

Πρόταση της ΟΕΝΓΕ για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)

Εισηγητικά

Η πρότασή μας βασίζεται στις παρακάτω αρχές :

- α) Καθολικότητα. Στοχεύουμε στην κάλυψη όλων των υγ/κών αναγκών των κατοίκων της χώρας από το δημόσιο σύστημα που θα αναπτύσσεται και παρέχοντας υπηρεσίες υψηλής ποιότητας θα κάνει τον ιδιωτικό τομέα βαθμιαία περιττό. Οι υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν και ισότιμα, χωρίς διακρίσεις που προκύπτουν από το εισόδημα, τον τόπο διαμονής ή εργασίας, τις πολιτιστικές ιδιαιτερότητες.
- β) Κοινωνικός έλεγχος και συμμετοχή της κοινότητας στη λήψη των αποφάσεων.
- γ) Αναπροσανατολισμός από μια αμιγώς θεραπευτική αντίληψη προς μια ολιστική αντίληψη για την προάσπιση της υγείας.

Το Σύστημα ΠΦΥ πρέπει να έχει τα παρακάτω κύρια χαρακτηριστικά :

1. Να είναι προσανατολισμένο στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας. Οι παρεμβάσεις σε τόπους κατοικίας και εργασίας πρέπει να αποτελούν οργανικό συστατικό της λειτουργίας τους.
2. Να είναι οργανωμένο στη βάση του Κέντρου Υγείας (ΚΥ) σε πόλεις και αγροτικές περιοχές. Τα ΚΥ διασυνδέονται λειτουργικά με τα νοσοκομεία.
3. Βασικός θεσμός της λειτουργίας της ΠΦΥ είναι ο οικογενειακός γιατρός και η ομάδα υγείας.
4. Ανάπτυξη τοπικών πολιτικών και προγραμμάτων για ευαίσθητες ομάδες του πληθυσμού.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, οι υπηρεσίες που παρέχει η ΠΦΥ είναι:

1. Η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας.
2. Η διάγνωση και αποκατάσταση βλαβών που δεν απαιτούν νοσοκομειακή περίθαλψη, η συνεχής παρακολούθηση ασθενών χρονίως πασχόντων.
3. Η διενέργεια ιατρικών εξετάσεων και η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής.
4. Η οδοντιατρική φροντίδα.
5. Η ανοιχτή φροντίδα, φροντίδα στο σπίτι κλπ
6. Η ιατρική της εργασίας
7. Η σχολική υγιεινή
8. Ο οικογενειακός προγραμματισμός
9. Η τηλεϊατρική σε απομακρυσμένες περιοχές
10. Οι παρεμβάσεις που αφορούν την δημόσια υγεία σε μια περιοχή (με διατομεακή συνεργασία)
11. Η δυνατότητα για βραχύχρονη νοσηλεία
12. Η 24ωρη εφημερία για οξέα – μη απειλητικά για τη ζωή - περιστατικά – διασύνδεση με ΕΚΑΒ.
13. Η λειτουργική διασύνδεση με το νοσοκομείο αναφοράς. Κάθε νοσοκομείο συνδέεται λειτουργικά με ΚΥ της περιοχής ευθύνης του.

Οργάνωση της ΠΦΥ

Α) Το Κέντρο Υγείας. Περιγραφή της δομής και της λειτουργίας του.

Για κάθε πληθυσμιακή μονάδα 20000-40000 κατοίκων δημιουργείται ΚΥ

Λόγω των γεωγραφικών ιδιαιτεροτήτων της χώρας (μικρά νησιά, πυκνοκατοικημένες συνοικίες στις μεγαλουπόλεις) τα όρια αυτά μπορούν να τροποποιούνται και προς τα πάνω και προς τα κάτω. Δεν προτείνεται τροποποίηση της οργανωτικής δομής της ΠΦΥ των αγροτικών περιοχών. Η δομή εκεί ήδη υφίσταται. Το μεγάλο πρόβλημα είναι στα αστικά κέντρα. Το ζητούμενο για τα ΚΥ που ήδη υπάρχουν, είναι η αναβάθμιση των λειτουργιών τους.

Βασική σύλληψη της δομής αυτής είναι η δυνατότητα εύκολης πρόσβασης των κατοίκων στο σύστημα υγείας, με το ΚΥ να είναι το πρώτο σημείο επαφής, κοντά στον τόπο κατοικίας ή εργασίας.

Το χρονικό όριο της για την ολοκληρωμένη θεσμικά και λειτουργικά δικτύωση της ΠΦΥ με κέντρα υγείας στις αστικές περιοχές είναι **η δετία.**

Στην ολοκληρωμένη του μορφή, το δίκτυο ΠΦΥ θα καλύπτει όλο τον πληθυσμό της χώρας, με ενιαίο τρόπο, μέσα από μία πηγή χρηματοδότησης που είναι ο κρατικός προϋπολογισμός. Η παροχή υπηρεσιών θα είναι προϊόν ενιαίου σχεδιασμού σε τοπική κλίμακα με βάση τις πανελλαδικές γενικές κατευθύνσεις και αρχές λειτουργίας.

Στην ολοκληρωμένη του μορφή κάθε ΚΥ θα έχει τις υποδομές και την στελέχωση που θα του επιτρέπει να παρέχει όλες τις υπηρεσίες για όλο τον πληθυσμό αναφοράς του. Η βασική στελέχωση ενός ΚΥ αποτελείται από τις εξής ιατρικές ειδικότητες: γενικής ιατρικής, παιδιατρικής, γιατρούς ειδικοτήτων για τους χρονίως πάσχοντες (κυρίως παθολόγους, αλλά και διαβητολόγους, πνευμονολόγους, καρδιολόγους, ψυχιάτρους, νευρολόγους), ιατρικής της εργασίας, ακτινολογίας, βιοπαθολογίας. Επίσης στελεχώνεται με οδοντιάτρους, νοσηλευτικό προσωπικό, μαίες, επισκέπτριες υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους και τεχνικό προσωπικό.

Βασικός θεσμός του ΚΥ ο **οικογενειακός γιατρός και η ομάδα υγείας**. Η ομάδα υγείας δεν έχει προκαθορισμένη σύνθεση. Η σύνθεσή της κάθε φορά προκύπτει από τις ανάγκες του προγράμματος που υλοποιεί.

Ο αριθμός των ανθρώπων που στελεχώνουν το ΚΥ από κάθε ειδικότητα προκύπτει από την αναλογία με τον πληθυσμό αναφοράς με βάση τα διεθνή πρότυπα από ανεπτυγμένα συστήματα υγείας.

Ειδικότερα για τον οικογενειακό γιατρό η αναλογία αυτή είναι 1 ανά 2000-2500 κατοίκους και για τον παιδίατρο 1 ανά 1400-1500 παιδιά. Ο οικογενειακός γιατρός κατά κύριο λόγο κατέχει τίτλο ειδικότητας γενικής ιατρικής*. Οι αναλογίες νοσηλευτών/τριών και άλλων ιατρικών ειδικοτήτων υπολογίζονται στο σύνολο των δομών του ΕΣΥ (νοσοκομεία και ΚΥ). Η αναλογία για το νοσηλευτικό προσωπικό στα προηγμένα συστήματα είναι 1/200 κάτοικοι.

Η τακτική εξέταση από γιατρούς άλλων ειδικοτήτων γίνεται στους χώρους του ΚΥ. Οι γιατροί των ειδικοτήτων αυτών ανήκουν οργανικά στο λειτουργικά συνδεδεμένο με το ΚΥ νοσοκομείο. Σε κάθε νοσοκομείο υπηρετούν τόσοι γιατροί όσοι προβλέπονται από τις διεθνώς αποδεκτές αναλογίες (σε συνδυασμό και με τις τοπικές ανάγκες) για την κάθε ειδικότητα για τον συγκεκριμένο πληθυσμό. Επισκέπτονται το ΚΥ με κυκλική εναλλαγή. Τακτική εξέταση στο νοσοκομείο γίνεται μετά από παραπομπή, εφόσον χρειάζεται περισσότερο εξειδικευμένη διερεύνηση και αντιμετώπιση.

Παράδειγμα: Μια περιοχή ευθύνης ενός περιφερειακού νοσοκομείου –στην οποία υπάρχει επίσης και νομαρχιακό νοσοκομείο (ή νομαρχιακά νοσοκομεία) και ΚΥ – 300000 κατοίκων, έχει ανάγκη για 40 ορθοπαιδικούς. Οι ορθοπαιδικοί αυτοί είναι μοιρασμένοι (οργανικές θέσεις) στα νοσοκομεία της περιοχής. Σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο (πχ 6 μήνες για κάθε γιατρό) ένα μέρος των ορθοπαιδικών είναι χρεωμένο με τα τακτικά ιατρεία των ΚΥ που είναι λειτουργικά συνδεδεμένα με το νοσοκομείο και τα επισκέπτεται για να εξετάσει εκεί τους ασθενείς. Οι ορθοπαιδικοί που για το ίδιο διάστημα είναι επιφορτισμένοι με την δουλειά του νοσοκομείου διεκπεραιώνουν τα χειρουργεία και τα τακτικά ιατρεία του νοσοκομείου – που τώρα όμως λειτουργούν για επιλεγμένα περιστατικά.

Με την πρόταση αυτή οδηγούμαστε σε εξάλειψη του διαχωρισμού γιατρών Α' βάρθμιας και Β' βάρθμιας περίθαλψης σε ειδικότητες για τις οποίες η αποκλειστική ενασχόληση με την πρωτοβάθμια ισοδυναμεί

με επιστημονική υποβάθμιση. Η εξάλειψη του φραγμού αυτού οδηγεί σε καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών προς τους πολίτες.

Με την πρόταση αυτή δημιουργούνται επίσης προϋποθέσεις για κάποιο διάστημα **ειδίκευσης** των γιατρών στα ΚΥ (πχ 9 μήνες σε μονάδες ΠΦΥ μέρος του προγράμματος εκπαίδευσης), γεγονός που θα συνέβαλε και στην μείωση των χρόνων αναμονής.

Στη φάση της ολοκλήρωσης του συστήματος ΠΦΥ όλοι οι εργαζόμενοι είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

B) Διοικητική δομή του συστήματος ΠΦΥ

Βασική διοικητική μονάδα του συστήματος υγείας είναι η **υγειονομική περιφέρεια**. Η υγειονομική περιφέρεια αντιστοιχεί σε μια περιοχή που πληθυσμιακά καλύπτεται από το πανεπιστημιακό νοσοκομείο, τα νομαρχιακά νοσοκομεία και τα διασυνδεδεμένα ΚΥ –Περιφερειακά ιατρεία.

Οι κεντρικές κατευθύνσεις και η παρακολούθηση της ανάπτυξης και ολοκληρωμένης λειτουργίας των δικτύων ΠΦΥ ανατίθενται στο **Κεντρικό Συμβούλιο ΠΦΥ** στο οποίο προεδρεύει ο εκάστοτε υφυπουργός υγείας και το οποίο απαρτίζεται από τους διοικητές των υγ/κών περιφερειών, από εκπροσώπους των δευτεροβαθμίων οργανώσεων των γιατρών, νοσηλευτών/τριών, των οργανώσεων ή επιστημονικών εταιρειών γιατρών γενικής ιατρικής και από εκπροσώπους της ΓΣΕΕ, της ΑΔΕΔΥ και της ΚΕΔΚΕ. Το ΚΣ ΠΦΥ συνεδριάζει τακτικά 2 φορές το χρόνο. Το **Κεντρικό Επιστημονικό Συμβούλιο ΠΦΥ** είναι πενταμελές και απαρτίζεται από πανεπιστημιακούς γιατρούς ή άλλους επιστήμονες Υγείας με γνωστικό αντικείμενο την πρωτοβάθμια φροντίδα. Οι γιατροί αυτοί ορίζονται από τις ιατρικές σχολές που έχουν αντίστοιχο τμήμα και από την Σχολή Δημόσιας Υγείας. Αρμοδιότητά του είναι να εισηγείται γενικές κατευθύνσεις, ειδικές πολιτικές και τις αναγκαίες αναπροσαρμογές στο Κ.Σ. ΠΦΥ.

Σε κάθε υγ/κή περιφέρεια λειτουργεί **περιφερειακό συμβούλιο ΠΦΥ** με ανάλογη σύνθεση: υποδιοικητής υγ/κής περιφέρειας, συντονιστές των ΚΥ της περιφέρειας, εκπρόσωποι των τοπικών οργανώσεων των γιατρών και των νοσηλευτριών/των, εργατικών κέντρων, τοπικής αυτοδιοίκησης. Εισηγητικά-γνωμοδοτικά λειτουργεί επίσης **5μελές περιφερειακό επιστημονικό συμβούλιο ΠΦΥ** από επιστήμονες υγείας που ορίζονται από τις αντίστοιχες σχολές. Σε περίπτωση που δεν υπάρχουν αντίστοιχα πανεπιστημιακά τμήματα τα μέλη του επιστημονικού συμβουλίου μπορεί να ορίζονται από τους τοπικούς ιατρικούς συλλόγους. Το περιφερειακό συμβούλιο ΠΦΥ συνεδριάζει τακτικά κάθε 3-4 μήνες.

Κάθε ΚΥ διοικείται από **Διοικητικό Συμβούλιο** που εκλέγεται μεταξύ των εργαζομένων σε αυτό. Το ΔΣ του ΚΥ εκλέγει **συντονιστή**. Κάθε 3 μήνες, το ΔΣ του ΚΥ συμμετέχει υποχρεωτικά **σε σύσκεψη που συγκαλείται με πρωτοβουλία του Δήμου**, και στην οποία σύσκεψη συμμετέχουν επίσης τα μέλη της επιτροπής κοινωνικών υποθέσεων του δημοτικού συμβουλίου, τα μέλη του αντίστοιχου διαμερισματικού (ή κοινοτικού) συμβουλίου, εκπρόσωποι τοπικών ιατρικών και νοσηλευτικών οργανώσεων καθώς και επιτροπές ασθενών, επιτροπές για τα δικαιώματα των ασθενών και επιτροπές ευπαθών ομάδων. Στις συσκέψεις αυτές κατατίθενται τα αιτήματα των κατοίκων, συζητούνται τα προβλήματα και ιεραρχούνται οι στόχοι. Τα θέματα που συζητούνται στις συσκέψεις δημοσιοποιούνται και κάθε φορά γίνεται προσπάθεια να πληροφορείται και να καταθέτει την γνώμη του όλο και μεγαλύτερος αριθμός κατοίκων. Στη κατεύθυνση αυτή, η δημιουργία διαδικτυακού τόπου από το ΚΥ είναι υποχρεωτική.

Τα μέλη του δημοτικού συμβουλίου και του διαμερισματικού (ή κοινοτικού) συμβουλίου που είναι επιφορτισμένα με την παρακολούθηση της λειτουργίας του (των) ΚΥ, τα μέλη των ιατρικών και νοσηλευτικών οργανώσεων που επίσης είναι επιφορτισμένα με την αρμοδιότητα αυτή, καθώς και τα μέλη των επιτροπών ασθενών –δικαιωμάτων ασθενών απαρτίζουν το «Παρατηρητήριο Υγείας» κάθε δήμου. Σκοπός του Παρατηρητηρίου είναι εκτός από την συμμετοχή στις κοινές συσκέψεις με τα ΔΣ των

ΚΥ, είναι να παρακολουθεί και να παρεμβαίνει σε ζητήματα που αφορούν το νοσοκομείο της περιοχής καθώς και κάθε άλλο ζήτημα που αφορά στην υγεία του τοπικού πληθυσμού και στην ποιότητα των υπηρεσιών.

Μετά από κάθε σύσκεψη συγκαλείται με ευθύνη του συντονιστή του ΚΥ συνέλευση όλου του προσωπικού. Στις συνελεύσεις αυτές το προσωπικό ενημερώνεται από το ΔΣ για το επίπεδο ικανοποίησης των αναγκών της τοπικής κοινωνίας και αποφασίζονται μέτρα για την βελτίωση της λειτουργίας του ΚΥ όπου χρειάζεται.

Δύο φορές των χρόνος σε κάθε υγ/κή περιφέρεια συγκαλείται **Γενική Συνέλευση** με συμμετοχή όλων των ΔΣ των ΚΥ της περιφέρειας και των Παρατηρητηρίων των Δήμων της περιφέρειας. Συμμετέχουν επίσης και τα ΔΣ των νοσοκομείων της περιφέρειας. Στις συνελεύσεις αυτές γίνεται απολογισμός της υλοποίησης των στόχων που έχουν τεθεί, μεταφέρονται τα προβλήματα από την περιοχή ευθύνης κάθε ΚΥ και διαμορφώνονται οι νέοι στόχοι και αποφασίζονται οι αναγκαίες διορθώσεις και αναπροσαρμογές. Ο διοικητής της υγ/κής περιφέρειας μεταφέρει τις διαπιστώσεις και τις αποφάσεις της Γ.Σ στο ΚΣ ΠΦΥ, ενώ οι συντονιστές των ΚΥ αμέσως μετά, συγκαλούν γενικές συνελεύσεις του προσωπικού του ΚΥ προκειμένου κάθε εργαζόμενος στο ΚΥ να γίνεται μέτοχος των γενικών στόχων και να αντιλαμβάνεται την προσωπική του ευθύνη για την υλοποίησή τους στην τοπική κλίμακα.

Η θητεία σε όλα τα παραπάνω αναφερόμενα συμβούλια και επιτροπές είναι τριετής και μπορεί να ανανεώνεται.

Μέσα στους επόμενους δύο μήνες γίνεται η διαίρεση της χώρας σε υγ/κές περιφέρειες και η συγκρότηση των πιο πάνω αναφερόμενων σωμάτων.

Γ) Μεταβατικές διαδικασίες

Δύο είναι οι πολύ σημαντικές διαφορές αυτού που περιγράφουμε ως ολοκληρωμένο σύστημα ΠΦΥ με την υπάρχουσα σήμερα κατάσταση. Η πρώτη αφορά στις υποδομές των αστικών κέντρων. Υποδομές στα αστικά κέντρα διαθέτει σήμερα μόνο το ΙΚΑ(ΕΟΠΥΥ), υποδομές που είναι διαμορφωμένες με την λογική του τακτικού εξωτερικού ιατρείου, με σοβαρές ελλείψεις σε προσωπικό και με την γνωστή κακή ποιότητα υπηρεσιών. Απαιτούνται περισσότερες κτιριακές υποδομές προκειμένου να εξυπηρετούνται όλοι οι κάτοικοι μιας περιοχής.

Η αναβάθμιση των υποδομών δεν θα είναι μόνο ποσοτική (περισσότερα κτίρια), αλλά και ποιοτική, προκειμένου το ΚΥ να ανταποκρίνεται στο ρόλο του. Ένα ΚΥ για να επιτελεί τις λειτουργίες που περιγράφουμε και να εξυπηρετεί όλο τον πληθυσμό αναφοράς πρέπει να διαθέτει χώρους εξέτασης (τακτικά ιατρεία), χώρους εργαστηρίων (ακτινολογικό, μικροβιολογικό), χώρους αντιμετώπισης επειγόντων περιστατικών και χώρους βραχείας νοσηλείας. Το ΚΥ που περιγράφουμε στη πρότασή μας είναι μια δομή στην οποία έχει μεταφερθεί ένα σημαντικό μέρος των δραστηριοτήτων που σήμερα επιτελούνται στα νοσοκομεία. (Για παράδειγμα μεγάλο μέρος των ασθενών που εξετάζονται σήμερα στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων θα εξετάζονται στα ιατρεία των ΚΥ από νοσοκομειακούς γιατρούς που θα τα επισκέπτονται συγκεκριμένες ημέρες και ώρες την εβδομάδα – για τις πόλεις αυτό θα χρειάζεται μάλλον καθημερινά, για τις αγροτικές περιοχές μάλλον όχι. Ο φόρτος των τακτικών ιατρείων των νοσοκομείων θα μειωθεί σημαντικά, πράγμα που σημαίνει ότι και η κατανομή των δραστηριοτήτων του ιατρικού προσωπικού θα είναι διαφορετική. Επίσης, σύμφωνα με την πρότασή μας τα ΚΥ θα εφημερεύουν σε 24 ωρη βάση με τους γενικούς γιατρούς, τους παθολόγους, τους παιδίατρους και τους εργαστηριακούς που διαθέτουν. Αυτό είναι ένα μέτρο που συμβάλλει σημαντικά στην αποφόρτιση των νοσοκομείων από το αβάσταχτο φορτίο των περιστατικών που προσέρχονται χωρίς να χρειάζεται, επειδή δεν μπορούν να βρουν γιατρό εκτός νοσοκομείου και με αποτέλεσμα μια απίστευτη ταλαιπωρία)

Εκτός από το πρόβλημα των υποδομών, η δεύτερη σημαντική διαφορά είναι ότι το σύστημα που προτείνουμε στηρίζεται στη λογική του ενιαίου σχεδιασμού πανελλαδικά και κατά πληθυσμιακή μονάδα, πράγμα εντελώς ασύμβατο με την σημερινή κατάσταση πολυδιάσπασης που επικρατεί στο χώρο της υγ/κής ασφάλισης. Ενιαίος σχεδιασμός όμως σημαίνει και ενιαία χρηματοδότηση, πράγμα που από οργανωτικής – θεσμικής πλευράς εκφράζεται με την συγκρότηση ενός Ενιαίου Φορέα Υγείας με την πλήρη κατάργηση των κλάδων υγείας.

*Ο οικογενειακός γιατρός, γιατρός με ειδικότητα γενικής ιατρικής, είναι ο γιατρός που έρχεται σε πρώτη επαφή με τους ασθενείς της λίστας του, γνωρίζει τα προβλήματα υγείας τους και είναι σε θέση να διαγιγνώσκει και να θεραπεύει συνηθισμένα προβλήματα υγείας ή να παραπέμπει στον ειδικό όταν χρειάζεται. Είναι σε θέση να επιμελείται της μετανοσηλευτικής φροντίδας των αρρώστων του. Είναι υπεύθυνος για τους προληπτική φροντίδα των ασθενών του, για τη παρακολούθηση χρονίως πασχόντων ασθενών, για την κατ' οίκον νοσηλεία και επίσης για την διενέργεια προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής υγείας (ως μέλος της ομάδας υγείας) στο πληθυσμό της περιοχής του. Ρόλο οικογενειακού γιατρού μπορεί να έχουν και παθολόγοι εφόσον παρακολουθήσουν ετήσιο πρόγραμμα μετεκπαίδευσης ή για τη παρακολούθηση των χρονίως πασχόντων.

OENGE