Συνήθειες :**α). Άσκηση :**

Είδος:		Ώρες/εβδ.:	
--------	--	------------	--

β). Διατροφή (φορές/εβδομάδα) :

Λευκό κρέας:	Ψάρια:	Τυρί:	Λαχανικά:	Φρούτα:
Κόκκινο κρέας:	Όσπρια:	Γάλα:	Χόρτα:	

5). Αλλεργίες :

Φάρμακα	
Τροφές	
Αεριοαλλεργιογόνα	
Άλλες ουσίες	

6). Εισαγωγές σε Νοσοκομεία/Εγχειρήσεις :

--

7). Γυναικολογικό Ιστορικό :

Ηλικία 1 ^{ης} περιόδου:	T.E.P.
Διάρκεια κύκλου:	Κανονικός κύκλος:
Διάρκεια αίματος:	Ακανόνιστος κύκλος:
Αμηνόρροια (), Δυσμηνόρροια (), Αραιομηνόρροια (), Πολυμηνόρροια (), Μηνορραγία ()	
Οικογενειακό γυναικολογικό ιστορικό:	

Οικογενειακό αναμνηστικό :

Κατάθλιψη	Π	M	Βρογχικό άσθμα	Π	M	Σακχαρώδης Διαβήτης	Π	M	Αρτηριακή Υπέρταση	Π	M
Σχιζοφρένεια	Π	M	Χρ. Ηπατίτιδα Β	Π	M	Δυσλιπιδαιμία	Π	M	Στεφανιαία νόσος	Π	M
Άνοια (Alzheimer's)	Π	M	Χρ. Ηπατίτιδα C	Π	M	Παχυσαρκία	Π	M	Καρδιακή ανεπάρκεια	Π	M
Νεοπλασία	Π	M	Σε ποιο όργανο;								
Άλλο:											
ΑΔΕΛΦΙΑ											
ΠΑΠΟΥΔΕΣ (Κατάσταση υγείας ή αιτία θανάτου)											
ΠΑΓΙΑΔΕΣ (Κατάσταση υγείας ή αιτία θανάτου)											

Σημαντικά στοιχεία αντικειμενικής εξέτασης :

Σφύξεις/min:	Α.Π.(mmHg):	FEV ₁ /PEF:
Στοιχεία αντικειμενικής εξέτασης: ΚΕΦΑΛΗ-ΤΡΑΧΗΛΟΣ: ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ: ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ (ψηλάφηση μηριαίων, φυσήματα): ΠΕΠΤΙΚΟ: ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ (σκολίωση, κύφωση): ΔΕΡΜΑ: ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑ (οπτική/ακουστική οξύτητα, στραβισμός, αχρωματοψία): ΑΛΛΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ (μετά από άσκηση λιποθυμία, προκάρδιο άλγος, εύκολη κόπωση):		

VI.
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄