

Λειτουργική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας Μια πρόταση για την άρση του αδιέξοδου

Κ. Σουηλιώτης,¹
Χ. Λιονής²

¹Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα
²ΠεΣΥΠ Κρήτης, Κρήτη

Functional reconstruction of
primary health care: A proposal for
the removal of obstacles

Abstract at the end of the article

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί βασικό συστατικό στοιχείο όλων των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών του συστήματος υγείας στην Ελλάδα τα τελευταία 20 χρόνια. Ενώ όμως όλο αυτό το διάστημα, σε επίπεδο επιστημονικού διαλόγου, διατυπώθηκαν σχέδια και προτάσεις που θα μπορούσαν να προσδώσουν στο σύστημα τα χαρακτηριστικά τα οποία θα επέτρεπαν την ικανοποίηση των αναγκών υγείας των πολιτών, σε επίπεδο πολιτικής πρακτικής παρατηρήθηκε ένας περιορισμός σε νομικά κείμενα, τα οποία έμειναν ανενεργά. Στη χώρα μας συντελείται τα τελευταία χρόνια μια ριζική τομή στο σύστημα υγείας, με το πεδίο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας να αποτελεί κεντρικό σημείο της πολιτικής και επιστημονικής συζήτησης. Το κείμενο αυτό αποτελεί μια πρόταση για τη λειτουργική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η οποία αντλεί επιχειρηματολογία από την υφιστάμενη πραγματικότητα και λαμβάνει υπόψη της διεθνείς καλές πρακτικές, με κεντρικό σημείο το θεσμό του προσωπικού γιατρού. Το προτεινόμενο σχέδιο επιχειρεί να προσδώσει έναν πλουραλιστικό χαρακτήρα στη δέσμη των παρεχόμενων υπηρεσιών και συνιστά μια ρεαλιστική προοπτική, η οποία μπορεί να αποτελέσει ένα πρώτο βήμα για τη διαμόρφωση ενός ενιαίου, τόσο οργανωτικά όσο και χρηματοδοτικά, συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Λέξεις ευρετηρίου

Πολιτική υγείας
Προσωπικός γιατρός
Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Υποβλήθηκε 14.4.2003
Εγκρίθηκε 22.5.2003

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

1.1. Γενική περιγραφή της κατάστασης από πλευράς λειτουργίας

Η σημερινή κατάσταση, σε ό,τι αφορά την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) στη χώρα μας, έχει αναλυθεί σε αρκετές αναφορές, στις οποίες έχουν επισημανθεί οι παράγοντες που την προσδιορίζουν αρνητικά. Σε αυτούς, μεταξύ άλλων, περιλαμβάνονται:¹⁻⁴

- Η αποκλειστική απασχόληση των γενικών/οικογενειακών γιατρών (Γ/Ο), αλλά και των γιατρών ΠΦΥ στην περίθαλψη
- Η μη χρησιμοποίηση από μέρους τους κατευθυντήριων οδηγιών
- Η απορρόφησή τους στη συνταγογράφηση
- Η μικρή συμμετοχή τους στην παροχή φροντίδας στο σπίτι

- Η μη εμπλοκή τους σε παρεμβάσεις, με στόχο την πρόληψη συγκεκριμένων χρόνιων νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού
- Η αδυναμία διάγνωσης ψυχικών διαταραχών και άλλων μη αναγνωρισμένων νοσημάτων.

Από την άλλη, φαίνεται ότι οι Γ/Ο και οι γιατροί ΠΦΥ μπορούν να προσδώσουν πλουραλιστικά στοιχεία στη δέσμη των παρεχόμενων υπηρεσιών, δεδομένου ότι καθίστανται ικανοί, μετά από εκπαίδευση, (α) να χρησιμοποιούν κατάλληλα διαγνωστικές κλίμακες για την άνοια^{5,6} και την κατάθλιψη⁵ και να διαγιγνώσκουν έγκαιρα καταστάσεις και νόσους που επιδέχονται αποτελεσματική θεραπεία, (β) να εκτιμούν τις ανάγκες σε εμβολιασμούς μαθητών και ατόμων υψηλού κινδύνου και να διενεργούν εμβολιασμούς,^{7,8} (γ) να ακολουθούν πρακτικές οδηγίες για τη διάγνωση του βρογχικού άσθματος και της ηπατίτιδας C⁹ και να τις χρησιμοποιούν αποτελεσματικά στη θεραπευτική διαχείριση των ασθενών τους,

(δ) να εφαρμόζουν προγράμματα διαλογής για συγκεκριμένα χρόνια νοσήματα και να παρακολουθούν ομάδες ατόμων υψηλού κινδύνου και (ε) να διαχειρίζονται επείγουσες περιπτώσεις και να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις περισσότερες από αυτές.¹⁰

Ενώ όμως η πραγματικότητα σε επίπεδο πρακτικής εφαρμογής μέτρων φαίνεται ότι παραμένει τα τελευταία χρόνια στάσιμη, σε επιστημονικό επίπεδο πρόσφατα έχουν δημοσιευθεί θέσεις που προσεγγίζουν τις διαστάσεις του προβλήματος και έχουν διατυπωθεί προτάσεις για την ανάπτυξη της Γενικής Ιατρικής και της ΠΦΥ στην Ελλάδα (πίν. 1).^{11,12}

1.2. Το υφιστάμενο χρηματοδοτικό πλαίσιο

Το χρηματοδοτικό πλαίσιο, το οποίο διέπει τη λειτουργία του υγειονομικού τομέα στη χώρα μας, χαρακτηρίζεται τα τελευταία χρόνια από μια συνεχή αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας, ιδιαίτερα για υπηρεσίες ΠΦΥ. Δεδομένης, μάλιστα, της περιορισμένης αποδοχής από τους πολίτες των προγραμμάτων ασφαλιστικής κάλυψης μέσω ιδιωτικών σχημάτων, το κύριο βάρος της χρηματοδότησης αφορά σε απευθείας (out of pocket) πληρωμές, με επιβάρυνση των ατομικών και οικογενειακών εισοδημάτων.¹³ Σύμφωνα με πρόσφατους υπολογισμούς, το ποσό το οποίο δαπανούν κατά μέσο όρο τα νοικοκυριά της χώρας ετησίως για υπηρεσίες ΠΦΥ, είτε

συμπληρωματικά, είτε πέρα από την ασφαλιστική κάλυψη, είναι 2,45 εκατομμύρια € (838 δις δραχμές) και μεταφράζεται σε 28% περίπου των συνολικών (δημόσιων και ιδιωτικών) δαπανών υγείας.¹⁴

Τα παραπάνω διαμορφώνονται σε ένα ευρύτερο περιβάλλον, στο οποίο η χρηματοδοτική παρουσία της κοινωνικής ασφάλισης έχει περιοριστεί τα τελευταία χρόνια, με αποτέλεσμα να θεωρείται ανεπαρκής ως προς την πλήρη κάλυψη των αναγκών των πολιτών. Επιπλέον, οι δυνατότητες του κρατικού προϋπολογισμού για επιδότηση των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών στο χώρο της υγείας θεωρούνται περιορισμένες και αποτελούν συνέχεια –ή αποτέλεσμα– της πολιτικής των τελευταίων ετών, η οποία διαμορφώθηκε κάτω από το πρίσμα των δημοσιοοικονομικών περιορισμών που επέβαλε η προσπάθεια ένταξης της χώρας στην οικονομική και νομισματική ένωση (ΟΝΕ).

1.3. Ο τρόπος παραγωγής και διανομής της φροντίδας

Η παραγωγή και η διανομή της φροντίδας, σε ό,τι αφορά τις δημόσιες υποδομές, γίνεται κατά κύριο λόγο μέσω ενός «δικτύου», το οποίο αποτελείται από 200 περίπου κέντρα υγείας στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές και 250 περίπου πολυϊατρεία του ΙΚΑ στις αστικές περιοχές. Το άτυπο αυτό «δίκτυο» θεωρείται ότι έχει στις περισσότερες περιπτώσεις ορθολογική χωροταξική κατανομή, καλή πυκνότητα ιατρικού δυναμικού και ικανοποιητικού επιπέδου τεχνολογία. Την ίδια στιγμή, ο ασφαλιστικός πληθυσμός των ταμείων τα οποία δεν διαθέτουν δικές τους υπηρεσίες υγείας καλύπτεται μέσω συμβάσεων με ιδιωτικά σχήματα και γιατρούς, χωρίς όμως να διασφαλίζεται η επάρκεια και η ποιότητα των υπηρεσιών, ενώ απουσιάζουν δραστηριότητες πρόληψης και προαγωγής της υγείας και μετανοσοκομειακής φροντίδας, κάτι βέβαια το οποίο παρατηρείται και στη σφαίρα της δημόσιας παροχής.

Το κενό αυτό στη δημόσια παραγωγή υπηρεσιών ΠΦΥ οφείλεται όχι τόσο στην έλλειψη πόρων όσο στη χρονική διαθεσιμότητά τους για τους πολίτες. Το φαινόμενο αυτό, σε συνδυασμό με τη δυνατότητα της δημόσιας χρηματοδότησης μέσω συμβάσεων με τα ασφαλιστικά ταμεία, είχε ως αποτέλεσμα την έντονη επενδυτική δραστηριότητα του ιδιωτικού τομέα στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη με την ίδρυση ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, τα οποία υπερβαίνουν τα 400 και υπολογίζεται ότι έχουν κύκλο εργασιών που ξεπερνά τα 100 δις δραχμές ετησίως (2000).

Πίνακας 1. Διαστάσεις-προβλήματα σχετικά με την ανάπτυξη της Γενικής Ιατρικής στην Ελλάδα.

1. Απουσία πρακτικών οδηγιών και κατευθυντήριων γραμμών
2. Απουσία διαγνωστικών εργαλείων και μέσων διαλογής
3. Απουσία προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης
4. Απουσία διαδικασιών συστηματικής ανασκόπησης της βιβλιογραφίας (ηλεκτρονικής ή μη)
5. Απουσία ενιαίου συστήματος καταχώρησης και ανάλυσης της πληροφορίας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας
6. Αποσπασματική ανάμιξη σε προγράμματα έρευνας κατάλληλων στην πρωτοβάθμια φροντίδα και στη Γενική Ιατρική
7. Αδυναμία τεκμηρίωσης της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης της Γενικής Ιατρικής και ελάχιστη ανάμιξη σε τυχαίοποιημένες και ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές
8. Απουσία κριτηρίων αξιολόγησης της κλινικής αποτελεσματικότητας στη Γενική Ιατρική
9. Έλλειψη ενός ενιαίου συστήματος μέτρων και δεικτών παρακολούθησης και αξιολόγησης της εκπαίδευσης της ειδικότητας στη Γενική Ιατρική
10. Έλλειψη ενός μεταπτυχιακού προγράμματος στη Γενική Ιατρική και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα

1.4. Οι υποδομές και οι πρόσφατες προτάσεις για τη διοικητική παρέμβαση

Οι υφιστάμενες δομές του ΙΚΑ στα αστικά κέντρα, που σε πολλές πολιτικές ή και επιστημονικές προσεγγίσεις αντιμετωπίζονται ως ένα αρνητικό αφετηριακό σημείο της οποιας μεταρρυθμιστικής προσπάθειας, μπορούν να αποτελέσουν τη βάση πάνω στην οποία θα οικοδομηθεί ένα νέο σύστημα ΠΦΥ. Με αυτή τη λογική, διατυπώθηκαν προτάσεις για τη δημιουργία ενός ενιαίου διοικητικά και οργανωτικά σχήματος παροχής ΠΦΥ, με βασική όμως προϋπόθεση την άρση της αυτονομίας των δομών του ΙΚΑ και την ένταξή τους στο εθνικό σύστημα υγείας (ΕΣΥ). Πρόταση, η οποία συμπληρώνεται με τη διατύπωση της αναγκαιότητας για τη δημιουργία μιας ενιαίας χρηματοδοτικής βάσης, ως προϋπόθεση για την ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων οικονομικών πόρων.

Μια πρώτη κριτική που μπορεί να ασκηθεί στις παραπάνω θέσεις, είναι ότι η υπαγωγή –τουλάχιστον σε πρώτη φάση– των δομών του ΙΚΑ στο ΕΣΥ ενδέχεται να προκαλέσει προβλήματα, τα οποία εκτείνονται από την οριοθέτηση του πλαισίου ιδιοκτησίας και χρήσης των μέσων παραγωγής έως τη ρύθμιση του εργασιακού καθεστώτος των γιατρών, ενώ, επιπλέον, το διοικητικό κόστος της μετάβασης αναμένεται να είναι υψηλό. Πέραν αυτού, είναι εξαιρετικά αμφίβολο το εάν μια τέτοια –διοικητική κυρίως– παρέμβαση στο σύστημα θα επιφέρει αισθητά αποτελέσματα προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της επάρκειας και της ποιότητας των υπηρεσιών, τα οποία θα γίνουν αντιληπτά από τους χρήστες, σε βραχυπρόθεσμα πλαίσια. Σε ό,τι αφορά τη συγκέντρωση των πόρων σε ένα φορέα διαχείρισης, η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης, όπως διατυπώνεται με το επιχείρημα της υψηλής αντιπροσώπευσης και της δημιουργίας πλεονεκτημάτων στις διαπραγματεύσεις με τους παραγωγούς, ελέγχεται, δεδομένου ότι φορείς όπως το ΙΚΑ έχουν ήδη υψηλή αντιπροσώπευση, η οποία, στα πλαίσια του υφιστάμενου θεσμικού πλαισίου (προκαθορισμένες τιμές και προϊόντα), δεν επιτρέπει συμβολαϊκές λογικές στη βάση διαπραγματεύσεων.

Ως συνέχεια των παραπάνω προβληματισμών, επισμαίνεται ότι η τελική διαμόρφωση της οποιας μεταρρυθμιστικής πρότασης καλείται να δώσει απαντήσεις στα κάτωθι ερωτήματα:

- Είναι δυνατή η εφαρμογή ενός συστήματος για τη λειτουργική ανασυγκρότηση της ΠΦΥ;
- Ποιος είναι ο αριθμός των γενικών γιατρών και άλλων γιατρών που θα προσκληθούν να καλύψουν τις

ανάγκες ενός τέτοιου συστήματος και πόσο χρόνο απαιτεί η παραγωγή του αριθμού αυτού;

- Είναι δυνατή η ανάπτυξη ενός θεσμού, με βάση τον προσωπικό γιατρό και ποια είναι η επαρκής δέσμη των υπηρεσιών που μπορεί να προσφέρει σε ασφαλισμένους και σε άτομα που υποχρεώνεται να καλύψει;
- Ποιες είναι οι διαθέσεις του ιατρικού σώματος έναντι ενός τέτοιου συστήματος;
- Ποιες είναι οι διαθέσεις-προσδοκίες των χρηστών;

Τα παραπάνω απαιτούν διερεύνηση και αποσαφήνιση πριν από οποιαδήποτε παρέμβαση. Στο επίκεντρο, πάντως, του προβληματισμού βρίσκεται το κατά πόσο η προοπτική της διοικητικής ανασυγκρότησης αποτελεί μονόδρομο της υγειονομικής μεταρρύθμισης στην ΠΦΥ στη χώρα μας και σε ποιο βαθμό μπορεί να εγγυηθεί ότι η ποιότητα των παρεχόμενων φροντίδων θα βελτιωθεί την «επόμενη μέρα».

Το άρθρο αυτό επικεντρώνεται στη δημιουργία ενός σύγχρονου συστήματος ΠΦΥ, το οποίο θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες του Έλληνα πολίτη, παρέχοντας σε όλους μια δέσμη φροντίδων υγείας που θα είναι επαρκής, τεκμηριωμένη και εύκολα προσβάσιμη. Το κείμενο αυτό προσδοκά να συνεισφέρει στον επιστημονικό και πολιτικό διάλογο, που αναπτύσσεται στις μέρες μας, για την ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού υποδείγματος ΠΦΥ και συζητά τη λειτουργική ανασυγκρότηση του συστήματος, την οποία θεωρεί ως βασική προϋπόθεση οποιασδήποτε διοικητικής παρέμβασης.

2. ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΑΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗΣ

Βασική προϋπόθεση της πρότασης για τη λειτουργική ανασυγκρότηση της ΠΦΥ είναι ότι το κράτος οφείλει να είναι ο εγγυητής μιας επαρκούς δέσμης υπηρεσιών υγείας, εξασφαλίζοντας παράλληλα τη συνέχειά τους.

Από την άλλη πλευρά, η επιλογή αυτή βρίσκει ιδεολογικό και τεχνικό υπόβαθρο στο γεγονός ότι η διοικητική παρέμβαση, δηλαδή η προσπάθεια ενιαιοποίησης των υγειονομικών υπηρεσιών, πέρα από το ότι προσκρούει σε πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά εμπόδια, δεν προσφέρει επιχειρήματα με βάση τα κριτήρια της ισότητας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας.

Έτσι, σε επίπεδο υλοποίησης, η πρόταση παραπέμπει στο πρότυπο των Οργανισμών Διατήρησης της Υγείας στις ΗΠΑ, μέσω της «εκμετάλλευσης» και βελτίωσης των υπηρεσιών του ΙΚΑ στα αστικά κέντρα, της αξιο-

ποίησης της ιδιωτικής υποδομής και της διαμόρφωσης ενός πλαισίου λειτουργίας της αγοράς υπηρεσιών υγείας, βασισμένου σε ένα πλέγμα συμβολαίων και συμβάσεων.

Το σύστημα, το οποίο προτείνεται στα πλαίσια της παρούσας πρότασης, θα πρέπει να ικανοποιεί τις παρακάτω αρχές:¹⁵

- Τη συνέχεια στη φροντίδα, επιτρέποντας τη διαχείριση οξέων και χρόνιων προβλημάτων υγείας από τον ίδιο γιατρό ή ομάδα υγείας στη διάρκεια του χρόνου
- Την ολοκληρωμένη φροντίδα, δηλαδή τη διαχείριση των περισσότερο συχνών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας, καθώς και των μειζόνων παραγόντων κινδύνου, στο μοναδικό κοινωνικό, πολιτιστικό και ψυχολογικό περιβάλλον του ασθενούς
- Τον προσανατολισμό στον ασθενή και στην οικογένειά του, μέσω μιας συντονισμένης και ελεγχόμενης κίνησης των ασθενών μέσα στο σύστημα.

Βασικό συστατικό στοιχείο μιας πρότασης της λειτουργικής ανασυγκρότησης αποτελεί η εξασφάλιση σε όλους τους πολίτες μιας επαρκούς δέσμης υπηρεσιών, σε σχεδόν μηδενικές τιμές κατά τη στιγμή της ανταλλαγής και με ευχερή πρόσβαση σε ισότιμη βάση (πίν. 2).

Σε ένα τέτοιο σύστημα, ο ρόλος του προσωπικού γιατρού θεωρείται επίσης κεντρικός. Ο προσωπικός γιατρός θα πρέπει να οριστεί από τα καθήκοντά του, δηλαδή από τις υποχρεώσεις του να προσφέρει την επαρκή δέσμη υπηρεσιών φροντίδας σε όλους τους δικαιούχους του συστήματος, συμπεριλαμβανομένης και της διαχείρισης των συχνότερων νοσημάτων στην κοινότητα, των μειζόνων παραγόντων κινδύνου, των εμβολιασμών και των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και αποκατάστασης. Ο προσωπικός αυτός γιατρός θα μπορεί να είναι κατά προτίμηση ειδικευμένος στη Γενική Ιατρική ή, σε απουσία του, γιατρός άλλης κλινικής ειδικότητας, που θα μπορεί να εκπληρώσει τα ορισθέντα εκ των προτέρων καθήκοντά του. Βραχεία εκπαίδευση στη χρήση κλινικών πρωτοκόλλων και απόκτηση των βασικών δεξιοτήτων που προβλέπονται από την επαρκή δέσμη υπηρεσιών φροντίδας θα πρέπει να προηγηθεί της ένταξής του στο σύστημα. Η διάρκεια ενός τέτοιου ταχύρυθμου εκπαιδευτικού προγράμματος υπολογίζεται σε ένα (1) μήνα. Εντακτική "on the job training" εκπαίδευση θα πρέπει επίσης να προβλεφθεί μετά την πρόσληψή του.

Οι όροι προσωπικός γιατρός ή προσωπική φροντίδα δεν είναι ξένοι στη διεθνή βιβλιογραφία. Σε πρόσφατες, μάλιστα, δημοσιεύσεις τεκμηριώνεται η αξία της προσωπικής σχέσης μεταξύ γιατρού και ασθενούς, καθώς και

Πίνακας 2. Δέσμη υπηρεσιών που θα προσφέρει ο προσωπικός γιατρός σε κάθε συμβεβλημένο με το σύστημα.

- Διαχείριση των περισσότερο συχνών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας που συναντώνται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, με βάση και το τοπικό επιδημιολογικό πρότυπο, συμπεριλαμβανομένων της αρτηριακής υπέρτασης, του μη ινσουλινοεξαρτώμενου σακχαρώδη διαβήτη, του βρογχικού άσθματος, της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας, της καρδιακής ανεπάρκειας, της στεφανιαίας νόσου, των εκφυλιστικών παθήσεων των οστών, της οστεοπόρωσης, των κοινών λοιμώξεων της κοινότητας, της άνοιας και της μείζονος κατάθλιψης
- Διαχείριση μειζόνων παραγόντων κινδύνου, όπως κάπνισμα, διαταραχές των λιπιδίων, παχυσαρκία
- Διενέργεια εμβολιασμών παιδιών και ενηλίκων
- Έγκαιρη διάγνωση συγκεκριμένων μορφών καρκίνου, όπως ο καρκίνος του μαστού, του τραχήλου της μήτρας, του προστάτη και του παχέος εντέρου
- Εκτίμηση κατάστασης υγείας (συμπεριλαμβανομένων και των γνωσιακών και συναισθηματικών διαταραχών) ηλικιωμένων και ατόμων με χρόνια νοσήματα και αναπηρίες
- Παρακολούθηση ανάπτυξης βρεφών και παιδιών, παρακολούθηση εγκύων
- Φροντίδα μικρών τραυμάτων και κακώσεων, εκτέλεση μικρών χειρουργικών πράξεων και παροχή πρώτων βοηθειών, συμπεριλαμβανομένης της βασικής καρδιοαναπνευστικής ανασωογόνησης
- Εκτέλεση ενός ελάχιστου αριθμού διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων στο ιατρείο
- Εκτέλεση ενός ελάχιστου αριθμού διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων στο σπίτι

Πηγή: Λιούης Χ¹⁵

ο ρόλος του προσωπικού γιατρού, που αιτιολογείται ως σημαντικός για τα περισσότερα προβλήματα υγείας, για τα οποία τον επισκέπτονται οι ασθενείς.¹⁶ Το συγκεκριμένο άρθρο καταλήγει στη διαπίστωση ότι η πρόσφατη έμφαση της πολιτικής υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο για γρήγορη πρόσβαση και άνετη επίσκεψη μάλλον έχει εφαρμογή για ασθενείς με μικρά και έκτακτα προβλήματα. Η αναφορά, βέβαια, αυτή αφορά στο Βρετανικό Σύστημα Υγείας, το οποίο δίνει έμφαση στην κλινική διακυβέρνηση, ένα πλαίσιο στο οποίο περιλαμβάνονται όλα τα μέτρα για τη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας, αλλά και στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας.

Στα πλαίσια του προτεινόμενου υποδείγματος, ο ρόλος του προσωπικού γιατρού διαφοροποιείται ανάλογα με το χώρο και τη δομή δραστηριοποίησης. Σε ό,τι αφορά τις αγροτικές περιοχές, ο θεσμός του προσωπικού γιατρού είναι αναγκαίο να καθιερωθεί στα κέντρα υγείας και να συμπεριλάβει όλους τους υπηρετούντες γιατρούς του ΕΣΥ. Οι ασφαλισμένοι του ΟΓΑ μπορούν να προσκληθούν, προκειμένου να δηλώσουν το γιατρό της προτίμησής τους. Ακόμα, θα πρέπει να προβλεφθεί ένα ανώτερο όριο ατόμων ανά γιατρό, που θα μπορεί να διευ-

ρυνθεί σ' ένα ανώτατο, μετά από αίτηση του ίδιου του γιατρού. Προτείνεται να καθιερωθούν οικονομικά κίνητρα για εκείνους που αναλαμβάνουν τη φροντίδα μεγαλύτερου αριθμού ατόμων από το ανώτερο όριο, ενώ το σύστημα θα πρέπει να εξετάσει την κατάσταση όσων δεν συμπληρώνουν τον ελάχιστο αριθμό ατόμων και να διερευνήσει δυνατότητες τροποποίησης της κλινικής συμπεριφοράς, μέσω προγραμμάτων εκπαίδευσης.

Για τις αστικές περιοχές, προτείνεται σε πρώτη φάση ο δεσμευτικός χαρακτήρας του ρόλου του προσωπικού γιατρού, τον οποίο θα διαχειρίζονται τα ασφαλιστικά ταμεία, είτε με την ανάπτυξη ιδίων υποδομών (πρόσληψη και αποκλειστική απασχόληση), είτε με συμβάσεις έπειτα από διαπραγματεύση. Στη δεύτερη περίπτωση, ο ιδιώτης προσωπικός γιατρός μπορεί να συμβάλλεται με διάφορα ταμεία, με την προϋπόθεση ότι δεν θα υπερβαίνει το ανώτατο όριο των εγγεγραμμένων.

Ειδικά για το ΙΚΑ, ο προσωπικός γιατρός μπορεί να καθιερωθεί και να λειτουργεί εντός των πολυϊατρείων, παρέχοντας όμως κοινή δέσμη υπηρεσιών με τους αντίστοιχους ιδιώτες. Στην περίπτωση αυτή, προτείνεται εναλλακτικά ή και συμπληρωματικά η θέσπιση ειδικού οικονομικού κινήτρου για το σύνολο των ειδικοτήτων του πολυϊατρείου, πέρα από το bonus του προσωπικού γιατρού. Η νομιμοποίηση αυτή του θεσμού-φραγμού του προσωπικού γιατρού, με ευθύνη του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, αποτελεί σημαντικό κίνητρο για τη συναίνεση της διοίκησης του ΙΚΑ ως προς το εν λόγω σχέδιο.

Ένα κομβικό σημείο που θα πρέπει επίσης να εξεταστεί στο νέο σύστημα είναι η διαδικασία παραπομπής. Την ευθύνη παραπομπής σε άλλους ειδικευμένους ή σε άλλες υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να την αναλάβει ο προσωπικός γιατρός. Η παράκαμψη της διαδικασίας αυτής προτείνεται σε πρώτη φάση να μη συνεπάγεται συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος, αλλά να αντιμετωπιστεί με μια σχετική προβολή της σκοπιμότητας και της χρησιμότητας του θεσμού του προσωπικού γιατρού.

Ένα επιπλέον νέο στοιχείο του προτεινόμενου συστήματος είναι η εισαγωγή του ελέγχου της κλινικής αποτελεσματικότητας του προσωπικού γιατρού, την παρακολούθηση της οποίας θα βοηθούσε η καθιέρωση ενός συμβολαίου ή μιας προγραμματικής σύμβασης. Χωρίς την περιγραφή αυτής της δέσμης δεν μπορεί να προσδιοριστεί και το μεταβατικό κόστος των παραπάνω αλλαγών. Το θέμα αυτό, βέβαια, παραπέμπει στην εκπαίδευση του γιατρού και στη δυνατότητα αλλαγής αντιλήψεων και πρακτικών από το ιατρικό προσωπικό που υπηρετεί τόσο στο δημόσιο τομέα, όσο και στο κοινωνικό/

ασφαλιστικό σύστημα στη χώρα μας. Υπογραμμίζεται ότι χωρίς τη διασφάλιση ενός τέτοιου «πακέτου» υπηρεσιών, το οποίο σαφώς περιλαμβάνει τη διαχείριση των μειζόνων παραγόντων κινδύνου και την εκτίμηση της κατάστασης της υγείας των συμβαλλομένων με το σύστημα –εκεί βέβαια όπου υπάρχει τεκμηρίωση για αποτελεσματική δράση και παρέμβαση– όχι μόνο αναιρείται η πλήρης και καθολική ασφάλιση του πληθυσμού, αλλά και η εκτίμηση του κόστους μετάβασης καθίσταται εξαιρετικά δυσχερής.

Αναφορά επίσης θα πρέπει να γίνει και στους μηχανισμούς που θα πρέπει να δημιουργήσει το σύστημα για την υποστήριξη της υπάρχουσας γνώσης και την καθοδήγηση της καθημερινής πρακτικής των προσωπικών γιατρών και άλλων υγειονομικών στην ΠΦΥ, με οδηγίες και βασισμένες στις ενδείξεις (evidence-based) πληροφορίες, οι οποίες θα συμβάλουν στην αποτελεσματική και αποδοτική χρήση των πόρων. Διαμόρφωση συμφωνιών που θα ανταποκρίνονται στις ανάγκες των υγειονομικών, ανάπτυξη ηλεκτρονικών και μη οδηγιών που θα κατευθύνουν τη διάγνωση, τη θεραπεία και τη συνταγογράφηση, διάθεση on-line υποστηρικτικών μηχανισμών, έλεγχος της συμμόρφωσης, καθώς και εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων αυτών, είναι ανάμεσα στα ζητούμενα στην κατεύθυνση ανάπτυξης ενός ολοκληρωμένου συστήματος ΠΦΥ.

Η Βρετανική εμπειρία των αλλαγών στην ΠΦΥ έχει να επιδείξει μια σειρά από μέτρα στήριξης της καθημερινής εργασίας των γενικών γιατρών, ιδιαίτερα με την υιοθέτηση κατευθυντήριων οδηγιών (guidelines), αλλά και γρήγορης πληροφόρησης στη νέα δημοσιευμένη τεκμηρίωση. Έτσι, για το Βρετανικό Σύστημα Υγείας έχει ιδρυθεί στο Πανεπιστήμιο του York το Εθνικό Κέντρο για τις ανασκοπήσεις και τη διανομή τους (National Health System Centre for Reviews and Dissemination). Ένα πρόσφατο, μάλιστα, ενημερωτικό δελτίο του με τίτλο «Θέματα αποτελεσματικότητας» αναφέρεται εκτενώς στη συμβουλευτική στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (counseling in primary care).¹⁷ Εκεί μεταφέρονται τα τελευταία αποτελέσματα μιας μετα-ανάλυσης, που υποστηρίζει ότι η συμβουλευτική είναι χρήσιμη στη θεραπεία των ήπιων και μέτριων προβλημάτων ψυχικής υγείας για σύντομο χρονικό διάστημα (μέχρι 6 μήνες). Αντίστοιχη πρωτοβουλία στη χώρα μας έχει αναπτυχθεί στην Κρήτη, όπου μια ερευνητική ομάδα της Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής έχει αναπτύξει μια ιστοσελίδα, η οποία παρέχει άμεση πληροφορία για πρακτικές οδηγίες στη Γενική Ιατρική, αποτέλεσμα ομοφωνιών ή συστηματικής ανασκόπησης της βιβλιογραφίας (www.cgrg.gr).

Η αναφορά στο ρόλο και τη λειτουργία του νοσηλευτή/τριας στην κοινότητα είναι απαραίτητη και θα πρέπει να ακολουθήσει τα Ευρωπαϊκά πρότυπα. Σε άρθρο που δημοσιεύεται στο τελευταίο τεύχος του *Primary Care Respiratory Journal* γίνεται αναφορά στο σημαντικό ρόλο της εκπαίδευσης της νοσηλεύτριας/ή στη διαχείριση του άσθματος στην ΠΦΥ και στην εμπλοκή της/του ακόμα και σε θέματα συνταγογραφίας.¹⁸ Προτείνεται η ανάθεση τέτοιων ρόλων σε νοσηλευτές που θα εξυπηρετούν τους προσωπικούς γιατρούς και ιδιαίτερα στις δραστηριότητες φροντίδας στο σπίτι.

3. ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΠΟΥ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΚΟΛΟΥΘΗΣΟΥΝ ΤΗΝ ΥΙΟΘΕΤΗΣΗ ΜΙΑΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΑΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗΣ

Με δεδομένη τη φιλοσοφία και τους χρηματοδοτικούς και οργανωτικούς-λειτουργικούς περιορισμούς, οι οποίοι συνοπτικά προαναφέρθηκαν, οι παρακάτω ενέργειες θα πρέπει να ακολουθήσουν την υιοθέτηση μιας στρατηγικής λειτουργικής ανασυγκρότησης:

- Συμφωνία όσον αφορά στο περιεχόμενο της ενιαίας και επαρκούς δέσμης των υπηρεσιών που θα προσφέρει ο προσωπικός γιατρός ο οποίος είναι ενταγμένος στο σύστημα.
- Δέσμευση των ασφαλιστικών ταμείων για την παροχή και χρηματοδότηση μιας ενιαίας και επαρκούς δέσμης υπηρεσιών ΠΦΥ, μέσω της καθιέρωσης του προσωπικού γιατρού σε όλα τα ασφαλιστικά συστήματα. Για τους ασφαλισμένους του ΟΓΑ και τη γενικότερη λειτουργία του θεσμού στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές την ευθύνη μπορούν να αναλάβουν τα ΠεΣΥΠ, ενώ στα αστικά κέντρα η διαχείριση του θεσμού είναι προτιμότερο να υπόκειται στην ευθύνη των «αγοραστών», δηλαδή των ασφαλιστικών ταμείων. Σε κάθε περίπτωση, ο έλεγχος του παραγόμενου προϊόντος, δηλαδή της δέσμης των φροντίδων υγείας που διατίθενται στους πολίτες, αποτελεί ευθύνη του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.
- Σε συνεργασία με τους φορείς παραγωγής (ασφαλιστικά σχήματα τα οποία διαθέτουν πολυϊατρεία), οριοθέτηση των προϋποθέσεων, των διαδικασιών και των γενικότερων όρων λειτουργίας, για την παροχή των υπηρεσιών στους πολίτες και τη διασύνδεση των φορέων μεταξύ τους.
- Πιστοποίηση, με ευθύνη του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, των φορέων που θα έχουν το δικαίωμα να συμμετέχουν στη διαδικασία πώλησης υπηρεσιών στα

ασφαλιστικά ταμεία που δεν έχουν τις υποδομές για την ίδια παραγωγή φροντίδων.

- Πιστοποίηση των ιδιωτικών φορέων παραγωγής υπηρεσιών ΠΦΥ από την ίδια Αρχή.
- Εποπτεία της ομαλής λειτουργίας και διασύνδεσης των φορέων από κεντρική υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και το ΠεΣΥΠ.

Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται τα βασικά σημεία του προτεινόμενου σχεδίου δράσης για τη λειτουργική ανασυγκρότηση της ΠΦΥ, ενώ στην εικόνα 1 εμφανίζονται οι ροές χρηστών, πόρων και πληροφοριών στα πλαίσια του νέου υποδείγματος.

Όπως γίνεται αντιληπτό, το προτεινόμενο υπόδειγμα έχει ως αφετηρία το κριτήριο της εφικτότητας και προσανατολίζεται στη διαμόρφωση μιας λειτουργικής δομής, με συναινετικές διαδικασίες λήψης αποφάσεων σε μακρο-επίπεδο. Την ίδια στιγμή, εισάγει μια νέα τεχνική δημόσιου management, εμπλουτίζοντας με θεσμικές ρυθμίσεις τη λειτουργία του υγειονομικού τομέα στην ΠΦΥ και εξασφαλίζοντας τη σαφή οριοθέτηση των αρμοδιοτήτων των δρώντων. Το πλεονέκτημα της συμβολιακής αυτής λογικής συνίσταται στο ότι διαχωρίζει τη διοικητική από τη λειτουργική ευθύνη του συστήματος και, επιπλέον, έχει ένα δυναμικό χαρακτήρα, ο οποίος συνίσταται στη δυνατότητα εκμετάλλευσης όλων των υφιστάμενων δομών.

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Βασικό πλεονέκτημα του προτεινόμενου σχεδίου για τη λειτουργική αναδιοργάνωση των υπηρεσιών ΠΦΥ είναι ότι αναμένεται να προσδώσει έναν πλουραλιστικό χαρακτήρα στο σύστημα, εμπλουτίζοντας το μίγμα των παρεχόμενων φροντίδων με υπηρεσίες πέρα από τις παραδοσιακές κλινικο-εργαστηριακές δραστηριότητες, δηλαδή πρόληψη της νόσου και προαγωγής της υγείας, διαχείριση των μειζόνων παραγόντων κινδύνου κ.λπ., όπως αυτές παρουσιάζονται στον πίνακα 3.

Επισημαίνεται ότι η πρόταση αυτή δεν έρχεται σε αντιπαράθεση με το σχέδιο της διοικητικής μεταρρύθμισης που έχει ήδη εξαγγελθεί, το οποίο προβλέπει την ενίσχυση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού και την ενιαία παραγωγή και διανομή υπηρεσιών φροντίδων υγείας από φορείς που υπάγονται στο Υπουργείο Υγείας, αλλά αντίθετα συνιστά απαραίτητη προϋπόθεση για την υλοποίηση και την αλλαγή της οργανωτικής φιλοσοφίας του συστήματος.

Πίνακας 3. Σχέδιο δράσης για τη λειτουργική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ).

Μέτρο	Επιμέρους δράσεις
1. Ενίσχυση των προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας	Προσδιορισμός των αναγκαίων υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής της υγείας Δέσμευση των ασφαλιστικών ταμείων για την παροχή των υπηρεσιών αυτών ¹ Έλεγχος της εφαρμογής των παραπάνω. Παρακολούθηση αποτελεσμάτων με επιδημιολογικά και οικονομικά κριτήρια
2. Διασφάλιση της τροφοδότησης του συστήματος με τις απαιτούμενες πληροφορίες σχετικά με τις ανάγκες και τα προβλήματα υγείας του πληθυσμού	Υλοποίηση του υφιστάμενου σχεδίου για τη συγκρότηση του υγειονομικού χάρτη Καταγραφή-κωδικοποίηση των πρώτων αποτελεσμάτων, με σκοπό την προσαρμογή των υπηρεσιών στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού
3. Διασφάλιση της παροχής ενιαίας και επαρκούς δέσμης φροντίδων υγείας στους πολίτες	Προσδιορισμός των υπηρεσιών της δέσμης αυτής (μια πρόταση στον πίνακα 2) Δέσμευση των ασφαλιστικών ταμείων για την παροχή των υπηρεσιών αυτών ¹ Έλεγχος της εφαρμογής των παραπάνω. Παρακολούθηση αποτελεσμάτων με επιδημιολογικά και οικονομικά κριτήρια ²
4. Σχεδιασμός του νέου οργανωτικού και λειτουργικού μοντέλου των φορέων παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ ³	Σχεδιασμός των βασικών χαρακτηριστικών των σημείων παροχής: Προτείνεται η οργάνωση πολυϊατρείων στελεχωμένων με γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, απαραίτητα με έναν τουλάχιστον γενικό ιατρό, παιδίατρο και καρδιολόγο, τα οποία θα λειτουργούν σε 12ωρη ή 24ωρη βάση. Ο τρόπος λειτουργίας πρέπει να εξασφαλίζει την τήρηση του ιατρικού φακέλου Λήψη απόφασης για το καθεστώς εργασίας και τον τρόπο αποζημίωσης των προσωπικών γιατρών που θα στελεχώσουν τα νέα πολυϊατρεία. Προτείνεται να αποφευχθεί η διαφοροποίηση μεταξύ ειδικοτήτων και να επικρατήσει ένα μικτό σύστημα με πάγιο μισθό και caritation με τη μορφή bonus, ανάλογα με τον πληθυσμό ευθύνης του κάθε πολυϊατρείου Για τους γιατρούς των κέντρων υγείας στις αγροτικές περιοχές, θα δίνεται bonus σε αυτούς που δέχονται άτομα πέρα από το ανώτατο όριο Πρόσκληση ενδιαφέροντος για τη συμμετοχή στη διαδικασία παραγωγής και διάθεσης υπηρεσιών ΠΦΥ ⁴
5. Πιστοποίηση των φορέων παροχής σύμφωνα με το σχεδιασμό του μέτρου 4	Πιστοποίηση των δημόσιων φορέων που θα ενταχθούν στο «δίκτυο», σύμφωνα με τα κριτήρια τα οποία θα θέσει ειδική επιτροπή (βλ. μέτρο 4, υποσημείωση 3) Πιστοποίηση των ιδιωτικών φορέων που θα ενταχθούν στο «δίκτυο», σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις (ΠΔ)
6. Συντονισμός και έλεγχος της διασύνδεσης των φορέων	Έλεγχος της επάρκειας των παρεχόμενων φροντίδων, των ημερών αναμονής, των διαδικασιών πρόσβασης κ.λπ. Το έργο του ελέγχου της επάρκειας θα το αναλάβει ειδική επιτροπή του Υπουργείου Υγείας και των Ασφαλιστικών Οργανισμών, στην οποία μπορούν να συμμετέχουν και οι οργανώσεις των χρηστών Συντονισμός μεταξύ των φορέων και έλεγχος της διασύνδεσης με τη δευτεροβάθμια περίθαλψη Το έργο του συντονισμού θα το αναλάβουν τα αρμόδια ΠεΣΥΠ

Παρατηρήσεις

¹ Στην περίπτωση κατά την οποία η δέσμευση δεν μπορεί να αφορά στην κινητοποίηση ιδίων μηχανισμών, οι διοικήσεις των ταμείων θα υποχρεούνται να προσδιορίσουν τον τρόπο με τον οποίο θα εγγυηθούν την κάλυψη των ασφαλισμένων τους. Το Υπουργείο Υγείας υποχρεούται να διαμορφώσει ή να ενισχύσει τις ήδη υπάρχουσες δικές του δομές υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής της υγείας

² Το εύρος του ελέγχου από την πλευρά του Υπουργείου θα εκτείνεται από τη μελέτη των μεταξύ των δρώντων (ασφαλιστικών ταμείων και προμηθευτών) συμβολαίων και συμβάσεων, έως τον καθορισμό κλίμακας αμοιβών και την τήρηση των συμφωνηθέντων σε ό,τι αφορά την ποιότητα των φροντίδων

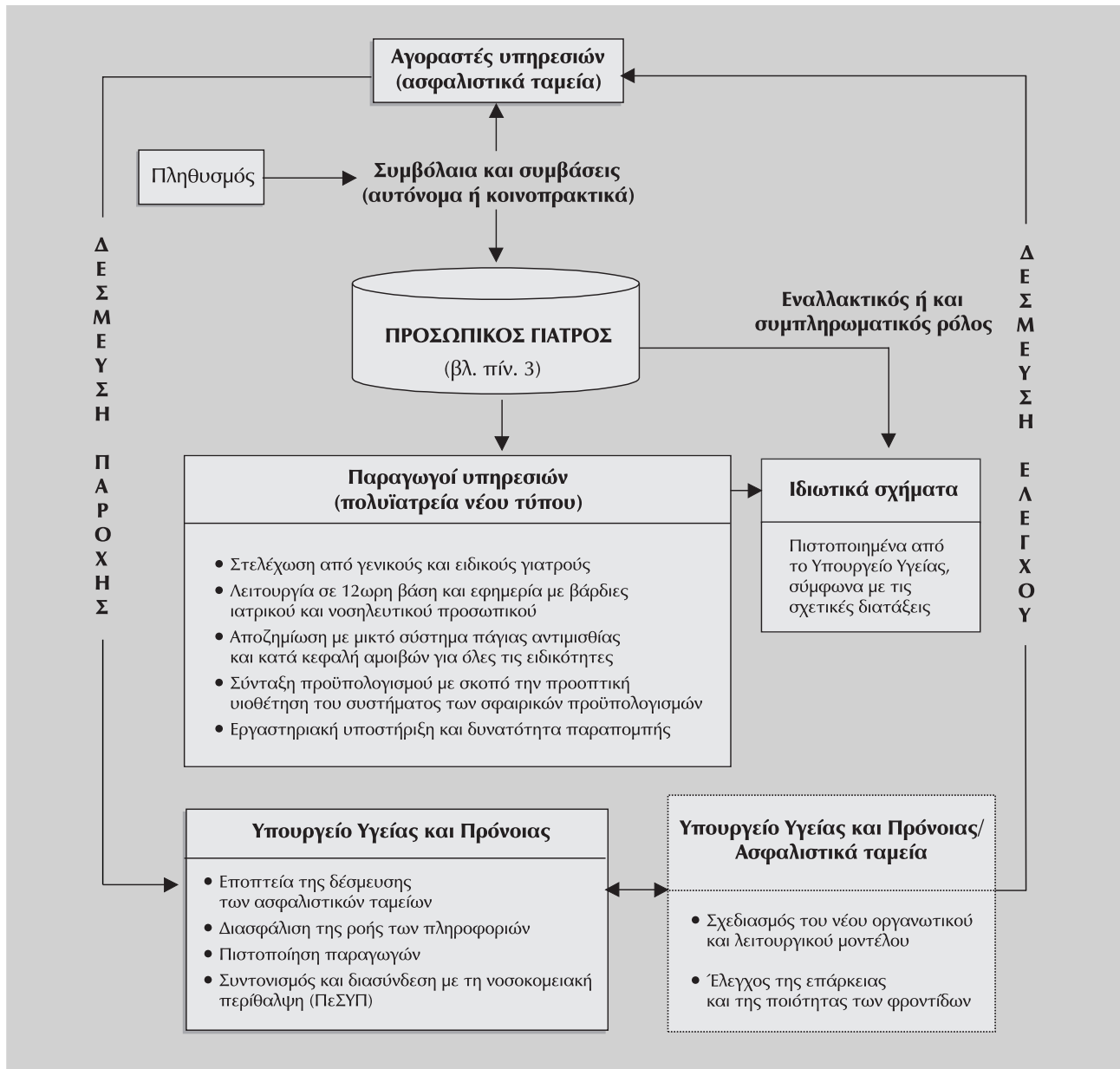
³ Η απόφαση για την οργάνωση, τη στελέχωση, τον τρόπο λειτουργίας και τον τρόπο χρηματοδότησης θα πρέπει να ληφθεί σε συνεργασία με τους βασικούς παραγωγούς και τους αγοραστές των υπηρεσιών

⁴ Οι αρμόδιες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας θα καταγράψουν τους φορείς που επιθυμούν να ενταχθούν στη διαδικασία και θα προχωρήσουν στη διαδικασία «πιστοποίησης» (βλ. μέτρο 5)

Η διαμόρφωση της υποδομής για την τροφοδότηση του συστήματος με τις απαιτούμενες πληροφορίες, σε ό,τι αφορά την εξέλιξη του υγειονομικού προτύπου του πληθυσμού, αναμένεται να βελτιώσει τα αντανακλαστικά του συστήματος και να το καταστήσει περισσότερο αποτελεσματικό. Το αποτέλεσμα της διαδικασίας αυτής αναμένεται να είναι η ορθολογικοποίηση στη χρήση των πόρων και η βελτίωση της αποδοτικότητας του συ-

στήματος, ενώ σε αυτό αναμένεται να συμβάλουν και τα μέτρα ελέγχου της κλινικής αποτελεσματικότητας [πρωτόκολλα κλινικού ιατρικού ελέγχου (medical audit)], στα οποία έγινε αναφορά προηγουμένως.

Επιπροσθέτως, μέσω της κοινής δέσμευσης των ασφαλιστικών ταμείων αναμένεται να διασφαλιστεί η ισότητα σε ό,τι αφορά το δικαίωμα της ίσης πρόσβασης σε ίδιες



Εικόνα 1. Διαγραμματική απεικόνιση του υποδείγματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (μετά τη λειτουργική ανασυγκρότηση).

-και επαρκείς- φροντίδες για όλους τους πολίτες, αντιμετωπίζοντας το πρόβλημα το οποίο χαρακτηρίζει για πολλές δεκαετίες την ΠΦΥ στη χώρα μας, λόγω της ύπαρξης ενός «μωσαϊκού» φορέων και υπηρεσιών που λειτουργούν χωρίς συντονισμό, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται είτε κενά είτε επικαλύψεις στην παροχή τους. Έτσι, με τον τρόπο αυτόν, αποκαθίσταται η συνέχεια της φροντίδας, ενώ ταυτόχρονα εισάγονται φραγμοί στο σύστημα, οι οποίοι δεν βασίζονται σε περιοριστικές λογικές (π.χ. gate keeping), αλλά στη βελτίωση των υφιστάμενων δομών και των συνθηκών παροχής των φροντίδων.

Ειδικότερα σε ό,τι αφορά την τελευταία διαπίστωση, αναφέρεται ότι η διεύρυνση του χρόνου λειτουργίας και η οργάνωση των ειδικοτήτων αναμένεται να μειώσει σημαντικά το χρόνο αναμονής των πολιτών, ενώ, επιπλέον, θα απαλλάξει τα νοσοκομεία από ένα βάρος, το οποίο αφενός είναι αλλότριο ως προς τον αρχικό τους στόχο και αφετέρου επιβαρύνει το κόστος λειτουργίας τους και συνεπώς τη συνολική δαπάνη υγείας. Ακόμη, η εισαγωγή ενός μικτού συστήματος αμοιβών (μισθός και κατά κεφαλή αποζημίωση), το οποίο όμως θα είναι κοινό για τους γιατρούς των πολυϊατρείων στις αστικές

περιοχές ανεξάρτητα από την ειδικότητα, αναμένεται να αποτελέσει ένα σημαντικό κίνητρο για την αύξηση της παραγωγικότητας και τη συγκράτηση των «πελατών» στο πολυϊατρείο, αλλά και τα Κέντρα Υγείας στις αγροτικές περιοχές. Η δομή αυτή, άλλωστε, αφενός δεν προσβάλλει σε μεγάλο βαθμό το δικαίωμα της ελευθερίας επιλογής και αφετέρου συμβάλλει στον έλεγχο του κόστους των φροντίδων, αφού επιτρέπει τη σταδιακή εφαρμογή προοπτικών μηχανισμών χρηματοδότησης (global budgets).

Ως σημαντικό πλεονέκτημα του νέου οργανωτικού και λειτουργικού μοντέλου των μονάδων παροχής ΠΦΥ πρέπει να θεωρηθεί η εξασφάλιση των προϋποθέσεων για την τήρηση ιατρικού φακέλου, ο οποίος πιστεύεται ότι θα συμβάλει στη βελτίωση της ανταποκρισιμότητας του συστήματος, στην εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών και στην αυτοματοποίηση των διαδικασιών καταγραφής των κλινικών και εργαστηριακών πληροφοριών, οι οποίες είναι απαραίτητες σε κάθε επαφή των πολιτών με τις υπηρεσίες υγείας, αλλά κυρίως στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας του νέου συστήματος.

Τα πλεονεκτήματα της πιστοποίησης των παραγωγών των υπηρεσιών από τις αρμόδιες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας είναι σχεδόν αυτονόητα και συνίστανται στη διασφάλιση της ποιότητας των φροντίδων και στη δημιουργία της αίσθησης του ελέγχου, η οποία αναμένεται να λειτουργήσει καταλυτικά στην τήρηση των προβλεπόμενων διατάξεων, οι οποίες καθορίζουν τις υποδομές, τη στελέχωση και τον τρόπο λειτουργίας. Ειδικά για τον ιδιωτικό τομέα, η ισχυροποίηση της ζήτησης (ασφαλιστικά ταμεία) με τη συνδρομή του Υπουργείου Υγείας πιστεύεται ότι θα προσδώσει ανταγωνιστικά στοιχεία στην αγορά, προς όφελος βέβαια των αγοραστών και των χρηστών.

Τέλος, ο συντονισμός της παροχής και η διασύνδεση με τη νοσοκομειακή περίθαλψη, πέραν του ότι θα εξασφαλίσει την παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών, εξομαλύνοντας τα προβλήματα πρόσβασης, αναμένεται να συμβάλει στον περιορισμό της σπατάλης από τις επικαλύψεις που παρατηρούνται σε διάφορα σημεία του συστήματος.

Σε ό,τι αφορά τις διαδικασίες οριοθέτησης των επιμέρους στόχων και υλοποίησης του σχεδίου, η εμπλοκή των ασφαλιστικών ταμείων καθώς και εκπροσώπων των εργαζομένων στο σχεδιασμό των νέων δομών είναι απαραίτητη, ώστε να εξασφαλιστεί ισχυρή συναίνεση, να μειωθούν οι αντιδράσεις και να υλοποιηθούν άμεσα τα προβλεπόμενα μέτρα. Ο επιχειρησιακός σχεδιασμός είναι απαραίτητο να περιλαμβάνει συγκεκριμένο χρονο-

διάγραμμα και προϋπολογισμό, των οποίων η εφαρμογή θα παρακολουθηθεί από τα αρμόδια όργανα, τα οποία θα εξασφαλίσουν την αυστηρή τήρηση των παραπάνω.

Βασικό συστατικό της λειτουργίας του υποδείγματος είναι η ολοκλήρωση του Υγειονομικού Χάρτη, ο οποίος θα επιτρέψει την επίτευξη της μεγαλύτερης δυνατής ανταποκρισιμότητας των νέων δομών στις ανάγκες των πολιτών. Επιπλέον, είναι απαραίτητη η εκπόνηση έρευνας σχετικά με τις διαθέσεις των χρηστών και των γιατρών ή των σπουδαστών Ιατρικής αναφορικά με το θεσμό του προσωπικού γιατρού. Η έρευνα αυτή, στην οποία θα μπορούσαν να συμμετέχουν και οι θεσμικά ορισμένοι εκπρόσωποι του κλάδου, θα συνεισφέρει στην όλη προσπάθεια διερεύνησης της αποδοχής του θεσμού από τους χρήστες και τους επαγγελματίες υγείας, αλλά και στον περαιτέρω εμπλουτισμό της πρότασης για τη λειτουργική ανασυγκρότηση καθώς και την εκπαίδευση του προσωπικού γιατρού.

Συμπερασματικά, η επιλογή της λειτουργικής παρέμβασης στην παροχή ΠΦΥ φαίνεται να συγκεντρώνει τα παρακάτω πλεονεκτήματα:

- α. Συνιστά μια ρεαλιστική λύση, η οποία μπορεί να τεθεί υπό υλοποίηση μεσοπρόθεσμα.
- β. Αξιοποιεί τις υφιστάμενες υποδομές και, ως εκ τούτου, αποφεύγει τη σπατάλη πόρων για τη δημιουργία νέων δομών ή τη μετάβαση σε νέο πλαίσιο (υπαγωγή στο Υπουργείο Υγείας). Επιπλέον, η διατήρηση του χρηματοδοτικού καθεστώτος και η ενίσχυση της πλευράς των αγοραστών (ασφαλιστικά ταμεία) εξασφαλίζει τη μεγαλύτερη δυνατή κοινωνική συναίνεση, αποφεύγοντας ανατροπές με αβέβαια αποτελέσματα. Το ίδιο προβλέπεται και για τους γιατρούς που ήδη στελεχώνουν τις υφιστάμενες δομές.
- γ. Εξασφαλίζει την αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών, με διαδικασίες που εγγυώνται την καθολική αποδοχή, ενώ επιπλέον εισάγει στο σύστημα το θεσμό του προσωπικού γιατρού, ο οποίος αφενός συνιστά στόχευση της πολιτικής υγείας επί σειρά ετών και αφετέρου αποτελεί έναν επιπλέον –μετά την κεντρική διοίκηση– δυναμικό εγγυητή της επάρκειας των παρεχόμενων φροντίδων.
- δ. Μπορεί να αποτελέσει ένα πρώτο στάδιο, το οποίο θα είναι ο προπομπός μιας ριζικής διοικητικής τομής στο σύστημα –εάν κάτι τέτοιο επιβεβαιωθεί ως προς τη σκοπιμότητά του– η οποία, σύμφωνα με τις σχετικές προτάσεις, προβλέπει τη δημιουργία ενός ενιαίου συστήματος, τόσο χρηματοδοτικά, όσο και ως προς την παροχή των υπηρεσιών.

ABSTRACT

Functional reconstruction of primary health care: A proposal for the removal of obstaclesK. SOULIOTIS,¹ C. LIONIS²¹*Dr Health Policy and Economics, Scientific Collaborator, Ministry of Health and Welfare, Athens, Greece,*²*Associate Professor of University of Crete, Assistant General Director PeSYP, Crete, Greece**Archives of Hellenic Medicine 2003, 20(5):466-476*

Over the past few years several attempts have been made in Greece to modernize and improve the national health care services. A Health Care Reform Act has been recently approved which aims to improvement in quality and coordination of outpatient and hospital services at the regional level, through the enhancement of primary care. This paper reports a proposal for functional reconstruction of the primary care system in Greece with a major emphasis on equity, quality and outcomes. The main component of the equity and quality framework of this proposal focus on the provision of essential services, and on implementation of clinical and organizational standards.

Key words: Health policy, Personal doctor, Primary health care

Βιβλιογραφία

1. ΛΙΟΝΗΣ Χ, ΜΕΡΚΟΥΡΗΣ ΜΠ. Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και προτάσεις για τη βελτίωσή της. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2000, 12:7-9
2. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Ι, ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ Ε, ΑΝΔΡΙΩΤΗ Δ, ΒΟΕΡΜΑ W, ΜΕΡΚΟΥΡΗΣ ΜΠ. Η εμπλοκή των γενικών ιατρών στην Προληπτική Ιατρική. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 1995, 7:21-28
3. ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ Ε, ΑΝΔΡΙΩΤΗ Δ, ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Ι, ΒΟΕΡΜΑ W, ΜΕΡΚΟΥΡΗΣ ΠΜ. Τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών των γενικών ιατρών στην Ελλάδα, σε σύγκριση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 1999, 4:193-202
4. ΛΙΟΝΗΣ Χ, ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και Γενική Ιατρική: Η ασφαλιστική δικλείδα για την υψηλή ποιότητα στη φροντίδα υγείας. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2000, 12:167-168
5. ARGURIADOU S, MELISSAROPOULOU H, KRANIA E, KARAGIANNIDOU A, VLACHONIKOLIS J, LIONIS C. Dementia and depression: Two frequent disorders of the aged in primary health care in Greece. *Fam Pract* 2001, 18:87-91
6. LIONIS C, TZAGOURNISSAKIS M, ΙΑΤΡΑΚΙ Ε, ΚΟΖΥΡΑΚΙ Μ, ΑΝΤΟΝΑΚΙΣ Ν, ΠΛΑΙΤΑΚΙΣ Α. Are primary care physicians able to assess dementia? An estimation of their capacity after a short-term training program in rural Crete. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001, 9:3
7. LIONIS C, CHATZIARSENIS M, ΑΝΤΟΝΑΚΙΣ Ν, ΓΙΑΝΟΥΛΙΣ Υ, ΦΙΟΡΕΤΟΣ Μ. Assessment of vaccine coverage of school children in three Primary Health Care areas in rural Crete, Greece. *Fam Pract* 1998, 15:443-448
8. CHATZIARSENIS M, ΜΙΥΑΚΙΣ Σ, ΦΑΡΕΣΙΟ Τ, ΦΙΟΡΕΤΟΣ Μ, VLACHONIKOLIS J, ΤΡΕΛΛ Ε ET AL. Is there room for general practice in penitentiary institutions? Screening and vaccinating high risk groups against hepatitis. *Fam Pract* 1999, 16:366-368
9. LIONIS C, FRANGOULIS E, SKLIROS S, ALEXANDRAKIS G, ΚΟΥΡΟΥΜΑΛΙΣ Ε. How Greek GPs manage hepatitis C infected patients: experiences gained from a primary health care district in rural Crete. *Aust Fam Phys* 1999, 28:207
10. ΕΡΕΥΝΙΔΟΥ Κ, ΜΥΛΩΝΑΚΗΣ Μ, ΜΗΤΤΑΣ Ε, ΒΛΑΧΟΝΙΚΟΛΗΣ Ι, ΛΙΟΝΗΣ Χ. Ιατρικές επισκέψεις σε γιατρό Γενικής Ιατρικής μιας τουριστικής περιοχής της Κρήτης στη διάρκεια της νύχτας. *Ιατρική* 2000, 78:261-265
11. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΛΙΟΝΗΣ Χ, ΔΗΜΟΛΙΑΤΗΣ Γ, ΤΣΑΚΟΣ Γ, ΑΝΤΟΝΑΚΗΣ Ν, ΒΑΣΙΛΙΚΙΩΤΗΣ Ν ΚΑΙ ΣΥΝ. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2000, 12:169-188
12. ΛΙΟΝΗΣ Χ, ΜΕΡΚΟΥΡΗΣ ΜΠ. Η Γενική/Οικογενειακή Ιατρική σε σταυροδρόμι: Προϋποθέσεις απαραίτητες για την εδραίωσή της στην Ελλάδα. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2001, 13:8-9
13. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ. *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2000
14. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ. Ανάλυση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα 1989-2000. Μεθοδολογικές διευκρινίσεις και διαπιστώσεις για το Σύστημα Υγείας. Στο: Κυριόπουλος Κ, Σουλιώτης Κ (Συντ.) *Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα. Μεθοδολογικά προβλήματα στη μέτρηση και συνέπειες για τις πολιτικές υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2002
15. ΛΙΟΝΗΣ Χ. Το σχέδιο νόμου στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας - Μια πρόκληση στη μεταρρύθμιση υγείας. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2002, 14:11-12
16. KEARLY K, FREEMAN G, HEALTH A. An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice. *Br J Gen Pract* 2001, 51:712-718
17. NHS CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION AND THE UNIVERSITY OF YORK. Counseling in primary care. In: *Effectiveness Matters* 2001, Vol 5, Issue 2

18. JONES RCM, FREEGARD S, REEVES M, HANNEY K, DOBBS F. The role of the practice nurse in the management of asthma. *Prim Care Respir J* 2002, 10:109–111

Corresponding author:

K. Souliotis, 5 28th October street, GR-124 61 Haidari, Greece
e-mail: soulioti@hol.gr

