

Πρόταση 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. Θα 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

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

Για κάθε πληθυσμιακή μονάδα 20000-40000 κατοίκων δημιουργείται ΚΥ

Λόγω των γεωγραφικών ιδιοτεροτήτων της χώρας(μικρά νησιά, πολύ 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 8ετία.**

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, μαιές, 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 τόσο 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 χρόνων 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 σαν 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 για τους δικούς του ασφαλισμένους, υποδομές που είναι διαμορφωμένες με την λογική του τακτικού εξωτερικού ιατρείου, με σοβαρές ελλείψεις σε προσωπικό και με την γνωστή κακή ποιότητα υπηρεσιών. Οι άλλοι ασφαλιστικοί οργανισμοί εξυπηρετούν τους ασφαλισμένους τους στα ιδιωτικά ιατρεία των συμβεβλημένων γιατρών. 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 παιδιάτρους 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 θα εκφραζόταν με την συγκρότηση ενός Ενιαίου Φορέα Υγείας (με την σύμπτυξη των κλάδων υγείας σε

ένα) που θα συμβάλλεται με το ΕΣΥ στο (οποίο θα ανήκουν οι υπηρεσίες) ή ακόμα καλύτερα, στην πλήρη κατάργηση των κλάδων υγείας .

Απαιτείται μια μεταβατική διαδικασία , που παίρνει υπόψη τα σημερινά δεδομένα. Έτσι:

α) Η διαδικασία μετάβασης ξεκινά με την αξιοποίηση των υπαρκτών υποδομών του ΙΚΑ στα αστικά κέντρα και την μετατροπή τους σε ΚΥ – αστικού τύπου που εξυπηρετούν το σύνολο του πληθυσμού αναφοράς τους. Ταυτόχρονα εντάσσονται στον ενιαίο σχεδιασμό και οι όποιες υποδομές της τοπικής αυτοδιοίκησης (δημοτικά ιατρεία) .

Για την υλοποίηση του στόχου αυτού δημιουργείται υπο την εποπτεία του Υφυπουργού Υγείας , **Πανελλαδικός Συντονιστικός Φορέας** από τους προέδρους των ασφαλιστικών οργανισμών (αρχικά τουλάχιστον από ΙΚΑ, ΟΠΑΔ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ). Ο πανελλαδικός φορέας για όσο διάστημα λειτουργεί, συμμετέχει και στις συνεδριάσεις του Κεντρικού Συμβουλίου ΠΦΥ. Σκοπός της επιτροπής είναι να συντονίσει την δράση των ασφαλιστικών οργανισμών προκειμένου τα πολυϊατρεία του ΙΚΑ να μετατραπούν σε ΚΥ αστικών κέντρων. Αυτό γιατί προκειμένου η υποδομή ενός ταμείου που εξυπηρετεί τους δικούς του ασφαλισμένους να τροποποιηθεί έτσι ώστε να εξυπηρετεί τους όλους τους ασφαλισμένους και τους ανασφάλιστους , θα χρειαστεί την συμβολή όλων των ταμείων.

Μέσα από τον Πανελλαδικό Συντονιστικό Φορέα τα ασφαλιστικά ταμεία θα συνεννοηθούν για την συμβολή του καθένα σε υποδομές, πόρους και προσωπικό , έτσι ώστε να ξεκινήσει ο ενιαίος σχεδιασμός της ΠΦΥ με την μετατροπή των πολυϊατρείων του ΙΚΑ σε ΚΥ.

Σε κάθε υγ/κή περιφέρεια , με πρόεδρο τον διοικητή της υγ/κής περιφέρειας , δημιουργείται **περιφερειακός Συντονιστικός Φορέας** απο τους διοικητές των ασφαλιστικών οργανισμών της περιφέρειας . Σκοπός του συντονιστικού φορέα είναι να διαμορφώσει το συγκεκριμένο σχέδιο μετατροπής των πολυιατρείων του ΙΚΑ της περιοχής σε ΚΥ και να καθορίσει την συμβολή του κάθε φορέα στην υλοποίηση του σχεδίου.

Πρώτο βήμα: η διαμόρφωση προϋποθέσεων για την δυνατότητα των πολυιατρείων του ΙΚΑ (Αστικών Κ.Υ.) να εφημερεύουν σε 24ωρη βάση (που μπορεί αρχικά να είναι και 12ωρη) για όλο τον πληθυσμό της περιοχής τους . Οι προϋποθέσεις αυτές είναι η διασφάλιση χώρων για την υποδοχή των οξέων περιστατικών, η διασφάλιση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού για την εφημερία και φυσικά η διασφάλιση των πόρων για την αναμόρφωση των χώρων, τη δαπάνη των παρακλινικών εξετάσεων και τις αμοιβές των υπερωριών. Έτσι:

1. Δημιουργείται (υπο την διαχείριση του συντονιστικού φορέα) ένας κοινός λογαριασμός από το ΕΣΥ και από τα ταμεία που οι ασφαλισμένοι τους θα ωφεληθούν από το μέτρο (όχι από το ΙΚΑ, αφού αυτό συμβάλλει με τις δικές του υποδομές, αλλά πχ από ΟΠΑΔ και ΟΑΕΕ).
2. Ανακοινώνεται η απόφαση για την μετατροπή του πολυιατρείου σε κέντρο εφημερίας και καλούνται οι γιατροί της περιοχής (συμβεβλημένοι με οποιοδήποτε ταμείο) να δηλώσουν συμμετοχή στη λίστα εφημερευόντων μέσα σε ένα δίμηνο. Η πρόσκληση αφορά στις ειδικότητες γενικής ιατρικής, παθολογίας, παιδιατρικής , ακτινολογίας και βιοπαθολογίας. Στην

πρόσκληση επίσης περιγράφονται οι συνθήκες εφημερίας (ώρες ανά γιατρό, αριθμός γιατρών κατά ειδικότητα, αμοιβές). Οι γιατροί που θα ενταχθούν στη λίστα εφημερευόντων συμβάλλονται με τον συντονιστικό φορέα της περιφέρειας.

3. Προκηρύσσονται μόνιμες θέσεις νοσηλευτικού προσωπικού για τις ανάγκες της εφημερίας των πολυιατρείων, έτσι ώστε κάθε 8ωρη βάρδια να καλύπτεται από 2 νοσηλεύτριες /τές. Οι οργανικές θέσεις του νοσηλευτικού προσωπικού ανήκουν στην υγ/κή περιφέρεια.
4. Την υλοποίηση του προγράμματος εφημέρευσης σε κάθε πολυιατρείο εποπτεύει επιτροπή που αποτελείται από τον ιατρικό διευθυντή του ΙΚΑ, από υπάλληλο της υγ/κής περιφέρειας και από εκπρόσωπο του τοπικού ιατρικού συλλόγου. Διοικητικά καθήκοντα κατά την εφημερία, ασκούν εκ περιτροπής οι διοικητικοί υπάλληλοι των ασφαλιστικών οργανισμών που συμμετέχουν στον συντονιστικό φορέα.

(Ταυτόχρονα)

Το Κεντρικό Επιστημονικό Συμβούλιο ΠΦΥ σε συνεργασία με τα Περιφερειακά Επιστημονικά Συμβούλια ΠΦΥ, καταγράφει τις υπαρκτές υποδομές σε κάθε πόλη , το προσωπικό που υπηρετεί σε κάθε υγ/κή περιφέρεια , και διαμορφώνει τους στόχους που αντιστοιχούν στην παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών ΠΦΥ. Καταθέτει την εισήγησή του για έγκριση στο Κεντρικό Συμβούλιο ΠΦΥ. **Η διαδικασία αυτή ολοκληρώνεται σε 6 μήνες.**

Με την ίδια διαδικασία καθορίζεται και η λίστα παροχών που πρέπει να απολαμβάνουν οι ασφαλισμένοι (και οι ανασφάλιστοι) από τις μονάδες ΠΦΥ. Σύμφωνα με την λίστα αυτή, που πρέπει να είναι διευρυμένη σε σύγκριση με τις υπάρχουσες (πχ οδοντιατρική περίθαλψη και πρόληψη), θα καθοριστούν και αρκετές πλευρές του προγραμματισμού των υποδομών (πχ μονάδες αποκατάστασης).

Με την ολοκλήρωση της διαδικασίας έχει καταγραφεί η ανάγκη σε κτιριακές υποδομές (νέα κτίρια ή ανακατασκευή των παλαιών), σε μηχανήματα και υλικά , σε ιατρικό προσωπικό από κάθε ειδικότητα, σε νοσηλευτικό , παραϊατρικό προσωπικό . Έτσι είναι δυνατό να προϋπολογισθεί η συνολική δαπάνη και να ξεκινήσει η διαδικασία κτιριακής και υλικοτεχνικής ενίσχυσης της ΠΦΥ. **Χρονικός ορίζοντας ολοκλήρωσης τα 4 χρόνια.**

Την χρονική στιγμή που θα διαπιστωθεί ότι η υποδομή των μονάδων ΠΦΥ των αστικών κέντρων είναι σε θέση να καλύψει όλο τον πληθυσμό, δημιουργείται **Ενιαίος Φορέας Υγείας (μετεξέλιξη του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)** με την συγχώνευση των κλάδων υγείας όλων των ασφαλιστικών ταμείων. Τα ασφαλιστικά ταμεία και οι δήμοι εκχωρούν τις υποδομές τους στο ΕΣΥ και ο ΕΦΥ διατηρεί τους πόρους από τις ασφαλιστικές εισφορές και συμβάλλεται με το ΕΣΥ . Το ΔΣ του ΕΦΥ απαρτίζεται από τους προέδρους των συγχωνευόμενων ταμείων και εκπροσώπους από ΓΣΕΕ, ΑΔΕΔΥ, ΓΣΕΒΕ, ΠΑΣΕΓΕΣ . Κατά αναλογία , δημιουργείται παρόμοια δομή και ανά περιφέρεια. Για όσο χρονικό διάστημα υφίσταται ο ΕΦΥ, μπορεί να συμβάλλεται και με ιδιωτικούς φορείς εφόσον διαπιστώνεται ότι οι ασφαλισμένοι για κάποιες συγκεκριμένες παροχές δεν καλύπτονται επαρκώς από τον δημόσιο τομέα.

Αυτή η ρύθμιση σημαίνει ότι πλέον όλοι οι κάτοικοι αυτής της χώρας , με μία ίδια κάρτα υγείας , απολαμβάνουν ίδιες υπηρεσίες, με ενιαίο τρόπο από την δημόσια μονάδα υγείας που βρίσκεται πλησιέστερα στον τόπο κατοικίας ή εργασίας τους.

Την ίδια αυτή χρονική στιγμή, με την δημιουργία του ΕΦΥ , υποδομές και προσωπικό περνούν στο ΕΣΥ. Αυτό σημαίνει ότι μέσω των συντονιστικών φορέων (που προηγούνται της δημιουργίας του ΕΦΥ) έχουν ήδη αρχίσει να προσλαμβάνονται γιατροί γενικής ιατρικής ή παθολόγοι και παιδίατροι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης στα υπό διαμόρφωση ΚΥ των πόλεων και ότι η διαδικασία αυτή ολοκληρώνεται παράλληλα με τις υποδομές..

Σε μικρότερο διάστημα 1 χρόνου από τώρα προκηρύσσονται οι θέσεις του μόνιμου ιατρικού προσωπικού. Για τα ΚΥ των αστικών περιοχών προκηρύσσονται οι θέσεις των γενικών γιατρών ή παθολόγων (οικογενειακοί γιατροί) , των παιδιάτρων, των γιατρών εργασίας και των εργαστηριακών. Θέσεις άλλων ειδικοτήτων προκηρύσσονται για τα νοσοκομεία της περιοχής , εφόσον διαπιστωθεί ότι για κάποια ειδικότητα (π.χ. ενδοκρινολόγοι, ρευματολόγοι...) δεν υπάρχουν γιατροί ή ο αριθμός των υπηρετούντων νοσοκομειακών γιατρών είναι μικρότερος από αυτόν που απαιτείται για την κάλυψη όλου του πληθυσμού.

Καθώς οι υποδομές διαμορφώνονται , ταυτόχρονα τα δίκτυα στελεχώνονται βαθμιαία με το αναγκαίο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Κάθε νέος γιατρός που προσλαμβάνεται στα ΚΥ των αστικών περιοχών, διορίζεται με σχέση πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης , με εργοδότη την υγ/κή περιφέρεια. Στην μεταβατική αυτή περίοδο, οι ήδη συμβεβλημένοι γιατροί μπορούν να συνεχίσουν να παρέχουν τις υπηρεσίες τους (εφόσον δεν έχουν υποβάλει αίτηση να προσληφθούν με νέα εργασιακή σχέση). Μόλις η διαδικασία στελέχωσης ολοκληρωθεί , οι συμβάσεις λύονται.

Άμεσα, στα ΚΥ των αγροτικών περιοχών, αρχίζει η διαδικασία των επισκέψεων από νοσοκομειακούς γιατρούς ειδικοτήτων, αρχικά 1 φορά την εβδομάδα για κάθε ειδικότητα.

Τέλος, μόλις διαπιστωθεί ότι συνολικά το ΕΣΥ μπορεί να καλύψει πλήρως τις ανάγκες του πληθυσμού της χώρας και σε όλες τις βαθμίδες της περιθαλψής (σαν αποτέλεσμα μιας πολιτικής που οδηγεί στην αναβάθμισή του συνολικά) , οι κλάδοι υγείας των ασφαλιστικών φορέων καταργούνται και ταυτόχρονα καταργείται και ο ΕΦΥ . Το ΕΣΥ χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό , δηλ. από την φορολογία, ενώ δεν θα υπάρχουν κρατήσεις για κλάδο 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 (

σαν 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.

(η πρόταση βασίζεται σε κείμενο του Γιώργου Γιαννόπουλου, πρώην μέλους της Ε.Γ. της ΟΕΝΓΕ)

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ και Νόμος « διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας...»

Ο νέος Νόμος που ψηφίστηκε την 15-2-11 από την κυβερνητική πλειοψηφία στη Βουλή, παρά την αντίθεση του συνόλου των Ιατρικών Φορέων της χώρας, δεν οργανώνει την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στη βάση των αρχών που αναφέραμε.

Ενοποιεί τους κλάδους υγείας του ΙΚΑ, του ΟΠΑΔ, του Ο.Α.Ε.Ε. και του ΟΓΑ και συγκροτεί τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, στον οποίο μεταφέρεται το σύνολο του ενεργητικού και παθητικού τους, όλη η κινητή και ακίνητη περιουσία τους και το προσωπικό τους , « με σκοπό την ενιαία και οικονομικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους ασφαλισμένους των Ταμείων αυτών, δηλαδή σχεδόν στο σύνολο του ελληνικού λαού. Ταυτόχρονα τα νοσοκομεία του ΙΚΑ εντάσσονται στο ΕΣΥ».

Ο νέος Οργανισμός, συγκροτείται ως τεράστιο ολιγοψώνιο για « ενιαίους κανόνες αγοράς υπηρεσιών» και δεν αναλαμβάνει καμία ευθύνη έναντι των ανασφάλιστων – των άπορων – των μεταναστών. Σύμφωνα με νεότερες δηλώσεις του Υπουργού Υγείας, θα αρχίσει να λειτουργεί από την 1-6-11 στο σύνολο της χώρας (κι όχι πιλοτικά, όπως είχε ανακοινωθεί, στη Κρήτη και τη Θεσσαλονίκη), ενώ σύντομα θα διοριστούν ο Διοικητής και οι 2 Υποδιοικητές του. Στις αρμοδιότητές τους είναι « η διαχείριση της περιουσίας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. , η επενδυτική πολιτική και αξιοποίηση των κεφαλαίων...αλλά και η σύναψη συμβάσεων με παρόχους υγείας όπως : ιδιωτικές κλινικές, διαγνωστικά κέντρα, κέντρα αποκατάστασης – αποθεραπείας...»

Οι συγκεκριμένες όμως παροχές υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους του, δεν περιγράφονται πουθενά, ούτε και ο τρόπος παροχής τους. Το βέβαιο είναι ότι αυτές, (όπως κι αν προσδιορισθούν με την κυβερνητική υιοθέτηση του καταναλωτικού μοντέλου δαπανών, κι όχι με την οργάνωση της Π.Φ.Υ.) θα οριοθετούνται – με πλαφόν - από τους πόρους του Οργανισμού, και θα χρησιμοποιούν κυρίως τις ανεπαρκείς υποδομές και τη στελέχωση του ΙΚΑ. Σύμφωνα με τον νέο νόμο, οι πόροι θα είναι : η ετήσια επιχορήγηση από τον Κρατικό Προϋπολογισμό σε ποσοστό 0.6% που αφορά τη συμμετοχή του Δημοσίου στη τριμερή χρηματοδότηση νέων ασφαλισμένων για τον κλάδο ασθένειας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και του Ο.Α.Ε.Ε. και την κρατική συμμετοχή για τον ΟΓΑ, οι ασφαλιστικές εισφορές παροχών ασθένειας σε είδος ασφαλισμένου – εργοδότη, η θέσπιση εργοδοτικής εισφοράς του Δημοσίου σε ποσοστό 5,1% επί

των πάσης φύσεως αποδοχών των δημοσίων υπαλλήλων, τα έσοδα από παροχή υπηρεσιών σε ασφαλισμένους Ασφαλιστικών Εταιρειών, καθώς και η σταδιακή αύξηση της εισφοράς των συνταξιούχων του ΟΠΑΔ (αλλά και των άλλων Ταμείων) στο 4% από 2.55% που είναι σήμερα.

Το σύνολο των πόρων είναι πολύ μικρότερο από τα 10 περίπου δις. ευρώ, που υπολογίζεται ότι ανέρχονται σήμερα οι δαπάνες υγείας των Ασφαλιστικών Ταμείων.

Με τη χρηματοδότηση αυτή στοχεύει η Κυβέρνηση να υπηρετήσει τους στόχους του Μνημονίου για οριζόντια περικοπή του συνόλου των δαπανών υγείας (δημόσιων και ιδιωτικών) στο 6% του ΑΕΠ (από 10% σήμερα), καθώς και για εργασιακό πρότυπο, για τους νέους συμβαλλόμενους γιατρούς, τις συμβάσεις τύπου ΟΑΕΕ (των 700 περίπου ευρώ μηνιαίως).

Το Γ.Σ. της ΟΕΝΓΕ θεωρεί απαραίδεκτες τις ρυθμίσεις του νέου νόμου για τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και αναλαμβάνει πρωτοβουλίες για την οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με βάση τις αξίες και τα πρότυπα της δικής μας πρότασης.

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΣΑΚΗΣ