



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ MANAGEMENT ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
HELLENIC HEALTH SERVICES MANAGEMENT ASSOCIATION

Full Member of  
European Association of Hospital Managers (EAHM)

## ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ για την Πρωτοβάθμια και Επείγουσα Φροντίδα Υγείας

Τα Αναλυτικά Συμπεράσματα  
του 18<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου της ΕΕΜΥΥ

### Προλογική Σημείωση

Το παρόν κείμενο διαμορφώθηκε με βάση τις εισηγήσεις και συζητήσεις που πραγματοποιήθηκαν κατά το 18<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο της ΕΕΜΥΥ, με κεντρικό τίτλο «Πρωτοβάθμια και Επείγουσα Φροντίδα Υγείας – Η Εμπλοκή των Νοσοκομείων» (Θεσσαλονίκη, 7-8 Οκτωβρίου 2016), λαμβανομένων υπόψη τόσο προγενέστερων προτάσεων, όσο και των παρατηρήσεων που προέρχονται από την πρακτική εμπειρία των Μελών της Συνεδριακής Επιτροπής. Το κείμενο δημοσιοποιείται ως έναυσμα ενός εποικοδομητικού **διαλόγου**, που δεν θα αποβλέπει σε θεωρητικές αψιμαχίες, αλλά στην διαμόρφωση ενός γενικά αποδεκτού και **πρακτικά εφαρμόσιμου** Σχεδίου αναμόρφωσης της Εξωνοσοκομειακής Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα, στο πλαίσιο των κοινωνικο-οικονομικών συνθηκών, όπως και των πεποιθήσεων και προσδοκιών του πληθυσμού και των επαγγελματιών υγείας. Το Δ.Σ. της ΕΕΜΥΥ ευελπιστεί ότι θα υπάρξουν **συνεισφορές** τεκμηριωμένων απόψεων εκ μέρους φορέων και προσώπων και δεσμεύεται για την δημοσιοποίησή τους, με τελικό σκοπό την διατύπωση μιας πλειοψηφικής πρότασης Πολιτικής Υγείας σε αυτόν τον τομέα. Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να στέλνουν κείμενα στο e-mail: [info@eemyy.gr](mailto:info@eemyy.gr)

## 1. Η Κατάσταση στην Δευτεροβάθμια Περίθαλψη

Αναμφίβολα, η δραματική λειτουργική κατάσταση στην οποία βρίσκονται σήμερα τα δημόσια νοσοκομεία, δεν προέκυψε ξαφνικά. Είναι αποτέλεσμα συνεχούς συσσώρευσης των συνεπειών, από τη μακροχρόνια αντιεπιστημονική οργάνωση και λειτουργία τους, όπως έχει αναδειχθεί στα προηγούμενα ετήσια συνέδρια της ΕΕΜΥΥ και στην αρθρογραφία των μελών της.

Το 18<sup>ο</sup> πανελλήνιο συνέδριο (2016) επικεντρώθηκε σε μία από τις γενεσιουργούς αιτίες της κρίσης και συγκεκριμένα στην συνεχώς αυξανόμενη λειτουργική επιβάρυνση, εξαιτίας της αφύσικης εμπλοκής των νοσοκομείων με την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), σε συνδυασμό με τον άναρχο τρόπο διεκπεραίωσης της Επείγουσας Φροντίδας Υγείας (ΕΦΥ).

Στα νοσοκομεία του ΕΣΥ πραγματοποιούνται ετησίως περισσότερες από 2,2 εκατομμύρια νοσηλείες, που αυξάνονται σε 3 εκατ., αν συνυπολογισθούν οι εισαγωγές στα στρατιωτικά και ιδιωτικά νοσοκομεία. Υπολογίζεται ότι 600.000 περιπτώσεις είναι επανεισαγωγές. Τηρουμένων των πληθυσμιακών αναλογιών και επιδημιολογικών δεδομένων, οι νοσηλείες στην Ελλάδα είναι 63% περισσότερες από τον Μ.Ο. των χωρών του ΟΟΣΑ. Είναι αυταπόδεικτο ότι η υπερβάλλουσα νοσηλευτική επιβάρυνση οφείλεται στην έλλειψη αποτελεσματικής ΠΦΥ και ορθολογικής οργάνωσης της ΕΦΥ, χωρίς να υποτιμάται η ευθύνη μερίδας των νοσοκομειακών στελεχών.

Στα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων πραγματοποιείται περίπου το 44% των ετήσιων ιατρικών επισκέψεων που καλύπτονται από δημόσιους πόρους, ενώ στις Μονάδες ΠΕΔΥ μόλις το 22%. Οι υπόλοιπες διεκπεραιώνονται από συμβεβλημένους γιατρούς.

Από τα 4,8 εκατομμύρια επισκέψεις στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), υπολογίζεται ότι ποσοστό που εγγίζει ενδεχομένως και το 90%, είναι περιστατικά αρμοδιότητας ΠΦΥ. Όπως έχει λεχθεί χαρακτηριστικά, στα ΤΕΠ συνωθούνται «το έμφραγμα αγκαλιά με το κρυολόγημα».

Ως αμιγώς επιστημονικός φορέας, η ΕΕΜΥΥ δεν υπεισέρχεται στην τακτική της ωραιοποίησης ή της καταστροφολογίας, που χαρακτηρίζει τις πολιτικές, συντεχνιακές και συνδικαλιστικές αντιπαραθέσεις. Επίσης, η ΕΕΜΥΥ δεν υποτιμά την έλλειψη τεχνοκρατικής επάρκειας των νοσοκομειακών διοικήσεων και διευθύνσεων, ούτε τη νομική παρεμπόδιση ανάληψης πρωτοβουλιών, προκειμένου να προσαρμοστεί η νοσοκομειακή επιχειρησιακή λειτουργία στις νέες συνθήκες δραστικού περιορισμού των υλικών και ανθρώπινων πόρων.

Όμως, η συνεχής ποιοτική υποβάθμιση των υπηρεσιών, η απαράδεκτη ταλαιπωρία των πολιτών και η ορατή περιαγωγή του νοσοκομειακού προσωπικού σε κατάσταση εργασιακού burnout δεν αντιμετωπίζονται με την επίκληση ανέφικτων λύσεων. Η ανάγκη ύπαρξης ενός αποτελεσματικού και αξιόπιστου συστήματος Πρωτοβάθμιας και

Επείγουσας Φροντίδας είναι επιτακτική και άμεση, ενώ η απουσία του θα έχει αποφασιστική συμβολή στην ενδεχόμενη κατάρρευση και ουσιαστικά ιδιωτικοποίηση του νοσοκομειακού ΕΣΥ.

## 2. Η Κατάσταση στην ΠΦΥ

Διαχρονικά, η ΠΦΥ αντιμετωπίστηκε με ανευθυνότητα, ήδη από την ίδρυση του ΕΣΥ και συνεχώς μετά. Η δημιουργία των επαρχιακών Κέντρων Υγείας (Κ.Υ.) ήταν η μόνη, από τις προβλέψεις του Ν. 1397/83, που υλοποιήθηκε, συνδέοντας όμως διοικητικά τα Κ.Υ. με τα νοσοκομεία. Σχεδόν αμέσως άρχισε η υποβάθμισή τους και σήμερα παρέχουν πλέον ελάχιστο μέρος των προβλεπόμενων και εν δυνάμει ικανών δυνατοτήτων τους.

Τα αστικά Κέντρα Υγείας ουδέποτε ιδρύθηκαν, κατ' απαίτηση και επιβολή αλληλοσυγκρουόμενων συμφερόντων. Οι ιατρικές μονάδες των ασφαλιστικών ταμείων απαξιώθηκαν και παρέμειναν στο επίπεδο της απλής «περιπατητικής» ιατρικής, προκαλώντας κόστος χρόνου και ιδιωτικού χρήματος για τους πολίτες.

Κατά την τελευταία τριακονταετία υπήρξαν πολλές άλλες απόπειρες οργάνωσης της ΠΦΥ, που έμειναν νομοσχέδια καλών προθέσεων ή ανενεργοί νόμοι. Αν και στο μεταξύ διατέθηκαν τεράστιοι πόροι από τον κρατικό προϋπολογισμό, τις ευρωπαϊκές επιχορηγήσεις και τις ασφαλιστικές εισφορές, το αποτέλεσμα υπήρξε αποκαρδιωτικό.

Συνολικά, ιδρύθηκαν περίπου 560 δημόσιες μονάδες, πέραν όσων λειτούργησαν με πρωτοβουλία της τοπικής αυτοδιοίκησης και άλλων κοινωνικών φορέων. Ουδέποτε όμως διεκπεραιώθηκε συνολικά το πραγματικό έργο της ΠΦΥ. Σε γενικές γραμμές και με ελάχιστες εξαιρέσεις, οι αστικές και περιφερειακές μονάδες αναλώθηκαν κυρίως στην συνταγογράφηση και ανέλαβαν το εύκολο ρόλο του «τροχονόμου» προς τα νοσοκομεία.

Μετά την ανοιχτή εκδήλωση της χρεωκοπίας του ελληνικού Δημοσίου το 2010, οι κυβερνήσεις προχώρησαν σε σειρά σπασμωδικών, ανεπεξέργαστων, ημιτελών ή και απρόσφορων οργανωτικών κινήσεων στον υγειονομικό χώρο. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνεται και η διακοπή λειτουργίας ενός απροσδιόριστου αριθμού αστικών μονάδων, χωρίς όμως να υπάρξει μέριμνα για την ανασυγκρότηση και ενίσχυση των υπολοίπων, ώστε να λειτουργήσουν ως γνήσιες Μονάδες ΠΦΥ/ΕΦΥ. Αντιθέτως, οι μονάδες αυτές απορφανίσθηκαν περαιτέρω, με τη μεταφορά σημαντικού ποσοστού του εναπομένου προσωπικού τους στα νοσοκομεία, μαζί φυσικά με του εξυπηρετούμενου πολίτες. Όλες οι αποφάσεις, ενέργειες και παραλείψεις εξακολουθούν να είναι προϊόντα συντεχνιακών ανταγωνισμών και συμβιβασμών, με κύρια επιδίωξη την αποφυγή του «πολιτικού κόστους». Η Πολιτική Υγείας βρίσκεται ουσιαστικά σε νάρκη, με τα πολιτικά επιτελεία και τους συνδικαλιστικούς φορείς να επιδίδονται στην διατύπωση αλληλοσυγκρουόμενων προτάσεων και κατηγοριών ή στην εκπόνηση ουτοπικών και

δαπανηρών σχεδίων, αγνοώντας την πραγματική κατάσταση της χώρας και προσπερνώντας τις τρέχουσες, **σημερινές** ανάγκες των πολιτών. Στην πραγματικότητα, ο πληθυσμός **ωθείται** στα νοσοκομεία, για την λήψη εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας.

### 3. Προϋποθέσεις Επιτυχούς Οργάνωσης της Εξωνοσοκομειακής Φροντίδας

Ο προγραμματισμός οποιασδήποτε αλλαγής και ιδιαίτερα μιας εκτεταμένης Μεταρρύθμισης, προϋποθέτει συγκεκριμένη αλληλουχία εξασφαλίσεων και δράσεων, που μπορούν να προσφέρουν αποδεκτές εγγυήσεις επιτυχίας. Σύμφωνα με βασικές αρχές του επιστημονικού management, η αναδιοργάνωση της Εξωνοσοκομειακής Φροντίδας οφείλει να στηριχτεί στις ακόλουθες προϋποθέσεις:

(α) Διασφάλιση μιας πλειοψηφικής κοινωνικής συναίνεσης, τουλάχιστον στις βασικές αρχές ενός σχεδίου, ώστε να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα συνεχών ανατροπών με κάθε κυβερνητική ή υπουργική αλλαγή, όπως συμβαίνει μόνιμα.

(β) Συγκεκριμένο και αναλυτικό προσδιορισμό του πραγματικού **κόστους**, με σαφή και μακροπρόθεσμη αναφορά προέλευσης και δέσμευση των αναγκαίων οικονομικών πόρων. Εφόσον προγραμματιστεί μεταφορά πόρων από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Εξωνοσοκομειακή Φροντίδα, πρέπει να γνωστοποιηθεί ο σχετικός μηχανισμός.

(γ) Στήριξη του **υπάρχοντος** συστήματος ΠΦΥ κατά τη μεταβατική περίοδο και όχι μεταρρύθμιση **εν κενώ**. Οι σπαργανώδεις απόπειρες είναι αντιοικονομικές και αγνοούν την κάλυψη των σημερινών αναγκών του πληθυσμού, ενώ δημιουργούν πρόσθετες και επικίνδυνες παρενέργειες στο νοσοκομειακό πλέγμα.

(δ) Άμεση έναρξη **ειδίκευσης** του ελλείποντος, αλλά αναγκαίου ανθρώπινου δυναμικού, χωρίς το οποίο είναι ανέφικτη η πλήρης ανάπτυξη και εφαρμογή ενός αξιόπιστου συστήματος Εξωνοσοκομειακής Φροντίδας.

(ε) Ολοκλήρωση της **ηλεκτρονικής** υποδομής που είναι απολύτως απαραίτητη σήμερα και για το μέλλον, προκειμένου να λειτουργήσει αποτελεσματικά και αποδοτικά τόσο η Εξωνοσοκομειακή, όσο και η Δευτεροβάθμια περίθαλψη.

(στ) Ενδελεχής μελέτη των εναλλακτικών και επιλογή του **προσήκοντος** συστήματος εργασιακών σχέσεων και αμοιβής των επαγγελματιών υγείας, με τρόπο που θα ικανοποιούνται πλήρως οι στόχοι της Πολιτικής Υγείας και οι ανάγκες του πληθυσμού, χωρίς ανεπιθύμητες παρενέργειες.

(ζ) Επιλογή του πλέον **κατάλληλου** οργανωτικού σχήματος της Εξωνοσοκομειακής Φροντίδας, με βάση την σύγχρονη «τεχνολογία παραγωγής», τα ποικιλόμορφα εθνικά δεδομένα, τις ανάγκες και κυρίαρχες επιλογές των χρηστών και των επαγγελματιών υγείας, την απόλυτη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών και την ορθολογική

διαχείριση των σπάνιων οικονομικών πόρων. Άλλου είδους σκοπιμότητες, που αντιστρατεύονται στην πράξη ή θέτουν σε δεύτερη μοίρα τον ασθενοκεντρικό προσανατολισμό του συστήματος, πρέπει να εκλείψουν από τον σχεδιασμό της Πολιτικής Υγείας.

#### 4. Το Αναγκαίο Ειδικευμένο Προσωπικό

Παρ' ότι η Ελλάδα διαθέτει τη μεγαλύτερη στον κόσμο αναλογία γιατρών/πληθυσμού, δεν έχει το αναγκαίο προσωπικό στελέχωσης της Εξωνοσοκομειακής Φροντίδας, για λόγους που είναι γνωστοί. Σήμερα, παράγονται γιατροί σε «νοσοκομειακές» κυρίως ειδικότητες που είναι ήδη κορεσμένες έως και 200%, με αποτέλεσμα οι νεότεροι να μεταναστεύουν αμέσως στο εξωτερικό για εξεύρεση εργασίας ή να δημιουργούν ατομικό εισόδημα στο εσωτερικό με αδιαφανείς μεθόδους.

Για την υλοποίηση της Μεταρρύθμισης στην Πρωτοβάθμια/Επείγουσα Φροντίδα, απαιτούνται ταχύτατες αλλαγές στο σύστημα ιατρικής εκπαίδευσης και κυρίως συναφούς ειδίκευσης/εξειδίκευσης ενός αριθμού ιατρών και νοσηλευτών. Συγκεκριμένες προτάσεις είναι:

(α) Άμεση αναγνώριση ως αυτοτελούς ειδικότητας της **Επείγουσας Ιατρικής**, με ταυτόχρονη μετατροπή θέσεων ειδικευομένων στις κορεσμένες ειδικότητες, στα 20-30 μεγαλύτερα γενικά νοσοκομεία και στα Αυτόνομα ΤΕΠ, που πρέπει επίσης να συσταθούν αμέσως.

(β) Άμεση μετατροπή θέσεων ειδικευομένων, από τις κορεσμένες ειδικότητες σε αυτήν της **Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής**, με αυστηροποίηση του συστήματος παρακολούθησης του εκπαιδευτικού προγράμματος.

(γ) Άμεση μετατροπή θέσεων ειδικευομένων, από τις κορεσμένες ειδικότητες σε αυτήν της **Κοινωνικής Ιατρικής/Δημόσιας Υγείας**.

(δ) Θέσπιση επίσημης εξειδίκευσης στην **Γηριατρική**, ενδεχομένως δε και σε άλλες εξειδικεύσεις της εξωνοσοκομειακής φροντίδας (π.χ. Σχολική Ιατρική).

Ως αποτελεσματικό **κίνητρο** προσέλκυσης νέων ιατρών στις παραπάνω ειδικεύσεις μπορεί να νομοθετηθεί **η υποχρέωση του κράτους** να τους προσφέρει συμβόλαια απασχόλησης στις δημόσιες δομές Εξωνοσοκομειακής Φροντίδας.

Αντίστοιχη μέριμνα πρέπει να ληφθεί και για την ειδίκευση **νοσηλευτικού** προσωπικού στις ανάγκες της εξωνοσοκομειακής φροντίδας. Είναι απαραίτητη η επίσημη θέσπιση τουλάχιστον των ακόλουθων ειδικοτήτων:

- Επείγουσα και Εντατική Νοσηλευτική,

- Κοινωνική Νοσηλευτική,
- Γηριατρική Νοσηλευτική.

Για όλο το παραπάνω προσωπικό και τις άλλες ειδικότητες, που απαιτούνται στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα, η εξοικείωση με την **Ηλεκτρονική Υγεία** είναι προϋπόθεση επιτυχούς άσκησης των καθηκόντων τους.

## 5. Η Αξιοποίηση των Δυνατοτήτων e-Health

Σήμερα, η αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας έχουν σύμμαχο την ψηφιοποίηση, η ανάπτυξη της οποίας είναι πλέον μαζική και στο άμεσο μέλλον θα είναι εξαιρετικά εκτεταμένη.

Τα τελευταία χρόνια άρχισαν στην Ελλάδα, κυρίως υπό την πίεση της Τρόικας, οι προσπάθειες ηλεκτρονικοποίησης των υγειονομικών δράσεων. Άλλες έχουν προχωρήσει σε εθνικό επίπεδο (π.χ. ηλεκτρονική συνταγογράφηση), άλλες υλοποιούνται σταδιακά (π.χ. διαγνωστικά-θεραπευτικά πρωτόκολλα), ορισμένες εφαρμόζονται κατά τόπους (π.χ. τηλεϊατρική) και άλλες βρίσκονται στο στάδιο του σχεδιασμού (π.χ. ηλεκτρονικά μητρώα ασθενών). Οι τεχνολογίες m-Health που, μεταξύ άλλων πλεονεκτημάτων, προωθούν αποφασιστικά την Τηλεδιαχείριση/Τηλεφροντίδα, δεν φαίνεται να έχουν απασχολήσει μέχρι σήμερα την εγχώρια Πολιτική Υγείας.

Η ηλεκτρονική διακυβέρνηση είναι η σύγχρονη απάντηση και προϋπόθεση της ποιοτικής και ασθενοκεντρικής λειτουργίας του συστήματος εξωνοσοκομειακής φροντίδας, όπως άλλωστε η ηλεκτρονικοποίηση της διαχείρισης των ασθενών στα νοσοκομεία είναι η μόνη που, εκτός των άλλων, μπορεί να επιτρέψει την πλήρη εξατομίκευση του κόστους νοσηλείας, το έλεγχο της ποιότητας και την αξιολόγηση των τμημάτων και των επαγγελματιών υγείας.

Χωρίς την προγενέστερη εξασφάλιση και πλήρη ενσωμάτωση της σύγχρονης ψηφιακής τεχνολογίας, ο σχεδιασμός της Μεταρρύθμισης της εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας θα είναι अपαρχαιωμένος, αναποτελεσματικός και κοστοβόρος, ενώ δεν θα αποτρέψει την εμπλοκή των νοσοκομείων στην ΠΦΥ.

Είναι προφανές ότι η «**ισότητα στην πρόσβαση**» καθίσταται πράγματι **επιτεύξιμη**, μόνο μέσω της **ηλεκτρονικοποίησης** των διαδικασιών και προσφοράς υπηρεσιών.

## 6. Εργασιακές Σχέσεις και Σύστημα Αποζημίωσης

Ιστορικά, ο ελευθεροεπαγγελματισμός αποτέλεσε το κατ' εξοχήν καθιερωμένο εργασιακό πρότυπο του ιατρικού σώματος. Βασική αιτία των παλαιότερων αντιδράσεων στην θέσπιση της κοινωνικής ασφάλισης και μεταγενέστερα στις διαδοχικές προσπάθειες

οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας, υπήρξε η απάρεσκεια των ιατρών προς την υπαλληλοποίηση. Τόσο στις υγειονομικές υπηρεσίες των ασφαλιστικών φορέων, όσο και στα κρατικά νοσοκομεία μέχρι την ίδρυση του ΕΣΥ, η εργασιακή σχέση των ιατρών ήταν η μερική ή έστω πλήρης απασχόληση, όχι όμως η αποκλειστική. Οι αντιδράσεις κατά της ίδρυσης του ΕΣΥ αφορούσαν κυρίως στον θεσμό της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Στην πραγματικότητα, γενικευμένη και απόλυτη εφαρμογή αυτού του μοντέλου εργασιακών σχέσεων δεν υπήρξε ποτέ. Είτε νομίμως (πανεπιστημιακοί, στρατιωτικοί, απογευματινά ιατρεία στο ΕΣΥ), είτε με δεκάδες αθέμιτους και γνωστούς τρόπους το ιατρικό σώμα, στη μεγάλη πλειοψηφία του, αμφισβητεί την αποκλειστικά υπαλληλική αμοιβή και συνήθως επιτυγχάνει την παράλληλη αυτοεργοδότησή του.

Για την κατανόηση της απάρεσκειας των ιατρών προς την πλήρη υπαλληλοποίηση πρέπει να λαμβάνονται υπόψη αφενός τα κίνητρα και οι λόγοι για τους οποίους επέλεξαν μία μακρόχρονη εκπαιδευτική διαδικασία και οι δυνατότητες που προσφέρει η ιατροκεντρική δομή του συστήματος, αφετέρου οι ιδιόρρυθμες και συχνά απρόβλεπτες συνθήκες, οι υπευθυνότητες και οι πρωτοβουλίες που συνεπάγεται η άσκηση του απαιτητικού επαγγέλματός τους. Άλλωστε, είναι πασιφανές ότι το **ενιαίο** υπαλληλικό μισθολόγιο, που συνοδεύει τον θεσμό της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, είναι άδικο και **ισοπεδωτικό**, εξομοιώνοντας τις αμοιβές για ανόμοιες ικανότητες, ειδικότητες, συνθήκες και καταστάσεις προσφοράς ιατρικής εργασίας.

Από την πλευρά του, το κράτος δεν έχει παραδεκτό λόγο να επιδιώκει την δημοσιούπαλληλική μονιμότητα του υγειονομικού προσωπικού, προκαλώντας παρενέργειες όπως είναι η αύξηση των δημόσιων (και συνολικών) δαπανών υγείας και η μοιραία πτώση της παραγωγικότητας και ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών. Το κοινωνικό κράτος οφείλει να είναι απαιτητικός και δίκαιος εργοδότης και όχι αδιάφορος και άδικος μισθοδότης. Μάλιστα, στον χώρο της εξωνοσοκομειακής φροντίδας το κράτος οφείλει να αξιοποιήσει, με θετικό τρόπο, τις υπάρχουσες συνθήκες ανταγωνιστικότητας, προς όφελος των πολιτών.

Μια ασθενοκεντρική προσέγγιση του ζητήματος των αμοιβών των επαγγελματιών υγείας που θα συνεργάζονται με τον δημόσιο φορέα, οφείλει να διασφαλίζει:

- (α) την προσέλκυση των ικανότερων και την παροχή κινήτρων διασποράς του υγειονομικού προσωπικού στην επικράτεια,
- (β) την αμοιβή της πραγματικής (ενεργητικής) και όχι τυπικής (παθητικής) προσφοράς εργασίας,
- (γ) την αναγκαία και ελεγχόμενη ποιότητα και ποσότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών,
- (δ) την αποφυγή της άσκοπης ανάλωσης των σπάνιων πόρων υγείας κ.λπ.

Στα ήδη συζητούμενα συστήματα αποζημίωσης της εξωνοσοκομειακής εργασίας (πάγια αντιμισθία, κατά κεφαλή, κατά πράξη κ.λπ.), η ΕΕΜΥΥ προσθέτει προς αξιολόγηση και ένα



**ευέλικτο σύστημα** διαφοροποιημένων «πακέτων» αγοράς υπηρεσιών εκ μέρους του δημόσιου. Τα «πακέτα» καθορίζονται με βάση την λεπτομερή **καταγραφή** και τον **προγραμματισμό** κάλυψης των πραγματικών αναγκών κατά τόπους, τον αριθμό, τις ειδικότητες και τα προσόντα των ιατρών και άλλων επαγγελματιών που πράγματι απαιτούνται και την ορθολογική κοστολόγηση των υπηρεσιών, λαμβάνοντας σοβαρά υπόψη το εύλογο των διαφοροποιημένων αμοιβών και τα αναγκαία κίνητρα, κατά περίπτωση.

Από την πλευρά τους, οι επαγγελματίες υγείας έχουν την δυνατότητα **να επιλέγουν** τον τόπο, την διάρκεια, το είδος και την αντιστοιχούσα αμοιβή της συνεργασίας τους με τον δημόσιο φορέα, σύμφωνα με την ειδίκευση, την εμπειρία και την προσωπική τους έφεση για συγκεκριμένα είδη εργασίας, το στάδιο του εργασιακού βίου το οποίο διανύουν, τις οικογενειακές συνθήκες κ.λπ. **Τελείως παραδειγματικά**, τέτοια «πακέτα» υπηρεσιών με διαφορετικές αμοιβές κατά περίπτωση, μπορεί να είναι:

(α) μεσοπρόθεσμα (π.χ. πενταετή) συμβόλαια πλήρους απασχόλησης με ιδιαίτερα ελκυστική αμοιβή, για έμπειρους επαγγελματίες υγείας συγκεκριμένων ειδικοτήτων, προς στελέχωση Μονάδων αυστηρά επιλεγμένων περιοχών, που μειονεκτούν γεωγραφικά ή αντιμετωπίζουν άλλα ειδικά προβλήματα,

(β) βραχυπρόθεσμα συμβόλαια (π.χ. 1-3 ετών) εξωτερικών Οικογενειακών Ιατρών (γενικοί ιατροί – παθολόγοι – παιδίατροι), βάσει λίστας προσδιορισμένου αριθμού εγγεγραμμένων πολιτών που επιθυμούν να ασκήσουν το δικαίωμα επιλογής, με μικτό σύστημα αμοιβής που θα διασφαλίζει την ποιότητα και αποδοτικότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών, τα οποία προσιδιάζουν σε έμπειρους επαγγελματίες που έχουν ήδη εξασφαλίσει την προσωπική εμπιστοσύνη ενός κύκλου πολιτών,

(γ) βραχυπρόθεσμα συμβόλαια εξαρτημένης εργασίας με κυλιόμενο ωράριο (πρωί-απόγευμα-νύχτα, καθημερινές-αργίες) για την στελέχωση των Ιατρείων των Μονάδων, των αυτόνομων ΤΕΠ και των μέσων υγειονομικής μεταφοράς (ΕΚΑΒ),

(δ) βραχυπρόθεσμα συμβόλαια για την ημερήσια διεκπεραίωση συγκεκριμένου αριθμού επισκέψεων ασθενών κατ' οίκον, που προγραμματίζονται από τις Μονάδες (π.χ. πολίτες υπερήλικες ή με προβλήματα κινητικότητας, μετανοδοκομειακή φροντίδα κ.λπ.),

(ε) βραχυπρόθεσμα συμβόλαια για την ημερήσια διεκπεραίωση προγραμματισμένων δραστηριοτήτων πρόληψης και αγωγής υγείας, σε επιλεγμένους χώρους κ.λπ.

Στο υγειονομικό προσωπικό που ολοκληρώνει επιτυχώς ένα συμβόλαιο, έχοντας ανταποκριθεί στις προβλεπόμενες προδιαγραφές, θα παρέχεται η δυνατότητα ανανέωσης της συνεργασίας ή και αλλαγής του τόπου και είδους προσφοράς υπηρεσιών, στο πλαίσιο του υφιστάμενου προγραμματισμού. Ένας θεσμός ετήσιας υλικής και ηθικής επιβράβευσης της επαγγελματικής αριστείας θα αποδειχθεί πολύ χρήσιμος, τόσο προς όφελος των πολιτών, όσο και των διακρινόμενων επαγγελματιών υγείας.



Το σύστημα αυτό προϋποθέτει διεπιστημονική οργάνωση και διοίκηση υψηλού επιπέδου, αφενός στο στάδιο του ποιοτικού και ποσοτικού προγραμματισμού και διεκπεραίωσης της εργασίας, αφετέρου στο στάδιο της εξωτερικής και ανεξάρτητης αξιολόγησης, περιλαμβανομένων και **μετρήσεων ικανοποίησης** του πληθυσμού. Επιπλέον, επιτρέπει την σταδιακή μετάβαση και προσαρμογή στο νέο σύστημα, παρέχοντας δυνατότητες εντοπισμού πιθανών παρενεργειών και διορθωτικών κινήσεων. Η πρόταση δεν αφορά αναγκαστικά και στο ήδη υπηρετούν προσωπικό.

## 7. Πραγματικότητες, Κοινωνικές Πεποιθήσεις, Περιορισμοί

Η απεμπλοκή των Νοσοκομείων από αλλότρια καθήκοντα (ΠΦΥ) προϋποθέτει ότι το σύστημα Εξωνοσοκομειακής Φροντίδας θα καταστεί αποτελεσματικό, ποιοτικό και **πειστικό** για τους Πολίτες. Βασικοί άξονες προς αυτή την κατεύθυνση είναι α) η προσαρμογή στην επικρατούσα **τεχνολογία** παραγωγής των υπηρεσιών υγείας, β) η ανταπόκριση στην επικρατούσα κοινωνική **κουλτούρα**, τις δυνατότητες αυτοδύναμης ενημέρωσης και τις εύλογες απαιτήσεις του πληθυσμού και γ) η προσαρμογή στις υπάρχουσες ποικιλόμορφες συνθήκες, οι οποίες υποδεικνύουν και το κατάλληλο οργανωτικό υπόδειγμα, ώστε να επιτευχθεί η **μεγιστοποίηση** του ποιοτικού αποτελέσματος και η **αριστοποίηση** της χρήσης των διαθέσιμων πόρων. Σχετικά, σημειώνονται τα εξής:

(α) Τα μοντέλα ΠΦΥ τύπου Semashko και η διάγνωση «με την επίκρουση και την ακρόαση» λειτούργησαν επιτυχώς και αποδεκτά, μέχρι την έναρξη της ραγδαίας ανάπτυξης της βιοϊατρικής τεχνολογίας και τον κατακερματισμό των ιατρικών ειδικοτήτων. Εδώ και δεκαετίες το ιατρικό σώμα έχει στραφεί στην «αμυντική ιατρική», μέσω του δευτερογενούς κλινικοεργαστηριακού ελέγχου, διαμορφώνοντας και την προτίμηση του πληθυσμού για την ιατρική των ειδικοτήτων. Οι πολίτες καταφεύγουν συνειδητά στις οργανωμένες διαγνωστικές ή νοσοκομειακές μονάδες, με πρόσθετο κίνητρο τη μείωση της ταλαιπωρίας τους και του κόστους σε χρόνο.

(β) Ένας αξιόπιστος δημόσιος φορέας Εξωνοσοκομειακής Φροντίδας πρέπει να εγγυάται πλήρως τόσο την υλοποίηση της πολιτικής υγείας στον τομέα της αγωγής και της πρόληψης, όσο και την κάλυψη των εξατομικευμένων αναγκών των πολιτών (διάγνωση, θεραπεία, κατ' οίκον νοσηλεία, αποκατάσταση κ.λπ.). Η διαπίστωση και ανταπόκριση στην ανάγκη επεισοδιακής προσφυγής στην νοσοκομειακή περίθαλψη πρέπει να περιλαμβάνεται στις αρμοδιότητες του φορέα Εξωνοσοκομειακής Φροντίδας, θωρακίζοντας την εμπιστοσύνη του πληθυσμού προς αυτόν.

(γ) Οι περιορισμένες σήμερα δημόσιες δαπάνες υγείας (κρατικός προϋπολογισμός και ασφαλιστικές εισφορές) χρηματοδοτούν τόσο τον δημόσιο, όσο και τον ιδιωτικό τομέα. Οι αυξημένες ιδιωτικές δαπάνες υγείας κατευθύνονται επίσης τόσο στον ιδιωτικό, όσο και

στον δημόσιο τομέα, με διάφορους νόμιμους, νομιμοφανείς και παράνομους τρόπους. Οι μοναδικές υφιστάμενες διαφορές, δηλαδή η ιδιοκτησία των υποδομών και της τεχνολογίας και οι εργασιακές σχέσεις των επαγγελματιών υγείας, δεν απασχολούν τους πολίτες. Ο πληθυσμός ενδιαφέρεται για την έγκαιρη, ορθή και πλήρη κάλυψη των υγειονομικών του αναγκών, τον σεβασμό της αξιοπρέπειας και του χρόνου του και την απαλλαγή του από άδικες ή αναίτιες επιβαρύνσεις. Υποχρέωση της πολιτικής υγείας είναι η αριστοποίηση της χρήσης των πόρων, με αμιγώς ασθενοκεντρικά κριτήρια και χωρίς προκαταλήψεις.

(δ) Η οργάνωση της δημόσιας Εξωνοσοκομειακής Φροντίδας οφείλει να συνδυάζει την συμπαγή διοίκηση και την αναγκαία διασπορά, να διασφαλίζει την παροχή όλων των προβλεπόμενων υπηρεσιών και να λειτουργεί στα εφικτά χρηματοδοτικά πλαίσια, με ασθενοκεντρική κατανομή των πόρων. Εκτός της ποσοτικής αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας, η επιτυχία του επιστημονικού management κρίνεται κυρίως από την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται στον πληθυσμό και από την **εμπιστοσύνη** που εξασφαλίζει το σύστημα εκ μέρους των πολιτών.

## 8. Βασικές Αρχές Λειτουργίας

(α) Η δόμηση του δημόσιου συστήματος Εξωνοσοκομειακής Φροντίδας πρέπει να πραγματοποιηθεί σε **ψηφιοποιημένο περιβάλλον** λειτουργίας, με επεξεργασμένα **προγράμματα** δράσεων, υγειονομικούς **δείκτες**, σαφή **πρωτόκολλα**, αποτελεσματικές **φραγές** στην υπερκατανάλωση ή προκλητή ζήτηση υπηρεσιών και με δεδομένο συνολικό **Προϋπολογισμό** δαπανών.

(β) Η ατομική **Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας** (ΗΚΥ) ενεργοποιείται κατά την **πρώτη** επαφή των πολιτών με το σύστημα, με οποιονδήποτε τρόπο, και η χρήση της είναι **υποχρεωτική** σε κάθε επόμενη επαφή.

(γ) Οι πολίτες **δικαιούνται** αλλά **δεν υποχρεούνται** να επιλέξουν Οικογενειακό Γιατρό. Εφόσον ενταχθούν σε λίστα οικογενειακού γιατρού (με δυνατότητα εξόδου), αυτός φέρει την πλήρη ευθύνη διατήρησης της υγείας τους, της διάγνωσης πιθανής ασθένειας και της θεραπείας τους, καθορίζοντας κάθε αναγκαία δράση (εργαστηριακές εξετάσεις στις δομές του συστήματος, φαρμακοθεραπεία, προσφυγή σε ειδικό ιατρό του συστήματος, νοσηλεία στο σπίτι, εισαγωγή σε νοσοκομείο κ.λπ.).

(δ) Εναλλακτικά, οι πολίτες μπορούν να κάνουν περιστασιακή χρήση των υπηρεσιών των δημόσιων Μονάδων Εξωνοσοκομειακής Φροντίδας της περιοχής τους, προσερχόμενοι είτε στα πρωινά/απογευματινά τακτικά, είτε στα νυχτερινά ιατρεία Εφημερίας (γενικής ιατρικής/παθολογίας και παιδιατρικής), όπου θα καθορίζεται κάθε άλλη αναγκαία δράση.

(ε) Εκτός των **πράγματι** επειγόντων περιστατικών που απαιτούν άμεση νοσοκομειακή αντιμετώπιση (π.χ. εμφράγματα, εγκεφαλικά, σοβαρά τροχαία ή άλλα ατυχήματα κ.λπ.), η **αυτόβουλη** παράκαμψη του δημόσιου συστήματος Εξωνοσοκομειακής Φροντίδας πρέπει να συνεπάγεται **ιδιωτική** πληρωμή.

(στ) Τόσο οι Οικογενειακοί Γιατροί που χειρίζονται λίστα εγγεγραμμένων πολιτών, όσο και οι Μονάδες και τα στελέχη τους, πρέπει να υπόκεινται σε έκτακτη και τακτική ετήσια διεπιστημονική **αξιολόγηση**, από εξωτερικούς και πιστοποιημένους ελεγκτικούς φορείς.

## 9. Η Οργανωτική Πρόταση

Από την συνεκτίμηση όλων των παραπάνω δεδομένων και αρχών, η Ελληνική Εταιρεία Management Υπηρεσιών Υγείας (ΕΕΜΥΥ) κατέληξε στην διαμόρφωση της ακόλουθης οργανωτικής πρότασης.

### α. Ενιαίος Φορέας Πρωτοβάθμιας / Επείγουσας Φροντίδας Υγείας

Προτείνεται η δημιουργία Ενιαίου Εθνικού Φορέα Εξωνοσοκομειακής Φροντίδας, στον οποίο θα ενσωματωθούν:

- Το δίκτυο αστικών και περιφερειακών Μονάδων της δημόσιας Εξωνοσοκομειακής Φροντίδας (σημερινά Κ.Υ. – ΠΕΔΥ).
- Το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ).
- Τα **αυτόνομα** Τμήματα Επείγοντων Περιστατικών (ΤΕΠ), που πρέπει να συσταθούν άμεσα και να είναι εγκατεστημένα στις κτιριακές δομές των κρατικών νοσοκομείων, αλλά θα στελεχώνονται από τον εξωνοσοκομειακό φορέα, υποστηριζόμενα δευτερογενώς από το νοσοκομειακό προσωπικό, όταν απαιτείται.
- Τα Κέντρα Αποκατάστασης,
- Τα Κέντρα Διαχείρισης Χρόνιων Νοσημάτων, εφόσον ιδρυθούν.
- Οι Μονάδες Μετανοσοκομειακής Φιλοξενίας (αποθεραπείας, τελικού σταδίου κ.λπ.), εφόσον ιδρυθούν.

Η κεντρική και οι περιφερειακές διοικήσεις του φορέα έχουν καθήκοντα εξειδίκευσης της ασκούμενης Πολιτικής στον τομέα της Εξωνοσοκομειακής Φροντίδας, καθορισμού της αναγκαίας διασποράς των υπηρεσιών, κατανομής των διαθέσιμων πόρων, ελέγχου των αποτελεσμάτων και προγραμματισμού βελτιωτικών αλλαγών.

Οι οργανωτικές Μονάδες είναι οι μάχιμοι φορείς υλοποίησης όλων των προβλεπόμενων δράσεων Εξωνοσοκομειακής Φροντίδας, για την διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και την έγκαιρη/αποτελεσματική αντιμετώπιση της ασθένειας, κατά προτεραιότητα στις εξωνοσοκομειακές δομές, εφόσον είναι εφικτό.

Αυτό το οργανωτικό σχήμα, εκτιμάται ότι, μπορεί πράγματι να λειτουργήσει οιονεί «ανταγωνιστικά» προς την δευτεροβάθμια περίθαλψη (νοσοκομεία) και να την απαλλάξει από την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ. Προϋπόθεση επιτυχίας του μεταρρυθμιστικού εγχειρήματος είναι η **αξιοπιστία** που θα εξασφαλίσει το οργανωτικό σχήμα, βαθμολογητής της οποίας είναι ο πληθυσμός.

## **β. Βασική Οργανωτική Μονάδα**

Η συμπαγής οργάνωση/διοίκηση των εξωνοσοκομειακών δομών είναι αναγκαστική, προκειμένου να εξασφαλίζονται η μέγιστη δυνατή πληρότητα των υπηρεσιών, η ταχύτητα ανταπόκρισης σε επείγουσες καταστάσεις, η ελαχιστοποίηση του κόστους χρόνου των πολιτών και η αριστοποίηση της χρήσης των ανθρώπινων και υλικών πόρων.

Ο κατακερματισμός των δομών συνεπάγεται φαινόμενα «οργανωμένης ανευθυνότητας», αύξηση των λειτουργικών εξόδων, σπατάλη χρόνου και «δρομολόγια» των πολιτών, πιθανή υποαπασχόληση του προσωπικού και σαφή περιορισμό της διαδικασίας ελέγχου.

Ως **βασική** οργανωτική Μονάδα προτείνεται το «**Κέντρο Εξωνοσοκομειακής Φροντίδας**» (ΚΕΦ), δηλαδή τα αναδιοργανωμένα και εξελιγμένα σημερινά Κέντρα Υγείας και Μονάδες ΠΕΔΥ. Οι 560 δομές που αναπτύχθηκαν στο πρόσφατο παρελθόν είναι αριθμητικά υπερεπαρκείς, ανταποκρινόμενες σε μέση εθνική αναλογία 1/19.000 κατοίκους. Με την κατάλληλη γεωγραφική αναδιάταξη, βάσει του Υγειονομικού Χάρτη και των αναγκαίων κριτηρίων, μπορούν να συγκροτήσουν ένα πληρέστατο και αποτελεσματικό δίκτυο ΚΕΦ, διαφορετικής στελέχωσης κατά περίπτωση:

- Μικρά ΚΕΦ κάλυψης περιοχών με γεωγραφικές, συγκοινωνιακές ή άλλες ιδιαιτερότητες (π.χ. μέχρι 5.000 κατοίκους), με δραστική και πλήρη υποστήριξη υπηρεσιών e-Health,
- Μεσαία ΚΕΦ κάλυψης επαρχιακών ημιαστικών/αστικών πληθυσμών (π.χ. ανά 30.000 κατοίκους) και
- Μεγάλα ΚΕΦ κάλυψης πληθυσμιακών υποσυνόλων των μεγάλων αστικών κέντρων (π.χ. ανά 50.000 κατοίκους).

Η οργάνωση και στελέχωση των ΚΕΦ πρέπει να εξασφαλίζει τουλάχιστον:

- την Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση και την συνεχή μετεκπαίδευση όλου του προσωπικού στην χρήση νέων εφαρμογών,
- την υλοποίηση των εθνικών προγραμμάτων Δημόσιας Υγείας κάθε είδους και μορφής στην περιοχή ευθύνης τους,
- την λειτουργία τακτικών/έκτακτων ιατρείων (πρωί-απόγευμα) και ιατρείου Εφημερίας (νύχτα) Γενικής Ιατρικής/Παθολογίας και Παιδιατρικής,
- την λειτουργία εσωτερικών ή συμβεβλημένων τακτικών ιατρείων άλλων βασικών ειδικοτήτων (εκ παραπομπής), που θεωρούνται απαραίτητες για την παραμονή των πολιτών στην Εξωνοσοκομειακή Φροντίδα,

- την ύπαρξη δικής τους βασικής εργαστηριακής υποδομής και την εξασφάλιση πλήρων εργαστηριακών ελέγχων σε συνεργασία με γειτονικούς εξωτερικούς φορείς,
- την λειτουργία Σηπτικού Χειρουργείου, Μονάδας Βραχείας Νοσηλείας και Οδοντιατρείου,
- την λειτουργική διασύνδεση με **συγκεκριμένα ΤΕΠ** (1 ή 2 κατά περίπτωση),
- την δυνατότητα υγειονομικής μεταφοράς (ΕΚΑΒ),
- την δυνατότητα παροχής υπηρεσιών στο σπίτι (νοσηλεία, φροντίδα).

Συμπληρωματικές υπηρεσίες, που πρέπει να καλύπτονται αυτοδύναμα ή σε συνεργασία με εξωτερικούς φορείς, είναι η φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία, λογοθεραπεία κ.λπ.

### **γ. Σημεία Αποκεντρωμένης Προσφοράς Υπηρεσιών**

Οι ανάγκες αποκέντρωσης της προσφοράς υπηρεσιών Εξωνοσοκομειακής Φροντίδας προς τον πληθυσμό, διαφοροποιούνται ως προς τις αγροτικές και αστικές περιοχές.

Στην περίπτωση των αγροτικών περιοχών, πολύ μεγάλο ποσοστό του καλυπτόμενου πληθυσμού διαμένει **έξω** και μακριά από την έδρα του ΚΕΦ, σε διάσπαρτους οικισμούς (χωριά - μικρά νησιά) που απέχουν δεκάδες χιλιόμετρων (ή πολλά ναυτικά μίλια) από την βασική Μονάδα. Επομένως, η κάλυψη των αναγκών επιβάλλει την λειτουργία οργανωτικών **Υπομονάδων**, όπως είναι τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Στην περίπτωση των αστικών περιοχών, η έδρα κάθε ΚΕΦ βρίσκεται **μέσα** στην περιοχή διαμονής του συνόλου του καλυπτόμενου πληθυσμού (ακτίνα μικρότερη των 2-3 χιλιομέτρων), γεγονός που αναιρεί την αναγκαιότητα λειτουργίας Υπομονάδων. Με σκοπό την ελαχιστοποίηση (σε επίπεδο walking distance) των μετακινήσεων των πολιτών, θα μπορούσε να εξετασθεί το ενδεχόμενο ύπαρξης 3-4 κατάλληλων σημείων κάλυψης απλών και συχνών υπηρεσιών από κινητή μονάδα του ΚΕΦ, με διαδοχικές και προγραμματισμένες στάσεις (συλλογή βιολογικών δειγμάτων, ενεσοθεραπεία, μετρήσεις). Ενδιαφέρουσα θα ήταν, επίσης, η ενδεδειγμένη μελέτη πρακτικών άλλων χωρών, όπως η πιθανή αξιοποίηση των φαρμακείων (υπό συγκεκριμένο οργανωτικό και νομικό πλαίσιο) ως συμπληρωματικών φορέων παροχής απλών υπηρεσιών, αρκετές των οποίων παρέχονται ήδη ανεπισήμως και στην Ελλάδα.

Γενικότερα, η αναγκαία αποκέντρωση της προσφοράς υπηρεσιών δεν πρέπει να συγχέεται με τον υπερβολικό κατακερματισμό των οργανωτικών δομών, χωρίς να αναμένεται εμφανής και μετρήσιμη προστιθέμενη αξία, ώστε να αιτιολογείται η αναπόφευκτη αύξηση των λειτουργικών δαπανών του τομέα υγείας.