

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ, ΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Αντωνιάδου Ιωάννα

Κούτης Αντώνης

Λιονής Χρήστος

Μυλωνέρος Θάνος

Παναγιωτόπουλος Τάκης

Μπένος Αλέξης, συντονιστής

Αθήνα, Ιούνιος 2015

ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Αντωνιάδου-Κουμάτου Ιωάννα

Παιδίατρος, Δ/ντρια Κοινωνικής και Αναπτυξιακής Παιδιατρικής, Υπεύθυνη Κέντρου Υγείας Καισαριανής, Ινστιτούτο Υγείας Παιδιού

Κούτης Αντώνης

Διδάκτωρ Κοινωνικής Ιατρικής, Δ/ντής ΕΣΥ Κοινωνικής Ιατρικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

Λιονής Χρήστος

Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Κρήτης

Μπένος Αλέξης, συντονιστής

Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ιατρική Σχολή του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Μυλωνέρος Θάνος

MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Γραφείο Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας

Παναγιωτόπουλος Τάκης

Καθηγητής, Τομέας Υγείας του Παιδιού, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
Πρόλογος	7
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
1.1. Η σημερινή κατάσταση	11
1.2 Η ποιότητα των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα	12
1.3. Οι προηγούμενες εκθέσεις και προτάσεις: κριτική προσέγγιση	13
1.4 Οι βασικές αρχές της παρούσας πρότασης	16
2. Η ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	19
2.1 Βασικοί στόχοι για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	19
2.2 Εθνικό Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ)	21
2.3 Μονάδα Φροντίδας Υγείας Γειτονιάς/Περιφερειακό Ιατρείο	24
2.4. Μονάδα Αναφοράς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	28
2.5 Διασύνδεση και συντονισμός υπηρεσιών και δομών ΠΦΥ	32
2.6. Διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών και των συνθηκών ασφάλειας του ασθενούς	37
2.7. Οργάνωση και διοίκηση	37
2.8. Ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού με έμφαση στην κατάρτιση και στην εκπαίδευση	39
2.9. Έρευνα	40
3. ΑΜΕΣΑ ΜΕΤΡΑ	43
<i>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</i>	47
<i>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ & ΠΗΓΕΣ</i>	55

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αναδύθηκε τη δεκαετία του 1970, ως η εναλλακτική ρεαλιστική απάντηση στη λειτουργική κρίση του ιατροκεντρικού και νοσοκεντρικού συστήματος υπηρεσιών υγείας. Η διεθνής αναγνώρισή της, ως η απαραίτητη και ρεαλιστική δομή για τον επανασχεδιασμό και την αναβάθμιση των συστημάτων υγείας, επικυρώνεται το 1978, με τη διακήρυξη της Συνδιάσκεψης της Alma Ata, κατά την οποία η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας εμπεριέχει τις αρχές της ισότιμης παροχής υπηρεσιών, της ολοκληρωμένης φροντίδας, της διατομεακής συνεργασίας, της συμμετοχής της κοινότητας και της χρησιμοποίησης της κατάλληλης τεχνολογίας. Την ίδια όμως περίοδο, κατά την οποία αναπτύσσεται η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, κυριαρχεί ιδεολογικά, πολιτικά και οικονομικά, σε διεθνή κλίμακα, ο νεοφιλελευθερισμός, ο οποίος, στη θέση του κράτους κοινωνικής πρόνοιας, επιβάλλει τους κανόνες της αγοράς στα συστήματα υγείας. Σε αυτό το διεθνές περιβάλλον υλοποιείται, με όλες τις αναμενόμενες αντιφάσεις, η πρώτη σημαντική τομή θεσμικής κατοχύρωσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη χώρα μας, με το Νόμο 1397/83, για το ΕΣΥ. Οι σημαντικές καινοτομίες του εφαρμόστηκαν μερικώς και μόνον στις αγροτικές περιοχές. Η λειτουργία της Ομάδας Υγείας και οι εξωστρεφείς δραστηριότητες της δεν αναπτύχθηκαν, παρά μόνον ως αποσπασματικές εξαιρέσεις. Η συνεπής εφαρμογή, τις τελευταίες δεκαετίες, πολιτικών λιτότητας, απορρύθμισης και υποχρηματοδότησης του δημόσιου συστήματος υγείας, παράλληλα με την άμεση χρηματοδότηση του ιδιωτικού τομέα υπηρεσιών υγείας από δημόσιους πόρους, οδήγησαν στην αποδιάρθρωση των δημόσιων δομών και την εκρηκτική ανάπτυξη των ιδιωτικών.

Παρά τις επιμέρους και κατά καιρούς προσπάθειες που έγιναν για τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (όπως π.χ. με το νόμο 3235/2004), κυρίαρχα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών αυτών παραμένουν μέχρι σήμερα η (συνταγογραφική, κυρίως) διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, η αποσπασματικότητα, η αναποτελεσματική και νοσοκομειοκεντρική λειτουργία τους, η δαιδαλώδης ποικιλία εργασιακών σχέσεων, η αναπαραγωγή του πελατειακού και μερικώς ιδιωτικοποιημένου συστήματος λειτουργίας, η προκλητή ζήτηση υπηρεσιών, η σπατάλη πόρων και λειτουργιών. Η πρόληψη, η προαγωγή υγείας και η αποκατάσταση λείπουν παντελώς από το φάσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Τις παθογένειες αυτές ήρθε να οξύνει η μακρόχρονη εφαρμογή πολιτικών με κύριο στόχο την απορρύθμιση της εργασίας και τη λιτότητα, η οποία εντάθηκε μετά την παγκόσμια οικονομική κρίση του 2007 και εδραιώθηκε μετά την ένταξη της χώρας, το 2010, στις

μνημονιακές πολιτικές δομικής προσαρμογής, καθότι είχε δραματικές επιπτώσεις στους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες που προσδιορίζουν την υγεία του πληθυσμού. Η αύξηση της ανεργίας, της εργασιακής επισφάλειας, της απόλυτης και σχετικής φτώχειας, του κοινωνικού αποκλεισμού, οι περιοριστικές πολιτικές ακόμη και στη δημόσια υγεία, αναγνωρίζονται διεθνώς ως πραγματική απειλή για την υγεία του πληθυσμού.

Η σημερινή οικονομική και κοινωνική κατάσταση της χώρας θεωρείται ιδιαίτερα κρίσιμη. Η ανθρωπιστική κρίση που δημιούργησε η πολιτική αυτή, έχουν πολλαπλασιάσει τις ανάγκες του πληθυσμού για φροντίδα υγείας. Οι εκθετικά διευρυνόμενες αυτές ανάγκες, σε συνδυασμό με την συστηματική αποδιάρθρωση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και την αδυναμία πρόσβασης σε αυτές των ανασφάλιστων πολιτών ανατροφοδοτεί και διευρύνει την ανθρωπιστική κρίση.

Η αλλαγή των κριτηρίων της εφαρμοζόμενης πολιτικής υγείας από τη νέα κυβέρνηση φιλοδοξεί να καταργήσει τον παραπάνω φαύλο κύκλο. Στη θέση της υγείας, ως ατομικού και εμπορεύσιμου αγαθού, η κατανομή του οποίου καθορίζεται από την παντοδυναμία των κανόνων της αγοράς, η σημερινή Πολιτεία ορίζει την υγεία ως κοινωνικό δικαίωμα και θεωρεί ως καθοριστικό κριτήριο-κανόνα στην πολιτική υγείας, την αλληλεγγύη και την απάντηση στις ανάγκες για φροντίδα υγείας του πληθυσμού.

Η κυβέρνηση με τις προγραμματικές της δηλώσεις, δεσμεύτηκε να δώσει προτεραιότητα στην ανάπτυξη ενός νέου δημόσιου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, το οποίο να δομείται με κριτήριο τις ανάγκες για φροντίδα υγείας του πληθυσμού και στόχο την επιστημονικά τεκμηριωμένη απάντηση σε αυτές. Να εντάξει δηλαδή, τις άμεσες απαντήσεις στις επείγουσες ανάγκες, στο στρατηγικό σχεδιασμό ενός νέου συστήματος υγείας, με όραμα την κοινωνία της αλληλεγγύης.

Με βάση τα παραπάνω, η ηγεσία του Υπουργείου Υγείας συγκρότησε Ομάδα Εργασίας για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, με αντικείμενο την υποβολή πρότασης για τη ριζική αναμόρφωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και την ανάδειξή της ως τον κεντρικό πυλώνα του συστήματος υγείας.

Η πρόταση της Ομάδας Εργασίας βασίζεται στο αξιακό πλαίσιο και τις κατευθύνσεις των προγραμματικών δηλώσεων της Κυβέρνησης και έχει λάβει σοβαρά υπόψη της την ιδιαίτερα δύσκολη οικονομική κατάσταση στην οποία βρίσκεται και θα βρίσκεται επί μακρόν η χώρα. Η πρόταση αυτή λαμβάνει, επίσης, υπόψη της, αφενός τη βαθιά οικονομική

και κοινωνική κρίση, αφετέρου τη δεδομένη πολιτική βούληση για μια αποτελεσματική απάντηση στην κρίση αυτήν. Στόχος δεν είναι η αποσπασματική και κατά περίπτωση αντιμετώπιση προβλημάτων, αλλά η στρατηγική αναμόρφωση του συστήματος υπηρεσιών υγείας με επίκεντρο την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Η βασική καινοτομία της πρότασης της Ομάδας Εργασίας για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι η ανάπτυξη Μονάδων Φροντίδας Υγείας Γειτονιάς στις πόλεις και Περιφερειακών Ιατρείων στην επαρχία, όπου μέσα από τη λειτουργία της Ομάδας Υγείας διασφαλίζεται η συνεπής και συνεχής ολοκληρωμένη φροντίδα και η εμπλοκή της τοπικής κοινωνίας. Η τεκμηρίωση της λειτουργίας αυτής θα πρέπει διασφαλιστεί από επι μέρους τεχνικές εκθέσεις εξειδίκευσης.

Η υλοποίηση της καινοτομίας αυτής θα δώσει τη δυνατότητα άμεσης παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας υψηλής ποιότητας σε όλο τον πληθυσμό, ενώ παράλληλα θα αποσυμφορήσει τις νοσοκομειακές υπηρεσίες, συμβάλλοντας έτσι στην αναβάθμισή τους.

Με δεδομένη την πολιτική βούληση της Κυβέρνησης να παρέμβει στον χώρο της υγείας, ως πρώτης προτεραιότητας απάντηση στην ανθρωπιστική κρίση, η εν λόγω πρόταση αποτελεί ρεαλιστική και ουσιαστική παρέμβαση προς στην κατεύθυνση αυτή.

Αλέξης Μπένος

Συντονιστής Ομάδας Εργασίας για την ΠΦΥ

Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας ΑΠΘ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. Η σημερινή κατάσταση

Στη χώρα μας, περίπου 2,5 εκατομμύρια μέλη νοικοκυριών βρίσκονται κάτω από το χρηματικό όριο του δείκτη της σχετικής φτώχειας, ενώ επιπλέον 3,8 εκατομμύρια άτομα βρίσκονται σε κίνδυνο φτώχειας ή σε κοινωνικό αποκλεισμό λόγω στέρησης βασικών αγαθών και υπηρεσιών. Η Ελλάδα, σύμφωνα με την Eurostat, συγκαταλέγεται στην ομάδα των χωρών με τη μεγαλύτερη φτώχεια (23.1%) ενώ κατατάσσεται στην πιο δυσμενή θέση στην Ευρωπαϊκή Ένωση όσον αφορά και τον κίνδυνο φτώχειας. Επίσης, παρότι δεν υπάρχουν ακριβή δεδομένα, εκτιμάται ότι είναι χιλιάδες αυτοί που διαβιούν σε άθλιες συνθήκες στέγασης ή είναι άστεγοι, ενώ πολλοί αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο έλλειψης στέγης.

Οι κοινωνικοοικονομικές αυτές συνθήκες οδήγησαν σε μια δραματική επιδείνωση της υγείας του πληθυσμού, με συνέπεια τον πολλαπλασιασμό των αναγκών για φροντίδα υγείας. Εκτός της μείωσης της δημόσιας δαπάνης για την υγεία¹ παράλληλα με την αυξανόμενη παρουσία ενός μη ελεγχόμενου ιδιωτικού τομέα, δομικά χαρακτηριστικά της ίδιας πολιτικής, οι σημαντικές ανάγκες για φροντίδα υγείας του πληθυσμού διογκώθηκαν από την δημιουργία ανυπερβλήτων οικονομικών και διαδικαστικών εμποδίων στην πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Η αδυναμία πρόσβασης αυτή οδήγησε με την σειρά της σε αύξηση αδιάγνωστων περιστατικών ή στην καθυστέρηση διάγνωσης και κατ' επέκταση της απαιτούμενης θεραπείας, διευρύνοντας ακόμη περισσότερο τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία.

Επιπροσθέτως η κατακερματισμένη φροντίδα υγείας, αυξάνει το κόστος των υπηρεσιών, αφού αυτές καλούνται να αντιμετωπίσουν ασθενείς με νοσήματα σε προχωρημένη εξέλιξη, με πολλαπλή νοσηρότητα και ευαλωτότητα. Συχνά η ίδια η περίθαλψη δεν είναι αποτελεσματική ενώ είναι συχνά αδικαιολόγητα ακριβή, επιβαρύνοντας έτσι την ίδια δαπάνη των νοικοκυριών για την υγεία και ιδιαίτερα την δαπάνη για διαγνωστικές εξετάσεις και φάρμακα. Σύμφωνα με δεδομένα για τις δαπάνες των νοικοκυριών για την

¹ Η συνολική δαπάνη για την υγεία έπεσε δραματικά από τα 23,2€ δις το 2009 στα 16,7€ δις το 2013. Ειδικότερα επηρεάστηκε η δημόσια δαπάνη, όχι μόνο από την μείωση του ΑΕΠ, αλλά και από τα κακώς επεξεργασμένα μέτρα λιτότητας: από τα 16,1€ δις το 2009, μειώθηκε στα 11,6€ δις το 2014, από τα πιο χαμηλά στην Ευρώπη ως ποσοστό του ΑΕΠ. Μέχρι το 2013 η μερίδα της δαπάνης που αφορούσε τα ίδια έξοδα, αυξήθηκε στο 30.7% σε αντίθεση με τον ευρωπαϊκό Μ.Ο. του 21%. Επισημώς ίδια έξοδα και αμοιβές, συμμετοχές, διαγνωστικές εξετάσεις, φάρμακα - επιδεινώνονται από τις επικρατέστερες "ανεπίσημες πληρωμές". Όλα αυτά ενήργησαν σαν αποτρεπτικοί παράγοντες για την έγκαιρη παροχή φροντίδας, ιδιαίτερα για τα 2,2εκ των ανασφαλιστών.

υγεία, που προκύπτουν από οικογενειακούς προϋπολογισμούς, έχουν αυξηθεί σημαντικά οι ιδιωτικές δαπάνες για φάρμακα, καθώς οι πολίτες υποχρεούνται να πληρώνουν από την τσέπη τους όλο και περισσότερα, συγκριτικά με προηγούμενα έτη, αφενός ως αποτέλεσμα της περικοπής των δημόσιων φαρμακευτικών δαπανών. Επίσης λόγω της υπερσυνταγογράφησης σε περιπτώσεις πολυνοσηρότητας, ως συνέπεια της κατακερματισμένης φροντίδας από πλειάδα διαφορετικών ειδικών γιατρών.

Η ανθρωπιστική κρίση ανατροφοδοτείται από την επιδείνωση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών διαβίωσης, η οποία οδηγεί σε αύξηση της νοσηρότητας, που με τη σειρά της μεταφράζεται σε αυξημένες ανάγκες για φροντίδα υγείας. Ο φαύλος κύκλος συμπληρώνεται καθώς η αποδιάρθρωση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και η ιδιωτικοποίησή τους, αποκλείουν την πρόσβαση των οικονομικά αδύνατων που έχουν και τις μεγαλύτερες ανάγκες για φροντίδα υγείας.

Τα μέτρα που σχεδιάστηκαν από τις προηγούμενες κυβερνήσεις υπό τον παραπλανητικό τίτλο «καθολική κάλυψη του πληθυσμού», εξυπηρετούσαν την προαναφερόμενη πολιτική στοχεύοντας στη δημιουργία δύο διαφορετικών επιπέδων φροντίδας υγείας. Ενός περιορισμένου προνοιακού συστήματος για τους άπορους στη λογική του «εγγυημένου πακέτου ελάχιστων υπηρεσιών υγείας με κουπόνι (voucher)» και ενός συστήματος υγείας και ενός ιδιωτικού ασφαλιστικού συστήματος που θα κάλυπτε τα μεσαία και ανώτερα κοινωνικά στρώματα.

1.2. Η ποιότητα των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα

Σειρά ευρωπαϊκών μελετών που αξιολογούν τα βασικά χαρακτηριστικά της προσβασιμότητας, της συνέχειας στη φροντίδα, το συντονισμό των υπηρεσιών και το ολοκληρωμένο φάσμα τους, έχει καταγράψει την ποιότητα των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) στη χώρα μας σε μια από τις χαμηλότερες θέσεις. Η παροχή των υπηρεσιών αναπτύχθηκε σπασμωδικά, δίχως την κατάλληλη μελέτη και στρατηγική προετοιμασία, με αποτέλεσμα να συγχέεται η *ουσιαστική* Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, που παρέχεται από τον *οικογενειακό γιατρό* (γενικό γιατρό, παθολόγο, παιδίατρο) και την *Ομάδα Υγείας*, με την λεγόμενη Περιπατητική Φροντίδα, τις υπηρεσίες υγείας δηλαδή από γιατρούς άλλων ειδικοτήτων.

Με τον τρόπο αυτόν δεν υπάρχει ουσιαστικό *σημείο εισόδου* (πρώτο σημείο επαφής) στο (μη) σύστημα, ιδιαίτερα στο αστικό περιβάλλον. Η παρούσα κουλτούρα επίσκεψης στον γιατρό, ιδίως όσο ο άνθρωπος δεν αντιλαμβάνεται να έχει κάποιο πρόβλημα υγείας, δυστυχώς προϋποθέτει νοσηρότητα, ενώ όταν νοσεί, είναι “ελεύθερος” να επιλέξει ανάμεσα **α)** στους συμβασιούχους με τον ΕΟΠΥΥ ιδιώτες γιατρούς των άλλων ειδικοτήτων **β)** ανάμεσα στις μονάδες ΠΕΔΥ και **γ)** ακόμα και στην δευτεροβάθμια, δηλαδή τα εξωτερικά ιατρεία και τα ΤΕΠ. Στις δύο πρώτες περιπτώσεις, οι οικογενειακοί γιατροί είναι ελάχιστοι ενώ στην τρίτη περίπτωση είναι σαφές ότι περιστατικά που θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν στην πρώτη βαθμίδα, καταλήγουν αυτοβούλως στην δευτεροβάθμια.

Τα αποτελέσματα αυτής της πολιτικής είναι **α)** η αύξηση της προκλητής ζήτησης **β)** ο ανταγωνισμός των ιδιωτών γιατρών στον χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όχι πάντα προς όφελος της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας **γ)** οι πλεονάζουσες συμβάσεις με ιδιώτες γιατρούς ειδικοτήτων **δ)** η κατασπατάληση των δημόσιων πόρων, μέσα από επισκέψεις και εξετάσεις, που κάποιες φορές δεν είναι απαραίτητες **ε)** η ασυνέπεια και ασυνέχεια στην φροντίδα **στ)** η μη ολοκληρωμένη και αποσπασματική παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας **ζ)** η μειωμένη ασφάλεια του ασθενούς **η)** η δημιουργία κουλτούρας καταναλωτισμού στον χώρο της υγείας **θ)** η δημιουργία ενός κλίματος, που είναι το πλέον ακατάλληλο για την ανάπτυξη μίας δημόσιας, ενιαίας, ολοκληρωμένης και υπό κοινωνικό έλεγχο *πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*, που να στηρίζεται στον *οικογενειακό γιατρό* και την *Ομάδα Υγείας*, δίπλα στον άνθρωπο, μέσα στην κοινότητά του.

1.3. Οι προηγούμενες εκθέσεις και προτάσεις: κριτική προσέγγιση

Στο πρόσφατο παρελθόν συγκροτήθηκαν δύο Επιτροπές γνωμοδότησης, για επικείμενες μεταρρυθμίσεις στον τομέα της ΠΦΥ. Η πρώτη Επιτροπή συγκροτήθηκε τον Οκτώβριο του 2012, στο πλαίσιο της πρωτοβουλίας *Υγεία εν Δράσει*, με πρόεδρό της τον κ. Παύλο Θεοδωράκη και με τη συνεργασία της *Ομάδας Δράσης για την Ελλάδα*, της *Ευρωπαϊκής Επιτροπής* και η δεύτερη Επιτροπή, τον Ιούλιο του 2013, με συντονιστή της τον κ. Κυριάκο Σουλιώτη.

Έργο της πρώτης Επιτροπής ήταν «η κατάρτιση και υλοποίηση επίκαιρου Σχεδίου Δράσης, για την καθολική εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου δικτύου ΠΦΥ, με σκοπό την κάλυψη των πραγματικών αναγκών υγείας του πληθυσμού και τη διασφάλιση της αποδοτικής χρήσης των πόρων».

Έργο της δεύτερης Επιτροπής ήταν «η ανάγκη αξιολόγησης της υφιστάμενης κατάστασης και των σχεδίων μεταρρύθμισης της ΠΦΥ, καθώς και η υποβολή τεκμηριωμένης πρότασης για την ολοκλήρωση του συστήματος της ΠΦΥ».

Οι προτάσεις της παρούσας Ομάδας Εργασίας για την ΠΦΥ διαφοροποιούνται από τις προτάσεις των δύο προηγούμενων Επιτροπών, στους εξής βασικούς άξονες:

- Στην παρούσα πρόταση, δεν γίνεται λόγος για ολοκλήρωση του συστήματος ΠΦΥ, αλλά για δημιουργία ενός Εθνικού Δικτύου ΠΦΥ, καθώς θεωρείται από τα μέλη της Ομάδας Εργασίας ότι σήμερα, όχι μόνο δεν υφίσταται ένα διακριτό, από πλευράς λειτουργίας και οργάνωσης, σύστημα ΠΦΥ στην Ελλάδα, αλλά παρερμηνεύεται και συγχέεται με τη συμβατική εξωνοσοκομειακή (περιπατητική) φροντίδα.
- Η ΠΦΥ δε συνιστά, απλώς, το πρώτο σημείο επαφής και ισότιμης πρόσβασης του πληθυσμού στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, αλλά, επιπλέον, εισάγει την έννοια της ολοκληρωμένης φροντίδας, μιας συνεχούς δηλαδή διαδικασίας, η οποία περιλαμβάνει την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, την πρόληψη της νόσου, την περίθαλψη και φροντίδα των αρρώστων, την αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη τους. Θεμελιώδης αρχή λειτουργίας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι η διατομεακή συνεργασία με τους τοπικούς θεσμούς και τις κοινωνικές δομές, καθώς και η ενεργός συμμετοχή του πληθυσμού αναφοράς στο σχεδιασμό και στον έλεγχο της ασφάλειας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Οι δομές της ΠΦΥ δεν είναι απλώς διοικητικά και λειτουργικά συνδεδεμένες με το σύστημα υγείας, αλλά αποτελούν το επίκεντρο και το θεμέλιό του.
- Στην παρούσα πρόταση, το κέντρο παροχής της ΠΦΥ μεταφέρεται, από τις Μονάδες Υγείας του ΠΕΔΥ και τα Κέντρα Υγείας, δίπλα στον πολίτη (σε πρώτο επίπεδο, στη Μονάδα Φροντίδας Υγείας Γειτονιάς στο αστικό περιβάλλον ή στο Περιφερειακό

ιατρείο στο αγροτικό περιβάλλον και σε δεύτερο επίπεδο, στην οικεία Μονάδα Αναφοράς ΠΦΥ της περιοχής διαμονής του).

- Η Ομάδα Υγείας, με διεπιστημονική σύνθεση, αποτελεί το λειτουργικό κύτταρο της ολοκληρωμένης παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ.
- Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού είναι σημαντικός για την ανάπτυξη ενός λειτουργικού και αποτελεσματικού συστήματος ΠΦΥ. Οικογενειακοί γιατροί είναι μόνον οι γενικοί γιατροί, οι παθολόγοι και οι παιδίατροι, που είναι εγκατεστημένοι δίπλα στον πολίτη, στην μονάδα υγείας της γειτονιάς / περιοχής διαμονής του, και μόνον αυτοί μπορούν να παραπέμπουν σε γιατρό άλλης ειδικότητας και σε άλλες δομές του συστήματος υγείας.
- Η πρόσβαση στο Εθνικό Σύστημα Υγείας διασφαλίζεται με την εγγραφή και την ηλεκτρονική καταχώρηση των κατοίκων στις Μονάδες Φροντίδας Υγείας Γειτονιάς / Περιφερειακά Ιατρεία της περιοχής τους, όπου και μπορούν να επιλέξουν τον οικογενειακό τους γιατρό.
- Οι εργασιακές σχέσεις όλων των εργαζόμενων στην ΠΦΥ είναι ενιαίες, πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, όπως και σε όλο το ΕΣΥ. Σε έκτακτες περιπτώσεις και σε επείγουσες ανάγκες μπορούν να συνάπτονται συμβάσεις ορισμένου χρόνου, για την προσωρινή κάλυψη των αναγκών αυτών.
- Στο επίκεντρο του σχεδιασμού για την ΠΦΥ βρίσκεται το άτομο-οικογένεια, ο πληθυσμός-κοινότητα, το δομημένο-φυσικό περιβάλλον, καθώς και οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες που επιδρούν στην υγεία.
- Η ολοκληρωμένη φροντίδα που προτείνεται δεν εξαντλείται μόνο στη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, αλλά περιλαμβάνει την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, την τακτική παρακολούθησή της υγείας, τη φυσική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη, τόσο σε ατομική, όσο και σε οικογενειακή και κοινωνική βάση, με ενεργή συμμετοχή των τοπικών φορέων και των κοινωνικών ομάδων, και σε πλαίσια εκτός των δομών υγείας.

- Η πρόσβαση στις υπηρεσίες ΠΦΥ είναι καθολική και ισότιμη για όλους τους ανθρώπους, χωρίς καμία διάκριση, χωρίς να απαιτείται ασφαλιστική κάλυψη και χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνση. Τουτέστιν, δεν γίνεται λόγος για αγοραστές υπηρεσιών υγείας, καθώς η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και δεν υπόκειται στους νόμους της αγοράς.
- Το σύστημα ΠΦΥ είναι εστιασμένο στον άνθρωπο - ασθενή, διασφαλίζει ισότιμα την παροχή ενός ολοκληρωμένου φάσματος υπηρεσιών υγείας, του οποίου η ασφάλεια και η ποιότητα εγγυάται μέσω της συμμετοχής των πολιτών. Η παροχή φροντίδας σέβεται τις ατομικές προτιμήσεις του κάθε ασθενή, και ανταποκρίνεται στις ανάγκες και τις αξίες του, οι οποίες καθορίζουν τις κλινικές αποφάσεις.
- Η παρούσα πρόταση, για την επιτυχία της προτεινόμενης μεταρρύθμισης, αναγνωρίζει την καθοριστική σημασία της εκπαίδευσης όλων των επαγγελματιών υγείας, τόσο σε προπτυχιακό, όσο και σε μεταπτυχιακό επίπεδο, στις βασικές αρχές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και τις απαιτούμενες στάσεις και δεξιότητες για την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών.

1.4 Οι βασικές αρχές της παρούσας πρότασης

Βασικές αρχές για την υγεία

Η υγεία θεωρείται ως η βιοψυχοκοινωνική (ολιστική) ισορροπία του ανθρώπου, μέσα στο περιβάλλον στο οποίο ζει, αποτελεί κοινωνικό αγαθό και κοινωνικό δικαίωμα, και η φροντίδα της συνιστά υποχρέωση της Πολιτείας. Το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού προσδιορίζεται από το συγκεκριμένο, κατά περίπτωση, κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον του, ενώ η θεώρηση της υγείας αναφέρεται στο επίπεδο του ατόμου-οικογένειας, του πληθυσμού-κοινότητας και του φυσικού-δομημένου περιβάλλοντος.

Βασικές αρχές για τις υπηρεσίες υγείας

Βασικές αρχές στη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας είναι η *καθολικότητα*, η *ισότιμη πρόσβαση*, η *συνέχεια στη φροντίδα*, η *ολοκληρωμένη φροντίδα* με επίκεντρο τον ασθενή,

ο συντονισμός των υπηρεσιών, η διασφάλιση της ποιότητας και η ασφάλεια του ασθενούς. Ο σχεδιασμός, η λειτουργία και η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας γίνονται με βάση τις επιστημονικά τεκμηριωμένες ανάγκες του πληθυσμού για φροντίδα υγείας. Απαραίτητη προϋπόθεση για όλα τα παραπάνω είναι η ανάπτυξη του *Υγειονομικού Χάρτη* και του *Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας*.

Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας αποτελεί βασική προτεραιότητα της Πολιτείας, με σκοπό τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, την οικονομική ανάπτυξη και την κοινωνική συνοχή.

Βασικές αρχές για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί το *θεμέλιο* και το *επίκεντρο* του συστήματος υγείας της χώρας. Ο σχεδιασμός, η χρηματοδότηση, η λειτουργία, η εποπτεία, ο έλεγχος και η αξιολόγησή της ασκείται θεσμικά από την Πολιτεία, στο πλαίσιο της δημόσιας πολιτικής για την υγεία.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι:

α) Ενιαία και συντονισμένη, διασφαλίζοντας τη λειτουργική διασύνδεση όλων των δημόσιων δομών ΠΦΥ, που λειτουργούν σε μια γεωγραφικά προσδιορισμένη περιοχή, υπο κοινό συντονισμό από έναν μόνον φορέα

β) Ολοκληρωμένη και συνεχής, διασφαλίζοντας τη συνέχεια και τη συνέπεια στη φροντίδα υγείας, οι οποίες αναφέρονται στην προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, τη συστηματική παρακολούθηση της υγείας, τη θεραπεία της αρρώστιας, τη φυσική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη

γ) Δημόσια, παρέχοντας υπηρεσίες υγείας στον πληθυσμό, με ευθύνη της Πολιτείας, στο πλαίσιο του δημόσιου συστήματος υγείας, χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνση

δ) Κοινωνικά ελεγχόμενη, με θεσμική κατοχύρωση της συμμετοχής φορέων της κοινότητας, στο σχεδιασμό, τη λειτουργία και την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας.

2. Η ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Βασικοί στόχοι για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Οι υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονται από την Ομάδα Υγείας και αφορούν άτομα και οικογένειες, πληθυσμό και κοινότητα, φυσικό και δομημένο περιβάλλον:

Άτομα και οικογένειες (εικόνα 1)

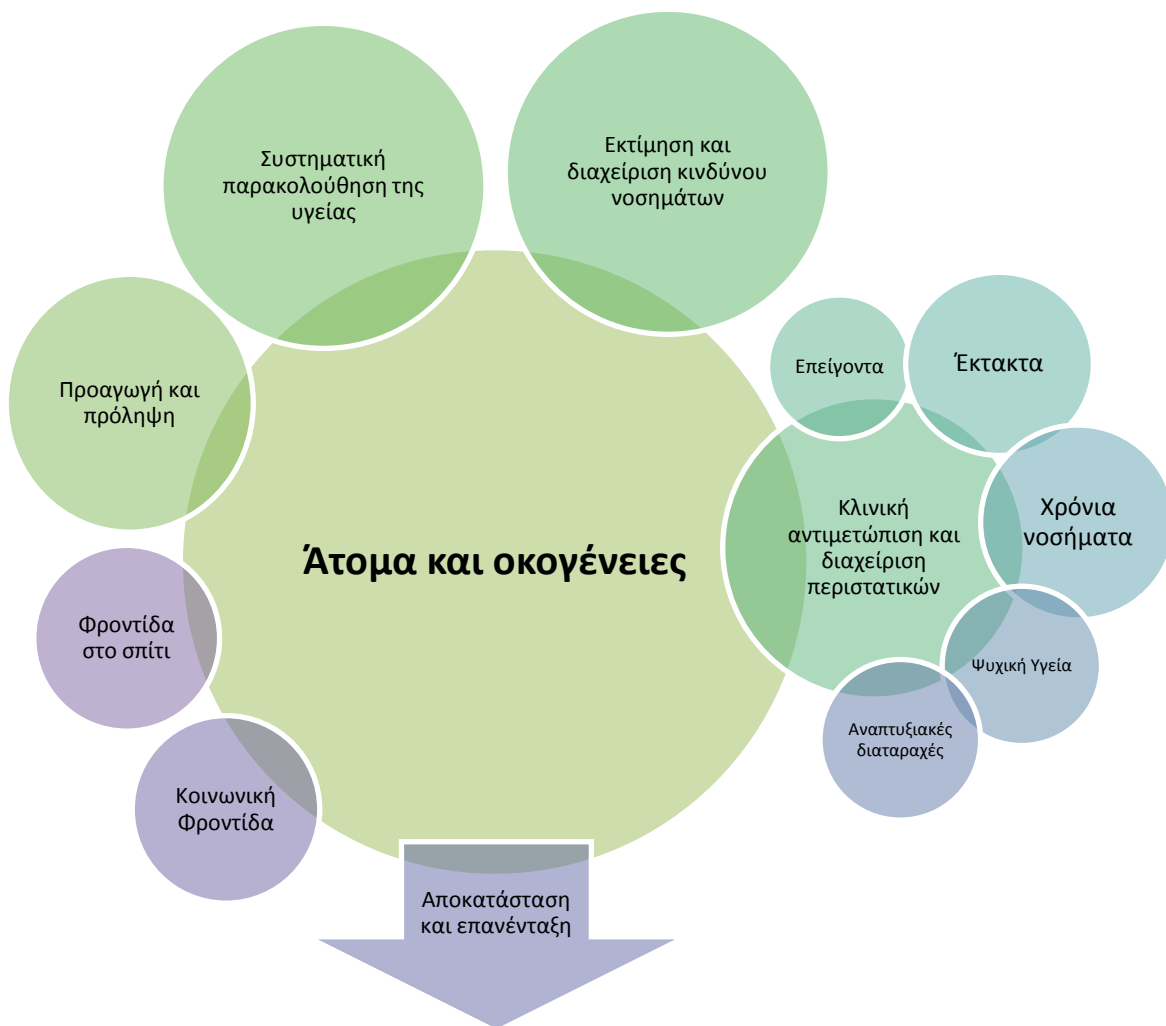
- ✓ Συστηματική παρακολούθηση της υγείας
- ✓ Κλινική αντιμετώπιση – διαχείριση περιστατικών (επειγόντων, εκτάκτων, χρόνιων προβλημάτων υγείας, ψυχικής υγείας σε διασύνδεση με τις αντίστοιχες δομές, αναπτυξιακών διαταραχών)
- ✓ Κοινωνική φροντίδα
- ✓ Φροντίδα κατ' οίκον
- ✓ Εκτίμηση και διαχείριση κινδύνου νοσημάτων και καταστάσεων υψηλού επιπολασμού
- ✓ Φυσική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη
- ✓ Αγωγή υγείας

Πληθυσμός και κοινότητα (εικόνα 2)

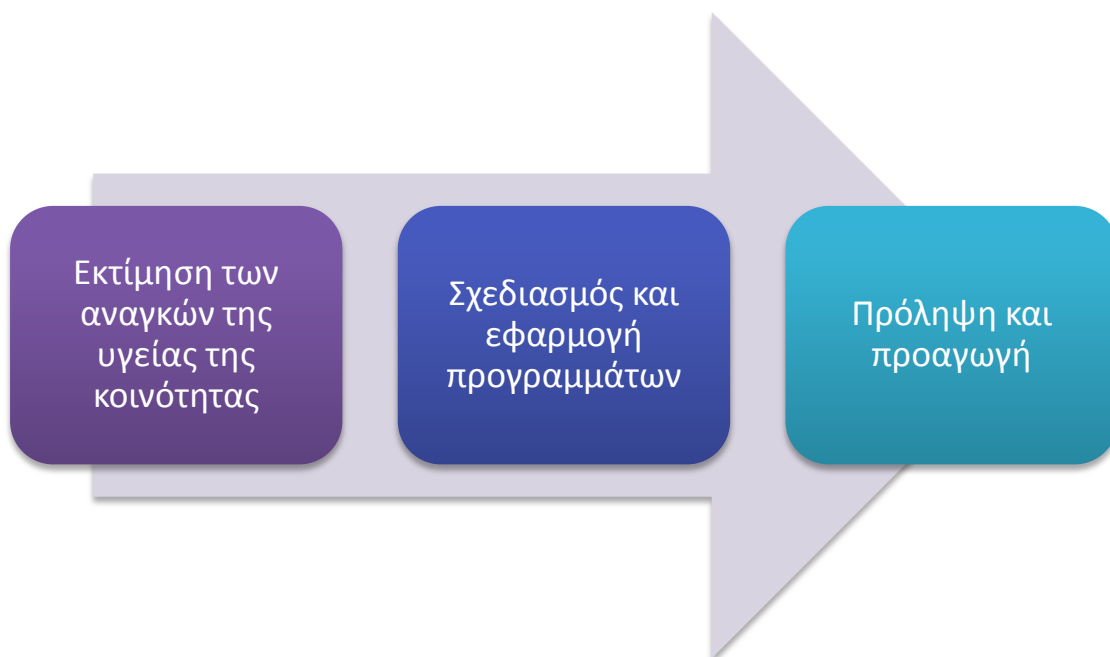
- ✓ Εκτίμηση των αναγκών υγείας της κοινότητας
- ✓ Σχεδιασμός και εφαρμογή προγραμμάτων (πρόληψης νοσημάτων, προαγωγής της υγείας)

Φυσικό και δομημένο περιβάλλον

- ✓ Εκτίμηση και παρέμβαση σχετικά με τις συνθήκες υγιεινής διαβίωσης στο σπίτι, τη γειτονιά, την εργασία, το σχολείο.



Εικόνα 1



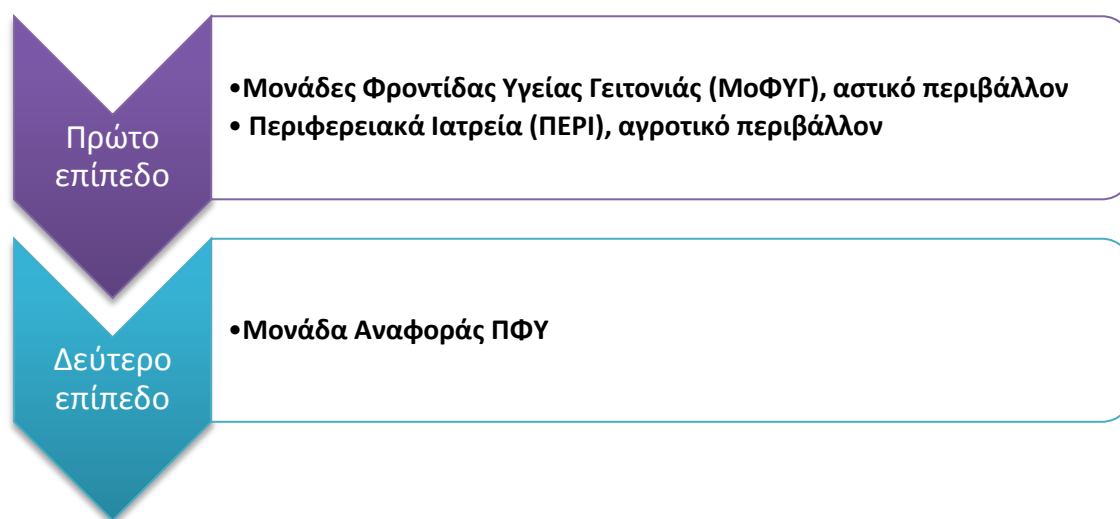
Εικόνα 2

Απαραίτητη για τα παραπάνω είναι η ανάπτυξη και η δυναμική αποτύπωση του *Υγειονομικού Χάρτη* καθώς και η λειτουργία ενιαίου και διαλειτουργικού σε όλο το σύστημα υγείας, *Ηλεκτρονικού Φακέλου*. Οι στόχοι που πρέπει να υπηρετεί η ΠΦΥ πρέπει να είναι μετρήσιμοι και να καθορίζονται στη βάση των αναγκών υγείας του πληθυσμού, λαμβάνοντας υπόψη τις τοπικές, πολιτιστικές, κοινωνικές, περιβαλλοντικές και γεωγραφικές ιδιαιτερότητες. Δείκτες, κυρίως διαδικασιών (όπως εκτίμηση των αναγκών για φροντίδα υγείας, εμβολιαστική κατάσταση, εκτίμηση κινδύνου κοινών μη μεταδιδόμενων νοσημάτων, ψυχοκινητική ανάπτυξη παιδιών και εφήβων κ.α.) και όχι εκβάσεων στην υγεία, θα πρέπει να κατευθύνουν την ανάπτυξη του Εθνικού Δικτύου ΠΦΥ από την πρώτη κιόλας εφαρμογή του.

2.2 Εθνικό Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ)

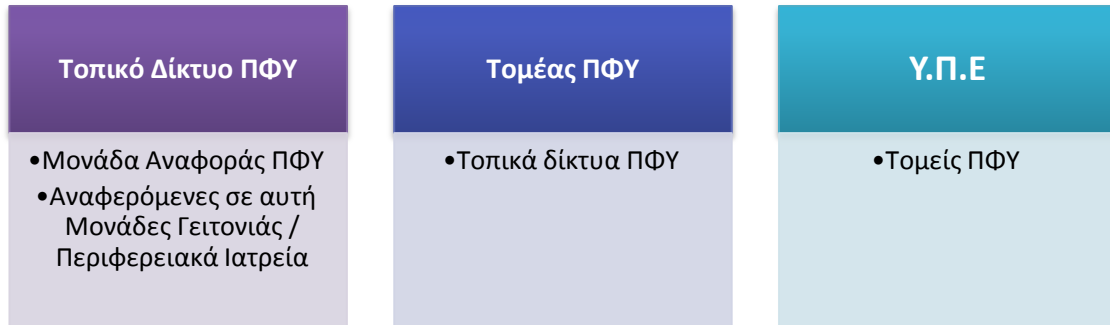
Δομή του Εθνικού Δικτύου ΠΦΥ

Όλες οι δημόσιες δομές ΠΦΥ, που αναπτύσσονται στις Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ) όλης της χώρας, αποτελούν το *Εθνικό Δίκτυο ΠΦΥ*. Η κάθε ΥΠΕ χωρίζεται, ανάλογα με τις πληθυσμιακές και γεωγραφικές ιδιαιτερότητές της και με βάση τις πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού ευθύνης, σε *Τομείς ΠΦΥ*. Τα γεωγραφικά όρια κάθε Τομέα καθορίζονται σε συνεργασία με το ΥΥ από την οικεία ΥΠΕ, με βάση συγκεκριμένα κριτήρια (πληθυσμιακά, πολιτισμικά, κοινωνικά, οικονομικά κ.α.), ώστε να καθίσταται η καλύτερη δυνατή κατανομή και ομοιογένεια.



Εικόνα 3

Κάθε Τομέας περιλαμβάνει συγκεκριμένα Τοπικά Δίκτυα ΠΦΥ, ο καθορισμός των οποίων γίνεται με βάση τις Μονάδες Αναφοράς ΠΦΥ (ΜΑΠΦΥ) και τις μονάδες υγείας που αναφέρονται σε αυτές οι οποίες είναι οι Μονάδες Φροντίδας Υγείας Γειτονιάς (ΜοΦΥΓ), στο αστικό περιβάλλον και τα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΕΡΙ), στο αγροτικό περιβάλλον.



Κάθε Τοπικό Δίκτυο ΠΦΥ απαρτίζεται από μία Μονάδα Αναφοράς ΠΦΥ και από τις Μονάδες Φροντίδας Υγείας Γειτονιάς/Περιφερειακά Ιατρεία που αναφέρονται σε αυτήν.

Δομή του Εθνικού Δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Πρώτο επίπεδο

Μονάδες Φροντίδας Υγείας Γειτονιάς (ΜοΦΥΓ), αστικό περιβάλλον

Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΕΡΙ), αγροτικό περιβάλλον

Δεύτερο επίπεδο

Μονάδα Αναφοράς ΠΦΥ (ΜΑΠΦΥ)

Το Τοπικό Δίκτυο ΠΦΥ περιλαμβάνει:

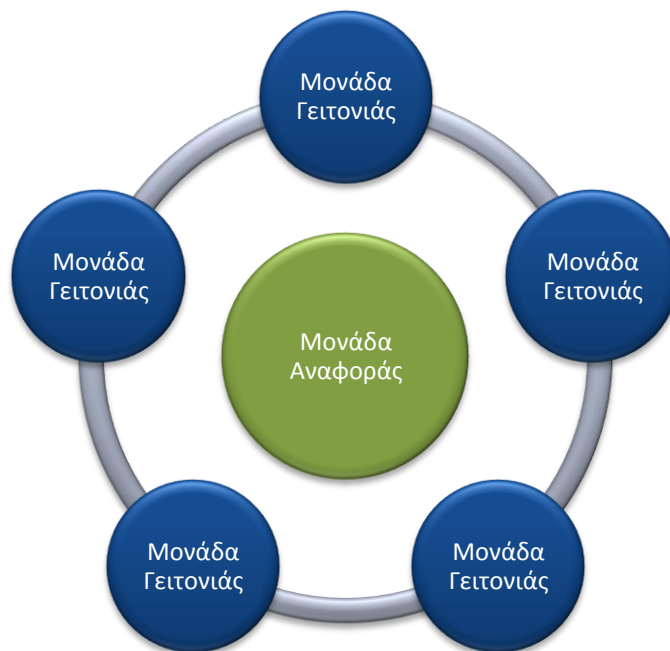
μία Μονάδα Αναφοράς ΠΦΥ (ΜΑΠΦΥ

με τις αναφερόμενες σε αυτή ΜοΦΥΓ ή ΠΕΡΙ

Κάθε **Τομέας ΠΦΥ** περιλαμβάνει συγκεκριμένα **Τοπικά Δίκτυα**

Κάθε **ΥΠΕ** χωρίζεται σε **Τομείς ΠΦΥ**

Όλες οι δημόσιες δομές υγείας, σε όλες τις ΥΠΕ



Εικόνα 4



Εικόνα 5

Τομεοποίηση

Η τομεοποίηση² παίζει καθοριστικό ρόλο στην παροχή ενιαίας, συντονισμένης και ολοκληρωμένης φροντίδας σε επίπεδο πληθυσμού-κοινότητας και σε επίπεδο δομημένου-φυσικού περιβάλλοντος, μέσα από τον ενιαίο οργανωτικό, διοικητικό και επιστημονικό σχεδιασμό και την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Συγκεκριμένα αναμένεται να συμβάλει ιδιαίτερα στην:

- ✓ Καλύτερη οργάνωση και διοίκηση των μονάδων ΠΦΥ, καθώς και στην αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη εφαρμογή της πολιτικής για την υγεία, που μπορεί, πλέον, να εξειδικεύεται, σύμφωνα με τις τοπικές ιδιαιτερότητες (γεωγραφικές, πληθυσμιακές, πολιτισμικές, οικονομικές κα.)
- ✓ Εδραίωση της πληθυσμιακής και κοινοτικής διάστασης της ΠΦΥ, καθώς και των αντίστοιχων ιδιαιτεροτήτων του κάθε Τομέα ΠΦΥ
- ✓ Ανάπτυξη της αντίληψης της διεπιστημονικής/διεπαγγελματικής συνεργασίας στους εργαζόμενους όλων των μονάδων υγείας του Τομέα, μιας και απαιτεί από κοινού σχεδιασμό, εφαρμογή, εποπτεία και αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας
- ✓ Αποτελεσματική εφαρμογή πληθυσμιακών και κοινοτικών παρεμβάσεων πρόληψης (ιδιαίτερα στη μαζική διαλογή), προαγωγής υγείας και δημόσιας υγείας
- ✓ Ουσιαστική και αποτελεσματική διασύνδεση των υπηρεσιών ΠΦΥ με αυτές της ψυχικής υγείας

2.3 Μονάδα Φροντίδας Υγείας Γειτονιάς/Περιφερειακό Ιατρείο

Συστήνονται οι *Μονάδες Φροντίδας Υγείας Γειτονιάς* (ΜοΦΥΓ) στο αστικό περιβάλλον και τα *Περιφερειακά Ιατρεία* (ΠΕΡΙ) στο αγροτικό περιβάλλον, που είναι οι μικρότερες μονάδες υγείας και αποτελούν το *επίκεντρο* και το *θεμέλιο* του νέου συστήματος ΠΦΥ.

² Οι τελικές αποφάσεις για την τομεοποίηση είναι σε εκκρεμότητα αλλά προσωρινές προτάσεις εντοπίσανε 283 τομείς ΠΦΥ σε 13 διοικητικές Περιφέρειες της χώρας. Σε κάθε Δήμο αντιστοιχεί τουλάχιστον ένας τομέας. Το μέσο μέγεθος των τομέων ΠΦΥ είναι 38,283 κατοίκων. Οι μικρότεροι είναι στο Νότιο Αιγαίο και στο Ιόνιο, οι μεγαλύτεροι στην Αττική, την Δυτική Ελλάδα και την Κεντρική Μακεδονία. Οι δομές-κλειδιά του ΕΣΥ για αυτούς τους τομείς είναι τα νοσοκομεία αναφοράς, οι μονάδες αναφοράς (ΚΥ-ΠΕΔΥ) και το δίκτυο μονάδων γειτονιάς.

Η ΠΦΥ σε πρώτο επίπεδο (πρώτο σημείο επαφής) παρέχεται δίπλα στον άνθρωπο και μέσα στην κοινότητα, από τις ΜοΦΥΓ και τα ΠΕΡΙ, οι οποίες είναι ο βασικός πυλώνας της ΠΦΥ και του ΕΣΥ. Σε αυτές, και από αυτές, παρέχονται όλες οι δυνατές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ενώ αποτελούν τον ικανό και αναγκαίο κρίκο για την διασύνδεση στις δομές του ΕΣΥ. Σε κάθε ΜοΦΥΓ / ΠΕΡΙ δημιουργείται, από όλους τους εργαζόμενους, η *Ομάδα Υγείας*, η οποία, σε συνεργασία με τους τοπικούς κοινωνικούς φορείς, σχεδιάζει, υλοποιεί και αξιολογεί την παροχή ολιστικής φροντίδας στον πληθυσμό ευθύνης της.

Πληθυσμός ευθύνης Μονάδων Φροντίδας Υγείας Γειτονιάς / Περιφερειακών Ιατρείων

Συστήνεται μία *Μονάδα Φροντίδας Υγείας Γειτονιάς / ένα Περιφερειακό Ιατρείο*, με πληθυσμό ευθύνης μέχρι 5000 άτομα. Πληθυσμιακές, ηλικιακές, γεωγραφικές ιδιαιτερότητες (νησιά, ορεινοί πληθυσμοί, κλπ) και πολλαπλή νοσηρότητα, αντιμετωπίζονται, κατά περίπτωση, από τις Διευθύνσεις ΠΦΥ των Υγειονομικών Περιφερειών (ΥΠΕ). Τον πληθυσμό ευθύνης απαρτίζουν όλοι, όσοι διαμένουν σε μια σαφώς καθορισμένη γεωγραφική περιοχή.

Προϋπόθεση για τη συμμετοχή στο δημόσιο σύστημα υγείας είναι η εγγραφή των ατόμων σε τοπική μονάδα της γειτονιάς τους όσον αφορά τις πόλεις, και της περιοχής τους στην επαρχία, στα όρια του οικείου *Τοπικού Δικτύου ΠΦΥ*. Σε ειδικές καταστάσεις, και μετά την παρέλευση ενός καθορισμένου χρονικού διαστήματος, υπάρχει η δυνατότητα αλλαγής γιατρού ή/και ΜοΦΥΓ/ΠΕΡΙ, μέσα στα όρια του ίδιου Τοπικού Δικτύου ΠΦΥ. Οι εγγεγραμμένοι στις μονάδες αποκτούν άμεσα *Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας*, ενώ παραπέμπονται σε άλλες δομές ή άλλους επαγγελματίες υγείας, μέσω των μονάδων αυτών.

Στην ομάδα εργασίας εκφράστηκε και η άποψη ότι "Οι πολίτες μπορούν να επιλέξουν να εγγραφούν είτε στη *Μονάδα Φροντίδας Υγείας Γειτονιάς / Περιφερειακό Ιατρείο* που αντιστοιχεί στη διεύθυνση κατοικίας τους (οπότε έχουν και όλες τις παροχές φροντίδας στο σπίτι που παρέχει η Μονάδα), είτε σε άλλη *Μονάδα Φροντίδας Υγείας Γειτονιάς / Περιφερειακό Ιατρείο* της περιοχής ευθύνης της τοπικής ΜΑΠΦΥ, είτε τέλος –σε ειδικές περιπτώσεις– σε άλλη Μονάδα."

Υπηρεσίες Μονάδων Φροντίδας Υγείας Γειτονιάς / Περιφερειακών Ιατρείων

Οι ΜοΦΥΓ / ΠΕΡΙ προσφέρουν υπηρεσίες *πρώτης επαφής* (ολοκληρωμένη εκτίμηση αναγκών υγείας, ιεράρχηση προτεραιοτήτων, καταγραφή των επιθυμιών και προσδοκιών των ασθενών), υπηρεσίες αντιμετώπισης χρόνιων και συχνών προβλημάτων υγείας με την αρωγή ενός βασικού πλησίον του ασθενούς εργαστηριακού εξοπλισμού, εκτίμηση επιλεγμένων κινδύνων υγείας με τη συμβολή προτυπωμένων και εύχρηστων εργαλείων, υπηρεσίες πρόληψης, υπηρεσίες συμβουλευτικής και παραπομπή σε άλλες υπηρεσίες και δομές της ΠΦΥ. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται από την *Ομάδα Υγείας* των ΜοΦΥΓ / ΠΕΡΙ και την *Ομάδα Υγείας* της ΜΑΠΦΥ, στην Μονάδα, στο σπίτι και στην κοινότητα.

Οι υπηρεσίες που παρέχουν οι Μονάδες Γειτονιάς και τα Περιφερειακά Ιατρεία, είναι επιγραμματικά οι ακόλουθες:

- ✓ προαγωγή και αγωγή υγείας (στους χώρους των μονάδων, κατ' οίκον, στην εργασία ή στα σχολεία κλπ.)
- ✓ πρόληψη
- ✓ εκτίμηση και διαχείριση κινδύνου (κοινά μη μεταδιδόμενα νοσήματα σε ομάδες/άτομα του πληθυσμού)
- ✓ συστηματική παρακολούθηση της υγείας
- ✓ αντιμετώπιση οξέων προβλημάτων υγείας
- ✓ διαχείριση χρόνιων νοσημάτων στη Μονάδα και στο σπίτι
- ✓ φροντίδα στο σπίτι
- ✓ συμβουλευτική και υποστήριξη, σε άτομα και οικογένειες
- ✓ υπηρεσίες ψυχικής υγείας, σε συνεργασία με τις αντίστοιχες δομές
- ✓ κοινωνική επανένταξη και φυσική αποκατάσταση
- ✓ εκπαίδευση ατόμων και οικογενειών, για τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων υψηλού κινδύνου
- ✓ εκπαίδευση ατόμων και οικογενειών, για τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων υψηλού κινδύνου

Στελέχωση Μονάδων Φροντίδας Υγείας Γειτονιάς / Περιφερειακών Ιατρείων

Η ΜοΦΥΓ στις πόλεις και το ΠΕΡΙ στην επαρχία, στελεχώνονται σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού (επιδημιολογικό προφίλ).

Ενδεικτική στελέχωση:

- 2 γιατροί γενικής ιατρικής (ή παθολογίας, εάν δεν υπάρχουν γενικοί γιατροί)
- 1 νοσηλευτικής και 1 επισκεπτών υγείας
- 1 παιδίατρος, για κάθε δύο Μονάδες
- 1 μαιευτής/μαία, για κάθε 2 Μονάδες
- 1 κοινωνική λειτουργός
- 1 οικογενειακή βοηθός, για κάθε δύο Μονάδες
- 1 γραμματέας

Οι παραπάνω επαγγελματίες υγείας αποτελούν την *Ομάδα Υγείας* της ΜοΦΥΓ / του ΠΕΡΙ, η οποία ευρίσκεται σε στενή συνεργασία με τον ψυχολόγο, τον φυσικοθεραπευτή, τον εργοθεραπευτή και τον οικογενειακό βοηθό που υπηρετούν στην ΜΑΠΦΥ, συναποτελώντας την *Τοπική Ομάδα Υγείας* (του Τοπικού Δικτύου Υγείας).

Λειτουργία Μονάδων Φροντίδας Υγείας Γειτονιάς / Περιφερειακών Ιατρείων

Οι ΜοΦΥΓ και τα ΠΕΡΙ προσφέρουν τις υπηρεσίες τους, από τις 8 το πρωί μέχρι τις 8 το βράδυ, στη Μονάδα, στο σπίτι και στην κοινότητα.

Λειτουργούν παράλληλα ως *Μονάδες Προγραμματισμένης Φροντίδας Ενηλίκων και Παιδιών* και διενεργούν απλές εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις (near to the patient test), κυρίως για την παρακολούθηση των χρονίως πασχόντων. Παρέχουν φροντίδα στο σπίτι και κοινωνική φροντίδα.

Λειτουργούν ως *Μονάδες Αντιμετώπισης Οξέων Προβλημάτων Υγείας* και παραπέμπουν στις Μονάδες Αναφοράς ΠΦΥ.

Κτιριακή υποδομή

Η κτιριακή υποδομή των μονάδων γειτονιάς δύναται να είναι αρχικά, οι υπάρχουσες υποδομές του ΕΣΥ και εν γένει του ΥΥ ή της εκάστοτε ΥΠΕ, ενώ σε περιοχές όπου δεν υπάρχουν τέτοιες υποδομές, οι σχετικές ανάγκες καλύπτονται με την αξιοποίηση των υποδομών που ανήκουν στην Τοπική Αυτοδιοίκηση ή στον ευρύτερο δημόσιο τομέα. Όπου δεν υπάρχει καμία τέτοια δυνατότητα, ενοικιάζονται οι απαραίτητοι χώροι. Απαραίτητο στοιχείο κτιριακής υποδομής η προσβασιμότητα ατόμων με οποιασδήποτε μορφής κινητικές δυσκολίες. Για την παροχή υπηρεσιών στα σπίτια και στην κοινότητα, θεωρείται απαραίτητη η διάθεση οχημάτων μετακίνησης. Ειδική αρχιτεκτονική μελέτη στην πρώτη φάση της λειτουργίας του συστήματος, θα κατευθύνει τη μελλοντική ανάπτυξη των δομών αυτών.

Τεχνολογική υποδομή Μονάδων Φροντίδας Υγείας Γειτονιάς / Περιφερειακών Ιατρείων

Απαραίτητος κρίνεται ο εξοπλισμός των Μονάδων αυτών, με σύγχρονη τεχνολογική υποδομή για εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις (near to the patient test), καθώς και με ηλεκτρονικούς υπολογιστές-διαδίκτυο, για την ηλεκτρονική διασύνδεσή τους (Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας).

Απαιτείται πλήρης μελέτη για την διαγνωστική ακρίβεια και το κόστος της τεχνολογίας πλησίον του ασθενούς, που πρέπει να διαθέτουν οι Μονάδες αυτές και που πρέπει να προηγηθεί της πλήρους εφαρμογής του θεσμού αυτού.

2.4. Μονάδα Αναφοράς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Συστήνονται οι *Μονάδες Αναφοράς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας* (ΜΑΠΦΥ), οι οποίες συνιστούν το δεύτερο επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας του Εθνικού Δίκτυου ΠΦΥ και στις οποίες αναφέρονται οι *Μονάδες Φροντίδας Υγείας Γειτονιάς* και *Περιφερειακά Ιατρεία*, για παραπομπή ασθενών σε γιατρούς ειδικοτήτων, με σκοπό την περαιτέρω διαγνωστική και εργαστηριακή διερεύνηση, για έκτακτα και επείγοντα περιστατικά, καθώς και για ειδικές υπηρεσίες υγείας. Ο σκοπός των ΜΑΠΦΥ είναι στηρικτικός και συμπληρωματικός των υπηρεσιών ΠΦΥ, που παρέχονται από τις μονάδες πρώτου επιπέδου.

Πληθυσμός αναφοράς των Μονάδων Αναφοράς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Σε κάθε ΜΑΠΦΥ αναφέρεται συγκεκριμένος αριθμός ΜοΦΥΓ / ΠΕΡΙ. Ο πληθυσμός αναφοράς κάθε ΜΑΠΦΥ εξαρτάται από τις ΜοΦΥΓ / τα ΠΕΡΙ, που αναφέρονται σε αυτήν, και προσδιορίζεται από τις Διευθύνσεις ΠΦΥ των ΥΠΕ, ανάλογα με τις πληθυσμιακές και γεωγραφικές ιδιαιτερότητες κάθε τόπου (νησιά, ορεινοί πληθυσμοί, κλπ), τις ανάγκες για φροντίδα υγείας του τοπικού πληθυσμού (επιδημιολογικό και δημογραφικό προφίλ), καθώς και ανάλογα με τους διαθέσιμους πόρους. Η κάθε ΜΑΠΦΥ μαζί με τις ΜοΦΥΓ / τα ΠΕΡΙ αναφοράς της συναποτελούν το *Τοπικό Δίκτυο ΠΦΥ*.

Υπηρεσίες Μονάδων Αναφοράς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Οι υπηρεσίες που παρέχει η ΜΑΠΦΥ είναι οι ακόλουθες:

- ✓ *Εργαστηριακός έλεγχος* (εξετάσεις που δεν γίνονται στις ΜοΦΥΓ και τα ΠΕΡΙ): αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις, κλασική ακτινολογία, πανοραμική οδοντιατρική απεικόνιση, μαστογραφίες, μέτρηση οστικής πυκνότητας, υπερηχογραφήματα).
- ✓ *Ιατρεία Γενικής Ιατρικής και Παιδιατρικής*, για εξειδικευμένη διαγνωστική ή / και εργαστηριακή διερεύνηση ασθενών που παραπέμπονται από τις ΜοΦΥΓ και τα ΠΕΡΙ.
- ✓ *Ιατρεία Ειδικότητων και Εξειδικευμένων Υπηρεσιών Υγείας* για εξειδικευμένη διαγνωστική ή/και εργαστηριακή διερεύνηση ασθενών που παραπέμπονται από τις ΜοΦΥΓ και τα ΠΕΡΙ.
- ✓ *Οδοντιατρική φροντίδα* ενηλίκων και παιδιών.
- ✓ *Υπηρεσίες Υγείας της Γυναίκας-εγκύου-λεχώννας*
- ✓ *Υγείας παιδιών και εφήβων.*
- ✓ *Ειδικών ομάδων πληθυσμού (αναπήρων, ασθενών με καρκίνο, με άνοια, με ευαλωτότητα κ.α.).*
- ✓ *Πρόληψη* (δευτερογενής-διαλογή)
- ✓ *Φυσικοθεραπεία, Εργοθεραπεία, Λογοθεραπεία*
- ✓ *Ιατρική της εργασίας*
- ✓ *Κοινωνική Ιατρική / Δημόσια Υγεία*
- ✓ *Τμήμα Έκτακτων και επειγόντων περιστατικών*

Οι ΜΑΠΦΥ προσφέρουν υπηρεσίες εξειδικευμένης φροντίδας σε περιπατητικούς ασθενείς (specialist ambulatory care), οι οποίες δεν πρέπει να συγχέονται με τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (πρώτου επιπέδου), τις οποίες παρέχουν οι ΜοΦΥΓ και τα ΠΕΡΙ, και οι οποίες αποτελούν το επίκεντρο και, ταυτόχρονα, και το θεμέλιο του *Εθνικού Δικτύου ΠΦΥ*.

Η ορθή και πλήρης ανάπτυξη των μονάδων υγείας του πρώτου επιπέδου της παρούσας πρότασης (ΜοΦΥΓ / ΠΕΡΙ) αναμένεται να μειώσει σημαντικά την ανάγκη για εξειδικευμένη φροντίδα του δεύτερου επιπέδου (ΜΑΠΦΥ) και, κατ' επέκταση, να αποσυμφορήσει τα νοσοκομεία από την παροχή υπηρεσιών που παρέχονται, κατ' αποκλειστικότητα, από το *Εθνικό Δίκτυο ΠΦΥ*.

Στελέχωση των Μονάδων Αναφοράς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η στελέχωση κάθε ΜΑΠΦΥ είναι ανάλογη του πληθυσμού αναφοράς της και των υπηρεσιών που παρέχει. Με βάση τις υπηρεσίες που παρέχει στελεχώνεται από γιατρούς κλινικών και εργαστηριακών ειδικοτήτων, οδοντίατρους, γιατρό ιατρικής της εργασίας, γιατρό κοινωνικής ιατρικής/δημόσιας υγείας, νοσηλεύτριες, επισκέπτριες υγείας, διοικητικό/ γραμματειακό προσωπικό, βοηθούς εργαστηρίων, φυσικοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, ψυχολόγους, κοινωνικές λειτουργούς, μαιευτές/ μαίες, οικογενειακούς βοηθούς.

Ο αριθμός και οι ειδικότητες των γιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας, που στελεχώνουν κάθε ΜΑΠΦΥ, καθορίζονται από τις κατά τόπους ΔΥΠΕ, λαμβάνοντας υπόψη: **α)** αυτούς που υπηρετούν ήδη στο ΠΕΔΥ, ως πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, **β)** αυτούς που υπηρετούν στα νοσοκομεία και μπορούν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους και στις ΜΑΠΦΥ, **γ)** αυτούς που έχουν συμβάσεις με τον ΕΟΠΥΥ. Για να γίνει αυτό με τρόπο αξιόπιστο, προς όφελος τόσο των ασθενών, όσο και της εθνικής οικονομίας, πρέπει να εκτιμηθούν, κατά το πρώτο διάστημα λειτουργίας του Εθνικού Δικτύου ΠΦΥ, οι ανάγκες του πληθυσμού κάθε ΥΠΕ για φροντίδα υγείας από αυτούς τους επαγγελματίες υγείας, και με βάση αυτήν την εκτίμηση να γίνει η ορθολογική στελέχωση των ΜΑΠΦΥ.

Ο συντονισμός του έργου της ΜΑΠΦΥ και η διασύνδεσή της με τις μονάδες υγείας αναφοράς της και τις άλλες δομές υγείας και κοινωνικής φροντίδας γίνεται από τους γιατρούς γενικής ιατρικής (ή παθολογίας, εάν δεν υπάρχουν γενικοί γιατροί) και τους παιδίατρους, που υπηρετούν σε αυτήν. Οι επαγγελματίες υγείας της ΜΑΠΦΥ συναποτελούν με τους επαγγελματίες των *Ομάδων Υγείας* των ΜοΦΥΓ και των ΠΕΡΙ την *Ομάδα Υγείας του Τοπικού Δικτύου ΠΦΥ*.

Λειτουργία των Μονάδων Αναφοράς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Οι ΜΑΠΦΥ λειτουργούν για τον πληθυσμό αναφοράς τους, ως *Κέντρο Εφημερίας* από τις 8 το πρωί έως τις 12 το βράδυ, με γενικούς γιατρούς, παιδίατρους, βοηθούς εργαστηρίων και νοσηλεύτριες, για έκτακτα και επείγοντα περιστατικά, σε συντονισμό με το ΕΚΑΒ, στον στρατηγικό σχεδιασμό του οποίου εντάσσονται. Μετά τις 12 το βράδυ, τα έκτακτα και τα επείγοντα περιστατικά εξυπηρετούνται από το οικείο εφημερεύον νοσοκομείο, όπου αυτό είναι εφικτό, για λόγους οικονομίας κλίμακας. Σε περιοχές στις οποίες η πρόσβαση σε νοσοκομείο δεν είναι εύκολη οι ΜΑΠΦΥ εφημερεύουν όλο το 24ωρο.

Όλες οι άλλες υπηρεσίες της ΜΑΠΦΥ παρέχονται σε 12ωρη βάση, από τις 8 το πρωί έως τις 8 το βράδυ.

Προτείνεται ο σχεδιασμός Κέντρων Επειγόντων Περιστατικών 24ωρης Λειτουργίας (μετασηματισμός των σημερινών ΤΕΠ), κοινών για όλες τις βαθμίδες περίθαλψης και εδρών του ΕΚΑΒ, ώστε να υπάρξει μεγάλη οικονομία κλίμακας (δεν θα εφημερεύουν οι ΜΑΠΦΥ).

Κτιριακή υποδομή των Μονάδων Αναφοράς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Για την κτιριακή υποδομή των ΜΑΠΦΥ αξιοποιούνται, κατά το δυνατόν, οι υπάρχουσες υποδομές (ΠΕΔΥ, Κέντρα Υγείας). Στις περιοχές όπου δεν υπάρχουν διαθέσιμες τέτοιες υποδομές, οι σχετικές ανάγκες δύναται να καλυφθούν από υποδομές που ανήκουν στην Τοπική Αυτοδιοίκηση ή στον ευρύτερο δημόσιο τομέα. Όπου δεν υπάρχει καμία τέτοια δυνατότητα, ενοικιάζονται οι κατάλληλοι χώροι. Απαραίτητο στοιχείο υποδομής, για την

παροχή υπηρεσιών στα σπίτια και στην κοινότητα, είναι η διάθεση κατάλληλα εφοδιασμένων αυτοκινήτων.

Τεχνολογική υποδομή των Μονάδων Αναφοράς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η τεχνολογική υποδομή των ΜΑΠΦΥ είναι ανάλογη των υπηρεσιών που παρέχουν. Ως εκτούτου, πέραν της υποδομής Η/Υ και διαδικτύου, απαιτείται η ανάπτυξη βιοπαθολογικού και απεικονιστικού εργαστηρίου, μηχανημάτων και εργαλείων παρακλινικών εξετάσεων (οφθαλμολογίας, ΩΡΛ, γαστρεντερολογίας, γυναικολογίας), φυσικοθεραπευτήριου, εργοθεραπευτήριου, οδοντιατρικών εδρών, καθώς και σηπτικού χειρουργείου.

Για λόγους οικονομίας κλίμακας αλλά και διασφάλισης της ποιότητας και του αντίστοιχου ελέγχου, και εάν οι δυνατότητες χρηματοδότησης είναι περιορισμένες, προτείνεται να δημιουργηθούν *Διαγνωστικά και Θεραπευτικά Κέντρα ΜΑΠΦΥ*, στα οποία αναφέρονται περισσότερες της μίας ΜΑΠΦΥ, και στα οποία παρέχονται υπηρεσίες που απαιτούν τεχνολογία και υποδομές υψηλού κόστους (π.χ., ιατρική απεικόνιση, φυσικοθεραπευτήριο).

2.5 Διασύνδεση και συντονισμός υπηρεσιών και δομών ΠΦΥ

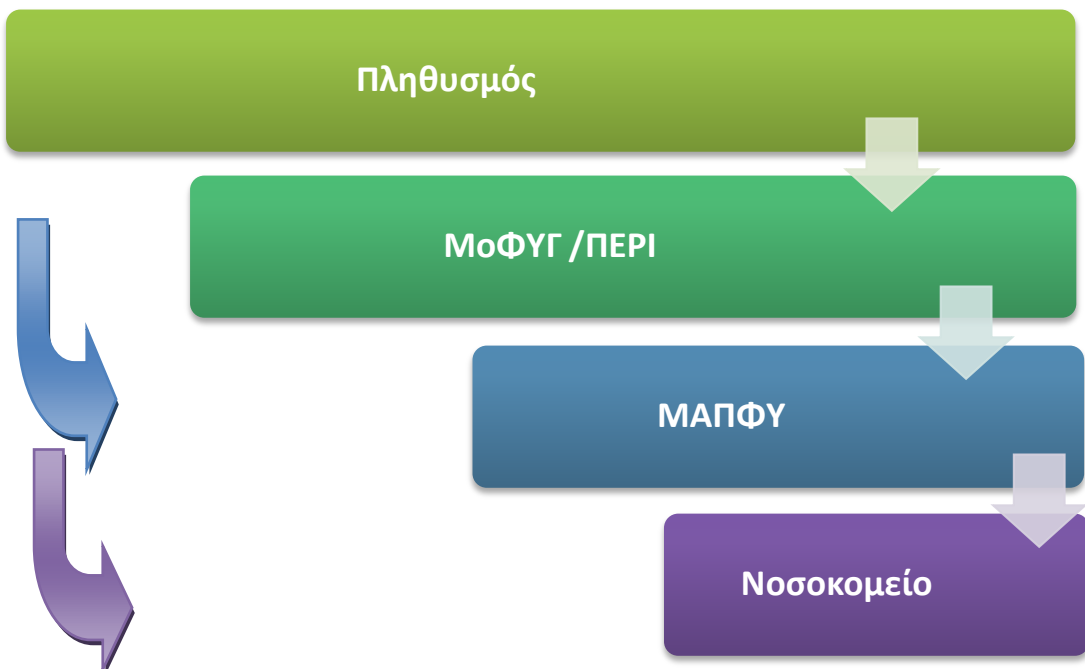
Οποιοσδήποτε θέλει να χρησιμοποιήσει το *Εθνικό Δίκτυο ΠΦΥ* πρέπει να εγγραφεί στην ΜοΦΥΓ / ΠΕΡΙ της γειτονιάς / περιοχής του, αποκτώντας, ταυτόχρονα, τον *Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας* του. Αλλαγή γιατρού ή/και ΜοΦΥΓ / ΠΕΡΙ μπορεί να γίνει μέσα στα όρια του οικείου *Τοπικού Δικτύου ΠΦΥ*, κατόπιν αίτησης προς την οικεία ΔΥΠΕ.

Η πρόσβαση σε οποιαδήποτε άλλη δομή ή λειτουργία του *Εθνικού Δικτύου ΠΦΥ* γίνεται μόνον με παραπομπή από την οικεία ΜοΦΥΓ / ΠΕΡΙ. Μόνον σε επείγουσες καταστάσεις μπορεί να παρακαμφθεί η ΜοΦΥΓ / ΠΕΡΙ και να υπάρξει απευθείας πρόσβαση στην οικεία ΜΑΠΦΥ ή το οικείο Νοσοκομείο.

Στην ομάδα εργασίας εκφράστηκε και η άποψη ότι *"Μόνο σε έκτακτες ή επείγουσες καταστάσεις ή περιπτώσεις παρακολούθησης χρόνιου προβλήματος από ειδικό ιατρό ή άλλον επιστήμονα μπορεί να παρακαμφθεί η ΜοΦΥΓ / ΠΕΡΙ και να υπάρξει απευθείας πρόσβαση στην οικεία ΜΑΠΦΥ ή το Νοσοκομείο."*

Η διασύνδεση των μονάδων υγείας του *Εθνικού Δικτύου ΠΦΥ* αφορά την διαχείριση των παραπομπών, την εκτίμηση των αναγκών φροντίδας υγείας του πληθυσμού, την εκπαίδευση / κατάρτιση όλων των εργαζόμενων σε αυτό και την αξιολόγηση της λειτουργίας του.

Η διασύνδεση των παραπομπών διασφαλίζεται μέσω της *υποχρεωτικής ενημέρωσης του Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας*, ενώ όλων των άλλων λειτουργιών, διασφαλίζεται μέσω προγραμματισμένων συναντήσεων των μονάδων.



Εικόνα 6

A. Διασύνδεση Μονάδων Φροντίδας Υγείας Γειτονιάς (ΜοΦΥΓ) / Περιφερειακών Ιατρείων (ΠΕΡΙ)

Η Μονάδα Υγείας Γειτονιάς και το Περιφερειακό Ιατρείο, που αποτελούν και τα σημεία εισόδου / πρώτης επαφής με το ΕΣΥ, έχουν στενή και συνεχιζόμενη διασύνδεση, για την ολοκληρωμένη φροντίδα του πληθυσμού αναφοράς τους, **με :**

A.1 Την Μονάδα Αναφοράς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΜΑΠΦΥ), της περιοχής ευθύνης τους, για:

- αντιμετώπιση εκτάκτων και επειγόντων περιπτώσεων
- παραπομπή σε άλλες ιατρικές ειδικότητες
- φροντίδα της γυναίκας, της εγκύου, της λεχωίδας
- εξειδικευμένη παρακολούθηση χρονίως πασχόντων
- συντονισμένη φροντίδα ψυχικής υγείας και κοινωνικών προβλημάτων
- εξειδικευμένο εργαστηριακό και παρακλινικό έλεγχο
- οδοντιατρική φροντίδα ενηλίκων και παιδιών
- φυσικοθεραπευτική φροντίδα
- εργοθεραπευτική φροντίδα
- λογοθεραπευτική φροντίδα

A.2 Δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας, για τις καταστάσεις εκείνες, όπου κρίνεται ότι πρέπει να γίνει παραπομπή για δευτεροβάθμια διαγνωστική διερεύνηση ή αντιμετώπιση, χωρίς την διαμεσολάβηση της ΜΑΠΦΥ.

A.3 Δομές υγείας και κοινωνικής φροντίδας της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, μέσω της λειτουργικής διασύνδεσης με *Δημοτικά Ιατρεία, Κοινωνικές Υπηρεσίες, ΚΑΠΗ, ΚΕΚΟΙΦ, ΚΗΦΗ, Προγράμματα Βοήθειας στο Σπίτι, Ξενώνες Αστέγων, Ιατρικοκοινωνικά Κέντρα κ.α.,* που λειτουργούν στην περιοχή, με στόχο την αποφυγή αλληλεπικάλυψης και την πληρέστερη φροντίδα ατόμων ή οικογενειών. Η διασύνδεση αυτή διασφαλίζεται με *Προγραμματικές Συμβάσεις* μεταξύ ΔΥΠΕ και Δήμων.

A.4. Ομάδες κοινωνικής αλληλεγγύης και στήριξης, εθελοντικές οργανώσεις, ΜΚΟ, στη βάση των αναγκών της περιοχής, με στόχο την συνέργεια στις δράσεις και την αποφυγή αλληλεπικαλύψεων.

A.5 Σχολικές μονάδες, με στόχο την υποστήριξη όλης της σχολικής κοινότητας (παιδιά, γονείς, εκπαιδευτικοί), μέσω:

- ενημέρωσης και αντιμετώπισης προβλημάτων ποικίλης φύσεως
- κάλυψης αναγκών φροντίδας υγείας, σε παιδιά με γνωστά χρόνια προβλήματα υγείας
- εφαρμογής προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής υγείας
- ελέγχου της εμβολιαστικής κάλυψης
- εφαρμογής τεκμηριωμένα αποδεκτών προγραμμάτων πρόληψης
- υποστήριξης και φροντίδας παιδιών με αναπτυξιακά–μαθησιακά προβλήματα ή προβλήματα συμπεριφοράς, σε διασύνδεση με την ΜΑΠΦΥ και τις κατάλληλες δευτεροβάθμιες δομές
- προγραμματισμένης συμπλήρωσης του Ατομικού Δελτίου Υγείας Μαθητή (ΑΔΥΜ)

A.6 Ιατροπαιδαγωγικά κέντρα

A.7 Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής και Κέντρα Ψυχικής Υγείας

A.8 Εισαγγελικές και Δικαστικές Αρχές

B. Διασύνδεση Μονάδας Αναφοράς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΜΑΠΦΥ)

Η ΜΑΠΦΥ, που αποτελεί το δεύτερο επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας, του Τοπικού Δικτύου ΠΦΥ, είναι η μονάδα αναφοράς των Μονάδων Φροντίδας Υγείας Γειτονιάς (ΜοΦΥΓ) και των Περιφερειακών Ιατρείων (ΠΕΡΙ), της περιοχής αναφοράς της, και βρίσκεται σε διασύνδεση με :

B.1. Τις Μονάδες Φροντίδας Υγείας Γειτονιάς (ΜοΦΥΓ) και τα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΕΡΙ) όπως περιγράφεται παραπάνω (Α1)

B.2. Τα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου Αναφοράς (ΕΙΝ). Στις περιπτώσεις όπου κριθεί αναγκαία η περαιτέρω εξειδικευμένη διερεύνηση και φροντίδα, προγραμματίζεται από τη ΜΑΠΦΥ η παραπομπή στα ΕΙΝ. Η προγραμματισμένη επίσκεψη στα ΕΙΝ γίνεται μόνον μετά από παραπομπή από τη ΜΑΠΦΥ αναφοράς, με σκοπό την ολοκληρωμένη, συνεχή και

εξατομικευμένη φροντίδα του ατόμου που παραπέμφθηκε. Η παραπομπή γίνεται με προϋπόθεση την υποχρεωτική ενημέρωση του Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας, ενώ, αντίστοιχα, η ολοκλήρωση της επίσκεψης στα ΕΙΝ προϋποθέτει και πάλι την υποχρεωτική ενημέρωση του Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας από τον υπεύθυνο του ΕΙΝ.

Β.3. Δομές ψυχικής υγείας. Η ΜΑΠΦΥ, που διαθέτει ψυχίατρο και ψυχολόγο, διασυνδέει τα άτομα με ψυχιατρικά ή ψυχολογικά προβλήματα (Μονάδες Απεξάρτησης, Κέντρα Ημέρας, Μονάδες Νοσηλείας κ.α.)

Β.4. Εισαγγελικές και Δικαστικές Αρχές

Β.5. Ιδιώτες γιατρούς και ιδιωτικές δομές υγείας, της περιοχής, για την κάλυψη έκτακτων αναγκών, με ειδικές προς τούτο συμβάσεις, οι οποίες γίνονται στην βάση προγραμματικών συμβολαίων.

Γ. Διασύνδεση μεταξύ Τομέα ΠΦΥ και άλλων Τομέων του Συστήματος Υγείας

Ο κάθε Τομέας ΠΦΥ μιας ΥΠΕ (βλέπε *τομεοποίηση*) πρέπει να διασυνδέεται, σε κεντρικό επίπεδο, με άλλους Τομείς τους συστήματος υγείας, όπως με αυτούς της ψυχικής υγείας.

Δ. Απαραίτητες προϋποθέσεις διασύνδεσης δομών και υπηρεσιών

Για την αποτελεσματική και αποδοτική διασύνδεση δομών και υπηρεσιών μεταξύ τους, κρίνεται απαραίτητη, και πρώτης προτεραιότητας, η ικανοποίηση των ακόλουθων όρων:

- ✓ Δημιουργία Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας
- ✓ Καθορισμός περιοχής ευθύνης των Τοπικών Δικτύων ΠΦΥ (ΜΑΠΦΥ / ΜΟΦΥΓ / ΠΕΡΙ)
- ✓ Καθορισμός των Νοσοκομείων Αναφοράς
- ✓ Καθορισμός της λειτουργίας της διασύνδεσης, μέσω της λειτουργίας της Ομάδας Υγείας
- ✓ Χαρτογράφηση σε κάθε Τοπικό Δίκτυο ΠΦΥ

- των υπηρεσιών υγείας (και ψυχικής υγείας) και κοινωνικής φροντίδας

- των υπηρεσιών παιδείας (σχολεία, ΚΕΔΔΥ, ιατροπαιδαγωγικές μονάδες, κ.α.)
- των Ομάδων Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Στήριξης, Εθελοντικών Οργανώσεων και ΜΚΟ
- των Δικαστικών και Εισαγγελικών Αρχών

2.6. Διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών και έλεγχος της συνθηκών ασφάλειας του ασθενούς

Στο επίπεδο της *Υγειονομικής Περιφέρειας* καθορίζονται μέτρα και διαδικασίες ελέγχου της ποιότητας των υπηρεσιών και της ασφάλειας του ασθενούς, με τη συμμετοχή των ασθενών. Κατάλληλοι δείκτες αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών όλων των δομών του συστήματος ΠΦΥ αλλά και του προσωπικού των μονάδων του, καθώς και της ασφάλειας του ασθενούς καθορίζονται και ελέγχονται από ομάδα πιστοποιημένων αξιολογητών, με το συντονισμό της ΥΠΕ.

Η λειτουργία και η ποιότητα των υπηρεσιών όλων των δομών ΠΦΥ αξιολογούνται σε τακτική βάση, τόσο από τους ίδιους τους λειτουργούς υγείας (*medical audit*), όσο και από τους ίδιους τους ασθενείς, επί τη βάση προτυπωμένων ερωτηματολογίων. Οι δομές της ΠΦΥ επιδιώκουν τη συμμετοχή του ασθενούς και της κοινότητας στην εκτίμηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού, στον σχεδιασμό και στην αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας. Η ουσιαστική συμμετοχή του ασθενούς και της κοινότητας επιδιώκεται, επίσης, στις περιπτώσεις σχεδιασμού ερευνητικών προγραμμάτων σχετικά με τις υπηρεσίες ΠΦΥ. Για κάθε δομή προβλέπεται η δημιουργία *εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας*, στον οποίο περιγράφεται διεξοδικά η λειτουργική συγκρότηση της Ομάδας Υγείας, η ημερήσια λειτουργία της, καθώς και ο σαφής καθορισμός των καθηκόντων όλων των εργαζομένων (βλ. Παράρτημα).

2.7. Οργάνωση και διοίκηση

Με σκοπό την οργανωτική και τη διοικητική υποστήριξη της ΠΦΥ, δημιουργείται *Διεύθυνση ΠΦΥ* σε όλες τις ΥΠΕ, που συντονίζεται από έναν υποδιοικητή ΥΠΕ, στον οποίο ανατίθεται ο

ρόλος αυτός. Στη διεύθυνση ΠΦΥ της κάθε ΥΠΕ, θεσμοθετείται *Ομάδα Εργασίας ΠΦΥ*, η οποία στελεχώνεται από επαγγελματίες ΠΦΥ, που λειτουργούν στην ίδια ΥΠΕ, με σκοπό την στήριξη των δομών και λειτουργιών του *Εθνικού Δικτύου ΠΦΥ*. Στη διοίκηση ενός Τοπικού Δικτύου ΠΦΥ (μία ΜΑΠΦΥ με τις μονάδες αναφοράς της) εκπροσωπούνται όλες οι μονάδες του δικτύου.

Υπεύθυνος Διοίκησης του Τοπικού Δικτύου ΠΦΥ, αναλαμβάνει μετά από ανάθεση από την οικεία ΥΠΕ, γιατρός, στη βάση κριτηρίων, ανάμεσα στα οποία περιλαμβάνονται η εκπαίδευσή του, οι αξιολογημένες κλινικές και διοικητικές ικανότητές του, καθώς και οι δεσμεύσεις του σε συνέντευξη που δίνει σε επιτροπή επιλογής της ΥΠΕ. Ο *Υπεύθυνος Διοίκησης Τοπικού Δικτύου ΠΦΥ* συνεργάζεται αρμονικά με το προσωπικό των δομών του, ενώ αξιολογείται με βάση την απόδοση του *Τοπικού Δικτύου ΠΦΥ*, σε τακτικά διαστήματα.

Όλοι οι *Υπεύθυνοι Διοίκησης Τοπικών Δικτύων ΠΦΥ* ενός *Τομέα ΠΦΥ* συναποτελούν και το κυρίαρχο *Όργανο Διοίκησης Τομέα ΠΦΥ*, το οποίο αποφασίζει, τόσο για τα θέματα των Τοπικών Δικτύων ΠΦΥ, όσο και για αυτά του Τομέα. Κάθε *Όργανο Διοίκησης Τομέα ΠΦΥ* ορίζει έναν εκπρόσωπό του, ως την διεπαφή μεταξύ Διεύθυνσης ΠΦΥ ΔΥΠΕ και Τομέα ΠΦΥ, το οποίο φροντίζει, αφενός για την εφαρμογή της κυβερνητικής πολιτικής για την υγεία σε κάθε Τομέα ΠΦΥ, αφετέρου για την μεταφορά των αιτημάτων του κάθε Τομέα ΠΦΥ στη Διοίκηση της ΥΠΕ. Η θητεία του *Οργάνου Διοίκησης Τομέα ΠΦΥ* και του εκπροσώπου του είναι ορισμένη και η αυτή με τη θητεία των *Υπεύθυνων Διοίκησης των Τοπικών Δικτύων ΠΦΥ*.

Η Διεύθυνση ΠΦΥ της ΔΥΠΕ αξιολογεί την απόδοση κάθε *Τοπικού Δικτύου ΠΦΥ* και κάθε *Τομέα ΠΦΥ*, στη βάση προκαθορισμένων δεικτών, οι οποίοι καθορίζονται σε σχέση με τις ιδιαιτερότητες Δικτύων και Τομέα.

Η καθημερινή λειτουργία κάθε μονάδας υγείας, που απαρτίζει το Τοπικό Δίκτυο ΠΦΥ, συντονίζεται και εποπτεύεται από ομάδα εργαζομένων, που ορίζεται από όλους τους εργαζόμενους της κάθε μονάδας.

Σε όλα τα επίπεδα του Εθνικού Δικτύου ΠΦΥ θεσμοθετείται η εμπλοκή, τόσο των εργαζόμενων, όσο και της τοπικής κοινωνίας (εκπροσώπων φορέων της περιοχής ευθύνης τους), στον σχεδιασμό και την αξιολόγηση των υπηρεσιών τους, μέσα από συμμετοχικές διαδικασίες.

Η χρηματοδότηση του *Εθνικού Δικτύου ΠΦΥ* είναι αυτοτελής και τη διαχειρίζεται η ΔΥΠΕ, η οποία καταρτίζει τους προϋπολογισμούς της, σε συνεργασία με τα όργανα διοίκησης όλων των Τομέων.

2.8. Ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού με έμφαση στην κατάρτιση και στην εκπαίδευση

Η πλήρης ανάπτυξη και η καλή λειτουργία του *Εθνικού Δικτύου ΠΦΥ* προϋποθέτει την συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση όλων των εργαζομένων στις δομές του, με σκοπό να εξοικειωθούν με έννοιες, λειτουργίες, δεξιότητες και πρακτικές, που απαιτεί το Δίκτυο αυτό, μέσα από *Προγράμματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και Κατάρτισης*.

Η **ενδεικτική θεματική** των Προγραμμάτων αυτών είναι:

- ✓ βασικές αρχές της ΠΦΥ
- ✓ κριτήρια σχεδιασμού, ανάπτυξης, λειτουργίας και αξιολόγησης των υπηρεσιών του *Εθνικού Δικτύου ΠΦΥ*
- ✓ *ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας*
- ✓ δεξιότητες και πρακτικές που απαιτεί ο ρόλος του κάθε επαγγελματία υγείας και η λειτουργία της *Ομάδας Υγείας*
- ✓ εκτίμηση αναγκών φροντίδας υγείας του πληθυσμού
- ✓ συστηματική παρακολούθηση της υγείας και της ανάπτυξης παιδιών και εφήβων
- ✓ αντιμετώπιση και διαχείριση κοινών σημείων, συμπτωμάτων και προβλημάτων υγείας στην ΠΦΥ
- ✓ πρωτόκολλα παρακολούθησης χρονίως πασχόντων
- ✓ προγράμματα πρόληψης νοσημάτων και προαγωγής της υγείας
- ✓ προγράμματα φυσικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης
- ✓ υποστήριξη οικογένειας
- ✓ συστηματική παρακολούθηση εγκύων και λεχωίδων
- ✓ φροντίδα στο σπίτι
- ✓ φροντίδα ειδικών ομάδων πληθυσμού (φροντιστών, αναπήρων, καρκινοπαθών κ.α.)

Η παρακολούθηση των *Προγραμμάτων Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και Κατάρτισης* αποτελεί συμβατική υποχρέωση όλων των εργαζόμενων στις δομές του Εθνικού Δικτύου ΠΦΥ. Η υλοποίησή τους γίνεται από τις ΔΥΠΕ.

Για την υλοποίηση της εκπαίδευσης αυτής, κρίνεται απολύτως αναγκαία και πρώτη προτεραιότητα η δημιουργία **Πρότυπων Περιφερειακών Κέντρων Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και Κατάρτισης ΠΦΥ**. Στα Κέντρα αυτά προτυποποιούνται όλες οι λειτουργίες που αναπτύσσονται στο Εθνικό Δίκτυο ΠΦΥ και εκπαιδεύονται σε αυτές όλοι οι εργαζόμενοι (on the job training).

Για τον σκοπό αυτόν δημιουργούνται, σε πρώτο χρόνο, τρία τέτοια Κέντρα, σε αστικό περιβάλλον. Το κάθε Κέντρο αποτελεί συγχρόνως, ένα *Τοπικό Δίκτυο ΠΦΥ* (μία ΜΑΠΦΥ με τις μονάδες αναφοράς της), έχοντας ιδιαίτερη στελέχωση, ειδικά για τον σκοπό αυτόν. Στα Κέντρα αυτά εκπαιδεύονται περιοδικά και συνεχώς όλοι οι εργαζόμενοι στην ΠΦΥ. Σε δεύτερο χρόνο, αναπτύσσεται ένα τέτοιο Κέντρο, σε κάθε ΥΠΕ, όπου μεταφέρεται η τεχνογνωσία που έχει, εν τω μεταξύ, αναπτυχθεί στα τρία πρώτα Κέντρα.

2.9. Έρευνα

Από την αρχική εγκατάσταση των νέων αυτών δομών και λειτουργιών, ενσωματώνονται εκείνες οι ερευνητικές διαδικασίες, που είναι κατάλληλες για την ανάπτυξη της ΠΦΥ, υποστηριζόμενες από την κατάλληλη εκπαίδευση. Απαραίτητη, για το σκοπό αυτόν, είναι η υποχρεωτική καταγραφή δεδομένων στον Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας, ο έλεγχος των δικαιωμάτων του ασθενούς, η συμμετοχή του ασθενούς και της κοινότητας στον σχεδιασμό του ερευνητικού πρωτοκόλλου, η απήχηση και η επίπτωση της ερευνητικής δραστηριότητας στην υγεία του πληθυσμού και στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Η **ενδεικτική θεματική** της έρευνας είναι:

- ✓ αναπτυξιακή έρευνα στην ΠΦΥ
 - κλινική και επιδημιολογική έρευνα
 - έρευνα αναγκών υγείας του πληθυσμού ευθύνης
 - χρήση υπηρεσιών υγείας από τον πληθυσμό ευθύνης

- αποτελεσματικότητα υπηρεσιών

- ✓ ποιότητα υπηρεσιών
- ✓ ασφάλεια ασθενών
- ✓ ποσοτική και ποιοτική αποτίμηση λειτουργιών και διαδικασιών

3. ΑΜΕΣΑ ΜΕΤΡΑ

Η εκτεταμένη ανθρωπιστική κρίση, η διευρυνόμενη κοινωνική και οικονομική ανισότητα και κατ' επέκταση, οι αναπάντητες ανάγκες για φροντίδα υγείας του πληθυσμού ανάγουν σε **απόλυτη προτεραιότητα** την άμεση υλοποίηση της πρότασης για την ανάπτυξη των δομών του *Εθνικού Δικτύου*, όπως περιγράφεται στην παρούσα Πρόταση. Εφόσον αναγνωρίζονται οι λόγοι άμεσης εφαρμογής της Πρότασης αυτής, και με δεδομένο ότι οι διαθέσιμοι πόροι είναι πολύ περιορισμένοι, προτείνονται τα ακόλουθα **άμεσα μέτρα**, διατηρώντας, παρ' όλα αυτά, τη βασική φιλοσοφία, τις αρχές και τους προοπτικούς στόχους της Πρότασης.

Στα μέτρα αυτά περιλαμβάνονται:

- ✓ παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ, χωρίς καμία οικονομική συμμετοχή, χωρίς προαπαιτούμενη ασφαλιστική κάλυψη, σε όλους τους διαμένοντες στην χώρα
- ✓ δημιουργία τοπικού (ανά ΥΠΕ) *Χάρτη Υγείας*, με όλους τους διαθέσιμους πόρους (δημόσιους, δημοτικούς, κοινωνικούς)
- ✓ δημιουργία *Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας*, ενιαίου για όλες τις υπηρεσίες του ΕΣΥ
- ✓ δημιουργία *Διευθύνσεων ΠΦΥ* στις ΔΥΠΕ, με ορισμό Υποδιοικητή με αντικείμενο την ΠΦΥ
- ✓ συγκρότηση *Ομάδων Εργασίας ΠΦΥ*, στις ΔΥΠΕ, με σκοπό την μελέτη, τον σχεδιασμό, την στήριξη και την αξιολόγηση της άμεσης εφαρμογής
- ✓ δημιουργία διακριτού κωδικού για τον προϋπολογισμό της ΠΦΥ, στις ΥΠΕ
- ✓ καθορισμός από τις ΔΥΠΕ των Τομέων ΠΦΥ, των Τοπικών Δικτύων ΠΦΥ, του αριθμού των ΜοΦΥΓ, των ΠΕΡΙ και των ΜΑΠΦΥ, με βάση τις γεωγραφικές, πληθυσμιακές και κοινωνικο-οικονομικές ιδιαιτερότητες, τα κριτήρια της παρούσας πρότασης και το γενικό σχεδιασμό του Υπουργείου
- ✓ μεταφορά των Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας των Περιφερειών, στις ΔΥΠΕ
- ✓ συνεργασία με εθελοντικές δομές υγείας και κοινωνικής φροντίδας (κοινωνικά ιατρεία, δομές αλληλεγγύης, κ.α.)
- ✓ διαρκή ενημέρωση του πληθυσμού για το Εθνικό Δίκτυο ΠΦΥ και την χρήση του
- ✓ συνεχιζόμενη αγωγή υγείας και εκπαίδευσή του πληθυσμού για τα χρόνια νοσήματα και την αυτοφροντίδα τους
- ✓ Στελέχωση

- αξιοποίηση όλων των εργαζόμενων πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης στο ΠΕΔΥ και τα Νοσοκομεία
- αξιοποίηση όλων των εργαζόμενων στις δομές υγείας και κοινωνικής φροντίδας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (λειτουργική διασύνδεση)
- προσλήψεις για κάλυψη απαραίτητων κενών θέσεων πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης
- σε περιπτώσεις έκτακτων αναγκών και αδυναμίας κάλυψης απαραίτητων κενών θέσεων, προκηρύσσονται θέσεις με συμβάσεις απασχόλησης ορισμένου χρόνου

Μονάδες Φροντίδας Υγείας Γειτονιάς

- ✓ άμεση ανάπτυξη και στελέχωσή τους, με γιατρούς γενικής ιατρικής, κατά προτεραιότητα (ή με παθολόγους), με παιδίατρους, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς, μαίες και διοικητική υποστήριξη (γραμματείς)
- ✓ στη στελέχωση των μονάδων αυτών, συνυπολογίζονται (λειτουργική διασύνδεση) οι εργαζόμενοι στις ήδη υπάρχουσες δομές (ΠΕΔΥ, Τοπική Αυτοδιοίκηση, κ.α.)
- ✓ η κατανομή των επαγγελματιών υγείας, αριθμητικά και κατά ειδικότητα, υλοποιείται με τον συντονισμό της αρμόδιας ΔΥΠΕ

Περιφερειακά Ιατρεία

- ✓ επανατοποθέτηση των εργαζόμενων, από τα *Κέντρα Υγείας* στα *Περιφερειακά Ιατρεία*
- ✓ άμεση κάλυψη επειγουσών αναγκών, με προσλήψεις, με βάση τις ανάγκες σε επίπεδο ΥΠΕ

Μονάδες Αναφοράς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

- ✓ μετονομασία των υπαρχουσών δομών των ΠΕΔΥ και των Κέντρων Υγείας, σε *Μονάδες Αναφοράς ΠΦΥ*
- ✓ άμεση κάλυψη επείγουσών αναγκών υποδομής και προσωπικού, με αντίστοιχη διαδικασία, όπως παραπάνω.

Σε πρώτο χρόνο, προτείνεται η ανάπτυξη του *Εθνικού Δικτύου ΠΦΥ*, σε συγκεκριμένες περιοχές της χώρας, κυρίως αστικές, όπου η ΠΦΥ υπολείπεται κατά πολύ σε σχέση με τις αγροτικές, με παράλληλη προτυποποίηση σε αυτές, όλων των διαδικασιών ανάπτυξης και λειτουργίας του. Σε αυτές τις περιοχές αναπτύσσονται, παράλληλα, και τα τρία *Πρότυπα Κέντρα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και Κατάρτισης*, στην ανάπτυξη και λειτουργία των οποίων συμβάλλουν τα οικεία τμήματα των ανώτατων εκπαιδευτικών και ερευνητικών ιδρυμάτων της χώρας, που έχουν αντικείμενα σχετικά με την ΠΦΥ.

Η ανάπτυξη των *Ομάδων Υγείας* όλων των ΜοΦΥΓ και των ΠΕΡΙ, σε όλη την επικράτεια, θα απαιτήσει περίπου 5500 γιατρούς (4.400 γενικούς γιατρούς ή παθολόγους και 1.100 παιδίατρους), 4.400 νοσηλεύτριες και επισκέπτριες υγείας, 2.200 μαίες, 2.200 κοινωνικές λειτουργούς και 2.200 γραμματείς. Οι αριθμοί αυτοί γίνονται αισθητά μικρότεροι, αν συνυπολογιστούν όλοι, όσοι εργάζονται, ήδη, στις δημόσιες δομές (και στις δομές της Τοπικής Αυτοδιοίκησης).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

- **Ομάδα Υγείας**
- **Εργασιακές Σχέσεις**
- **Καθήκοντα & Υποχρεώσεις των εργαζόμενων στην ΠΦΥ**

Ομάδα Υγείας

Η *Ομάδα Υγείας* είναι ο λειτουργικός πυρήνας της *Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας* και αποτελεί την υλοποίηση στην καθημερινή πράξη της βασικής της αρχής, που είναι η διεπιστημονική και διεπαγγελματική συνεργασία. Η *Ομάδα Υγείας* καθορίζει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, καθότι διασφαλίζει τη διεπιστημονική συνέχεια και συνέπεια της φροντίδας, δίνοντας μεγαλύτερη έμφαση στην προαγωγή υγείας, την πρόληψη των νοσημάτων αλλά και την έγκαιρη και έγκυρη αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων.

Με κοινό στόχο τη φροντίδα υγείας του πληθυσμού ευθύνης της, η ΟΥ αναγνωρίζει το διακριτό ρόλο κάθε μέλους της, το οποίο με τη σειρά του συμβάλλει με τις γνώσεις, δεξιότητες και στάσεις του σε τέτοια λειτουργική σύνθεση, που πολλαπλασιάζει την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα της δουλειάς της.

Βασικές αρχές λειτουργίας της Ομάδας Υγείας είναι:

- ✓ η ισότιμη συνεργασία όλων των μελών της (σε αντίθεση με την μέχρι σήμερα επαγγελματική ιεραρχία), με βάση την αμοιβαία αναγνώριση, εμπιστοσύνη και αλληλοσεβασμό στον ρόλο του κάθε μέλους της,
- ✓ η συμμετοχή όλων των μελών της στο σχεδιασμό, την υλοποίηση και την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών,
- ✓ ο προγραμματισμός της λειτουργίας της μονάδας υγείας της.

Η Ομάδα Υγείας με τις λειτουργίες της διασφαλίζει και υλοποιεί:

- ✓ την εκτίμηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού ευθύνης της,
- ✓ την ανάπτυξη υπηρεσιών που απαντούν στις εκτιμημένες ανάγκες του πληθυσμού ευθύνης της,
- ✓ τον συντονισμό, τη συνέπεια και τη συνέχεια των παρεχόμενων υπηρεσιών,
- ✓ την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, με σκοπό την αναβάθμισή τους,
- ✓ τη διασύνδεση με όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας για την έγκυρη και έγκαιρη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας του πληθυσμού ευθύνης της,
- ✓ την κινητοποίηση της τοπικής κοινωνίας και την εμπλοκή της στον σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση του τοπικού προγράμματος υγείας.

Σύνθεση της Ομάδας Υγείας

Η ΟΥ έχει δυναμική σύνθεση, η οποία καθορίζεται από τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού ευθύνης της και τους στόχους του συστήματος υγείας. Οι παράμετροι που καθορίζουν την ποιοτική και ποσοτική σύνθεση των ΟΥ είναι η ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού, η γεωγραφική κατανομή του, τα τοπικά κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του.

Το προσωπικό των ΜΑΠΦΥ, των ΜοΦΥΓ και των ΠΕΡΙ λειτουργεί ως ΟΥ, για τη διασφάλιση του συντονισμού της εύρυθμης καθημερινής λειτουργίας τους.

Εργασιακές σχέσεις

Για κάθε δομή υπάρχει εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας, στον οποίο περιγράφεται διεξοδικά η λειτουργική συγκρότηση της Ομάδας Υγείας, η ημερήσια λειτουργία της, καθώς και ο σαφής καθορισμός των καθηκόντων όλων των εργαζομένων (βλ. Παράρτημα).

Το *Εθνικό Δίκτυο ΠΦΥ* αποτελεί τμήμα του ΕΣΥ και ως εκ τούτου οι εργασιακές σχέσεις είναι ενιαίες για όλους τους εργαζόμενους, πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

Στην ομάδα εργασίας εκφράστηκε και η άποψη ότι ορισμένες από τις υπηρεσίες της ΜΑΠΦΥ (πχ ορισμένες ιατρικές ειδικότητες, οδοντιατρικής φροντίδα, φυσιοθεραπευτικές υπηρεσίες, λογοθεραπεία κ.α.) είναι δυνατόν να παρέχονται από αντίστοιχους επαγγελματίες υγείας που συνεργάζονται με την ΜΑΠΦΥ με σύμβαση. Οι σχετικές ανάγκες θα προσδιορίζονται από τις ΥΠΕ με βάση τα τοπικά δεδομένα. Οι όροι τέτοιων συμβάσεων απαιτούν ειδική μελέτη για κάθε κατηγορία παροχών.

Οι εργαζόμενοι προσφέρουν τις υπηρεσίες τους με συμβάσεις επί τη βάση ενός συμβολαίου καθηκόντων και υποχρεώσεων. Η εξέλιξη και παραμονή τους στο Εθνικό Δίκτυο ΠΦΥ κρίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα, με βάση συγκεκριμένους ποιοτικούς και ποσοτικούς δείκτες καλής πρακτικής.

Στην ομάδα εργασίας εκφράστηκε και η άποψη να αποζημιώνονται οι εργαζόμενοι με ένα μικτό σύστημα (μισθός και αποζημίωση απόδοσης με βάση προκαθορισμένους δείκτες απόδοσης).

Στο επίπεδο της Υγειονομικής Περιφέρειας καθορίζονται μέτρα και διαδικασίες ελέγχου της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας και της ασφάλειας του ασθενούς με τη συμμετοχή των ασθενών. Δείκτες αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών όλων των δομών του συστήματος ΠΦΥ

αλλά και του προσωπικού του ΜοΦΥΓ καθώς και της ασφάλειας του ασθενούς θα καθοριστούν και θα ελέγχονται από ομάδα πιστοποιηθέντων αξιολογητών με το συντονισμό της ΥΠΕ.

Έως ότου καλυφθούν οι μόνιμες θέσεις πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, και σε περίπτωση που επείγει η άμεση κάλυψή τους, προκηρύσσονται συμβάσεις έργου ορισμένου χρόνου, που υπόκεινται στον ίδιο εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας.

Καθήκοντα & Υποχρεώσεις των εργαζόμενων στην ΠΦΥ

Τα πλήρη καθήκοντα και οι υποχρεώσεις των εργαζομένων στην ΠΦΥ θα καθοριστούν αναλυτικά με αντίστοιχα τεχνικά δελτία μετά από διαβουλεύσεις και συνεργασία με τους αντίστοιχους φορείς και με βάση το παρακάτω ενδεικτικό πλαίσιο.

Το καθηκοντολόγιο των επαγγελματιών υγείας που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στην Ομάδα Υγείας της ΜοΦΥΓ ή του ΠΕΡΙ, περιλαμβάνει αναφορά στα παρακάτω:

- Στις θεμελιακές αξίες και αρχές, τις οποίες υπηρετεί η Ομάδα Υγείας
- Στις υπηρεσίες, τις οποίες προσφέρει

Οικογενειακός Γιατρός

- ✓ Διαχείριση χρόνιων νοσημάτων
- ✓ Εκτίμηση και διαχείριση κινδύνου για επιλεγμένα χρόνια νοσήματα και υπηρεσίες αγωγής και προαγωγής της υγείας, σχετικά με αυτά
- ✓ Υπηρεσίες πρόληψης και δημόσιας υγείας
- ✓ Υπηρεσίες συμβουλευτικής και υποστήριξης

Παιδίατρος

Πληθυσμός αναφοράς βρέφη, παιδιά και έφηβοι (0-18 ετών)

- ✓ Κλινική παρακολούθηση
- ✓ Συμβουλευτική
- ✓ Προαγωγή υγείας
- ✓ Διασύνδεση

Νοσηλευτές / Επισκέπτες Υγείας / Μαιευτές

Στο καθηκοντολόγιο των **νοσηλευτών, επισκεπτών υγείας και μαιευτών**, θα περιλαμβάνονται **ενδεικτικά** τα παρακάτω, με αντίστοιχη εξειδίκευση κατ' αντικείμενο :

- ✓ Αδρή εκτίμηση προβλημάτων υγείας
- ✓ Παρακολούθηση εξέλιξης πορείας νόσου
- ✓ Συντονισμός φροντίδας ασθενή
- ✓ Ανακουφιστική και παρηγορητική φροντίδα
- ✓ Παρεμβάσεις προαγωγής της υγείας, μέσω αλλαγής τρόπου ζωής/συμπεριφοράς
- ✓ Συμμετοχή στον σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων ή υπηρεσιών δημόσιας υγείας (σε ατομικό ή ομαδικό επίπεδο)
- ✓ Προώθηση της φυσικής και ψυχικής υγείας της μητέρας, του νεογνού και της οικογένειας ως μονάδα της κοινωνίας

Κοινωνικός λειτουργός

- ✓ Συμβουλευτική και ψυχοκοινωνική υποστήριξη ατόμων και οικογενειών, που ανήκουν στις "ευπαθείς" κοινωνικές ομάδες και βιώνουν ή απειλούνται από κοινωνικό αποκλεισμό (π.χ. άποροι, εξαρτημένοι, άτομα με αναπηρίες, ηλικιωμένοι, παλινοστούντες, αποφυλακισμένοι, άνεργοι, μετανάστες, πρόσφυγες, μονογονεϊκές οικογένειες).
- ✓ Συνεργασία με ιδρύματα κοινωνικής φροντίδας, νοσοκομεία, κέντρα αποτοξίνωσης, ψυχιατρικές κλινικές και σωφρονιστικά καταστήματα, με σκοπό την κοινωνική επανένταξη και αποκατάσταση των ατόμων, που εξέρχονται από αυτά.

Ψυχολόγος

- ✓ Συμμετοχή στην διαγνωστική διαδικασία, σε συνεργασία με τους γιατρούς των ΜοΦΥΓ/ ΠΕΡΙ και ΜΑΠΦΥ
- ✓ Συμβουλευτική ατόμων και οικογενειών
- ✓ Διασυνδετική με άλλες πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες δομές ψυχικής υγείας της περιοχής ευθύνης

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ & ΠΗΓΕΣ

- Anand, S., Hanson, K. (2004) Disability-adjusted life years: a critical review. In Public health, ethics, and equity, Oxford: Oxford University Press, 2004:183e99
- Asociacion para la Defensa de la Sanidad Publica (1993) Situacion actual y futuro de la Atencion Primaria de Salud, Madrid
- Atarah, L. (2005) Playing chicken: Ghana vs the IMF, Oakland, CA: Corporate Watch
- Banteyerga, H., Kidanu A. and Stillman, K. (2006) The Systemwide Effects of the Global Fund in Ethiopia: Final Study Report
- Bassett, MT., Bijlmakers, LA. and Sanders, DM. (1997) Professionalism, patient satisfaction and quality of health care: experience during Zimbabwe's structural adjustment programme. Soc Sci Med 1997;45:1845e52
- Buse, K., Mays. N. and Walt. G, (2005) Making health policy, Maidenhead: Open University Press
- Cassels, A. (1995) Health sector reform: key issues in less developed countries, J Int Dev 1995;7:329e47
- The College of Family Physicians of Canada (2009) CFPC Vision Statement on Interprofessional Care
- Cockett, R. (1994) Thinking the unthinkable: think-tanks and the economic counterrevolution, 1931e83. London: Harper Collins
- Cox, RW. (1979) Ideologies and the new international economic order: reflections on some recent literature. Int Organ 1979;33:257e302.
- De Vos, P., Garcia-Farinas, A., Alvarez-Perez, A., Rodriguez-Salva, A., Bonet-Gorbea M. and Van der Stuyft, P. (2012) Public health services, an essential determinant of health during crisis, Lessons from Cuba, 1989–2000 Tropical Medicine and International Health, 2012, volume 17 no 4 pp 469–479 April
- De Vos, P., Guerra, M., Sosa, I., Del R Ferrer, L., Rodríguez, A., Bonet, M., Lefèvre p. and Van der Stuyft, P. (2011) Comprehensive Participatory Planning and Evaluation (CPPE), Social Medicine (www.socialmedicine.info), Volume 6, Number 2, June 2011
- De Vos, P., Malaise, G., De Ceukelaire, W., Perez, D., Lefèvre, P. and Van der Stuyft, P. (2009) Participation and empowerment in Primary Health Care: from Alma Ata to the era of Globalization, Social Medicine (www.socialmedicine.info) Volume 4, Number 2, June 2009- 121-127
- Food and Agriculture Organisation (2004) The state of agricultural commodity markets
- Food and Agriculture Organisation (2006) The state of food insecurity in the world
- Food and Agriculture Organisation (2008) Food outlook

Food and Agriculture Organisation (2008) The state of food insecurity in the world 2008: high food prices and food security - threats and opportunities

Gillespie, S. Mason, J. and Martorell, R. (1996) How nutrition improves, ACC/SCN Nutrition Policy, Discussion Paper No. 15. Geneva: UN ACC/SCN, 1996

Gwatkin, D., Wilcox, J. and Wray, J. (1980) Can health and nutrition interventions make a difference?, Monograph 13, Washington, DC: Overseas Development Council

Hahn, J. A., Kushel, M. B., Bangsberg, D. R., Riley, E., and Moss, A. R. (2006) Brief Report: the aging of the homeless population: fourteen-year trends in San Francisco, *Journal of General Internal Medicine* 2006; 21: 775-778

Halstead, SB., Walsh, JA. and Warren, KS. (1985) Good health at low cost, Conference report. New York: Rockefeller Foundation

Harvey, DA. (2005) Brief history of neoliberalism, Oxford, New York, USA: Oxford University Press

Hawkes, C. (2005) The role of foreign direct investment in the nutrition transition, *Public Health Nutrition* 2005;8:357e65

Hawkes C. (2008) Uneven dietary development: linking the policies and processes of globalization with the nutrition transition, obesity and diet-related chronic diseases, *Global Health* 2006;2:4

Health Council of Canada (2009) Teams in Action: Primary Health Care Teams for Canadians. Toronto: Health Council

Hoadley, JS., (1981) The rise and fall of the basic needs approach, *Coop Confl* 1981;16:149e64.

Ivanic, M. and Martin, W. (2008) Implications of higher global food prices for poverty in low income countries, Policy Research Working Paper 4594. Washington: The World Bank

Khan, S., McIntosh, C., Sanmartin, Cl., Watson, D. and Leeb, K. (2008) Health Research Working Paper Series. Primary Health Care Teams and Their Impact on Processes and Outcomes of Care Health Research and Information, Division Working Paper Series Statistics Canada, catalogue no. 82-622-X, no. 002, Ottawa: Statistics Canada. www.statcan.gc.ca

Kondilis, E., Ierodiakonou I., Gavana M., Giannakopoulos S. and Benos, A. (2013) Suicide mortality and economic crisis in Greece: men's Achilles' heel, *J Epidemiol Community Health*. 2013 Jun;67(6):e1. doi: 10.1136/jech-2013-202499. Epub 2013 Mar 13. No abstract available

Kondilis, E., Gavana, M., Giannakopoulos, S., Smyrnakis, E., Dombros, N. and Benos A. (2011) Payments and quality of care in private for-profit and public hospitals in Greece. *BMC Health Serv Res*. 2011 Sep 23;11:234. doi: 10.1186/1472-6963-11-234

Kondilis, E., Giannakopoulos, S., Gavana, M., Ierodiakonou, I., Waitzkin, H. and Benos, A. (2013) Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek case, *Am J Public Health*. 2013 Jun;103(6):973-9. doi: 10.2105/AJPH.2012.301126. Epub 2013 Apr 18

Kondilis, E., Smyrnakis, E., Gavana, M., Giannakopoulos, S., Zdoukos, T., Iliffe, S. and Benos A. (2012) Economic crisis and primary care reform in Greece: driving the wrong way? *Br J Gen Pract*. 2012 May;62(598):264-5. doi: 10.3399/bjgp12X641546. No abstract available

- Koivusalo, M. and Mackintosh, M. (2008) Health systems and commercialisation: in search of good sense. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD)
- Kringos, D., Boerma, W., Hutchinson, A., Van der Zee, J. and Groenewegen P. (2010) The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions, *BMC Health Services Research* 2010; 10:65
- Kyriopoulos, I., Zavras, D., Skroumpelos, A., Mylona, K., Athanasakis, K. and Kyriopoulos, J. (2014) Barriers in access to healthcare services for chronic patients in times of austerity: an empirical approach in Greece. *Int J Equity Health* 2014; 13:54
- Levy, B.S. and Sidel, V.W. (2009) The economic crisis and public health, *Social Medicine* 2009;4(2):82-7
- Batniji, R. (2009) Reviving the International Monetary Fund: concerns for the health of the poor, *Int J Health Serv* 2009; 39(4):783-789
- Lionis, C., Shea, S. and Markaki A. (2011) Introducing and implementing a compassionate care elective for medical students in Crete, *Journal of holistic healthcare* 2011; Volume 8
- Macinko, J., Marinho de Souza, F., Guanais, F.C. et al. (2007) Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Soc Sci Med* 2007;65:2070e80
- Mackintosh, M. and Tibandebage, P., (2002) Inclusion by design? Rethinking health care market regulation in the Tanzanian context, *J Dev Studies* 2002;39:1e17
- Mason, J.B., Sanders, D., Musgrove, P. et al. (2006) Community health and nutrition programs In Jamison, D.T., Breman, J.G., Measham, A.R. et al, eds. *Disease control priorities in developing countries*, 2nd edn. Washington, DC: World Bank and Oxford University Press, 2006:1053e74
- Marmot, M. (2009) How will the financial crisis affect health? *BMJ* 2009;338:858-60
- McCoy, D., Bennett, S., Witter, S. et al. (2008) Salaries and incomes of health workers in sub-Saharan Africa, *Lancet* 2008;371:675e81
- McMichael, A.J., Woodruff, R.E. and Hales, S. (2006) Climate change and human health: present and future risks, *Lancet* 2006;367 : 859e69
- Mitchell P., Wynia M., Golden, R., McNellis, B., Okun, S., Webb, C.E., Rohrbach V. and Von Kohorn, I. (2012) Core principles & values of effective team-based health care, Discussion Paper, Institute of Medicine, Washington, DC.
- Morris, S., Cogill, B. and Uauy, R., (2008) Effective international action against undernutrition: why has it proven so difficult and what can be done to accelerate progress? *Lancet* 2008;371:608e21
- Navarro, V. (1984) A critique of the ideological and political position of the Brandt Report and the Alma Ata Declaration, *Int J Health Serv* 1984;14:159-172
- Newell, K.W. (1975) *Health by the people*, Geneva: World Health Organization, 1975
- Organización Panamericana de la Salud (2008) *Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*, Washington, D.C.: OPS

OECD Health Statistics (2014) How does Greece compare? <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-GREECE-2014.pdf>

People's Health Movement (2008) The People's Charter for Health

Pronyk, PM., Hargreaves, JR., Kim, JC. et al. (2006) Effect of a structural intervention for the prevention of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: a cluster randomized trial, *Lancet* 2006;368:1973e83

Rifkin, SB. and Walt, G. (1986) Why health improves: defining the issues concerning comprehensive primary health care and selective primary health care, *Soc Sci Med* 1986;23:559e66

Sadowski, SL., Kee, R., Vander Weele T. and Buchanan D. (2009) Effect of a housing and case management program on emergency department visits and hospitalizations among chronically ill homeless adults: a randomized trial, *JAMA* 2009; 301: 1771-8.

Salem E. (2013) Characterizing Frailty among homeless adults, University of California, Phd dissertation

Sanders D. (2009) Globalization, social determinants, and the struggle for health In Labonte, R., Schrecker, T., Packer, C. et al, eds. *Globalization and health: pathways, evidence and policy*. New York and London: Routledge, 2009: 334e40

Segall, M. (2003) District health systems in a neoliberal world: a review of five key policy areas, *Int J Health Plann Manage* 2003;18:S5e26

Smyrnakis, E., Gavana, M., Kondilis, E., Giannakopoulos, S., Panos, A., Chainoglou, A., Stardeli, T., Kavaka, N. and Benos, A. (2013) Primary health care and general practice attachment: establishing an undergraduate teaching network in rural Greek health centers, *Rural Remote Health*. 2013 Jan-Mar;13(1):1946. Epub 2013 Mar 12

Starfield, B. (2009) Primary Care and Equity in Health: the importance to effectiveness and equity of responsiveness to people's needs, *Humanity & Society* 2009; 33:56-73

Starfield, B. (2012) Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services, *SESPAS report 2012 Gac Sanit*. 2012;26(S):20–26

Stuckler, D., Basu, S., McKee, M. (2010) Budget crises, health, and social welfare programmes, *BMJ* 2010;341:77-79

Tangcharoensathien, V., Wibulpolprasert, S. and Nitayaramphong, S. (2004) Knowledge-based changes to health systems: the Thai experience in policy development, *Bull World Health Organization* 2004;82:750e6

UNCTAD World investment report (2006) Geneva, Switzerland: United Nations, Conference on Trade and Development

Walsh, J. and Warren, K. (1979) Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *NEJM* 1979;301:967-974

Werner, D. and Sanders, D. (1997) *Questioning the Solution: The Politics of Primary Health Care and Child Survival*, Healthwrights, Palo Alto

World Bank (1993) *World development report: investing in health*, Oxford: Oxford University Press

World Health Organization (2008) Primary health care: now more than ever, Geneva: World Health Organization, 2008.

World Health Organization (1978) Primary health care, Geneva: World Health Organization

World Health Organization (2006) Obesity and overweight: WHO fact sheet, Geneva: World Health Organization,

World Health Organization, Commission on Macroeconomics and Health (2001) Investing in health for economic development, Geneva: World Health Organization

World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health (2008) Final report: closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health, Geneva: World Health Organization.

Οικονόμου Χ. (2012) Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα- Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Υπουργείο Οικονομικών (2012) Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database

http://www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/H%20ΠΦΥ%20ως%20πύλη%20εισόδου.pdf

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/main-terminology>

http://www.ghinet.org/summary.asp?Study_StudyID%8 (accessed 6 May 2008).

<http://www.globalizationandhealth.com/content/2/1/4>

<https://www.phmovement.org/sites/www.phmovement.org/files/phm-pch-english.pdf>

<http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-database>