

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΠΦΥ) – ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... σελ.: 3

ΕΝΟΤΗΤΑ Α: ΔΟΜΕΣ ΠΦΥ.....σελ.: 5

ΕΝΟΤΗΤΑ Α.1: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΣΗ ΤΩΝ Κ.Υ (Αστικών περιοχών) ΣΕ ΕΝΑ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΟ ΔΙΚΤΥΟ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΗΣ Π.Φ.Υ.....σελ.: 6

A.1.1: ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ:.....σελ.: 6

ΕΝΟΤΗΤΑ Α.2: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΣΗ ΤΩΝ Κ.Υ. (Αγροτικών ή περιαστικών περιοχών) ΣΕ ΕΝΑ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΟ ΔΙΚΤΥΟ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΗΣ Π.Φ.Υ..... σελ.: 8

A.2.1: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ -ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ..... σελ.: 8

A.2.2: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ..... σελ.: 9

A.2.3: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΔΟΙΚΗΣΗ-ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ.....σελ.: 9

ΕΝΟΤΗΤΑ Α.3: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΣΗ ΤΩΝ Το.Μ.Υ. ΣΕ ΕΝΑ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΟ ΔΙΚΤΥΟ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΗΣ Π.Φ.Υ.....σελ.: 10

A.3.1: ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....σελ.: 10

ΕΝΟΤΗΤΑ Α.4.: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΕ ΕΝΑ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΟ ΔΙΚΤΥΟ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΗΣ Π.Φ.Υσελ.: 11

A.4.1: ΣΥΝΤΟΜΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:.....σελ.: 11

A.4.2: ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ.....σελ.: 12

A.4.3: ΣΤΟΧΟΙ.....σελ.: 12

A.4.4: ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ.....σελ.: 12

A.4.5: ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ.....σελ.: 13

A.4.6: ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΠΟΛΥΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΩΝ.....σελ.: 13

ΕΝΟΤΗΤΑ Α.5: ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ..... σελ.: 13

ΕΝΟΤΗΤΑ Α.6: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΠΦΥ.....σελ.: 14

ΕΝΟΤΗΤΑ Α.7: ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΠΦΥ ΜΕ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ.....σελ.:14

ΕΝΟΤΗΤΑ Α.8: ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΚΙΝΗΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ / ΟΜΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΚΟΜΥ) ΓΙΑ ΤΙΣ ΔΥΣΒΑΤΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ.....σελ.: 15

ΕΝΟΤΗΤΑ Β: ΣΧΟΛΙΚΗ ΥΓΕΙΑ: ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΣΧΟΛΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ «ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ»..... σελ.: 15

ΕΝΟΤΗΤΑ Γ: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ..... σελ.: 17

- Γ.1: ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΗ ΑΠΑΡΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΜΕ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ...
..... σελ.: 17
- Γ.2: ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΩΝ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ..... σελ.: 18
- Γ.3: ΔΙΚΤΥΑ..... σελ.: 19
- Γ.4: ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ/ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ..... σελ.: 20
- Γ.5: ΔΡΑΣΕΙΣ, ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ, ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ..... σελ.: 20
- Γ.6: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΔΥ ΚΑΙ ΠΦΥ.....σελ.: 21

ΕΝΟΤΗΤΑ Δ: ΣΥΜΒΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ ΜΕ ΙΔΙΩΤΕΣ ΠΑΡΟΧΟΥΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ / ΠΡΑΞΕΩΝ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ. ΣΥΜΒΑΣΕΙΣ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ.....σελ.:22

- Δ.1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... σελ.: 22
- Δ.2: ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΩΝ ΣΥΜΒΑΣΕΩΝσελ.: 25
- Δ.3: ΣΥΜΒΑΣΕΙΣ ΜΕ ΚΛΙΝΙΚΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΧΩΡΙΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΜΕΡΟΣ..... σελ.: 26

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό και κοινωνικό δικαίωμα. Η Πολιτεία υποχρεούται να την παρέχει με καθολικότητα και ισοτιμία διασφαλίζοντας την άμεση πρόσβαση, την ποιότητα και την ασφάλεια του ασθενή.

Ο όρος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» (ΠΦΥ) περιγράφει όχι μόνο ένα επίπεδο φροντίδας, αλλά μια πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση, με έμφαση στην καθολική κάλυψη, την προσβασιμότητα, την ολοκληρωμένη φροντίδα, την πρόληψη της ασθένειας και την προαγωγή της υγείας, τη διατομεακή - διεπιστημονική δράση και τη συμμετοχή της κοινότητας και των ατόμων.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας πρέπει να αντιμετωπίζει «τα κύρια προβλήματα υγείας στην κοινότητα, παρέχοντας υπηρεσίες προαγωγής της υγείας, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης σχετικά με τα συχνότερα προβλήματα υγείας και τις μεθόδους πρόληψης και ελέγχου τους, την προαγωγή του υγιεινού τρόπου ζωής και διατροφής, την υγεία μητέρας και παιδιού, συμπεριλαμβανομένου του οικογενειακού προγραμματισμού, την ανοσοποίηση μέσω των εμβολιασμών, την πρόληψη και έλεγχο των τοπικών επιδημιών, την κατάλληλη θεραπεία των συχνών ασθενειών και τραυματισμών στην κοινότητα, καθώς και τη διατομεακή δράση. Σε αυτό το πνεύμα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει ότι, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) αποτελείται από τρεις βασικούς τομείς: **“ενδυναμωμένα άτομα και κοινότητες, διατομεακές πολιτικές και δράσεις και απαρτιωμένες λειτουργίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας και της δημόσιας υγείας, ως ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας”**, διασαφηνίζοντας ότι περιλαμβάνει **“ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών από την πρόληψη ως τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και την παρηγορητική φροντίδα”**.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) από τις αρχές της δεκαετίας του '70 αποτέλεσε την εναλλακτική πρόταση στο ιατροκεντρικό και νοσομειοκεντρικό σύστημα, και επικυρώθηκε το 1978 με τη διακήρυξη της Συνδιάσκεψης της Alma Ata, αναγνωρίζοντας ως αρχές της την παροχή και εποπτεία της ισότιμης και ολοκληρωμένης φροντίδας προς τον ασθενή, τον έλεγχο και την αξιολόγηση της διεπιστημονικής συνεργασίας και τον θεσμικό ρόλο της πολιτείας στον σχεδιασμό και τη χρηματοδότηση.

Ο Νόμος 1397/83, αποτέλεσε την πρώτη θεσμική προσπάθεια ανάπτυξης της (ΠΦΥ) στην Ελλάδα, κυρίως στις αγροτικές περιοχές με αρκετές παθογένειες. Η λιτότητα, η οικονομική κρίση του 2008 και οι μνημονιακές πολιτικές των κυβερνήσεων ΠΑΣΟΚ και της ΝΔ, έβαλαν ταφόπλακα στην ΠΦΥ, με αποκορύφωνα τον ν. 4238/2014, και τις δραματικές επιπτώσεις στην ΠΦΥ.

Στα 4.5 χρόνια της κυβέρνησης ΣΥΡΙΖΑ, εν μέσω μνημονιακής περιόδου, στον τομέα της Υγείας επιτελέστηκε σημαντικό έργο για την ενίσχυση και του κοινωνικού κράτους. Με τρεις εμβληματικούς νόμους (4368/2016, 4486/2017 και τον 4461/17) η κυβέρνηση ΣΥΡΙΖΑ, άλλαξε το τοπίο στην υγεία, αλλάζοντας την νεοφιλελεύθερη πολιτική υγείας, ορίζοντας την υγεία ως κοινωνικό δικαίωμα.

Σε ότι αφορά την ΠΦΥ, σε αρκετές περιοχές η λειτουργία των δομών δεν ανταποκρίθηκε σε ικανοποιητικό επίπεδο στις ανάγκες. Υπήρξε στέρηση στους ρυθμούς κάλυψης των κενών που δημιουργήθηκαν μετά το 2014 στα ΚΥ, στους ρυθμούς δημιουργίας Το.Μ.Υ, στο ποσοστό εγγραφών σε οικογενειακό γιατρό και περιορισμένη εφαρμογή του ΑΗΦΥ.

Ο στόχος του νέου συστήματος ΠΦΥ πρέπει να αναπτύσσεται σε επίπεδο κοινότητας και να διαμορφώνεται σε επίπεδο επάρκειας στην διαχείριση απλών προβλημάτων υγείας στην εξασφάλιση

της συνέχειας μέσα στο σύστημα καθώς και σε σχεδιασμό και υλοποίηση πολιτικών που βελτιώνουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και παρεμβαίνουν στους παράγοντες κινδύνου.

Η εμπέδωση των βασικών αρχών λειτουργίας εμπεριέχει ως οργανικό συστατικό, την καθολική πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες ΠΦΥ και την αποτύπωση δεικτών αξιολόγησης και αποτίμησης της πορείας υλοποίησης του στόχου,

Η σημερινή οικονομική και κοινωνική κατάσταση της χώρας, σε συνδυασμό με την πανδημία, είχε σαν συνέπεια μια ανθρωπιστική κρίση που, έχει αλλάξει τις ανάγκες του πληθυσμού για φροντίδα υγείας, σχεδόν στο σύνολο του και ιδιαίτερα στους άνεργους, τους κοινωνικά αποκλεισμένους, τις μειονότητες τις ευάλωτες ομάδες, ενώ συγχρόνως ανέδειξε την τεράστια αξία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) και ιδιαίτερα της ΠΦΥ. Ταυτόχρονα υπογράμμισε την ανάγκη ουσιαστικής στήριξης του ΕΣΥ, με άμεσες προκηρύξεις ιατρικού και λοιπού προσωπικού, νέες υποδομές, βελτίωση των παλαιών, και ανανέωση του εξοπλισμού.

Σκέψεις και προτάσεις κατατίθενται από την ΟΕ-ΠΦΥ, για τις όποιες αναγκαίες διορθώσεις ή και αλλαγές, πάνω στον σχεδιασμό της ΠΦΥ για την επόμενη ημέρα προς την κατεύθυνση της καλύτερης εφαρμογής του. Αυτές βασίζονται στις εξής αρχές και θέσεις:

- **Ιατροί πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, για όλο το ΕΣΥ** (αφορά και την ΠΦΥ), ώστε να μη διολισθαίνουμε σε λογική ΣΔΙΤ στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας, αποκλείοντας ταυτόχρονα την υπαγωγή των δομών και των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Τοπική Αυτοδιοίκηση.
- Πρόγραμμα για την ΠΦΥ, το οποίο πρέπει να απεμπλακεί από την λογική της αντιμετώπισης της πανδημίας σήμερα, πρέπει όμως να ενσωματώνει την διαχείριση παρομοίων καταστάσεων στο μέλλον, δηλαδή τον ρόλο της ΠΦΥ σε τέτοιες ή ανάλογες περιπτώσεις.
- **Αποδοχή της σημασίας των ΤΟΜΥ.** Πρέπει να επισημάνουμε ενδεχόμενες βελτιώσεις ή τροποποιήσεις όπου είναι αναγκαίο.
- **Αναγκαιότητα στήριξης του θεσμού του Οικογενειακού Ιατρού,** σε σύνδεση με την διεπιστημονική ομάδα συνολικά, καθώς και την υποστήριξη από τις ειδικότητες ιδίως στα μεγάλα αστικά κέντρα.
- Για την ολοκλήρωση της ΠΦΥ στην χώρα, απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η αναγκαιότητα ύπαρξης **ισχυρών κινήτρων για τις άγονες περιοχές.**
- Αναγκαία είναι η **κατάρτιση οργανογραμμάτων των Διοικήσεων Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε)** για την οργανική συγκρότηση και λειτουργία της ΠΦΥ.
- Απαραίτητος είναι ο σωστός **σχεδιασμός, η εύρυθμη λειτουργία και η σωστή αξιολόγηση των ΚΥ** αστικών, περιαστικών και αγροτικών περιοχών, πλήρως στελεχωμένων με τις ειδικότητες που απαιτούνται στην ΠΦΥ, ανάλογα και με τον πληθυσμό αναφοράς. Τα ΚΥ των ημιαστικών και αγροτικών καθώς και των νησιών παραμένουν στην λογική της ΠΦΥ, κυρίως με Οικογενειακούς Γενικούς Ιατρούς, τα βασικά εργαστήρια και ειδικότητες, όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο.
- Βασική προϋπόθεση για τα ανωτέρω αποτελεί ο **Υγειονομικός Χάρτης και ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (ΑΗΦΥ).**
- Η ανάθεση υπηρεσιών οικογενειακής ιατρικής σε συμβεβλημένους ιδιώτες, **θα αποτελεί συμπληρωματική λειτουργία,** μέχρι την επίτευξη του στόχου της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

Η ολοκλήρωση του σχεδιασμού μας για τη μεταρρύθμιση στο πεδίο της ΠΦΥ σημαίνει ότι,

- σε όλη τη χώρα έχουν αναπτυχθεί πλήρη δίκτυα ΠΦΥ δημόσιων δομών (ΚΥ, ΠΙ, Το.Μ.Υ., κινητές Μονάδες, Ομάδες Σχολικής Υγείας) στελεχωμένων με επάρκεια και ικανών να

ανταποκριθούν στην εμπέδωση της φιλοσοφίας της οικογενειακής ιατρικής και της ιατρικής στη κοινότητα, συνεπικουρούμενων και από έναν αριθμό συμβεβλημένων ελευθεροεπαγγελματιών γιατρών.

- Κάθε κάτοικος της χώρας είναι εγγεγραμμένος σε οικογενειακό γιατρό. Σε κάθε γιατρό των δικτύων ΠΦΥ με ειδικότητα γενικής ιατρικής, παθολογίας και παιδιατρικής αντιστοιχεί συγκεκριμένος εγγεγραμμένος πληθυσμός ευθύνης.

Μέσω των δομών/υπηρεσιών ΠΦΥ, που αποτελούν τις «πύλες εισόδου» στο Σύστημα Υγείας και με εργαλείο την γενικευμένη χρήση του ΑΗΦΥ και ένα λειτουργικό σύστημα παραπομπών, εξασφαλίζεται η συνέχεια στη φροντίδα για κάθε λήπτη και διασφαλίζεται η επαρκής και αποτελεσματική λειτουργική διασύνδεση ανάμεσα στα επίπεδα περίθαλψης .

Οι δράσεις Δημόσιας Υγείας (ΔΥ), σχέδια πρόληψης και προαγωγής υγείας, που έχουν ως πρωτογενή στόχο την βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, αποτελούν οργανικό συστατικό της λειτουργίας της ΠΦΥ και υλοποιούνται στο πεδίο από το προσωπικό των δομών/υπηρεσιών της, σε συνεργασία με τα περιφερειακά κλιμάκια του ΕΟΔΥ και υποστηριζόμενες διατομεακά από άλλους υγειονομικούς (Παν/μια, Νοσοκομεία).

ΕΝΟΤΗΤΑ Α: ΔΟΜΕΣ ΠΦΥ

Η φιλοσοφία, η διάρθρωση, οι αρχές λειτουργίας και το ανθρώπινο δυναμικό ενός Κ.Υ. περιγράφονται με επάρκεια στον ν. 4486/17, ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017 «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ Άρθρο 4 «ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ Π.Φ.Υ. ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ» όπου ορίζονται:

1. Τα Κέντρα Υγείας είναι αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των Δ.Υ.Πε. και έχουν σκοπό την παροχή υπηρεσιών ιδίως:

α) ειδικευμένης περιπατητικής φροντίδας για τους ασθενείς που είτε προσέρχονται αυτοβούλως στα Κέντρα Υγείας, είτε παραπέμπονται από τις λοιπές υπηρεσίες Π.Φ.Υ. του Το.Π.Φ.Υ., β) εκτάκτων και επειγόντων περιστατικών, γ) εργαστηριακού και απεικονιστικού ελέγχου, δ) οδοντιατρικής φροντίδας ενηλίκων και παιδιών, ε) φροντίδας μητέρας και παιδιού, στ) φροντίδας παιδιών και εφήβων, ζ) εξειδικευμένης πρόληψης, η) φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας και λογοθεραπείας, θ) ιατρικής της εργασίας, ι) κοινωνικής ιατρικής και δημόσιας υγείας, ια) προαγωγής υγείας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, ύστερα από εισήγηση του Διοικητή της οικείας Υ.Πε., μπορεί να προστίθενται και άλλες συναφείς αρμοδιότητες στα Κέντρα Υγείας, ανάλογα με τις πληθυσμιακές και υγειονομικές ανάγκες.

Κάθε Κέντρο Υγείας μαζί με τις υπαγόμενες σε αυτό Το.Μ.Υ., καθώς και τα υπαγόμενα σε αυτό Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι.), Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Π.Ι.), Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (Ε.Π.Ι.) και Τοπικά Ιατρεία (Τ.Ι.) αποτελεί οργανική μονάδα με δική του στελέχωση.

Σε κάθε Δήμο πρέπει να υπάρχει ένα τουλάχιστον ΚΥ και σε κάθε δημοτική ενότητα μία Το.Μ.Υ ή ένα τουλάχιστον ΠΙ. Ο πληθυσμός ευθύνης ενός (1) ΚΥ, με τις υπαγόμενες σε αυτό Το.Μ.Υ ή ΠΙ, μπορεί να είναι ως ανώτερο όριο 80.000 μόνιμοι κάτοικοι, χωρίς όριο προς τα κάτω δεδομένου το ελληνικού ανάγλυφου.

Παρόλη την σαφήνεια του νόμου, από την ΟΕ θεωρήθηκε αναγκαία η εκπόνηση ξεχωριστής επεξεργασίας θέσεων και προτάσεων, ώστε να εντοπιστούν και να επισημανθούν οι ιδιαιτερότητες και οι διαφορετικές προκλήσεις που αντιμετωπίζει ένα Κ.Υ. σε αγροτική ή περιαστική περιοχή και ένα ΚΥ

αστικής περιοχής και να κατατεθούν προτάσεις για την αντιμετώπισή τους . Τέλος, θα διατυπωθούν προτάσεις που αφορούν γενικότερα στον τρόπο διοίκησης και λειτουργίας των Κ.Υ. άσχετα με το περιβάλλον στο οποίο εδράζονται.

ΕΝΟΤΗΤΑ Α.1.: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΣΗ ΤΩΝ Κ.Υ (Αστικών περιοχών) ΣΕ ΕΝΑ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΟ ΔΙΚΤΥΟ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΗΣ Π.Φ.Υ

Ξεκινώντας από την διατύπωση των βασικών αρχών μας, του Δημόσιου χαρακτήρα της Π.Φ.Υ και της καθολικής προσβασιμότητας του πληθυσμού, μπορούμε να διαπιστώσουμε τον πολύ σημαντικό ρόλο των Κ.Υ. στην λειτουργία της Π.Φ.Υ.

Τα Κ.Υ υπήρξαν οι βασικές δημόσιες δομές ΠΦΥ στον αστικό ιστό υλοποιώντας ένα ευρύ σύνολο δραστηριοτήτων που σχετίζονται αφενός με την αντιμετώπιση και παρακολούθηση χρόνιων και επειγόντων περιστατικών και την διασύνδεση των ασθενών με την νοσοκομειακή περίθαλψη και αφετέρου με την πρόληψη, την αγωγή και προαγωγή υγείας. Μια σύγχρονη και οργανωμένη Π.Φ.Υ έχει ανάγκη από επιστημονικό δυναμικό όλων των ειδικοτήτων, όπως ορίζονται από τον νόμο 4486/17. Θεωρείται σημαντικό προσόν η ύπαρξη ιατρικών ειδικοτήτων στο μοντέλο Π.Φ.Υ της χώρας μας.

Η λειτουργία των Κ.Υ. στην αντιμετώπιση της πρόσφατης υγειονομικής κρίσης χαρακτηρίστηκε από έλλειψη ρεαλιστικού σχεδιασμού δράσης εκ μέρους του Υ.Υ. Η μετατροπή τους σε εμβολιαστικά κέντρα, σε κέντρα αντιμετώπισης του COVID-19, ανέδειξαν την τραγική υποστελέχωσή τους και οδήγησαν σε αδυναμία εκτέλεσης των υπόλοιπων λειτουργιών τους.

Η κατάσταση σήμερα είναι εκρηκτική σε σχέση με την υποστελέχωση των Κ.Υ., η οποία υπήρχε σε σημαντικό βαθμό και πριν την πανδημία. Οι μετακινήσεις προς τα Νοσοκομεία και τα Κ.Υ. COVID-19 σε συνδυασμό με τις αυξημένες αρμοδιότητες των Κ.Υ. και χωρίς να γίνουν νέες προσλήψεις μεγεθύνουν το πρόβλημα.

Τα Κ.Υ. **αναπτύσσουν υπηρεσίες κοινοτικής και κατ' οίκον φροντίδας** μέσω των υπηρεσιών της κατ' οίκον νοσηλείας σε συνεργασία με την «βοήθεια στο σπίτι». Τα Κ.Υ. σε συνεργασία με τις ΤΟΜΥ που υπάγονται σε αυτά **παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης και αγωγής υγείας στα σχολεία της περιφέρειάς τους**, όπως δράσεις ενημέρωσης, εμβολιασμούς, παρακολούθηση δεικτών υγείας των μαθητών. Ακολουθούν συγκεκριμένο πρόγραμμα του Υ.Υ. σε συνεργασία με τις τοπικές δ/σεις εκπαίδευσης και την τοπική αυτοδιοίκηση. Ενημέρωση για θέματα υγείας και προληπτικές δράσεις διενεργούν στα ΚΑΠΗ (πρόγραμμα ΗΠΙΟΝΗ) σε συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση.

Το τμήμα των Κ.Υ. φροντίδας Μητέρας-Παιδιού λειτουργεί αρκετά χρόνια προσφέροντας σημαντικές υπηρεσίες πρόληψης και διενεργώντας εμβολιασμούς. **Η ανάπτυξη υπηρεσιών Οικογενειακού προγραμματισμού και μονάδων φροντίδας Μητέρας-Παιδιού με την μορφή Δικτύου είναι μια σημαντική ενέργεια πρόληψης και αγωγής υγείας η οποία άρχισε το 2015 και έχει νόημα να συνεχιστεί.**

A1.1: ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ:

Η κατάρτιση οργανογραμμάτων των Κ.Υ. είναι αναγκαία για την οργανική συγκρότηση και λειτουργία των ΚΥ. Οι ανάγκες των ΚΥ αστικού τύπου σε ιατρικό προσωπικό είναι 3.500-4.000 ιατροί και 8.000 σε υπόλοιπο υγειονομικό προσωπικό. Η ενίσχυση των Κ.Υ. με ανθρώπινο δυναμικό είναι αναγκαία σε:

1. Ιατρικό προσωπικό
 - a) Μονιμοποίηση επικουρικών ιατρών, άμεση προκήρυξη θέσεων και μετατροπή τους σε μόνιμες με ειδική μοριοδότηση.

- b) Ολοκλήρωση των κρίσεων των ήδη προκηρυγμένων 458 θέσεων μόνιμων ιατρών και τοποθέτησή τους στα Κ.Υ.
 - c) Προκήρυξη νέων μόνιμων θέσεων .
2. Νοσηλευτικό προσωπικό
 3. Εργαστηριακό προσωπικό

Η αναβάθμιση του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού καθώς και η αντιμετώπιση προβλημάτων κτιριακής υποδομής είναι στις άμεσες προτεραιότητες αναγκών των. Είναι απαραίτητη η ενίσχυση των εργαστηριακών τμημάτων των Κ.Υ. με:

1. Προσλήψεις εργαστηριακών ιατρών και τεχνολόγων
2. Προμήθεια νέων σύγχρονων μηχανημάτων
3. Τεχνική δυνατότητα συντήρησης των παλαιότερων και
4. Συνεχή και έγκαιρη προμήθεια αντιδραστηρίων

Η προώθηση του μοντέλου των κεντρικών εργαστηρίων ανά Υ.Πε. όπως λειτουργεί στην 1^η Υ.Πε. θα μπορούσε να αντιμετωπίσει αρκετά προβλήματα. Η σύνδεση των εργαστηρίων μέσω LIS με τα κεντρικά εργαστήρια θα βοηθούσε σημαντικά τους χρόνους παράδοσης αποτελεσμάτων.

Η ανάπτυξη Ακτινολογικών εργαστηρίων, φυσικοθεραπευτηρίων και οδοντοτεχνικών εργαστηρίων στα Κ.Υ πρέπει να είναι στις άμεσες προτεραιότητες, βάσει σχεδιασμού που θα καλύπτει τις ανάγκες του πληθυσμού.

Το νοσηλευτικό τμήμα των Κ.Υ. χρειάζεται προσλήψεις νοσηλευτών και νοσηλευτριών και διεύρυνση του ρόλου τους σε σχέση με την πρόληψη και αγωγή υγείας. Η συμμετοχή τους στην «κατ' οίκον φροντίδα» είναι καθοριστική. Σημαντική είναι και η θέση των Επισκεπτών/τριών Υγείας και Μαιών – Μαιευτών στις προληπτικές δράσεις των Κ.Υ.

Η προνοσηλευτική επείγουσα φροντίδα είναι ένα σημαντικό κεφάλαιο το οποίο χρειάζεται οριοθέτηση σε σχέση με την ΠΦΥ.

- Η λειτουργική διασύνδεση των δομών της ΠΦΥ με τα ΤΕΠ των νοσοκομείων και το ΕΚΑΒ βρίσκεται σε χαμηλό επίπεδο. Είναι αναγκαία η λειτουργική συσχέτιση των ΤΕΠ των νοσοκομείων και των ΚΥ με την απαραίτητη συνεργασία, συντονισμό και συγκεκριμένο τρόπο δράσης του ΕΚΑΒ.
- Η δημιουργία ομάδας επειγόντων περιστατικών στα ΚΥ θα μπορούσε να συμβάλλει θετικά στην σχέση μεταξύ ΚΥ-ΕΚΑΒ-ΤΕΠ.

Η 24ωρη λειτουργία των Κ.Υ. είναι μία θέση διατυπωμένη ήδη για 6 ΚΥ στην Αττική, η οποία όμως δεν προχώρησε, εκτός από το Κ.Υ. της Λ. Αλεξάνδρας, στο παράδειγμα οργάνωσης του οποίου θα μπορούσαν να κινηθούν και τα άλλα ΚΥ σε όλη την επικράτεια, **βάσει σχεδιασμού που θα καλύπτει χωροταξικά τις ανάγκες του πληθυσμού.**

Στο επίπεδο του ιατρικού προσωπικού ο νόμος 4486/2017 προβλέπει την διασύνδεση ΚΥ και Νοσοκομείων, η οποία πρέπει να είναι λειτουργική, με τη δυνατότητα χωρίς την υποχρέωση συμμετοχής των Ιατρών των ΚΥ στην τακτική λειτουργία των κλινικών, στις εφημερίες και στα απογευματινά ιατρεία. Προβλέπει επίσης την δυνατότητα παροχής υπηρεσιών των Νοσοκομειακών ιατρών στα Κ.Υ.

Η ΟΕ εκφράζει την αντίθεση της στην άσκηση ιδιωτικού έργου εντός του ΕΣΥ.

Η διασύνδεση των Κ.Υ. με τα Νοσοκομεία είναι κομβικής σημασίας για την συνεχή και ενιαία αντιμετώπιση των ασθενών στο δημόσιο σύστημα παροχής υγείας. Η εμπειρία των προηγούμενων χρόνων δείχνει ότι δεν υπάρχουν σοβαρά αποτελέσματα διασύνδεσης της ΠΦΥ με τα Νοσοκομεία. Οι σημερινές υποχρεωτικές (απαράδεκτες) μετακινήσεις ιατρών των ΚΥ στα Νοσοκομεία λόγω της πανδημίας αποδυναμώνουν τα Κ.Υ.

Η δημιουργία ΤΟΠΦΥ εμφανίζει αρκετά προβλήματα σε σχέση με την λειτουργία των Κ.Υ. που έχουν να κάνουν αφενός με τον τρόπο συγκρότησης των ΤΟΠΦΥ (ο πρόεδρος της τριμελούς επιτροπής που τα διοικεί δεν χρειάζεται να έχει κάποια προσόντα συναφή με τον υγειονομικό χώρο αλλά και ούτε και με κάποιον άλλο!) και αφετέρου με τις αυξημένες αρμοδιότητες τους σε σχέση με την διοίκηση των ΚΥ. **Είναι σαφές πως πρέπει να αλλάξει ο τρόπος συγκρότησής τους και οι αρμοδιότητες τους στα Κ.Υ.**

Η σχέση των Κ.Υ. με τις Δ/σεις Δημόσιας υγείας των Υ.Πε. πρέπει βρίσκονται στο πλαίσιο συνδιαμόρφωσης προγραμμάτων πρόληψης και αγωγής υγείας καθώς και επεξεργασίας αποτελεσμάτων και πρακτικών που θα βοηθήσουν την λειτουργία τους.

Η σχέση των ΚΥ με τις υπαγόμενες σε αυτά ΤΟΜΥ είναι ένα πεδίο που πρέπει να αναπτυχθεί με κοινούς ρόλους στο πλαίσιο της πρόληψης και αγωγής υγείας και διακριτούς ρόλους σε σχέση με την αντιμετώπιση των ασθενών.

Μια άλλη σχέση των Κ.Υ. που πρέπει να μας απασχολήσει είναι αυτή με τις Υ.Πε. και η οποία πρέπει να πραγματοποιείται μέσω τακτικών προγραμματισμένων συναντήσεων για αντιμετώπιση προβλημάτων, ενημέρωσης, κατευθύνσεων, προγραμματισμού των ΚΥ.

Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και η διεπιστημονική ή διεπαγγελματική εκπαίδευση αποτελούν σημαντικό στοιχείο της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Είναι ανάγκη συνεπώς η εφαρμογή συγκεκριμένων προγραμμάτων εκπαίδευσης του υγειονομικού προσωπικού των Κ.Υ.

Τέλος είναι προφανές ότι η πανδημία έχει σοβαρές επιδράσεις στην ψυχική υγεία της κοινότητας και του πληθυσμού που απευθύνεται στην ΠΦΥ. Εκτιμάται ότι θα υπάρξουν σημαντικές ψυχολογικές επιπτώσεις, κυρίως λόγω των αναμενόμενων σοβαρών οικονομικών επιπτώσεων, ιδιαίτερα στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Είναι επιτακτική η διασύνδεση των ΚΥ με τα ΚΨΥ.

ΕΝΟΤΗΤΑ Α.2: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΣΗ ΤΩΝ Κ.Υ. (Αγροτικών ή περιφερειακών περιοχών) ΣΕ ΕΝΑ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΟ ΔΙΚΤΥΟ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΗΣ Π.Φ.Υ

Α.2.1 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ -ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ

- Δυσκολίες στην πρόσβαση λόγω γεωγραφικών ιδιαιτεροτήτων και συγκοινωνιακής ανεπάρκειας
- Δυσκολία στην πρόσβαση σε δομές Δευτεροβάθμιου επιπέδου λόγω απόστασης
- Μειωμένη παρουσία ιδιωτικού τομέα
- Μεγαλύτερο ποσοστό ηλικιωμένων κατοίκων με πολλαπλή νοσηρότητα
- Ανάγκη λειτουργίας 24/7 λόγω απουσίας εναλλακτικών επιλογών στην παροχή Α' βοηθειών σε κοντινή απόσταση
- Δυσκολία στην προσέλκυση ιατρικού προσωπικού
- Λειτουργία με ανειδίκευτους ιατρούς (Αγροτικούς)
- Απουσία ιατρών ειδικοτήτων
- Διασπορά κατοίκων σε μεγάλη περιοχή ευθύνης
- Απουσία κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας, πρόνοιας, εξαρτήσεων, αποκατάστασης

A.2.2. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα παραπάνω και να καλυφθούν οι ανάγκες υγείας των κατοίκων αγροτικών περιοχών με τρόπο καθολικό, ισότιμο και ολοκληρωμένο προτείνονται τα παρακάτω :

- Ενίσχυση των προγραμμάτων **κοινοτικής και κατ' οίκον φροντίδας** στο σπίτι προς την κατεύθυνση μεταφοράς ασθενών από και προς τα Κ.Υ. και τα νοσοκομεία, σε συνδυασμό με το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» των δήμων
- Κινητές μονάδες Π.Φ.Υ.
- **Διάθεση αυτοκινήτων στα Κ.Υ. για επισκέψεις κατ' οίκον**
- **Επισκέψεις κλιμακίων ιατρών ειδικοτήτων σε τακτική βάση**, ανάλογα με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού πάντα σε συνεργασία με το προσωπικό των Κ.Υ. . Οι γιατροί αυτοί, θα ήταν σκόπιμο να μην ανήκουν απαραίτητα στο 2βάθμιο νοσοκομείο, αλλά στο Κ.Υ. αστικού τύπου της Π.Ε. το οποίο πρέπει να είναι στελεχωμένο λαμβάνοντας υπόψιν και τη λειτουργία τέτοιων κλιμακίων.
- Ουσιαστικά **κίνητρα για την προσέλκυση προσωπικού**
- **Σταδιακή κατάρτιση του αναχρονιστικού θεσμού του αγροτικού ιατρού**
- **Τηλεϊατρική:** Επέκταση του συστήματος τηλεϊατρικής (ΕΔΙΤ), στη βάση της διασύνδεσης με τον Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας. Υποστήριξη της διαχείρισης του επείγοντος με διασύνδεση των δομών ΠΦΥ με 2βάθμιες δομές ή διασύνδεση των ΚΥ αγροτικών περιοχών με τα Κέντρα Υγείας 24ωρης εφημερίας (αστικών περιοχών). **Εγκατάσταση κεντρικού Σταθμού Ιατρού (ΣΙ) τα Κέντρα Υγείας 24ωρης εφημερίας (αστικών περιοχών), και σύστημα εφημερίας για το ιατρικό προσωπικό τους.**
- **Συνεχιζόμενη εκπαίδευση** με έμφαση στις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες που έχει το προσωπικό απομακρυσμένων δομών.... πχ δωρεάν σεμιναρίων ΡΗΤΛΣ, σε συνεργασία με το ΕΚΑΒ (υπάρχει εμπειρία από τη 2^η Υ.Πε.)
- **Επαρκείς υποδομές για τη διαχείριση των επειγόντων κάθε φύσης**
- **Τομείς ΕΚΑΒ**, που θα ασχολούνται με το έργο των διακομιδών, (αντί για ασθενοφόρα και προσωπικό στα Κ.Υ.)
- Δημιουργία κέντρων ψυχικής υγείας και εξαρτήσεων και αντίστοιχων κινητών μονάδων
- **Επαναχωροθέτηση Π.Ι. με βάση χωροταξικά, δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά με λειτουργία των Π.Ι. στα πρότυπα των Τ.ΟΜ.Υ**
- **Ενίσχυση του θεσμού του κοινοτικού νοσηλευτή**

A.2.3. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΔΟΙΚΗΣΗ-ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

- **Σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας** και της στελέχωσης αυτών με βάση αξιόπιστο χάρτη υγείας . Εκπαίδευση στην εκτίμηση αναγκών υγείας
- **Αξιολόγηση έργου μονάδας ΠΦΥ** επί τη βάσει δεικτών και προκαθορισμένων στόχων
- **Ορισμός Υπεύθυνου Συντονιστή Επιστημονικής Λειτουργίας** με ανοικτή πρόσκληση ανεξαρτήτου βαθμού μεταξύ του Π.Ε. Προσωπικού των μονάδων ΠΦΥ μιας ΥΠΕ. Επιλογή με αντικειμενικά κριτήρια και συνυπογραφή με τη διοίκηση της ΥΠΕ συμβολαίου απόδοσης με βάση τη προκαθορισμένη στοχοθεσία και συγκεκριμένους δείκτες. Θητεία διετούς διάρκειας. Αξιολόγηση του ΣΕΛ και από το προσωπικό όπως και του Κ.Υ. από τους χρήστες του
- **Θέσπιση υποχρεωτικών γενικών συνελεύσεων** προσωπικού σε τακτά διαστήματα
- **Θέσπιση κινήτρων απόδοσης του Κ.Υ.**
- Ενεργοποίηση των τριμελών διοικουσών επιτροπών με σαφώς καθορισμένες αρμοδιότητες

- "Δημιουργία μικρού ταμείου με ξεχωριστό κωδικό χρέωσης στη Διεύθυνση Οικονομικών Υπηρεσιών (ΔΟΥ) των ΥΠΕ και υπεύθυνο διαχειριστή στο ΚΥ. Αποτελεί μείζονος σημασίας θεσμό, για την καλή λειτουργία των ΚΥ και τη γρήγορη αντιμετώπιση μικρών αλλά άμεσων αναγκών τους.

ΕΝΟΤΗΤΑ Α.3: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΣΗ ΤΩΝ Το.Μ.Υ. ΣΕ ΕΝΑ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΟ ΔΙΚΤΥΟ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΗΣ Π.Φ.Υ

Οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.) αποτελούν Ομάδες Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ). Στελεχώνονται από μια ολιγομελή διεπιστημονική ομάδα υγείας και αποτελούν σημαντικό εργαλείο για την άρση των γεωγραφικών εμποδίων και την εμπέδωση της φιλοσοφίας της οικογενειακής ιατρικής και της ιατρικής στη κοινότητα. Θεσπίστηκαν με το άρθρο 106 «Συγκρότηση Τοπικών Ομάδων Υγείας», του ν. 4461/2017 «Μεταρρύθμιση της Διοικητικής Οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, Κέντρα Εμπειρογνωμοσύνης σπάνιων και πολύπλοκων νοσημάτων, τροποποίηση συνταξιοδοτικών ρυθμίσεων του ν. 4387/2016 και άλλες διατάξεις».

Βασική τους αποστολή είναι η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών ΠΦΥ στον πληθυσμό ευθύνης τους σύμφωνα με τις ανάγκες του συμβάλλοντας στη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία (Reducing Health Inequalities). Παρέχουν ασφαλή, αποτελεσματική, ολιστική και ποιοτική ανθρωποκεντρική φροντίδα υγείας, υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής υγείας στον υγιή πληθυσμό, ολοκληρωμένη φροντίδα ασθενών και υπηρεσίες που άπτονται της δημόσιας υγείας, όπως εμβολιασμοί, και κατ' οίκον φροντίδα.

Προκειμένου να υπάρξει ολιστική φροντίδα του πληθυσμού απαιτούνται γνώσεις που αφορούν την δημόσια υγεία, το ψυχοκοινωνικό πλαίσιο, τον οικογενειακό προγραμματισμό κ.ά. Η αποτελεσματική πρωτοβάθμια απαιτεί πλειάδα διαφορετικών επαγγελματιών υγείας. Αυτές είναι που θα πρέπει να επιτύχουν μια στενή σχέση με την κοινότητα.

Α.3.1: ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα ΚΥ λογίζονται, ως το κυρίως σύνολο και αποτελούν το οργανικό συστατικό ενός ενιαίου δικτύου ενταγμένου λειτουργικά και διοικητικά στο ΕΣΥ, με συγκεκριμένες υπηρεσίες, όπως η εξειδικευμένες ιατρικές παρεμβάσεις της ειδικότητας τους, διαγνωστικοί έλεγχοι ή οι εξειδικευμένες εξετάσεις από άλλες ιατρικές ειδικότητες με ενημέρωση του ΑΗΦΥ και συνδιαχείριση του ασθενούς με τον οικογενειακό γιατρό στον οποίο ανήκουν.

Θεωρείται απαραίτητη η ολοκλήρωση του σχεδιασμού των Το.Μ.Υ. Οι Τοπικές **Μονάδες** Υγείας (Το.Μ.Υ.) λειτουργούν, ως αποκεντρωμένες μονάδες των ΚΥ και αποτελούν οργανικό συστατικό ενός ενιαίου δικτύου ενταγμένου λειτουργικά και διοικητικά στο ΕΣΥ, ως μονάδες οικογενειακής ιατρικής, με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης.

Οι προκηρύξεις θέσεων για τις προσλήψεις, θα βασίζονται στα νέα οργανογράμματα των ΚΥ και το προσωπικό θα κατανέμεται στο ΚΥ και τις αποκεντρωμένες δομές του (ΠΙ, Το.Μ.Υ). (το προσωπικό που χρειάζεται συνολικά θα προκύπτει από τον πολλαπλασιασμό του αριθμού των ΚΥ επί τον αριθμό των θέσεων που προβλέπονται στο οργανόγραμμά τους. Στη βάση αυτή, θα προγραμματίζονται οι προκηρύξεις ανά έτος και ταυτόχρονα να αναμορφώνονται οι συμβάσεις με ιδιώτες **ιατρούς Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής και Παθολόγους** ανάλογα με τον βαθμό κάλυψης των κενών στα ΚΥ.

Ο αριθμός των Το.Μ.Υ. που ανακοινώθηκε με την πρόσφατη προγραμματική δέσμευση φτάνει τις 381 από 127 που λειτουργούν σήμερα. Οι πραγματικές ανάγκες σε Το.Μ.Υ, υπολογίζονται περίπου σε 600. Η μετατροπή των παλιών «Τοπικών Ιατρείων» και των ΠΙ, αν στελεχωθούν κατάλληλα, θα μπορούσαν να λειτουργήσουν ως Το.Μ.Υ.

Ο σχεδιασμός των Το.Μ.Υ. θα πρέπει να στηρίζεται στην τομεοποίηση, όπως και του συνόλου της ΠΦΥ, με διαίρεση της χώρας σε τομείς, όσοι και οι καλλικρατικοί δήμοι. Για τις αστικές περιοχές απαραίτητη θεωρείται, η ύπαρξη Το.Μ.Υ. σε κάθε Δημοτική Ενότητα (ΔΕ) και στις αγροτικές με τη μορφή των ΠΙ, με πληθυσμιακά και κοινωνικά κριτήρια. **Δεν θα πρέπει να είναι δυνατή η εγγραφή ασθενών από άλλες (ΔΕ), για να αποφευχθεί η πελατειακή σχέση του γιατρού με τον ασθενή.**

Στο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών της, η Ομάδα Υγείας διαχειρίζεται και επιλύει ζητήματα **δημόσιας υγείας σε συνεργασία με τις αρμόδιες υπηρεσίες και φορείς δημόσιας υγείας, τα οποία ανακλύπουν μέσω οργανωμένων παρεμβάσεων στον πληθυσμό ευθύνης της.**

Αναγκαία θεωρείται η αποτύπωση των υφιστάμενων δομών, υπηρεσιών και προσωπικού ανά ειδικότητα και η αποτύπωση των αντίστοιχων αναγκών που πρέπει να καλυφθούν ανά Τομέα. Ο όλος σχεδιασμός απαιτεί συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα υλοποίησης, περίπου μια δετία και συγκεκριμένο προϋπολογισμό, με εξασφαλισμένη χρηματοδότηση από εθνικούς πόρους ή άλλα χρηματοδοτικά εργαλεία. Συγκεκριμένοι ποσοτικοί στόχοι πχ πόσα ΠΙ και πόσες ΤΟ.Μ.Υ. χρειαζόμαστε συνολικά, τι ανθρώπινο δυναμικό ανά ειδικότητα είναι απαραίτητοι, καθώς και ο ορισμός πληθυσμών αναφοράς για τα ΚΥ και κατά συνέπεια των ΤΟ.Μ.Υ. πρέπει να καθοριστούν επακριβώς.

Αναγκαία θεωρείται η ύπαρξη κεντρικής παρέμβασης, για την παροχή δημοσίων κτιρίων, που να μπορούν να διαμορφωθούν με βάση τις απαιτούμενες προδιαγραφές, για την κατασκευή ΤΟ.Μ.Υ., **ώστε να αποφευχθεί η εγκατάσταση τους μέσα στα ΚΥ, εκτός αν υπάρχουν οι προδιαγραφές δημιουργίας Το.Μ.Υ. όπως αυτές προβλέπονται.**

Κατά την πορεία ολοκλήρωσης του σχεδιασμού, θα πρέπει να εμπεδώνονται τα εξής χαρακτηριστικά:

- **η οικογενειακή ιατρική** ως βασικό σημείο αναφοράς για όλους τους πολίτες της χώρας και
- **η ενσωμάτωση πολιτικών και δράσεων δημόσιας υγείας.**

Σε συνδυασμό με ένα αντίστοιχο δίκτυο ΠΙ στις αγροτικές περιοχές, ο δημόσιος χαρακτήρας των υπηρεσιών ΠΦΥ/«πυλώνας» του ΕΣΥ, θα εγγυάται, πιο αποτελεσματικά, τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, την καλύτερη προσβασιμότητα και την εγγύτητα με το σύστημα («κύρια πύλη εισόδου») και θα βοηθήσει στην εμπέδωση της οικογενειακής ιατρικής (ιατρικής στην κοινότητα) και της φιλοσοφίας της Ομάδας Υγείας.

ΕΝΟΤΗΤΑ Α.4.: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΕ ΕΝΑ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΟ ΔΙΚΤΥΟ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΗΣ Π.Φ.Υ

A.4.1 ΣΥΝΤΟΜΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Από τον Οκτώβριο, 2015, με την προτροπή της πολιτικής ηγεσίας του Υπουργείου Υγείας, ξεκίνησε μια προσπάθεια οργάνωσης των δημόσιων οδοντιατρικών υπηρεσιών, η οποία απέδωσε μια σειρά προτάσεων, με την μορφή εκθέσεων, σημαντικό μέρος των οποίων αποτυπώθηκαν, ενάμιση χρόνο μετά, στο νόμο 4486/2017. Μην παραγνωρίζοντας το γεγονός ότι η οδοντιατρική φροντίδα στη χώρα παρέχεται σχεδόν αποκλειστικά (95%) από τον ιδιωτικό τομέα και με δεδομένες τις δυσλειτουργίες που υπήρχαν στα κρατικά οδοντιατρεία (υποστελέχωση, δύο ταχύτητες, απουσία αξιολόγησης εργασιών, ζητήματα ασφάλειας και ποιότητας υπηρεσιών, υλικοτεχνικός εξοπλισμός κ.ά.), οι νομοθετημένες προτάσεις στόχευαν στην συστηματική οργάνωση των οδοντιατρικών υπηρεσιών (σε κεντρικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο), όπως επίσης στην ανάδειξη της πρόληψης των νοσημάτων του στόματος και της προαγωγής της στοματικής υγείας ως πρώτες προτεραιότητες. Παράλληλα, έγινε προσπάθεια να απαντηθούν οι ανάγκες περίθαλψης των πολιτών, κυρίως με την προκήρυξη θέσεων

οδοντιάτρων στα Κέντρα Υγείας, αλλά και την πραγματοποίηση συμβάσεων με οδοντοτεχνικά εργαστήρια για την παροχή οδοντοπροσθετικής (κυρίως μερικών οδοντοστοιχιών, αφού αρκετά εργαστήρια Κέντρων Υγείας, παρά τις δυσκολίες, έφτιαχναν και φτιάχνουν ολικές οδοντοστοιχίες).

Από τα παραπάνω, ένα μικρό μόνο μέρος υλοποιήθηκε πριν από τις εκλογές του 2019, προς το τέλος της διακυβέρνησης και μάλιστα ανομοιογενώς και με διαφορετικές ταχύτητες. Με αυτά κατά νου, καταθέτω κάποιες βασικές προτάσεις, η υλοποίηση των οποίων απαιτεί σημαντική δέσμευση και πολιτική στήριξη.

A.4.2. ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ

Τα δημόσια οδοντιατρεία (πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια) έχουν σημαντικό ρόλο να επιτελέσουν στην φροντίδα της στοματικής υγείας του πληθυσμού και αποτελούν επίσης ενδεχόμενο περιβάλλον απασχόλησης για τους νυν και μελλοντικούς οδοντιάτρους. Ακόμη η αναγκαιότητα εξασφάλισης παροχής ποιοτικών οδοντιατρικών υπηρεσιών, σε συνθήκες ασφάλειας για τους ασθενείς και το προσωπικό των οδοντιατρείων είναι επιβεβλημένη.

A.4.3. ΣΤΟΧΟΙ

Συνέχιση του έργου της θεσμικής οργάνωσης των οδοντιατρικών υπηρεσιών στην Κεντρική Υπηρεσία και τις απομακρυσμένες μονάδες, που είχε ξεκινήσει με το νόμο 4486/2017. Ενεργοποίηση του θεσμού των Συντονιστών Οδοντιάτρων Περιφέρειας. Προσδιορισμός παρεχόμενων υπηρεσιών από τα οδοντιατρεία.

Οργάνωση και στελέχωση Οδοντιατρικών Κέντρων ανά νομό, στα πρότυπα του Πολυοδοντιατρείου της Λένορμαν, με ειδικότητες παιδοδοντίατρου, ενδοδοντιστή και περιοδοντολόγου.

Προσδιορισμός του ρόλου και των παρεχόμενων υπηρεσιών από τα πρωτοβάθμια οδοντιατρεία και προσαρμογή στις νέες συνθήκες (λειτουργία σε ασφαλές περιβάλλον για τους ασθενείς και το προσωπικό, τήρηση πρωτοκόλλων, παροχή ολοκληρωμένης οδοντιατρικής φροντίδας στο δημόσιο σύστημα κ.ά.)

Πρόβλεψη για κάλυψη όλων των λειτουργικών οδοντιατρείων σε Κέντρα Υγείας, με προκηρύξεις των αντίστοιχων θέσεων ή με τον θεσμό του «οδοντίατρου υπηρεσίας υπαίθρου».

Εξασφάλιση μόνιμου βοηθητικού/νοσηλευτικού προσωπικού, για όλα τα οδοντιατρεία.

Δημιουργία και στελέχωση Γναθοχειρουργικών Τμημάτων σε μεγάλα περιφερειακά νοσοκομεία.

Οργάνωση και λειτουργία οδοντιατρικής φροντίδας υπό αναισθησία για ΑμεΑ, στα νομαρχιακά νοσοκομεία, από τις/τους οδοντιάτρους που υπηρετούν σε αυτά. Υποχρεωτική εκπαίδευση των τελευταίων στην εξειδίκευση της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής.

A.4.4. ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ :

Με νόμο από το 2019, επί κυβέρνησης ΣΥΡΙΖΑ αλλά και με υπουργικές αποφάσεις που ακολούθησαν, η παροχή ειδικότητας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής έφτασε ουσιαστικά στην φάση της πρώτης απόδοσης ειδικότητας σε συγκεκριμένους οδοντιάτρους (συναδέλφους που υπηρετούν στο ΕΣΥ και πρόκειται να εκπαιδεύσουν νέους οδοντιάτρους) από το ΚΕΣΥ. Παράλληλα έχουν οριστεί τα πρώτα Κέντρα Εκπαίδευσης Οδοντιάτρων (Ασκληπιείο, Γ.Ν. Λάρισας κ.ά.) τα οποία όμως όσο δεν δίνονται οι πρώτες ειδικότητες κινδυνεύουν να μην ξεκινήσουν την διαδικασία. Προς το παρόν, η διαδικασία απόδοσης της Ειδικότητας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, έχει μπλοκάρει στο ΚΕΣΥ, όπου η νέα

πρόεδρος έχει ζητήσει από το Πανεπιστήμιο και την οδοντιατρική ομοσπονδία να επανεξετάσουν το ζήτημα των ειδικοτήτων εξαρχής.

A.4.5. ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ:

Δεν είναι γνωστό, το πόσες ΥΠΕ έχουν προχωρήσει σε συμβάσεις. Υπάρχουν 3 προκλήσεις για την αποτελεσματική λειτουργία αυτής της διαδικασίας:

Ενημέρωση των οδοντιάτρων και παροχή υλικών (δισκάκια, αποτυπωτικά υλικά, σπάθες κ.λπ.) στα οδοντιατρεία ΚΥ αγροτικών περιοχών, προκειμένου να ξεκινήσουν να παίρνουν αποτυπώματα. Πολλοί οδοντίατροι σε αυτά τα ΚΥ συνεχίζουν να παρέχουν υπηρεσίες μόνο σε παιδιά και επείγοντα σε ενήλικες.

Σαφείς και διάφανες διαδικασίες, για το ποιο εργαστήριο αναλαμβάνει εργασίες και άριστη οργάνωση στην κεντρική Υπηρεσία για την έγκαιρη αποζημίωση.

Αποστολή και παραλαβή εργασιών. **Απαραίτητη η καλή οργάνωση, η αποστολή στα εργαστήρια αποτυπωμάτων, πρόβας κ.λπ. καθώς και η παραλαβή αυτών από τους οδοντιάτρους.** Ως λύση προτείνεται χρήση των εταιρειών courier που ήδη χρησιμοποιούν οι ΥΠΕ ή σε η αποστολή μέσω ΚΤΕΛ και συνεννόηση με το εργαστήριο. Απαραίτητη προϋπόθεση η λήψη όλων των προφυλακτικών μέτρων για την αποφυγή οποιασδήποτε μεταφοράς μολυσμένων εργασιών (κάτι όμως που ίσχυε και πριν την πανδημία, άσχετα εάν δεν τηρούνταν όπως και όσο θα έπρεπε).

A.4.6. ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΠΟΛΥΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΩΝ:

Η ανάγκη ύπαρξης των συγκεκριμένων δομών έχει να κάνει με την δυνατότητα (μάλλον την απουσία δυνατότητας) πολλών ανθρώπων με σοβαρά οδοντιατρικά προβλήματα να πληρώσουν εξειδικευμένες υπηρεσίες στον ιδιωτικό τομέα. Αυτό σημαίνει, πρακτικά, περιορισμένες εναλλακτικές στο σχέδιο θεραπείας, επιπλέον επιβάρυνση των νοικοκυριών και οδοντιατρική δύο ταχυτήτων.

Οι προκλήσεις για την λειτουργία αυτών των δομών αφορούν την εξεύρεση χώρων, την εκπαίδευση του προσωπικού, τις επενδύσεις σε εξοπλισμό και την οργάνωση και συντονισμό των εργασιών για την αποφυγή ταλαιπωρίας ασθενών και ιατρών.

A.5. ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η αξιολόγηση των δράσεων της διεπιστημονικής ομάδας, η **καταγραφή των δεδομένων**, η **παρακολούθηση της υγείας** του πληθυσμού, ο **τακτικός απολογισμός** των ενεργειών κάθε φορά, η **βελτίωση των δεικτών** που αποτυπώνουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και το επίπεδο διαχείρισης των παραγόντων κινδύνου, ενσωματώνονται στη στρατηγική στοχοθεσία της πολιτικής υγείας και στους άξονες που τη συγκροτούν, βασισμένης στις αρχές της καθολικής και ισότιμης πρόσβασης.

Οι περιγραφόμενες δράσεις και λειτουργίες ενός μοντέλου ολοκληρωμένης ΠΦΥ αναδεικνύει την ανάγκη επαναπροσδιορισμού των δεξιοτήτων και των γνώσεων του προσωπικού των Δομών της ΠΦΥ μέσω ενταγμένων δράσεων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης αλλά και προτάσεων και κατευθύνσεων στην καθημερινή πρακτική, στόχος που μπορεί να πραγματοποιηθεί με την ίδρυση και λειτουργία των Ακαδημαϊκών Μονάδων ΠΦΥ, (άρθρο 24 του Ν. 4486/2017 (ΦΕΚ Α' 115/07.08.2017) «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις»), πιθανώς και σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια και σε συνεργασία με τμήματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης επαγγελματιών υγείας που έχουν εμπειρία στην έρευνα και εκπαίδευση στην ΠΦΥ. Ο σκοπός των Μονάδων αυτών συνοψίζεται στα παρακάτω:

- να εκπονούν και να διεξάγουν ταχύρρυθμα Προγράμματα Εκπαίδευσης στην Π.Φ.Υ., τα οποία απευθύνονται στους επαγγελματίες υγείας και να υποστηρίζουν τη δια βίου εκπαίδευση των επαγγελματιών Π.Φ.Υ., καθώς και φοιτητών σχολών επαγγελματιών Π.Φ.Υ. και ειδικευομένων Γενικής Ιατρικής
- να καταρτίζουν προτάσεις στρατηγικού σχεδιασμού για την ανάπτυξη της Π.Φ.Υ.
- να αναπτύσσουν τις απαραίτητες μεθόδους, διαδικασίες και διαγνωστικά εργαλεία, για τη βελτίωση της ποιότητας της ολιστικής φροντίδας και της διοικητικής διαχείρισης στην Π.Φ.Υ.
- να αξιολογούν την πιλοτική εφαρμογή των παραπάνω δραστηριοτήτων.

Κρίσιμη στην όλη προσπάθεια είναι η συνεχής ανάπτυξη ερευνητικών πρωτοβουλιών, ανάλογα με τα ερωτήματα που θέτει η καθημερινή πρακτική, υπό το πρίσμα ότι η εκπαιδευτική διαδικασία δεν εξαντλείται στην κατάρτιση των νεοπροσλαμβανόμενων ή των ήδη υπηρετούντων επαγγελματιών υγείας.

A.6: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΠΦΥ

Ο ενισχυτικός ρόλος της παροχής υπηρεσιών των δομών και των εργαζομένων, βάσει των παρερχομένων υπηρεσιών υγείας με τη χρήση προτυποποιημένων δεικτών νοσηρότητας, θνησιμότητας και της επίδρασής τους στην υγεία του πληθυσμού και με ταυτόχρονη διασφάλιση της ποιότητας τους και τακτικό απολογισμό των ενεργειών κάθε φορέα, έχει σκοπό την άρση των ανισοτήτων και τη βελτίωση και ενίσχυση των δομών.

Οι δείκτες αξιολόγησης αφορούν στη:

- μείωση των δεικτών που αναφέρονται σε παράγοντες κινδύνου (κάπνισμα, παχυσαρκία),
- αύξηση των ποσοστών συμμετοχής στους ενδεδειγμένους προληπτικούς ελέγχους,
- επίτευξη θεραπευτικών στόχων στην ικανοποίηση των ληπτών, και
- αντίληψη των κατοίκων για το επίπεδο της υγείας τους.

Η Αξιολόγηση των δομών ΠΦΥ, θα στοχεύει αποκλειστικά στη βελτίωση των παρερχομένων υπηρεσιών μέσω της **δια βίου εκπαίδευση** όλων των εμπλεκόμενων.

A.7: ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΠΦΥ ΜΕ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Η ΟΕ-ΠΦΥ αποδέχεται τη θέση της ΟΕ-ΨΥ όπως αυτή διαμορφώνεται στις «ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΥΡΙΖΑ – Π.Σ. ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ- ενότητα 6. ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΤΙΣ ΔΟΜΕΣ ΠΦΥ», **πλην της τελευταίας παραγράφου της ενότητας 6 σελίδα 15** : «...Για λόγους που σχετίζονται με την καλύτερη οργάνωση των υπηρεσιών ΨΥ, αλλά και για λόγους που σχετίζονται με τους ίδιους τους επαγγελματίες ΨΥ της Π.Φ.Υ. (διασφάλιση ενασχόλησης με όλο το φάσμα των ΨΔ και όχι μόνο με μια κατηγορία απ' αυτές,) θεωρούμε ότι είναι προτιμότερη η οργανική ένταξή τους στο Κ.Ψ.Υ. αναφοράς». **Η ΟΕ-ΠΦΥ θεωρεί απαραίτητη την λειτουργία των ψυχιάτρων και στα ΚΥ και η πρόταση της καταγράφεται ως εξής: «Η λειτουργία ψυχιάτρων στα ΚΥ είναι αναγκαία, όπως διαπιστώνεται και από την πρόταση για την ΨΥ του Τμήματος Υγείας, με οργανική διασύνδεση των ΚΥ με τα ΚΨΥ».**

ΕΝΟΤΗΤΑ Α.8: ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΚΙΝΗΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ / ΟΜΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΚΟΜΥ) ΓΙΑ ΤΙΣ ΔΥΣΒΑΤΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ

Οι Κινητές Μονάδες/Ομάδες Υγείας (ΚΟΜΥ), προβλέπονται από τον ν. 4461/17 άρθρο 106 α., θα πρέπει να υπάγονται στα ΚΥ. Δεν έχει προχωρήσει η διαδικασία ένταξής τους. Επίσης χρειάζεται η εξετασθεί εκ νέου ο ν. 4715/1-8-20 άρθ.30.

ΕΝΟΤΗΤΑ Β: ΣΧΟΛΙΚΗ ΥΓΕΙΑ: ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΣΧΟΛΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ «ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ»

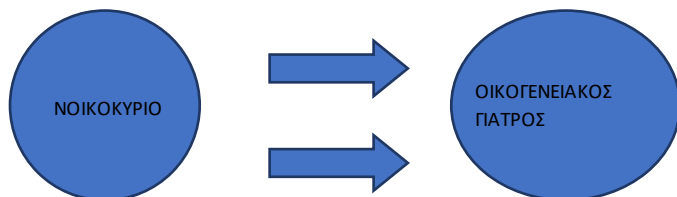
Στις πολιτικές προτεραιότητες του νέου Δημόσιου Συστήματος Υγείας είναι η συγκρότηση των Σχολικών Ομάδων Φροντίδας Υγείας (Σ.Ο.Φ.Υ.). **Οι γιατροί της ΠΦΥ μπορούν να λειτουργούν συμπληρωματικά στις παρεμβάσεις των υπηρεσιών ΠΦΥ στη σχολική κοινότητα και να αποτελούν τους συμβούλους σε καθορισμένες σχολικές μονάδες** με κύριο ρόλο να βρίσκονται σε συνεχή επικοινωνία μαζί τους για θέματα που αφορούν στην προαγωγή και διατήρηση της υγείας του πληθυσμού τους. Έτσι μπορούν **να καταγράψουν και αξιολογούν** σε τακτά χρονικά διαστήματα τις ανάγκες υγείας των παιδιών στο σχολικό περιβάλλον αλλά και του εμβολιαστικού τους επιπέδου, **να επιτελούν τις προληπτικές προσυμπτωματικές εξετάσεις** που είναι κατάλληλες ανά ηλικιακή ομάδα είτε εφαρμόζοντας δράσεις στο σχολείο, είτε προγραμματίζοντας τες στην πλησιέστερη δομή ΠΦΥ και **να αναλαμβάνουν την έκδοση των Ατομικών Δελτίων Υγείας Μαθητή/τριας (ΑΔΥΜ)** στο πλαίσιο των δωρεάν προληπτικών υπηρεσιών των δομών ΠΦΥ.

Σε συνέργεια με τις ομάδες Υγείας που απαρτίζουν και τα Δίκτυα Αγωγής Υγείας μπορούν επίσης να **προγραμματίζουν την πραγματοποίηση εμβολιασμών** στο πλησιέστερο κέντρο εμβολιασμού, όπως προβλέπεται από το εκάστοτε εθνικό εμβολιαστικό πρόγραμμα, **να εκπαιδεύουν την εκπαιδευτική κοινότητα** σε θέματα πρώτων βοηθειών και συμβουλευουν με βάση τις εκάστοτε ανάγκες υγείας παιδιών με χρόνια νοσήματα ή άλλες καταστάσεις που απαιτούν ιδιαίτερη φροντίδα και **να συμβάλλουν στην εφαρμογή προγραμμάτων προαγωγής υγείας** στην σχολική κοινότητα.

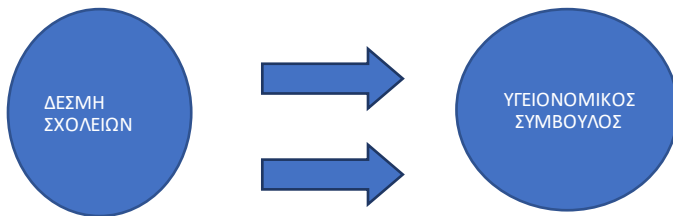
Η πρόταση του «ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ» Σχολικών Μονάδων, αποτελεί μια πρόταση για την ενδυνάμωση της Σχολικής Υγειονομικής Φροντίδας, **των σχέσεων Κράτους – Πολίτη, της βελτίωσης των παρερχομένων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και βελτίωσης της καθημερινότητας των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας**, σε συνδυασμό με την καθιέρωση του θεσμού του **σχολικού νοσηλευτή** σε όλα τα σχολικά συγκροτήματα της χώρας, με προτεραιότητα στις δομές της ειδικής αγωγής και εκπαίδευσης.

Πάγιο αίτημα της εκπαιδευτικής κοινότητας αποτελεί η στελέχωση κάθε σχολείου με ιατρό και νοσηλεύτρια αίτημα που μέχρι σήμερα δεν έχει υλοποιηθεί.

Η πρόταση προτείνει: **Κατά αντιστοιχία της σχέσης: ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ – ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ**



να δημιουργηθεί η νέα σχέση **ΣΧΟΛΕΙΟ – ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ**



Ο **Υγειονομικός σύμβουλος**, γιατρός με ειδικότητα Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής, Παθολογίας, για μαθητές άνω των 16 ετών ή Παιδιατρικής για τους λοιπούς μαθητές και Παιδοδοντίατρος ή Οδοντίατρος αντιστοίχως, ο οποίος θα ανήκει σε όμορο/α ΚΥ ή Το.Μ.Υ. και θα συνεπικουρείται από σχολικό νοσηλευτή /τρια.

Ο **Υγειονομικός σύμβουλος**, αφού επισκεφθεί την σχολική μονάδα, θα συνεργασθεί με την Διεύθυνση του σχολείου, τον Σύλλογο Διδασκόντων, το 15μελές Συμβούλιο Μαθητών, το Σχολικό Συμβούλιο και τον Σύλλογο Γονέων και θα υλοποιήσει ένα **δυναμικό, ανοικτό και ευέλικτο επιχειρησιακό σχέδιο** που θα περιλαμβάνει **στοχευμένες** δράσεις και παρεμβάσεις προληπτικού χαρακτήρα.

Οι δράσεις αναλυτικά εστιάζονται στον έλεγχο βιβλιαρίων υγείας όλων των μαθητών που φοιτούν σε όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης προκειμένου να εκτιμηθεί η εμβολιαστική τους κάλυψη, αδρό έλεγχο οπτικής οξύτητας με οπτότυπο (A/B Δημοτικού), οδοντιατρικό έλεγχο (A/B Δημοτικού), έλεγχο σκολίωσης (ΣΤ Δημοτικού), καρδιολογικό έλεγχο για φυσήματα διά ακροάσεως με στηθοσκόπιο (ΣΤ Δημοτικού), έλεγχο αναπνευστικού συστήματος διά ακροάσεως με στηθοσκόπιο (ΣΤ Δημοτικού) και σωματομετρήσεις.

Επίσης ο Υγειονομικός σύμβουλος επιβλέπει την υλοποίηση δράσεων και παρεμβάσεων ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης του μαθητικού πληθυσμού στο πλαίσιο Αγωγής Υγείας και τον προγραμματισμό της συμπλήρωσης του Ατομικού Δελτίου Υγείας Μαθητή (ΑΔΥΜ), δημοσίως και δωρεάν, στην πλησιέστερη υγειονομική δομή, τόσο σε ασφαλισμένα όσο και σε ανασφάλιστα παιδιά αρκεί να διαθέτουν ΑΜΚΑ. Ο προγραμματισμός θα γίνεται σε χρονική περίοδο που εξυπηρετεί την οικογένεια, ώστε έγκαιρα και μόλις αρχίσει η νέα σχολική περίοδος όλοι οι μαθητές **Νηπιαγωγείων, Α΄ και Δ΄ τάξης Δημοτικών, Α΄ Τάξης Γυμνασίων, Α΄ Τάξης Λυκείων, να έχουν ΑΔΥΜ όπως ορίζει η σχετική εγκύκλιος.**

Ο **Υγειονομικός σύμβουλος**, επιμελείται της πραγματοποίησης **εμβολιασμών** των μαθητών στο πλησιέστερο κέντρο εμβολιασμού, **δημοσίως και δωρεάν, είτε είναι ασφαλισμένοι είτε ανασφάλιστοι αρκεί να διαθέτουν ΑΜΚΑ.**

Οι υπηρεσίες θα διαθέτουν κέντρα εμβολιασμού και χορήγησης ΑΔΥΜ που θα λειτουργούν και απόγευμα ώστε να εξυπηρετούνται οι εργαζόμενοι γονείς.

Παρέχει οδηγίες, συμβουλές και πληροφορίες στους Διευθυντές των σχολικών μονάδων, εφόσον προηγουμένως ενημερωθεί ο προϊστάμενος της αντιστοιχης Διεύθυνσης Εκπαίδευσης για ιατρικά θέματα, που ανακύπτουν κατά την διάρκεια της σχολικής χρονιάς.

Ειδικευμένοι παιδοψυχολόγοι, σε συνεργασία με τον **Υγειονομικό Σύμβουλο** και τους Διευθυντές των σχολικών μονάδων, εφόσον προηγουμένως ενημερωθεί ο προϊστάμενος της αντιστοιχης Διεύθυνσης Εκπαίδευσης, θα παρεμβαίνουν σε τακτά χρονικά διαστήματα για θέματα αρμοδιότητάς τους, ή για έκτακτα θέματα/προβλήματα, που ανακύπτουν κατά την διάρκεια της σχολικής χρονιάς.

Επίσης στον Υγειονομικό Σύμβουλο **θα υποβάλλονται προτάσεις (για δράσεις, παρεμβάσεις προληπτικού χαρακτήρα, ενημερωτικές ομιλίες ευαισθητοποίησης)** προς υλοποίηση που θα

προέρχονται είτε από το Σχολικό Συμβούλιο ή από το σύλλογο Γονέων με την προϋπόθεση να έχουν εγκριθεί από το σύλλογο διδασκόντων, την αρμόδια Διεύθυνση του Υπουργείου Παιδείας, την Διεύθυνση του σχολείου, τον Διευθυντή Πρωτοβάθμιας ή Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και από τη Διοίκηση της Υγειονομικής Περιφέρειας

ΕΝΟΤΗΤΑ Γ: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

Γ.1: ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΗ ΑΠΑΡΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΜΕ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

- **κοινή στοχοθεσία:** η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού
- εμπλοκή της κοινότητας στον καθορισμό και την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας του πληθυσμού
- ηγεσία εναρμονισμένη με τους στόχους
- βιωσιμότητα, και κοινή χρήση υποδομών
- διαμοιρασμός, συλλογική χρήση και ανάλυση δεδομένων
- ισότητα στην υγεία και μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων
- βελτίωση των δεικτών υγείας του πληθυσμού
- ενίσχυση της έρευνας διασφαλίζοντας τη διαθεσιμότητα και το διαμοιρασμό δεδομένων
- εξασφάλιση επαρκούς στελέχωσης με εκπαιδευμένο ανθρώπινο δυναμικό

Η δημόσια υγεία αντίστοιχα, **ορίζεται ως “η τέχνη και η επιστήμη της πρόληψης των ασθενειών, της παράτασης της ζωής και της προαγωγής της υγείας μέσω των οργανωμένων προσπαθειών της κοινωνίας”**. Αναφέρεται σε όλα τα οργανωμένα μέτρα (δημόσια ή ιδιωτικά) για την πρόληψη ασθενειών, την προώθηση της υγείας και την παράταση της ζωής στους πληθυσμούς ως σύνολο. Οι δράσεις της στοχεύουν στην παροχή συνθηκών υπό τις οποίες οι άνθρωποι μπορούν να είναι υγιείς και που επικεντρώνονται σε ολόκληρους πληθυσμούς, όχι σε μεμονωμένους ασθενείς ή ασθένειες.

Το γενικό όραμα της είναι η προώθηση υγείας και ευεξίας με βιώσιμο τρόπο, ενισχύοντας παράλληλα τις ολοκληρωμένες υπηρεσίες δημόσιας υγείας και στοχεύοντας κυρίως στη μείωση των ανισοτήτων που προκαλούνται από την οικονομική και κοινωνική επίθεση του νεοφιλελευθερισμού. Προκειμένου να επιτευχθεί αυτό το όραμα, η προσέγγιση της δημόσιας υγείας **περιλαμβάνει τη συνεργασία με άλλους τομείς για την αντιμετώπιση των ευρύτερων καθοριστικών παραγόντων της υγείας, αλλά και με επαγγελματίες υγείας ιδίως της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που μπορούν να διαδραματίσουν βασικό ρόλο στην πρόληψη ασθενειών και στην προώθηση της υγείας.**

Σε ολόκληρη την ευρωπαϊκή περιφέρεια, οι κύριες προκλήσεις που αντιμετωπίζει η δημόσια υγεία τον 21ο αιώνα περιλαμβάνουν την οικονομική κρίση, τις διευρυνόμενες ανισότητες, τη γήρανση του πληθυσμού, τον αυξανόμενο επιπολασμό των χρόνιων νοσημάτων, τη μετανάστευση, την αστικοποίηση και την κλιματική κρίση.

Σημαντικό μέρος των πολιτικών/δράσεων Δημόσιας Υγείας αποτελούν οργανικό συστατικό της λειτουργίας του ΕΣΥ και κατ’ επέκταση των δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Αρμοδιότητες της ΠΦΥ που σχετίζονται με τη Δημόσια Υγεία, όπως αναφέρονται και στο νόμο 4486/2017, είναι η εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών, ο σχεδιασμός και η υλοποίηση μέτρων και προγραμμάτων για την πρόληψη νοσημάτων, η καθολική εφαρμογή εθνικού προγράμματος εμβολιασμών, αλλά και προσυμπωματικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα, η προαγωγή υγείας, η αναπαραγωγική υγεία, η οδοντιατρική πρόληψη, η διασύνδεση με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και βέβαια η διασύνδεση με τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας.

Η κάθε είδους ανάπτυξη, οργάνωση, υλοποίηση και αξιολόγηση προγραμμάτων, δράσεων, ενεργειών, παρεμβάσεων και συνεργασιών στους τομείς της πρόληψης, της προαγωγής και της προάσπισης της υγείας σε επίπεδο Π.Φ.Υ. στο γενικό πληθυσμό, σε ειδικές ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο, πρέπει να γίνεται με την εποπτεία από τους αρμόδιους φορείς και υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας, τις Δ.Υ.Πε. ή άλλους φορείς και υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας. Μπορούν έτσι οι μονάδες ΠΦΥ να αναλαμβάνουν αρμοδιότητες σχετικές τόσο με την υλοποίηση εθνικών σχεδίων, αλλά και τη δυνατότητα εκπόνησης τοπικών σχεδίων και υλοποίησής τους μετά από έγκριση ΕΣΥΔΥ / Υπουργείου. Η υλοποίηση των σχεδίων /δράσεων γίνεται μέσω των Κέντρων Υγείας και των δομών που υπάγονται σε αυτά (Το.Μ.Υ., ΠΙ, κινητές ομάδες). Επίσης, οι μονάδες ΠΦΥ μπορούν να προσφέρουν συνεργασία σε δράσεις που υλοποιούνται από κλιμάκια του ΕΟΔΥ στη περιοχή ευθύνης τους.

Η παραπάνω συνεργασία προϋποθέτει την ύπαρξη δομών Δημόσιας Υγείας σε επίπεδο διοικητικής περιφέρειας και τον οργανωμένο και αποτελεσματικό συντονισμό με τα κέντρα της ΠΦΥ κάτω από κοινή διοίκηση στις ΔΥΠΕ.

Οι δομές ΠΦΥ, που ταυτόχρονα έχουν και την ευθύνη της διαχείρισης ασθενών, μπορούν να αναπτύσσουν ποικίλες δραστηριότητες Δημόσιας Υγείας:

- **Εμβολιασμούς**, τόσο μέσα στο πλαίσιο του Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμών όσο και έκτακτους (βλ. γρίπη, Covid κλπ.)
- **Προσυμπτωματικούς ελέγχους** για ασθένειες που προλαμβάνονται (screening)
- **Δράσεις προαγωγής της υγείας** για την αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου και την προώθηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής
- **Δράσεις αντιμετώπισης επιδημιών** (σε συνεργασία με τον ΕΟΔΥ και με όποια άλλα όργανα συσταθούν ad hoc κατά περίπτωση)
- **Λειτουργία δικτύων επιδημιολογικής επιτήρησης** για έγκαιρη απόκριση σε ανάγκες Δημόσιας Υγείας.
- **Σχεδιασμό υπηρεσιών με βάση τις ιδιαίτερες ανάγκες του τοπικού πληθυσμού**, όπως προκύπτουν από την επιδημιολογική εκτίμηση των αναγκών υγείας
- **Αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και της επίδρασής τους στην υγεία του πληθυσμού**, με ταυτόχρονη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών
- **Συμμετοχή και εμπλοκή της κοινότητας**, με ταυτόχρονη παροχή υποστήριξης, τεχνικής αλλά και πολιτικής, στον τοπικό πληθυσμό, ώστε να διεκδικήσει καλύτερες και επαρκείς, ισότιμες και προσβάσιμες υπηρεσίες υγείας

Γ.2: ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΩΝ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ

Μια κρίσιμη λειτουργία που αποτελεί και απόδειξη της δυναμικής που προσφέρει η διασύνδεση της Δημόσιας Υγείας με την ΠΦΥ είναι τα **«συστήματα παρατηρητών νοσηρότητας»**, ένα σημαντικό είδος επιδημιολογικής επιτήρησης που λειτουργεί στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Βασίζονται σε ένα επιλεγμένο και αντιπροσωπευτικό δείγμα πηγών αναφοράς –γιατρούς, ιατρεία ή Κέντρα Υγείας- που έχουν συμφωνήσει να αναφέρουν όλα τα περιστατικά από επιλεγμένα νοσήματα ή καταστάσεις. **Παρέχουν έγκαιρη πληροφόρηση σχετική με λοιμώδη ή χρόνια νοσήματα**, η οποία δεν είναι διαθέσιμη από άλλες πηγές, είτε γιατί τέτοια συστήματα μπορεί να είναι τα μοναδικά που λειτουργούν, είτε γιατί πολλά υποχρεωτικώς δηλούμενα νοσήματα υποδηλώνονται, χωρίς να διατίθενται σε τακτική βάση όλες οι απαιτούμενες πληροφορίες.

Τα συστήματα παρατηρητών νοσηρότητας μπορούν να παράσχουν επαρκή πληροφόρηση για τη λήψη αποφάσεων δημόσιας υγείας και για την ανίχνευση διαχρονικών τάσεων στη νοσηρότητα, παρά το ότι η

πληροφορία που συλλέγεται δεν αφορά σε όλο το γενικό πληθυσμό. **Τα συστήματα αυτά, ενώ έχουν χαμηλό κόστος λειτουργίας**, συμβάλλουν σημαντικά στην καλύτερη λειτουργία της Δημόσιας Υγείας, με τη δημιουργία συνεργασιών μεταξύ των μελών τους και με την αύξηση της επαγρύπνησης για τυχόν διακυμάνσεις στον επιπολασμό των υπό επιτήρηση νοσημάτων στην κοινότητα. Τέτοια δίκτυα λειτουργούν στη χώρα υπό την εποπτεία του ΕΟΔΥ αλλά είναι και περιορισμένα σε συμμετοχή και σχετικά παρωχημένα ως προς του στόχους επιτήρησης που εξυπηρετούν.

Η ανάγκη για πηγές δεδομένων από την ΠΦΥ για την επιτήρηση Δημόσιας Υγείας ιστορικά χρησιμοποιούνταν για τα μεταδοτικά νοσήματα, η έννοια της επιτήρησης μέσω παρατηρητών νοσηρότητας εφαρμόζεται ολοένα και περισσότερο στον τομέα της χρόνιας νόσου. Καθώς η φροντίδα ασθενών με χρόνια νοσήματα είναι εν πολλοίς στα χέρια των γιατρών της ΠΦΥ, είναι κρίσιμο τα διαθέσιμα δεδομένα νοσηρότητας να μπορούν να αξιοποιηθούν για το σχεδιασμό στρατηγικών Δημόσιας Υγείας σε ένα αποθετήριο δεδομένων με δυνατότητα αξιοποίησής τους και από τους ερευνητές ΠΦΥ.

Γ.3: ΔΙΚΤΥΑ

Κατά τη διετία 2017 - 2019 οργανώθηκαν, σε επίπεδο Υγειονομικής περιφέρειας δύο δίκτυα δράσεων Δημόσιας υγείας που θα μπορούσαν να χρησιμεύσουν σαν παράδειγμα οριζόντιας διασύνδεσης μονάδων ΠΦΥ:

Το δίκτυο Μαιών - Μαιευτών, που διασυνδέεται με τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας της οικείας Δ.Υ.Πε.. Το δίκτυο Μαιών-Μαιευτών διασυνδέεται λειτουργικά ιδίως με τις Το.Μ.Υ. καταρτίζοντας και υλοποιώντας ένα τακτικό πρόγραμμα επισκέψεων σε αυτές

Σκοπός του δικτύου Μαιών- Μαιευτών είναι:

- η παροχή συμβουλευτικής και ενημέρωσης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας,
- η παροχή υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής της υγείας, καθώς και υποστήριξης του μητρικού θηλασμού και Οικογενειακού Προγραμματισμού
- η λήψη τραχηλικού επιχρίσματος (τεστ Παπανικολάου),
- η πραγματοποίηση επισκέψεων μελών σε Κέντρα Φιλοξενίας Προσφύγων, ύστερα από ενημέρωση της οικείας Δ.Υ.Πε. και των αρμόδιων αρχών για πραγματοποίηση δράσεων πρόληψης και προαγωγής της υγείας,
- η ανάπτυξη συνεργασίας με Ο.Τ.Α. και φορείς που δραστηριοποιούνται σε επίπεδο τοπικής κοινωνίας για την πραγματοποίηση δράσεων ενημέρωσης, αγωγής και προαγωγής υγείας,
- η ολοκληρωμένη και έγκαιρη ενημέρωση και η προετοιμασία της εγκύου για το φυσιολογικό τοκετό.

Το Δίκτυο Αγωγής Υγείας και Πρόληψης διασυνδέεται με τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας της οικείας Δ.Υ.Πε. και συντονίζει, υπό την εποπτεία και καθοδήγηση του Υπουργείου Υγείας, την υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας και πρόληψης σε όλες τις μονάδες Π.Φ.Υ. Το δίκτυο πραγματοποιεί υποχρεωτικά τουλάχιστον μία συνάντηση απολογισμού κατά έτος με παράλληλες δράσεις ημερίδας.

Σκοπός του Δικτύου Αγωγής Υγείας και Πρόληψης είναι η οργάνωση, η υποστήριξη και η συμμετοχή στην προτυποποίηση προγραμμάτων για την επιμόρφωση μαθητών, γονιών και παιδαγωγών στα σχολεία, εργοδοτών και εργαζομένων στους χώρους εργασίας, αλλά και άλλων ομάδων του πληθυσμού στην κοινότητα, σε θέματα πρόληψης - αγωγής και προαγωγής της υγείας.

Γ.4: ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ/ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στο πλαίσιο του νέου ρόλου της ΠΦΥ αναδεικνύεται η ανάγκη της ειδικότητας της **Κοινοτικής Νοσηλευτικής/Δημόσιας Υγείας** η οποία έχει ως κύριο στόχο την ανάπτυξη δεξιοτήτων ώστε οι νοσηλευτές να συμμετέχουν ενεργά στην προστασία, τη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού στο πλαίσιο της αποστολής της Δημόσιας Υγείας και να παρέχουν ποιοτική και αποτελεσματική νοσηλευτική φροντίδα σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Σκοποί της ειδικότητας αλλά και του έργου της Κοινοτικής Νοσηλευτικής μπορεί να είναι:

- Να αναγνωρίζει τις ανάγκες και να παρέχει προηγμένη νοσηλευτική φροντίδα υγείας σε εξωνοσοκομειακό περιβάλλον
- Να σχεδιάζει και εφαρμόζει νοσηλευτικά προγράμματα πρόληψης και προαγωγής υγείας χρησιμοποιώντας την αγωγή υγείας.
- Να κατανοεί, να αξιολογεί και να συμμετέχει στην επίλυση προβλημάτων δημόσιας υγείας.
- Να εκτιμά τις ανάγκες ως σχολικός νοσηλευτής για την προαγωγή υγείας του σχολικού πληθυσμού.
- Να αξιολογεί και να ιεραρχεί τα προβλήματα στον τομέα της νοσηλευτικής επαγγελματικής υγείας στους χώρους εργασίας.

Γ.5: ΔΡΑΣΕΙΣ, ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ, ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Σε τοπικό επίπεδο πρέπει να διασφαλίζεται και να προστατεύεται η δυνατότητα των υπηρεσιών ΠΦΥ να προτεραιοποιούν τις δράσεις τους με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού ευθύνης τους και τα τοπικά ζητήματα Δημόσιας Υγείας που τυχόν ανακύπτουν.

Σε επιχειρησιακό επίπεδο οι δράσεις αυτές αποτελούν έργο μιας διεπιστημονικής ομάδας επαγγελματιών υγείας που υλοποιεί κάθε είδους εξωστρεφείς δράσεις της δομής ΠΦΥ προς την κοινότητα. Στην υλοποίηση δράσεων αξιοποιούνται όλοι οι επαγγελματίες υγείας και οι γιατροί όλων των ειδικοτήτων των Κέντρων Υγείας ανάλογα με την ειδικότητά τους. Στην υποστήριξη / συντονισμό για την υλοποίηση σχεδίων και δράσεων ΔΥ μπορούν να συμβάλουν και κατά περιοχή νοσοκομειακοί γιατροί, ανάλογα με το περιεχόμενο της δραστηριότητας και εφόσον δεν επαρκεί το δυναμικό της ΠΦΥ.

Η αξιολόγηση όλων των παραπάνω δράσεων και ο σχεδιασμός με βάση τις τοπικές ή γενικότερες ανάγκες δε μπορεί να γίνει χωρίς τη συστηματική καταγραφή των δεδομένων μέσα από έναν ηλεκτρονικό φάκελο υγείας, ο οποίος θα συμπληρώνεται από όλη την ομάδα υγείας. Τα δεδομένα αυτά, σε αντίθεση με αυτό που βλέπουμε σήμερα, πρέπει να είναι ανοικτά και διαθέσιμα για χρήση και ανάλυση από τις υπηρεσίες υγείας.

Η καταγραφή των δεδομένων μπορεί να οδηγήσει στην **παρακολούθηση της υγείας** του πληθυσμού με τη χρήση προτυποποιημένων δεικτών νοσηρότητας, θνησιμότητας και χρήσης υπηρεσιών υγείας. Ο **τακτικός απολογισμός** των ενεργειών κάθε φορά μπορεί να βασίζεται στην ανάλυση αυτών των δεικτών, με σκοπό όχι την “τιμωρία” των μονάδων που υπολείπονται των στόχων, αλλά την άρση των ανισοτήτων.

Η **βελτίωση των δεικτών** που αποτυπώνουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και το επίπεδο διαχείρισης των παραγόντων κινδύνου, ενσωματώνονται στη στρατηγική στοχοθεσία της πολιτικής υγείας και στους άξονες που τη συγκροτούν, βασισμένης στις αρχές της καθολικής και ισότιμης πρόσβασης.

Διάφορες **παρεμβάσεις** μπορούν να προωθήσουν τη **διαδικασία απαρτίωσης** των υπηρεσιών ΠΦΥ και Δημόσιας Υγείας και σε αυτές συγκαταλέγονται:

Συντονισμός υπηρεσιών φροντίδας υγείας για τους χρήστες των υπηρεσιών, μια βασική στρατηγική για την προώθηση της διατομεακής συνεργασίας μεταξύ των υπηρεσιών περίθαλψης και της δημόσιας υγείας. Εδώ περιλαμβάνονται:

- ο συντονισμός κλινικών υπηρεσιών (όπως πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία ή αποκατάσταση) με κοινοτικές υπηρεσίες (όπως συμβουλευτική, προσέγγιση και κοινωνικά προγράμματα).
- η προσέλκυση προσωπικού για την παροχή ατομικών υπηρεσιών υποστήριξης σε ασθενείς και
- η οριζόντια διασύνδεση τοπικών υπηρεσιών οργανωμένη γύρω από τις ανάγκες των τοπικών πληθυσμών, όπου κλινικοί, επαγγελματίες υγείας και επαγγελματίες κοινωνικής φροντίδας συνεργάζονται.

Εφαρμογή της πληθυσμιακή οπτικής στην κλινική πρακτική. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τους ακόλουθους τύπους παρεμβάσεων:

- χρήση και διαμοιρασμό πληροφοριών στο επίπεδο του τοπικού πληθυσμού για την ενίσχυση της λήψης κλινικών αποφάσεων (π.χ. σχετικά με επικρατούντα προβλήματα υγείας, κινδύνους για την υγεία στην κοινότητα και προληπτικές υπηρεσίες για συγκεκριμένες ομάδες ασθενών)
- χρήση στρατηγικών που βασίζονται στον πληθυσμό, όπως ενεργητικά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου σε όλη την κοινότητα, καταγραφή αναγκών για την προώθηση ασθενών που χρήζουν κλινικών, θεραπευτικών παρεμβάσεων
- χρήση αναλυτικών εργαλείων στο επίπεδο του πληθυσμού ευθύνης της δομής για την ενίσχυση της διαχείρισης, π.χ. με την ενημέρωση αποφάσεων σχετικά με τις βέλτιστες υπηρεσίες σε κάθε τοποθεσία, τα πρότυπα στελέχωσης, την ανάγκη για προγράμματα εκπαίδευσης ασθενών, κ.λπ.

Ταυτοποίηση και αντιμετώπιση κοινοτικών προβλημάτων υγείας. Οι βασικές κατηγορίες παρεμβάσεων εδώ αφορούν:

- τη διεξαγωγή κοινοτικών αξιολογήσεων υγείας οι οποίες διευκολύνουν τον προγραμματισμό και την ανάπτυξη προγραμμάτων υγείας και υπηρεσιών (τόσο στην πρωτοβάθμια φροντίδα όσο και στη δημόσια υγεία) που ανταποκρίνονται στις ανάγκες της τοπικής κοινότητας
- τη χρήση των δεδομένων από των κλινικών επισκέψεων, όπως του ΑΗΦΥ για τη δημιουργία βάσεων δεδομένων σε ολόκληρη την κοινότητα και
- την ευκαιριακή αξιοποίηση των επισκέψεων στις δομές ΠΦΥ για τον εντοπισμό των υποκείμενων αιτιών των προβλημάτων υγείας (π.χ. κοινωνικών και συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου όπως η ενδοοικογενειακή βία και το κάπνισμα) και αντιμετώπιση αυτών των ζητημάτων (π.χ. μέσω στοχευμένης συμβουλευτικής και εκπαιδευτικού υλικού ή κατάλληλων παραπομπών)..

Ενίσχυση της προαγωγής της υγείας και της πρόληψης ασθενειών με παρεμβάσεις που υιοθετούν την πληθυσμιακή προσέγγιση όπως:

- εκπαίδευση και αγωγή υγείας σχετικά με επικίνδυνες συμπεριφορές ή περιβαλλοντικά ζητήματα
- συνηγορία των χρηστών αναφορικά με νόμους ή κανονισμούς που σχετίζονται με την υγεία ή για ευάλωτες ομάδες

Συνεργασία στην διατομεακή εκπαίδευση και έρευνα ιδίως ενεργώντας οι δομές ΠΦΥ ως μεταφραστικό πλαίσιο.

Γ.6: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΔΥ ΚΑΙ ΠΦΥ

Τέλος, περιγράφονται παράγοντες που διευκολύνουν τη συνεργασία μεταξύ δημόσιας υγείας και πρωτοβάθμιας φροντίδας και μπορούν να αξιοποιηθούν στο πλαίσιο αναδιοργάνωσης των υπηρεσιών με στόχο την απαρτίωσή τους. Υπάρχουν μια σειρά από συστημικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη σχέση Δημόσιας Υγείας και ΠΦΥ. Μια προοδευτική πολιτική μεταρρύθμιση στο χώρο της υγείας, που συνοδεύεται από θεσμοθέτηση συνεργατικών ομάδων, θεωρείται ισχυρός συστημικός παράγοντας που επιτρέπει τη **συνεργασία Δ.Υ. και Π.Φ.Υ.** Η συνεργασία αυτή είναι επίσης πιο συχνή όταν οι

πρωτοβουλίες έχουν κοινούς στόχους, όπως η **μείωση των ανισοτήτων στην υγεία, η κάλυψη των αναγκών υγείας των μειονεκτούντων πληθυσμών ή η βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης**. Η κυβερνητική συμμετοχή, μια κατάλληλη πολιτική ατζέντα και η υποστήριξη της συνεργασίας από κυβερνητικούς αξιωματούχους, είναι όλοι ισχυροί παράγοντες που διευκολύνουν τη συνεργασία. Αντίθετα, οι συχνές και αντικρουόμενες μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας μπορούν να υπονομεύσουν αυτή τη συνεργασία. Το ζήτημα της χρηματοδότησης είναι επίσης βασικό. Η επαρκής χρηματοδότηση αυξάνει την πιθανότητα επιτυχίας των συνεργασιών, (αν και δεν απαιτούν όλες οι επιτυχημένες πολιτικές πρόσθετη χρηματοδότηση).

Η εμπλοκή και εκπροσώπηση της κοινότητας με στόχο την ανταπόκριση στις τοπικές ανάγκες μπορεί να εκφραστεί με οργανωμένες **διαδικασίες λογοδοσίας και απολογισμού**. Τα κοινά πρωτόκολλα και εργαλεία μπορούν να βελτιώσουν την πρόσβαση σε ιατρικές πληροφορίες και να υποστηρίξουν αποτελεσματική διεπιστημονική φροντίδα. Βοηθούν επίσης στη διασφάλιση ποιότητας και στη συλλογή και διάδοση δεδομένων. Η γεωγραφική εγγύτητα των συνεργαζόμενων υπηρεσιών μπορεί να διευκολύνει την επικοινωνία, την ανταλλαγή πληροφοριών και μια αίσθηση κοινού σκοπού και εμπιστοσύνης. Αντίθετα, οι περιορισμοί στη γνώση και στις πηγές προκαλούν κοινά οργανωτικά εμπόδια στη συνεργασία, όπως και η έλλειψη ανθρώπινων και οικονομικών πόρων.

Διατομεακοί παράγοντες που προωθούν την ολοκλήρωση των υπηρεσιών μπορεί να είναι η συμφωνία σε ένα κοινό πλαίσιο πεποιθήσεων για την εξασφάλιση της συνέχισης της συνεργασίας, αλλά και οι διακριτοί ρόλοι και οι θετικές σχέσεις που επιτρέπουν την αποτελεσματική ομαδική εργασία. Έχοντας καλή γνώση του ρόλου, των δεξιοτήτων και των οργανωτικών πλεονεκτημάτων του άλλου, επιταχύνεται και η λήψη αποφάσεων μεταξύ των ομάδων. Οι αποτελεσματικές στρατηγικές επικοινωνίας και λήψης αποφάσεων μπορούν να προωθήσουν την κατανόηση, την εμπιστοσύνη και τον σεβασμό μεταξύ της δημόσιας υγείας, της πρωτοβάθμιας φροντίδας και της κοινότητας, για παράδειγμα με τακτικές μηνιαίες συναντήσεις, προσοχή στη διαδικασία, ανοιχτή επικοινωνία σχετικά με θέματα ανταγωνισμού και ελέγχου και εκτίμηση συμπληρωματικών δεξιοτήτων και εμπειρογνώμοσύνης.

ΕΝΟΤΗΤΑ Δ: ΣΥΜΒΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ ΜΕ ΙΔΙΩΤΕΣ ΠΑΡΟΧΟΥΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ / ΠΡΑΞΕΩΝ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ. ΣΥΜΒΑΣΕΙΣ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ.

Δ.1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το πλαίσιο πολιτικής Υγείας στο οποίο είναι ενταγμένες οι προτάσεις που ακολουθούν, είναι αυτό της συνεχούς ενίσχυσης του ρόλου του δημόσιου τομέα σε όλα τα επίπεδα παροχής υπηρεσιών (πρωτοβάθμιο, νοσοκομειακό, μετανοσοκομειακό) και του επικουρικού ρόλου του ιδιωτικού, με βάση τις ανάγκες που δεν μπορεί καλύψει ο δημόσιος.

Σήμερα, στην πρωτοβάθμια φροντίδα, είτε αυτό αφορά σε κλινικές επισκέψεις σε ιατρεία, είτε σε διαγνωστικές εξετάσεις, το μεγαλύτερο ποσοστό αναγκών (>70%) καλύπτεται από τον ιδιωτικό τομέα λόγω των σοβαρών ελλειμμάτων του δημόσιου σε υποδομές και προσωπικό. Αντίστοιχη είναι και η αναλογία της δαπάνης του ΕΟΠΥΥ για τις αποζημιώσεις των επισκέψεων ή εξετάσεων που διενεργούνται από τον ιδιωτικό και των δημόσιο τομέα.

Μια πολιτική συνεπής με το παραπάνω πλαίσιο και συμβατή με τα τρέχοντα δεδομένα αφενός

- a) θα δρομολογούσε την χρόνο με το χρόνο **αναβάθμιση του capacity και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών του δημόσιου τομέα** έτσι ώστε βαθμιαία να επιτευχθεί ο στόχος: κάθε εξέταση (κλινική ή εργαστηριακή) που παραγγέλλεται σε δομή του δημόσιου

τομέα, να μπορεί να εκτελείται σε δομή του δημόσιου τομέα (σήμερα εκτελείται περίπου το 25%) και αφετέρου

- b) θα προχωρούσε σε συμβάσεις που θα βασίζονταν στα σημερινά ποσοστά κάλυψης από τον ιδιωτικό τομέα (αδρά 70%) , αλλά **με την προοπτική αναθεώρησης / επικαιροποίησής τους με βάση την πορεία υλοποίησης του**
- c) Με βάση την εμπειρία της πανδημίας, οι συμβεβλημένοι πάροχοι, πρέπει να ενταχθούν σε έναν συνολικό προγραμματισμό, αναγκαίο για τον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.
- d) **Ο ΕΟΠΥΥ είναι ο μόνος και αποκλειστικά υπεύθυνος για τη σύναψη των συμβάσεων, την παρακολούθηση και τον έλεγχο τους.**

Η αποζημίωση των ιδιωτών παρόχων από τον ΕΟΠΥΥ υλοποιείται μέσω των συμβάσεων οι οποίες έχουν συναφθεί. Ειδικότερα δε για τις εργαστηριακές εξετάσεις, αποδίδεται βάσει των υποβολών σε συνδυασμό με τον καθορισμό ετήσιου ορίου δαπάνης (κλειστού προϋπολογισμού). Το ύψος της αποζημίωσης των οικογενειακών γιατρών (περίπου 700 γενικοί γιατροί, παθολόγοι και παιδίατροι) έχει προσδιοριστεί στις συμβάσεις που υπογράφηκαν το 2018 και ο αρχικός προγραμματισμός ήταν να αποδίδεται από τον Απρίλιο του 2020, προθεσμία διαρκώς παρατεινόμενη, με βάση τον αριθμό του εγγεγραμμένου πληθυσμού (μέχρι τότε, οι συμβεβλημένοι οικογενειακοί γιατροί θα αποζημιώνονταν με σταθερό ποσό- 2000 €) . Για τους συμβεβλημένους γιατρούς άλλων ειδικοτήτων (περίπου 3.500) ισχύουν οι «συμβάσεις» του 2012 και η αποζημίωση με βάση τις 200 επισκέψεις (Χ10 € την επίσκεψη).

Μέχρι σήμερα, από πολλές πλευρές και για πολλές παραμέτρους του, το ισχύον πλαίσιο των συμβάσεων του ΕΟΠΥΥ με ιδιώτες παρόχους **δέχεται κριτική** – στην εισήγηση αυτή θα περιοριστούμε σε ότι αφορά στις συμβάσεις του ΕΟΠΥΥ για διαγνωστικές εξετάσεις /πράξεις (κλινικές και εργαστηριακές).

- **Από την πλευρά των ληπτών (ασθενών)**, υπάρχουν αρκετές καταγγελίες για περιστατικά παράνομης συμπεριφοράς σε διαγνωστικά εργαστήρια, με πρωταθλητές τους μεγάλους διαγνωστικούς ομίλους, (ζητούνται πρόσθετες πληρωμές για έγκαιρα ραντεβού ή πρόσθετες πληρωμές για την σύνταξη πορισμάτων , υποκινούνται ασθενείς να υποβληθούν σε εξετάσεις που δεν αποζημιώνει ο ΕΟΠΥΥ παρόλο που δεν τις έχει ζητήσει ο θεράπων κλπ.). Ταυτόχρονα, είναι γνωστή εδώ και καιρό η τακτική των κλινικών γιατρών να ζητούν αμοιβή για την αναγραφή συνταγών παρόλο που η επίσκεψη έχει γίνει στο πλαίσιο της σύμβασης του γιατρού με τον ΕΟΠΥΥ ή να ισχυρίζονται ότι το όριο των 200 επισκέψεων έχει εξαντληθεί προκειμένου να πληρωθούν ιδιωτικά.

- **Από την πλευρά των παρόχων**, οι αιτιάσεις που σχετίζονται α) με τους συμβεβλημένους οικογενειακούς γιατρούς, αφορούν κυρίως στο χαμηλό ύψος των αποζημιώσεων που προβλέπονται στη νέα σύμβαση (αυτό ίσως αποτελεί και μια από τις αιτίες για τις οποίες υπήρξε μικρή ανταπόκριση στις προσκλήσεις ενδιαφέροντος) και β) με τους συμβεβλημένους εργαστηριακούς , αφορούν κυρίως στα πολύ υψηλά ποσά αυτόματων επιστροφών (claw back). γ) Για δε τους κλινικούς γιατρούς οι οποίοι έχουν και εργαστηριακό έργο, ισχύει το απαράδεκτο μέτρο του rebate 40% για τις εξετάσεις αυτοπαραπομπής.

- **Εκείνο όμως που αποτελεί την πιο σημαντική πτυχή στο γενικότερο περιβάλλον των διαδικασιών συνταγογράφησης / παραγγελίας εξετάσεων και της εκτέλεσής τους / αποζημίωσής τους , είναι το πολύ χαμηλό ποσοστό συμμόρφωσης** (από τους παραπέμποντες γιατρούς δημόσιου και ιδιωτικού τομέα) προς τις κατευθυντήριες οδηγίες και τους κανόνες της ορθής ιατρικής πρακτικής. Ουσιαστικά το ICD 10 είναι και διάτρητο και ,συχνά, αναντίστοιχο με τις ισχύουσες κατευθυντήριες οδηγίες. Δημιουργείται έτσι ένα θολό πλαίσιο το οποίο είναι ανοιχτό στις μη αναγκαίες συνταγογραφήσεις και παραπομπές για εξετάσεις και πράξεις, την ίδια στιγμή που δημιουργεί δυσκολίες στη συμμόρφωση του θεράποντος με τις ισχύουσες οδηγίες καλής πρακτικής.

Παράλληλα λοιπόν με κάθε πρόταση αναμόρφωσης των συμβάσεων, **η δομικού χαρακτήρα παρέμβαση που απαιτείται θα πρέπει να στοχεύει στην πλήρη εξυγίανση του τοπίου της συνταγογράφησης μέσω εργαλείων όπως**

- a) η γενικευμένη χρήση της Ηλεκτρονικής συνταγογράφησης,

- b) της αναβάθμισης των πρωτοκόλλων του ICD 10,
- c) του καθορισμού ορίων συνταγογράφησης και παραπομπών ανά ειδικότητα,
- d) του ΑΗΦΥ,
- e) της ταυτοποίησης του εξεταζόμενου κλπ.

Είναι αυτονόητο πως οι κανόνες και οι περιορισμοί ισχύουν για το σύνολο των γιατρών, δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Σε αυτό το πλαίσιο ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού στην παρακολούθηση των χρόνιως πασχόντων γίνεται καθοριστικός.

Ταυτόχρονα, μέσω της αναμόρφωσης της αρχιτεκτονικής του Συστήματος Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης (και της διαλειτουργικότητας του με τον ΑΗΦΥ), θα πρέπει να εξασφαλιστεί ότι ο ασθενής θα επισκέπτεται τον θεράποντα ιατρό μόνο όταν πρόκειται να εκτιμηθεί κλινικά. Να μην υπάρχουν δηλ. επισκέψεις μόνο για συνταγογράφηση φαρμάκων ή παραπεμπτικών. Ο θεράπων γιατρός στην τρέχουσα επίσκεψη, καταγράφει την ημερομηνία της επόμενης κλινικής εκτίμησης και ό,τι συνταγή ή παραπεμπτικό εκδίδει (με βάση το αναμορφωμένο ΣΗΣ) έχει ισχύ μέχρι τότε και έτσι ο ασθενής απαλλάσσεται από την ταλαιπωρία των «ενδιάμεσων» επισκέψεων μόνο για συνταγογραφήσεις. Το μέτρο αυτό, αν εφαρμοστεί με τα αναγκαία φίλτρα που θα αποτρέπουν στρεβλώσεις, θα επιτρέψει και την αναβάθμιση της αποζημίωσης της ιατρικής επίσκεψης στα 25 ευρώ σε βάθος τριετίας.

Θα απαιτηθεί όμως και μια, αντίστοιχη με τις πραγματικές ανάγκες, **αύξηση του ορίου δαπάνης (κλειστού προϋπολογισμού) του ΕΟΠΥΥ**, που έμεινε στάσιμο μέχρι το 2018 λόγω των μνημονιακών δεσμεύσεων. **Η αύξηση αυτή προτείνεται να είναι 250 εκ σε βάθος τετραετίας** και εκτός από αυτή την αύξηση ορίων της δαπάνης του ΕΟΠΥΥ για τους ιδιώτες παρόχους που μέχρι σήμερα συμβάλλεται ο Οργανισμός, θα πρέπει να συμπεριλάβει και την αποζημίωση θεραπευτικών και προληπτικών πράξεων **οδοντιατρικής περίθαλψης / στοματικής υγιεινής**.

Στόχο αποτελεί η κατάργηση του claw back και η ενσωμάτωση στο σύστημα του ΕΟΠΥΥ μηχανισμών ελέγχου που θα αποτρέπουν τις άσκοπες δαπάνες αλλά και την καταχρηστική ζήτηση υγειονομικών υπηρεσιών.

Σε συνδυασμό με την παραπάνω προτεινόμενη αύξηση του προϋπολογισμού του ΕΟΠΥΥ για διαγνωστικές εξετάσεις / πράξεις και για γίνει πιο ορθολογικός ο έλεγχος της δαπάνης, **προτείνεται η ανάλυση των κωδικών στους οποίους σήμερα κατανέμει τον προϋπολογισμό του ο ΕΟΠΥΥ σε περισσότερους (περισσότεροι «κλειστοί προϋπολογισμοί» - «υποκωδικοί»- ανά κατηγορία εξετάσεων)**. Το ύψος του κάθε κλειστού θα διαμορφωθεί με βάση τα δεδομένα των προηγούμενων ετών σε συνδυασμό με την εκτίμηση για τον βαθμό τήρησης κατευθυντήριων οδηγιών για κάθε κατηγορία εξετάσεων / πράξεων.

Εκτός από τους επιμέρους κλειστούς που προτείνονται για τις εξετάσεις που διενεργούνται σε εργαστήρια (βιολογικά υλικά και απεικονίσεις), **προτείνεται και η δημιουργία επιμέρους κλειστών ανά ιατρική (κλινική) ειδικότητα**. Στους κλειστούς αυτούς θα ενσωματωθεί και η δαπάνη για παρακλινικούς ελέγχους που διενεργούνται σε ιατρεία (ενδοσκοπήσεις, υπέρηχοι από μη ακτινολόγους κλπ.).

Μια ενδεικτική πρόταση για τους κλειστούς προϋπολογισμούς ανά κατηγορία εξετάσεων, είναι η παρακάτω:

A. Βιολογικά υλικά

- A1. Αιματολογικοί και βιοχημικοί έλεγχοι (συνήθεις)
- A2. Ορμονολογικοί έλεγχοι
- A3. Ανοσολογικοί έλεγχοι
- A4. Βιοδείκτες (περιλαμβάνονται και μοριακοί ή γονιδιακοί έλεγχοι)

A5. Κυτταρολογικές / ιστολογικές

A6. Προληπτικοί έλεγχοι (σε ασυμπτωματικούς περιοδικά, σε εγκύους κλπ) με μηδενική συμμετοχή

B. Απεικονίσεις (ανά κατηγορία)

B1. Συμβατικοί ακτινολογικοί έλεγχοι (προτεινόμενη τιμή αποζημίωσης για ακτινογραφίες ψηφιακής απεικόνισης – μέχρι σήμερα δεν έχει οριστεί : 10 €, συμμετοχή ασθενούς 1,5 €)

B2. Υπέρηχοι / triplex από ακτινολόγους

B3. Μαγνητικές

B4. Αξονικές

B5. Σπινθηρογραφήματα

B6. Μαστογραφίες

B7. Οστική πυκνότητα

Η κατανομή αυτή βοηθά στο να ενισχύονται επιλεκτικά κάποιοι «υποκωδικοί» για εξετάσεις που μέχρι σήμερα δεν αποζημιώνονται ή που θα έπρεπε να έχουν μηδενική συμμετοχή για τον ασθενή .

Στους εργαστηριακούς γιατρούς προτείνεται η καθιέρωση αμοιβής για τη διάγνωση.

Αντίστοιχα προτείνονται και κλειστοί προϋπολογισμοί ανά ιατρική κλινική ειδικότητα. Σε ειδικότητες με μεγάλη απόκλιση τιμών στις εξετάσεις της μπορούν να προβλεφθούν περισσότεροι του ενός κλειστοί προϋπολογισμοί.

Δηλ. ενδεικτικά :

- **Καρδιολογία** (περιλαμβάνει και τη δαπάνη για παρακλινικούς ελέγχους , όπως stress echo, υπέρηχο αντίθεσης, triplex καρδιάς – αγγείων, δοκιμασία κόπωσης κλπ- για τα δύο πρώτα προτείνεται επιμέρους κλειστός προϋπολογισμός, διακριτός από τους άλλους παρακλινικούς ελέγχους που διενεργούνται στα καρδιολογικά ιατρεία)
- **Γαστρεντερολογία** (περιλαμβάνει και τη δαπάνη για ενδοσκοπήσεις κλπ)
- **Πνευμονολογία** (περιλαμβάνει και τη δαπάνη για σπιρομετρήσεις, βρογχοσκοπήσεις κ.λπ.)
- **Νευρολογία** (περιλαμβάνει και τη δαπάνη για ΗΜΓ, ΗΕΓ κλπ)

(Σημειώνεται εδώ η ανάγκη να ξεχωρίσει ο κωδικός «Νευρολογία» από τον κωδικό «Ψυχιατρική», που μέχρι σήμερα διατηρείται ενιαίος στον ΕΟΠΥΥ !!)

Ο κατάλογος είναι ενδεικτικός και η τελική του μορφή να είναι αποτέλεσμα συλλογικής διαπραγματεύσεως με τον ΠΙΣ και τις επαγγελματικές ενώσεις των γιατρών.

Δ.2: ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΩΝ ΣΥΜΒΑΣΕΩΝ

Το πλαίσιο που προτείνεται ως γενική αρχή για τις συμβάσεις με ιδιώτες παρόχους υιοθετεί την αρχή ότι ο ΕΟΠΥΥ απευθύνει πρόσκληση ενδιαφέροντος και συμβάλλεται με όποιους γιατρούς επιθυμούν να συμβληθούν. Οι συμβάσεις είναι ατομικές ή εταιρικές (διαγνωστικά κέντρα) όταν πρόκειται για διαγνωστικές πράξεις / εξετάσεις, επιδιώκεται όμως να βασίζονται σε μια πιθανή «**συμφωνία – πλαίσιο**» ανάμεσα σε ΕΟΠΥΥ και ΠΙΣ. Η αρχή αυτή ούτως ή άλλως ισχύει για τις συμβάσεις του ΕΟΠΥΥ με τα εργαστήρια (όχι ακριβώς με την μορφή που θα προταθεί εδώ) και προτείνεται να επεκταθεί και στις συμβάσεις με τους κλινικούς γιατρούς. Οι κλινικοί γιατροί με εταιρικές μορφές άσκησης της ιατρικής συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ , σύμφωνα με την εκάστοτε ισχύουσα νομοθεσία.

*Θα χρειαστεί πιο αναλυτική συζήτηση, αν οι συμβάσεις με τους **οικογενειακούς γιατρούς**, θα πρέπει να ακολουθήσουν την ίδια αρχή (συμβάλλεται όποιος θέλει) ή να εξακολουθήσει να ισχύει η αρχή που υιοθετήθηκε για τις συμβάσεις του 2018 (πρόσκληση για συγκεκριμένο αριθμό και επιλογή με μοριοδότηση). Το κριτήριο για την επιλογή ανάμεσα στις δύο προσεγγίσεις θα είναι το ποια απ' τις δύο εξυπηρετεί καλύτερα την παρακολούθηση υλοποίησης του τομεοποιημένου σχεδιασμού για την οικογενειακή ιατρική (εγγραφές πληθυσμού, ΑΗΦΥ κλπ.). Σε περίπτωση που υιοθετηθεί η διατήρηση της σημερινής μορφής , δηλ. διαφορετικό πλαίσιο συμβάσεων με τους οικογενειακούς γιατρούς από

αυτό με τους γιατρούς άλλων ειδικοτήτων, **θα πρέπει να εξεταστεί σοβαρά η προοπτική της θέσπισης επιπλέον οικονομικών κινήτρων**. Ούτως η άλλως για τους οικογενειακούς γιατρούς, οι οποίοι θα έχουν και την υποχρέωση να συμμετέχουν στη δημιουργία του ΑΗΦΥ, χρειάζεται διαφορετική οικονομική αντιμετώπιση.

Βασικός όρος των συμβάσεων είναι η καθιέρωση ανεπίστροφου ποσού ύψους **5000-7000 €** ανά συμβεβλημένο πάροχο και δημιουργία αναλογικής κλίμακας για το claw back. **Οι όμιλοι θα θεωρούνται σαν ένας πάροχος, ανεξάρτητα από τον αριθμό των υποκαταστημάτων τους.**

Υπογράφονται συμβάσεις **αόριστης διάρκειας**. Οι όροι της σύμβασης μπορούν να τροποποιούνται μόνο με τη σύμφωνη γνώμη και των δύο μερών. Μονομερής, από τον ΕΟΠΥΥ, διακοπή της σύμβασης, σε όλες τις κατηγορίες μπορεί να γίνει μόνο με απόλυτη αιτιολόγηση.

Κάθε εργαστήριο βιολογικών υλικών μπορεί να συμβάλλεται για όλες τις υποκατηγορίες διαγνωστικών εξετάσεων που αποτυπώνονται ενδεικτικά πιο πάνω ως Α1-Α6 (ξεχωριστή σύμβαση για κάθε κατηγορία)

Τα απεικονιστικά εργαστήρια και οι κλινικοί γιατροί με εργαστηριακό μέρος, οφείλουν να πιστοποιούν την ύπαρξη του εξοπλισμού ο οποίος απαιτείται για τη διενέργεια των αντίστοιχων εξετάσεων. Η πιστοποίηση αυτή (της ύπαρξης του εξοπλισμού) είναι αναγκαία για την αποζημίωση της εξέτασης και μόνο.

Δ.3: ΣΥΜΒΑΣΕΙΣ ΜΕ ΚΛΙΝΙΚΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΧΩΡΙΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΜΕΡΟΣ.

Οι συμβάσεις με κλινικούς γιατρούς χωρίς εργαστηριακό μέρος ακολουθούν το πλαίσιο που καθιερώθηκε το 2014. Μέχρι 200 επισκέψεις το μήνα με αποζημίωση 10 € ανά επίσκεψη. Αυτή η σύμβαση από μόνη της λειτουργεί αποτρεπτικά και είναι από τους λόγους για τους οποίους παρατηρείται απροθυμία των γιατρών να ενταχθούν σε αυτήν.

Έτσι, όπως και για τους υπόλοιπους κλινικούς γιατρούς μέσω της αναμόρφωσης της αρχιτεκτονικής του Συστήματος Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης (και της διαλειτουργικότητας του με τον ΑΗΦΥ), θα πρέπει να εξασφαλιστεί ότι ο ασθενής θα επισκέπτεται τον θεράποντα ιατρό μόνο όταν πρόκειται να εκτιμηθεί κλινικά. Να μην υπάρχουν δηλ. επισκέψεις μόνο για συνταγογράφηση φαρμάκων ή παραπεμπτικών. Ο θεράπων γιατρός στην τρέχουσα επίσκεψη, καταγράφει την ημερομηνία της επόμενης κλινικής εκτίμησης και ό,τι συνταγή ή παραπεμπτικό εκδίδει (με βάση το αναμορφωμένο ΣΗΣ) έχει ισχύ μέχρι τότε και έτσι ο ασθενής απαλλάσσεται από την τλαιπωρία των «ενδιάμεσων» επισκέψεων μόνο για συνταγογραφήσεις. Το μέτρο αυτό, αν εφαρμοστεί με τα αναγκαία φίλτρα που θα αποτρέπουν στρεβλώσεις, θα επιτρέψει και την αναβάθμιση της αποζημίωσης της ιατρικής επίσκεψης **στα 25 € σε βάθος τριετίας**. Εννοείται πως και εδώ οι συμβάσεις είναι ανοιχτές σε όλους τους γιατρούς.

Όσον αφορά τους μη συμβεβλημένους γιατρούς, οι οποίοι συνεισφέρουν στην ΠΦΥ, προτείνεται να παραμείνει το καθεστώς της ανεμπόδιστης πρόσβασης τους στην ΗΔΙΚΑ.