

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Τομέας Υγείας του ΜΕΡΑ25

Η προτεινόμενη ενιαία σε Πανελλαδική κλίμακα οργανωτική και διοικητική ανάπτυξη της ΠΦΥ μέσα στο ΕΣΥ θα αποτελέσει κατεξοχήν εργαλείο άσκησης πολιτικής ισότητας καθώς προτείνει/δημιουργεί κοινές παροχές και ισότιμη προσβασιμότητα.

Το συμβόλαιο του ΜΕΡΑ25 με το λαό για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) θα πρέπει να απεργάζεται ένα νέο μοντέλο φροντίδας που θα είναι τοπικό, διεπιστημονικό και θα δίνει τη δυνατότητα στους 'γενικούς ιατρούς / παθολόγους' και στους επαγγελματίες υγείας που τους πλαισιώνουν να συνεργάζονται πλήρως με τις κοινωφελείς υπηρεσίες, ώστε να εξασφαλίζεται σφαιρικά η κάλυψη των αναγκών των ασθενών. Αυτό προσφέρει ευκαιρίες για πιο ολοκληρωμένες προσεγγίσεις στην πρόληψη και παροχή θεραπείας για το αλκοόλ και τα ναρκωτικά, παράλληλα με άλλες υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής μέριμνας, όπως η ψυχική υγεία, η σεξουαλική υγεία και οι αιματολογικές υπηρεσίες.

Οι γενικοί γιατροί (ΓΓ) ή παθολόγοι της μονάδας ΠΦΥ θα έχουν τη δυνατότητα να στείλουν τον ασθενή τους σε άλλον ειδικό γιατρό, διαγνωστικό κέντρο ή νοσοκομείο μετά από απευθείας συνενόηση ή με παραπεμπτικό σημείωμα. Στην Ελλάδα δεν υπήρξε μέχρι σήμερα πολιτική υγείας αποδεκτή από όλα τα κόμματα και δεν υπήρξαν στρατηγικοί στόχοι για την ανάπτυξη της ΠΦΥ. Υπήρξαν αποσπασματικές ενέργειες με αποτέλεσμα να απουσιάζει ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού καθώς και ένα σύστημα παραπομπών στα κέντρα υγείας, στο νοσοκομείο ή σε ειδικούς γιατρούς όπως συμβαίνει σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες.

Η κατάσταση στις Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας σήμερα – Προβλήματα

1. Οι δημόσιες δομές ΠΦΥ στην Ελλάδα σήμερα είναι διασκορπισμένες στις αγροτικές περιοχές με τη μορφή των αγροτικών ιατειών και των Κέντρων Υγείας (ΚΥ) και στις αστικές περιοχές με τη μορφή των ΠΕΔΥ και Τοπικών Μονάδων Υγείας (Το.Μ.Υ.), ενώ έχουν αναπτυχθεί και υπηρεσίες ενσωματωμένες σε Δήμους ή άλλους οργανισμούς.

2. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα έχει αναπτυχθεί στη βάση του μοντέλου πελάτη /επισκέπτης, με το γιατρό να περιμένει την επίσκεψη του ασθενή και να διαχειρίζεται την υγεία του αποσπασματικά, είτε αφορά το ίδιο το άτομο είτε την οικογένειά του. Συνήθως οι υπηρεσίες της ΠΦΥ περιορίζονται στην αντιμετώπιση συμπτωμάτων όταν αυτά γίνουν αντιληπτά από το ίδιο το άτομο, σε οξείες καταστάσεις, στην παραγγελία εργαστηριακών εξετάσεων και στη

συνταγογράφηση. Ο ασθενής δεν αποτελεί το επίκεντρο της συζήτησης στην ΠΦΥ και οι υπηρεσίες σχεδιάζονται χωρίς αναφορά στις προσδοκίες, τις επιθυμίες, τις αξίες και τις ανάγκες του. Οι λέξεις πρόληψη και προαγωγή της υγείας χρησιμοποιούνται ρητορικά και δεν έχει αναγνωρισθεί η προστιθέμενη αξία της πρόληψης στη βελτίωση της υγείας των ασφαλισμένων και στη μείωση του κόστους ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

3. Η οικογένεια ως έννοια απουσιάζει από την προσέγγιση του συστήματος στον άρρωστο, ακόμα και από τη συλλογή των πληροφοριών. Η επίσκεψη στο σπίτι και η φροντίδα ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού που συχνά είναι περιορισμένα στο σπίτι, δεν αποτελεί συνήθη πρακτική (φροντίδα νοείται η παρακολούθηση από το ίδιο πρόσωπο ή την ίδια ομάδα μέσα στο χρόνο). Το αντικείμενο της ολοκληρωμένης φροντίδας δεν έχει συζητηθεί σχεδόν καθόλου. Έτσι σήμερα η ολοκληρωμένη φροντίδα δεν περιλαμβάνει ούτε τη συνεχή φροντίδα (διά βίου) του προσώπου από την ημέρα της γέννησής του μέχρι τα γηρατειά αλλά και δεν ενσωματώνει στις υπηρεσίες της τη φροντίδα της οικογένειας. Δυστυχώς η ΠΦΥ στη χώρα μας υπολείπεται και στο είδος των υπηρεσιών ολοκληρωμένης φροντίδας αλλά και στον τομέα της πρόληψης, της προαγωγής της υγείας, της αποκατάστασης και της παρηγορητικής φροντίδας. Οι υπηρεσίες ΠΦΥ υπολείπονται δραματικά σε θεσμοθετημένες και προτυποποιημένες διασυνδέσεις με τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, την ψυχική υγεία και τη δημόσια υγεία. Οι παραπομπές γίνονται χωρίς πρωτόκολλα και συνήθως είναι μονής κατεύθυνσης όσον αφορά την ενημέρωση. Το μεγάλο όμως έλλειμμα στη διασύνδεση και στη λειτουργική ολοκλήρωση καταγράφεται στη φροντίδα ασθενών με χρόνια νοσήματα σε προχωρημένο στάδιο που αναζητούν υπηρεσίες υποστήριξης στο σπίτι, ανακούφισης του πόνου και παρηγορητικής φροντίδας, καθώς και αποκατάστασης μετά από μείζονες χειρουργικές παρεμβάσεις. Με το σχέδιο Καλλικράτης (Ν. 3852/2010), οι Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας «πέρασαν» στον εκλεγμένο Περιφερειάρχη. Αποτέλεσμα αυτού του νόμου ήταν η αποδυνάμωση της πολιτικής της πρόληψης και προστασίας της υγείας μια και η εποπτεία του υπουργείου Υγείας ασκείται μέσω της εκλεγμένης Περιφερειακής Αρχής και όχι άμεσα, όπως συμβαίνει στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης. Επιπλέον, η έλλειψη ικανού αριθμού κατάλληλα εκπαιδευμένων ιατρών Δημόσιας Υγείας στη χώρα οδήγησε συχνά στην τοποθέτηση υπαλλήλων που δεν είναι ιατροί στη θέση προϊσταμένων των Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας. Σημαντική, παρά τα προβλήματά της, ήταν η νομοθέτηση του «Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας» (ΕΟΔΥ) με τους Ν. 4600/2019 και Ν. 4633/2019. Δυστυχώς η νομοθέτηση του ΕΟΔΥ δεν συνοδεύτηκε από επέκταση των δράσεων πέραν του τομέα των λοιμωδών νοσημάτων. Η απουσία οργανωμένης ΠΦΥ συμβάλλει στη σταδιακή υποβάθμιση του ρόλου και των αρμοδιοτήτων των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, και κατ'επέκταση στην αδυναμία ανταπόκρισης στα προβλήματα που αναδεικνύονται τα τελευταία χρόνια. Επιπλέον, τα προβλήματα υγείας που συνοδεύουν ή

αναδεικνύονται από τη μετακίνηση πληθυσμών (πρόσφυγες, μετανάστες) αντιμετωπίζονται από τις εθελοντικές οργανώσεις των αλληλέγγυων αντί να προλαμβάνονται από τις οργανωμένες υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας της Πολιτείας.

Μεταρρυθμιστικές Προτάσεις για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Στόχος: η εξασφάλιση ενός καλού επιπέδου υγείας του πληθυσμού με αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του και παραπέρα της ευημερίας του.

Τι χαρακτηριστικά πρέπει να έχει η ΠΦΥ στην Ελλάδα;

α) Δυνατότητα άμεσης επαφής με το σύστημα (μηδενική καθυστέρηση), β) εγγύτητα, γ) προσβασιμότητα, δ) ποιότητα, ε) συνοχή και ζ) ασφάλεια.

Δομή – λειτουργία

1.Κύτταρο της ΠΦΥ θα αποτελεί η **Ομάδα Υγείας (ΟΥ)** αποτελούμενη από 4-5 οικογενειακούς ιατρούς (γενικοί ιατροί ή παθολόγοι) και ένα παιδίατρο που έχουν ένα συντονιστή και υποβοηθούνται από τουλάχιστον μια νοσηλεύτρια/ η, μία επισκέπτρια/τη υγείας, και ένα φυσικοθεραπευτή/ρια. Καθημερινά ένας γιατρός από την ΟΥ είναι σε εφημερία ετοιμότητας μετά το πέρας του πρωινού ωραρίου. Η ΟΥ της ΠΦΥ εξυπηρετεί το μέγιστο 10.000 άτομα (περίπου 2500 άτομα κάθε γιατρός). Ο αριθμός δύναται να μειωθεί ανάλογα με τις συνθήκες και την μορφολογία της περιοχής. Η ΟΥ δύναται να πλαισιώνεται από άλλες ειδικότητες ανάλογα με την ανάγκη κάθε φορά. Σε κάθε πέντε ΟΥ της ΠΦΥ (50.000 άτομα) αναλογεί μια **Μονάδα Αναφοράς (ΜΑ)** η οποία είναι εξοπλισμένη μπορεί να κάνει τις εργαστηριακές εξετάσεις που ζητούν οι ΟΥ, διαθέτει δε ιατρούς όλων των ειδικοτήτων και λειτουργεί επί 24ώρου βάσεως. Πολλές τέτοιες ΟΥ μαζί με τις αντίστοιχες ΜΑ αποτελούν ένα δίκτυο το οποίο μπορεί να συντονίζεται και να επιτελεί όλες τις ενέργειες που απαιτούνται για την σωστή μεταχείριση του ατόμου.

2.Προς το σκοπό αυτό απαιτείται η ανάπτυξη των **Ολοκληρωμένων Δικτύων ΠΦΥ** (μηχανοργάνωση) με διασυνδέσεις λειτουργικές. Τα δίκτυα αυτά θα αναφέρονται σε εθνικό επίπεδο και σε αυτά θα μπορεί να ενταχθεί οποιαδήποτε δομή η λειτουργία της ΠΦΥ, θα είναι συνδεδεμένα με τα δίκτυα της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης με τα οποία θα μπορούν να ανταλλάσσουν δεδομένα και να δρουν επί του ιδίου φακέλλου εφόσον υπάρχει λόγος. Στα πλαίσια αυτά θα αναπτυχθεί Σύστημα Διαχείρισης/αρχαιοθήτησης Απεικονιστικών Εξετάσεων (ΣΔΑΕ = RIS/PACS= Research and Innovation Strategies/Picture Archiving and Communication System) που θα αφορά όλο του ΕΣΥ (ΠΦΥ, Νοσοκομεία)και θα συνδέεται με τον Φάκελο Υγείας (Ηλεκτρονικό) του ασθενούς (Υπουργική Απόφαση ΦΕΚ 713 Β/13.3.2012, άρθρο 7, σελ 13182, τεχνικές προδιαγραφές). Θα υπάρχει ενιαίο απεικονιστικό ιστορικό των ασθενών και θα εφαρμόζεται η νομοθεσία περί τήρησης Ιατρικού Αρχείου. **Η δράση αυτή θα έχει σαν αντικείμενο και την εφαρμογή της τηλεματικής ιατρικής και της τηλεσυμβουλευτικής με εικόνα.** Σε κάθε μονάδα υγείας (αρχικά στις ΜΑ) θα εγκατασταθεί ο ανάλογος ειδικός

εξοπλισμός για τη λειτουργία των εφαρμογών αλλά και διαγνωστικός εξοπλισμός, ώστε οι ωφελούμενες μονάδες υγείας να μπορούν να διαχειρίζονται ηλεκτρονικά τις ακτινοδιαγνωστικές σειρές και εικόνες. Παράλληλα με την εγκατάσταση συστήματος RIS, θα παρέχεται σε όλες τις μονάδες υγείας η δυνατότητα να μεταφέρουν το σύνολο των δεδομένων της διαχείρισης ακτινοδιαγνωστικών εργαστηρίων ηλεκτρονικά και να αποθέτουν το σύνολο της πληροφορίας τόσο τοπικά όσο και κεντρικά μέσα από το νεφούπολογιστικό σύστημα. Τελικά θα είναι δυνατή η διαχείριση του συνόλου των ακτινοδιαγνωστικών δεδομένων της χώρας κεντριοποιημένα, δίνοντας τη δυνατότητα στους πολίτες να έχουν πρόσβαση στις ακτινοδιαγνωστικές τους εξετάσεις μέσα από κεντριοποιημένη πύλη συμπληρωματικά με τον ατομικό φάκελο υγείας των πολιτών. Έτσι δεν θα απαιτείται η μετακίνηση ασθενών για ακτινολογικές εξετάσεις, για ανεύρεση ειδικού που δεν υπάρχει σε άμεση πρόσβαση, εξαλείφεται το κόστος διατήρησης έντυπου αρχείου, χρήσης φιλμ και λοιπών αναλωσίμων υλικών, και το κόστος του διοικητικού προσωπικού. Θα υπάρξει μεγάλο όφελος στην ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, κέρδος χρόνου στη διάγνωση και βελτιστοποίηση της θεραπείας.

3. Κάθε πολίτης θα έχει δικαίωμα για ελεύθερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και φροντίδας που προσφέρονται από τις υπηρεσίες οικογενειακής ιατρικής. Οι υπηρεσίες αυτές ξεκινούν από τη γέννηση και φθάνουν μέχρι το τέλος της ζωής.

4. Για όσον καιρό ο αριθμός των γενικών γιατρών / παθολόγων δεν επαρκεί να καλύψει της ανάγκες σε Εθνικό επίπεδο οι ΥΠΕ μπορούν να συνάπτουν συμβάσεις με γιατρούς όλων των ειδικοτήτων.

5. Η ολοκληρωμένη δέσμη υπηρεσιών που θα προσφέρει η ΟΥ περιλαμβάνει:

Πρόληψη. (μπορεί να αφορά το άτομο, την οικογένεια, την ομάδα, την κοινότητα). Στις αναπτυγμένες κοινωνίες οι κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας είναι τα χρόνια νοσήματα. Τα νοσήματα αυτά είναι αποτέλεσμα μακροχρόνιας έκθεσης του οργανισμού σε διάφορους βλαπτικούς παράγοντες, οι οποίοι προκαλούν τη νόσο. Η παρέμβαση των επαγγελματιών υγείας στην αιτιολογική διαδικασία εμφάνισης του νοσήματος έχει ως σκοπό την πρόληψη της νόσου και την αναίρεση ή διακοπή του παθογενετικού μηχανισμού, όπου αυτό είναι δυνατό.

Αγωγή υγείας. Αφορά την αύξηση του επιπέδου συνειδητότητας του πληθυσμού για τη βελτίωση της υγείας του, την ετοιμότητα και την αποφασιστικότητα σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο για την αλλαγή στάσεων και την υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών, με την προσδοκία της πρόληψης αλλά και επίλυσης σημαντικών προβλημάτων υγείας. Η θεματολογία των προγραμμάτων αγωγής υγείας έχει ένα ιδιαίτερα ευρύ φάσμα (π.χ. κατανάλωση καπνού και αλκοόλ, πρόληψη ατυχημάτων, οικογενειακός προγραμματισμός, σεξουαλική συμπεριφορά,

προστασία του περιβάλλοντος κ.ά.) και είναι σε άμεση συνάρτηση με την ομάδα-στόχο του προγράμματος. Η αγωγή υγείας αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την επίτευξη των στόχων της πρόληψης. Απαιτείται σχεδιασμός της αγωγής υγείας από διεπιστημονικές ομάδες (παιδαγωγούς, ψυχολόγους, ιατρούς, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, μαιευτές, κοινωνικούς λειτουργούς κ.ά.) για τη δημιουργία «υγιούς περιβάλλοντος» και ευαισθητοποίησης στο σχολείο, τη δουλειά, την πόλη.

Προαγωγή υγείας. Διαδικασία η οποία παρέχει τη δυνατότητα στα άτομα να βελτιώσουν την υγεία τους. Οι δραστηριότητες υπό το πλαίσιο της προαγωγής της υγείας αναφέρονται αφενός στην ενδυνάμωση του ατόμου και αφετέρου στην υποστήριξη αλλαγών στο κοινωνικό, νομικό πλαίσιο των συνθηκών διαβίωσης. Παραδείγματα : α) καθημερινή σωματική άσκηση, β) δράσεις για τον έλεγχο του καπνίσματος (αύξηση της τιμής των προϊόντων καπνού, απαγόρευση της διαφήμισής τους, θέσπιση ορίου ηλικίας για την πώληση των προϊόντων καπνού, ιατρεία διακοπής του καπνίσματος κλπ). Χώροι στους οποίους μπορούν να διεξαχθούν δράσεις προαγωγής της υγείας είναι η οικογένεια, η εργασία, το σπίτι, το σχολείο, το κοινωνικό περιβάλλον, το φυσικό περιβάλλον, οι χώροι αναψυχής. Η μέγιστη αξιοποίηση του ανθρώπινου παράγοντα (επαγγελματιών υγείας και μη, πολιτών ειδικών και μη) σε συνδυασμό με το φυσικό περιβάλλον, τη συλλογική προσπάθεια και τη συνεργασία με φορείς επηρεάζουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού της κοινότητας. Η ΠΦΥ και οι εργαζόμενοι σε αυτήν είναι ο βασικός και κύριος μοχλός ανάπτυξης της προαγωγής υγείας στον πληθυσμό ευθύνης τους.

Προσυμπτωματικός έλεγχος. Συμβάλλει στην πρώιμη διάγνωση της νόσου, πριν εμφανιστούν κλινικά συμπτώματα. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος εφαρμόζεται την περίοδο μεταξύ της βιολογικής έναρξης της νόσου και της εμφάνισης των κλινικών συμπτωμάτων. Η ακριβής θέση στην παραπάνω περίοδο εξαρτάται από τη φυσική ιστορία της νόσου. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος υλοποιείται με τη μέθοδο της διαλογής (screening), δηλαδή μέσω κλινικής ή/και εργαστηριακής εξέτασης προκαθορισμένων ομάδων πληθυσμού με σκοπό την πρώιμη, προκλινική ανίχνευση της νόσου. Η δοκιμασία διαλογής σε ένα πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου πρέπει να είναι αποδεκτή και κατά τεκμήριο ασφαλής για τον πληθυσμό που θα συμμετάσχει.

Ψυχικά νοσήματα. Η πρώιμη ανίχνευση ψυχικής νόσου με σταθμισμένα ψυχομετρικά εργαλεία στην κοινότητα συμβάλλει στην έγκαιρη παραπομπή και αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου. Η φροντίδα στην κοινότητα συνδέεται στενά με την αποασυλοποίηση και την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και παραπέμπει στη δημιουργία εξωιδρυματικών δομών και φορέων για την παροχή υποστηρικτικών υπηρεσιών με στόχο την πρόληψη του εγκλεισμού, της κοινωνικής και φυσικής αναπηρίας, τη διατήρηση της ψυχικής υγείας την οποία υποσκάπτει η απομόνωση, την απόρριψη, την απομάκρυνση από την κοινωνική συναναστροφή και συμμετοχή.

Κατ' οίκον φροντίδα υγείας και κατ' οίκον νοσηλεία. Στόχος είναι η διατήρηση, η προαγωγή και η αποκατάσταση της υγείας των ατόμων/ασθενών βοηθώντας τους να αυξήσουν το επίπεδο αυτοφροντίδας και ανεξαρτησίας τους και περιορίζοντας στο ελάχιστο τις δυσμενείς επιδράσεις της αναπηρίας ή της αρρώστιας. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχουν τη δυνατότητα σε ευάλωτες κοινωνικά ομάδες (π.χ. ηλικιωμένοι, άτομα με αναπηρία, άτομα με χρόνια νοσήματα) να παραμείνουν στο σπίτι τους και να λαμβάνουν κατάλληλη φροντίδα. Η φροντίδα είναι ολιστική, εξατομικευμένη και ανθρωποκεντρική, και ο ασθενής/άτομο, ο φροντιστής και η οικογένεια αποτελούν το επίκεντρο και συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων.

Αποκατάσταση. Αποτελεί συμπλήρωμα της ΠΦΥ για την αντιμετώπιση εξειδικευμένων περιπτώσεων και όταν η βαρύτητα της νόσου δεν επιτρέπει τη νοσηλεία στο σπίτι ή σε μονάδες ΠΦΥ (δημόσιες μονάδες αποκατάστασης).

Θεραπεία. Η θεραπεία των προβλημάτων υγείας στην ΠΦΥ είναι μία άλλη διάσταση της φροντίδας. Μπορεί να αφορά οξέα προβλήματα υγείας ή και χρόνια.

Σχολείο. Ο ρόλος της ΠΦΥ είναι να αποτελέσει ένα χρήσιμο εργαλείο για τον εντοπισμό και τη διαχείριση προβλημάτων υγείας εμφανών ή και δυνητικών, πριν ακόμη αυτά καταστούν επιζήμια για την εκπαιδευτική εμπειρία και την υγεία των μελών του σχολικού πληθυσμού. Η εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία έχει ως στόχο να ωθήσει το σχολείο έτσι ώστε να συμβάλλει πραγματικά, μέσα από την ενεργητική και βιωματική μάθηση, στην αλλαγή της στάσης και της συμπεριφοράς των μαθητών, με σκοπό την ενίσχυση της υπευθυνότητας, της αυτοεκτίμησης, της αυτοπεποίθησης, της προσωπικότητας και της ικανότητας του μαθητή για την υιοθέτηση θετικών τρόπων και στάσεων ζωής. Σε πολλές περιπτώσεις η παρέμβαση αρχίζει από το νηπιαγωγείο.

Χώρος εργασίας. Ο στόχος είναι η προστασία της υγείας από εργασιακούς παράγοντες επικίνδυνους για την υγεία του εργαζομένου. Η προαγωγή της υγείας στον χώρο εργασίας πρέπει να είναι μία συντονισμένη προσπάθεια των εργοδοτών, των εργαζομένων και της κοινωνίας, με στόχο τη βελτίωση της υγείας και της ευεξίας των ανθρώπων στο εργασιακό τους περιβάλλον.

Υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας στην ΠΦΥ μπορούν να παρέμβουν και να επιλύσουν προβλήματα δημόσιας υγείας μέσα από οργανωμένες παρεμβάσεις στην κοινότητα και να την ευαισθητοποιήσουν σχετικά με τις **λοιμώξεις**, τους παράγοντες κινδύνου, τις **πηγές νοσηρότητας**, τους **φυσικούς παράγοντες** (νερό, αέρας, περιβάλλον κλπ). Η ΟΥ μπορεί να αναπτύξει υψηλό βαθμό συνεργασίας με επαγγελματίες της Δημόσιας Υγείας, και να τους βοηθήσει σημαντικά. Στην προσπάθεια συνεργασίας της ΠΦΥ με την ΔΥ και την ΚΦ μπορεί να συμβάλλουν, εκτός από τις δημόσιες υπηρεσίες, και ιδιωτικές πρωτοβουλίες / ιδιώτες επαγγελματίες όπου αυτό είναι αναγκαίο κάτω από προϋποθέσεις

εξασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και στη βάση προδιαγεγραμμένων διαδικασιών αποζημίωσης. Προς τούτο απαιτείται ένας μηχανισμός διαρκούς αξιολόγησης των δομών αυτών.

Συμπληρωματικά στοιχεία που αφορούν την ΟΥ

1. **Ελεύθερη επιλογή ιατρού**, η οποία θα γίνει εφικτή σταδιακά.
2. Η ομάδα υγεία (ΟΥ) μπορεί να συνεπικουρείται από οδοντίατρο, ψυχολόγο ή ψυχίατρο, κοινωνική / ο λειτουργό, ιατρικό επισκέπτη, φυσικοθεραπευτή, ορθοπεδικό, φαρμακοποιό, μαία ή γυναικολόγο με βάση το μέγεθος του πληθυσμού αλλά και τις ιδιαιτερότητες και ανάγκες που παρουσιάζει η περιοχή και παιδίατρο, έναν για κάθε 1200 με 1500 παιδιά.
3. Εφόσον ο ασθενής έχει διαγνωσμένη ήδη χρόνια νόσο (πχ καρδιοπάθεια, πνευμονοπάθεια, ρευματοπάθεια κλπ) μπορεί να επικοινωνεί με τον ειδικό που τον παρακολουθεί απευθείας χωρίς τη μεσολάβηση του οικογενειακού ιατρού (ΓΓ ή παθολόγου). Ο Ειδικός αυτός θα μπορεί να είναι στη Μονάδα Αναφοράς (ΜΑ) ή, εάν δεν υπάρχει η απαιτούμενη ειδικότητα, στο δευτεροβάθμιο ή τριτοβάθμιο νοσοκομείο της σχετικής ΥΠΕ. Ούτως ή άλλως ο οικογενειακός ιατρός θα έχει τη δυνατότητα άμεσης ενημέρωσης από το δίκτυο (μηχανοργάνωση) της ΠΦΥ. Έτσι ο ειδικός που βρίσκεται σε δευτεροβάθμιο ή τριτοβάθμιο νοσοκομείο θα μπορεί να επέμβει άμεσα εάν χρειάζεται (επείγον περιστατικό) προς όφελος του ασθενή (οικονομία χρόνου και απατελεσματικότητας).
4. Ο ασθενής θα έχει το προσωπικό του τσιπάκι (ηλεκτρονικός φάκελλος) το οποίο θα ενημερώνεται σε κάθε του επίσκεψη στην ΟΥ. Έτσι θα υπάρχει πλήρης ενημέρωση των πάντων ακόμη και εάν ο ασθενής απευθυνθεί για δικούς του λόγους στον ιδιωτικό τομέα.
5. Σε περιοχές όπου δεν έχει εκδηλωθεί ενδιαφέρον γιατρών για σύμβαση με το δημόσιο θα υπάρχει δυνατότητα σύμβασης με ιδιώτες (στα πλαίσια της Υγειονομικής Περιφέρειας ή της Νομαρχίας). Ο κάθε ασθενής θα έχει την ελευθερία να επιλέξει τον γιατρό που θα τον παρακολουθεί, πάντοτε μέσα στα πλαίσια της στενής Υγειονομικής Περιφέρειας. Επιλογή αυτή δε θα μπορεί αλλάξει εύκολα. 6. Η όλη διαδικασία όπως περιγράφεται παραπάνω είναι δωρεάν. Τα Αγροτικά Ιατρεία, τα Κέντρα Υγείας, οι ΤΟΜΥ και οι τυχόν υπάρχουσες μονάδες ΠΦΥ Οργανισμών, Ταμείων, ΟΤΑ, κλπ κατά την ανάπτυξη των ΟΥ ενοποιούνται / απορροφούνται στο ενιαίο Δίκτυο Μονάδων Πρωτοβάθμιας ΦΥ.
6. Οι γιατροί θα εργάζονται στο Δημόσιο τομέα. Θα πληρώνονται από το δημόσιο, για δε την κλήση σε οικία εκτός ωραρίου θα υπάχει έξτρα αμοιβή. Επίσης θα αμοιβεται και η εφημερία ετοιμότητας. Οι εφημερίες θα είναι κυκλικές (rotation). Εάν υπάρχει έλλειψη ειδικών, το σύστημα προσωρινά μπορεί να προσλάβει

ανειδίκευτους γιατρούς με εμπειρία 5 ετών στο επάγγελμα ή ενός έτους σε νοσοκομείο.

Διοικητική Αναδιάρθρωση

Μέσα στην ΥΠΕ πρέπει να υπάρξει μια διεύθυνση για την ΠΦΥ με τις δομές που ήδη περιγράφηκαν και μια διεύθυνση για τη Δημόσια Υγεία – Κοινωνική Ιατρική. Οι διευθύνσεις αυτές θα έχουν οργανική σχέση (ένταξη) με την ΥΠΕ αλλά επιστημονική και λειτουργική σχέση με το Υπουργείο Υγείας.

Η **γεωγραφική κατανομή των Υγειονομικών Περιφερειών (ΥΠ)** θα πρέπει να βελτιωθεί προς όφελος της άμεσης και πλήρους ποιοτικής αντιμετώπισης των προβλημάτων των ασθενών. Η υπάρχουσα σήμερα κατάσταση

1^η ΥΠΕ (Αττικής)

2^η ΥΠΕ (Πειραιώς και Αιγαίου)

3^η ΥΠΕ (Μακεδονίας)

4^η ΥΠΕ (Μακεδονίας και Θράκης)

5^η ΥΠΕ (Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας)

6^η ΥΠΕ (Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας)

7^η ΥΠΕ (Κρήτης).

Οι παρατηρήσεις μου αφορούν:

Α.την 3^η και 4^η ΥΠΕ που καλύπτουν το χώρο Μακεδονίας – Θράκης: θα πρέπει να γίνουν τρεις δηλ. ΥΠΕ Θράκης και Ανατολικής Μακεδονίας με κέντρο την Καβάλα, ΥΠΕ Κεντρικής Μακεδονίας με κέντρο την Θεσσαλονίκη και ΥΠΕ Δυτικής Μακεδονίας με κέντρο την Κοζάνη. Τα νοσοκομεία της Καβάλας και Κοζάνης θα πρέπει να ενισχυθούν για να μπορούν να καλύψουν οποιοδήποτε βαρύ περιστατικό ώστε όλα τα περιστατικά να αντιμετωπίζονται τοπικά και να μην απαιτείται μετακίνηση όπως γίνεται μέχρι σήμερα.

Β. την 6^η ΥΠΕ που καλύπτει την δυτική Ελλάδα: να γίνει δύο περιφέρειες μία της Ηπείρου με κέντρο τα Ιωάννινα και μια της Πελοποννήσου με κέντρο την Πάτρα με παράλληλη διαίρεση των ιονίων νήσων: σε Κέρκυρα- Παξούς-Λευκάδα (Ιωάννινα) και Ζάκυνθο Κεφαλλονιά και Ιθάκη (Πατρα) και τα Κύθηρα στη 2^η ΥΠΕ με κέντρο τον Πειραιά.

Γ. Στα νησιά του Αιγαίου θα πρέπει να εφαρμοσθεί ιατρική τηλεματική/τηλεσυμβουλευτική και να κατασκευασθούν ελικοδρόμια. Η διασύνδεση των υγειονομικών δομών των νησιών με την ηπειρωτική Ελλάδα για τα επείγοντα περιστατικά θα πρέπει να γίνει με βάση τη χρονική απόσταση με ελικόπτερο του κάθε νησιού από αυτήν.

Δ. Το Νοσοκομείο της Ρόδου θα πρέπει να ανισχυθεί για να αντιμετωπίσει τα προβλήματα της Δωδεκανήσου και

4. Ανάλογα θα πρέπει να ενισχυθούν τα μεγάλα νησιά του Ανατολικού Αιγαίου.

Η υλοποίηση του έργου της ΠΦΥ θα χρειασθεί περί τα δέκα έτη και θα πρέπει να αρχίσει από τις περιοχές που έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη.