

Οι ιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ως συντονιστές των άλλων επιπέδων περίθαλψης

The doctors of first degree care of health as coordinators of the other levels of care

Author: Καρακώστα Αριάδνη

Νοσηλεύτρια MSc «Οργάνωση και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας» Υποψήφια Διδάκτωρ Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών Προϊσταμένη Τμήματος Έρευνας & Ανάπτυξης Α' Πε.Σ.Υ.Π Αττικής

Περίληψη

Ορισμένα από τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα, μπορούν να τεθούν υπό έλεγχο με την ανάπτυξη και ενίσχυση των μηχανισμών λειτουργικής διασύνδεσης μεταξύ Π.Φ. Υ. και των άλλων επιπέδων περίθαλψης. Σε πολλές χώρες της Ευρώπης τον συντονιστικό ρόλο αναλαμβάνει ο οικογενειακός γιατρός.

Abstract

Certain from the problems that it faces the Health System in Greece, they can be placed under control with the growth and strength the mechanisms of functional interconnection between first degree of health care and the other levels of care. In many countries of Europe the coordinative role undertakes the familiar doctor.

Ο Θεσμός του οικογενειακού γιατρού εισήχθη για πρώτη φορά στη χώρα μας με το νόμο 1397/1983 (άρθρο 17, παρ. 1) στα πλαίσια της οργάνωσης των Κέντρων Υγείας (Κ.Υ.) Αστικών Περιοχών. Σύμφωνα με το νόμο αυτό, ο οικογενειακός γιατρός αναλαμβάνει τη φροντίδα ενός συγκεκριμένου αριθμού ατόμων (σε λίστα), κατευθύνοντας το σύστημα παραπομπών των ασθενών προς τους εξειδικευμένους γιατρούς και τα εργαστήρια των Κ.Υ. και των Εξωτερικών Ιατρείων των Νοσοκομείων.

Η χρήση των υπηρεσιών των οικογενειακών γιατρών είναι προαιρετική. Η αυτοπα- ραπομπή του ασθενή σε γιατρούς ειδικοτήτων του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.), ούτε απαγορεύεται, ούτε περιορίζεται με αντικίνητρα (πρόσθετη οικονομική επιβάρυνση του ασθενή στη περίπτωση της παράκαμψης του οικογενειακού γιατρού). Οι πολίτες έχουν δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του οικογενειακού τους γιατρού. Εδώ αξίζει

να σημειωθεί ότι η ελεύθερη επιλογή γιατρού, οδοντίατρου και θεραπευτηρίου θεσπίστηκε παράλληλα με το ατομικό βιβλιário υγείας από το νόμο 2071/1992 (άρθρο 20), ο οποίος προέβλεπε και τις συμβάσεις των παροχών υπηρεσιών υγείας. Τις θέσεις οικογενειακών γιατρών καταλαμβάνουν παιδίατροι ή γενικοί γιατροί για άτομα έως 14 ετών, και γενικοί γιατροί ή παθολόγοι για τις υπόλοιπες ηλικίες. Η εκπαίδευση στη Γενική Ιατρική διέπεται από την Κοινοτική Οδηγία 86/457 του 1986, με την οποία έχει ευθυγραμμιστεί η Ελλάδα. Η Γενική Ιατρική εντάσσεται στις ειδικότητες εν αναπαρκεία, στις οποίες δόθηκαν κίνητρα επιστημονικά, όπως π.χ. απαλλαγή από την εκπλήρωση υποχρεωτικής υπηρεσίας υπαίθρου (παρ. 1 του άρθρου 21 του ν. 2071/1992) και προτεραιότητα στην επιλογή τους ως Διευθυντές Κέντρων Υγείας άγονης γραμμής (παρτου άρθρου 2 του ν. 2889/2001), καθώς και κίνητρα οικονομικά (μηνιαίο επίδομα). Ο

αριθμός των γενικών γιατρών το 2002, σύμφωνα με στοιχεία από τα πληροφοριακά όργανα τους, ανέρχονταν στους 1117 περίπου, ενώ παράλληλα υπήρχαν άλλοι 536 γιατροί ειδικευόμενοι στη Γενική Ιατρική.

Το έτος 1992, με το άρθρο 132 του ν. 2071 καταργείται το άρθρο 17 του ν. 1397/1983. Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού επανεμφανίζεται στον νόμο 2519/1997, και συγκεκριμένα στα άρθρα 31 και 32, τα οποία προβλέπουν τη διαμόρφωση της λειτουργίας Ενιαίου Φορέα Υγείας (Ε.Φ.Υ.), στα πλαίσια του οποίου δημιουργούνται Δίκτυα παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.), στα οποία συμμετέχουν μονάδες Π.Φ.Υ. του Ε.Σ.Υ., των Ασφαλιστικών Οργανισμών και Ταμείων των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης και άλλων Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.). Σύμφωνα με τον καινούργιο νόμο, σε κάθε Δίκτυο προσφέρουν υπηρεσία και οικογενειακοί γιατροί, οι οποίοι συνάπτουν ετήσιες συμβάσεις παροχής υπηρεσιών με τον Γενικό Γραμματέα της οικείας Περιφέρειας ή τον φορέα που φέρει την ευθύνη του Δικτύου, κι αμείβονται ανάλογα με τον αριθμό των πολιτών που καλύπτουν (μέχρι 1800 άτομα και 1600 για τον παιδίατρο. Καθορίζονται επίσης τα κριτήρια, η διαδικασία και κάθε άλλη λεπτομέρεια επιλογής των οικογενειακών γιατρών, καθώς επίσης και τα της οργάνωσης και λειτουργίας των ιατρείων τους και το πλαίσιο άσκησης των καθηκόντων τους.

Σε μια προσπάθεια αξιολόγησης της ισχύος της εφαρμογής του θεσμού του οικογενειακού γιατρού στην Ελλάδα, παρατίθενται τα αποτελέσματα έρευνας που έγινε στα τέλη του 1999 και στις αρχές του 2000, όπου κοινοποιήθηκαν στο 13ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γενικής Ιατρικής:

α) παντελής έλλειψη συντονιστικού ρόλου του οικογενειακού ιατρού

β) υπερβολική χρήση ειδικών ιατρών και εργαστηριακών εξετάσεων χωρίς ιατρική παραπομπή

γ) αδυναμία του ΕΣΥ να ελέγξει ακόμα και τις δικές του παραπομπές

δ) ύπαρξη στοιχειώδους δικτύου παρα

πομπών από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης. Επίσης, συμπληρωματικά αναφέρετε, ότι ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού εφαρμόστηκε στα Ιατρεία του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.) τα τελευταία 30 χρόνια, πλην όμως αποσπασματικά και με ανεπαρκή στρατηγική μεθοδολογία, ιδίως στην περιφέρεια.

Στην αποτυχία καθιέρωσης του θεσμού του οικογενειακού ιατρού συντέλεσε η έλλειψη εμπιστοσύνης των πολιτών στην αποτελεσματικότητα του Συστήματος Υγείας, η οργανωτική χαλαρότητα από τη μεριά του Κράτους, και η απροθυμία της πλειοψηφίας των γιατρών να αποδεχτούν τη μεσολάβηση του οικογενειακού γιατρού, ο οποίος κατέληξε να χρησιμοποιείται μόνο για «παρηγορητικές υπηρεσίες» ή να παρακάμπεται εντελώς. Επίσης η ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής - αδικώς - στερείται αναλόγου με άλλες ειδικότητες κύρους και «ελκυστικότητα». Οι συνέπειες της έλλειψης συντονισμού μεταξύ των πρωτοβάθμιων παροχών υπηρεσιών υγείας - κι ειδικά των γιατρών των Κ.Υ. - με το δευτεροβάθμιο επίπεδο περίθαλψης είναι η δύσκολη και μη ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στις νοσοκομειακές υπηρεσίες και η άσκοπη περιπλάνησή τους στο σύστημα υγείας, που προκαλεί πληθωρισμό επισκέψεων, οδηγώντας το σύστημα σε υπερφόρτωση, αναποτελεσματικότητα και σπατάλη πόρων. Παράλληλα, περιορίζεται η συνέχεια στη φροντίδα του ασθενή, με άμεσες επιπτώσεις στην πορεία της υγείας του.

Η ελληνική πραγματικότητα καταδεικνύει ότι τα Δίκτυα δεν εφαρμόστηκαν τελικά. Ωστόσο, πρόσφατα επανήλθαν στο προσκήνιο, με τις αλλαγές που εξήγγειλε ο Υπουργός Υγείας για τη βελτίωση της περίθαλψης των ασφαλισμένων, με τη Δημιουργία Δικτύων Ενιαίας Φροντίδας. Σύμφωνα με συνέντευξη που έδωσε ο Υπουργός Υγείας στην εφημερίδα «Το Βήμα» στις 2 Φεβρουαρίου 2003, στο γενικό πλαίσιο αλλαγών που προωθεί περιλαμβάνονται τα εξής: Θα δοθεί μεγάλη σημασία στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, με την δημιουργία των ενιαίων Δικτύων Φροντίδας Υγείας. Η δημιουργία των Δικτύων θα επιτρέπει στους κατοίκους μιας περιοχής, που είναι ασφαλισμένοι σε διάφορα

Ταμεία, να έχουν πρόσβαση σε όλα τα υποκαταστήματα των Ταμείων, του ΠΙΚΠΑ, καθώς και στα Κέντρα Υγείας της περιοχής τους για την υγειονομική τους περίθαλψη, χωρίς να έχει σημασία το Ταμείο στο οποίο είναι ασφαλισμένοι. Η γεωγραφική κατανομή των κτιρίων θεωρείται μια από τις καλύτερες παγκοσμίως, από την άποψη της πρόσβασης των πολιτών. Στόχος είναι να υπάρχει οριζόντια διασύνδεση μεταξύ των υπηρεσιών υγείας, κάτι που δεν συμβαίνει σήμερα. Βασικό άξονα του Δικτύου αποτελεί ο οικογενειακός γιατρός, ο οποίος θα κατευθύνει τον ασφαλισμένο προς την αρμόδια υπηρεσία του Δικτύου. Το Δίκτυο, αν υπάρξει ανάγκη, θα αναλαμβάνει την υποχρέωση να εξασφαλίσει κλίνη για τον ασθενή σε νοσοκομείο.

Παράλληλα, η Διοίκηση του Ι.Κ.Α., σε συμφωνία με την απόφαση του Υπουργού Υγείας ανακοίνωσε ότι σχεδιάζει να καλύψει τα 5.000.000 ασφαλισμένους του με οικογενειακούς ιατρούς. Στο πλαίσιο αυτό έχει ξεκινήσει η λειτουργία της Πρότυπης Μονάδας Υγείας του Ι.Κ.Α. στην περιοχή των Πατησίων. Τους έξι πρώτους μήνες η Μονάδα θα λειτουργεί σε πιλοτική βάση, ενώ αργότερα προβλέπεται η σταδιακή επέκταση του συστήματος σε όλη την χώρα. Ο ασφαλισμένος θα μπορεί να αλλάζει οικογενειακό ιατρό κάθε χρόνο. Από το σύστημα παραπομπών θα εξαιρεθεί η ειδικότητα του δερματολόγου, του οφθαλμιάτρου, του νευρολόγου/ψυχιάτρου, του ενδοκρινολόγου και του χειρουργού. Τους συγκεκριμένους ιατρούς θα μπορεί να επισκέπτεται ο ασφαλισμένος χωρίς την παρέμβαση του οικογενειακού ιατρού.

Απαραίτητη προϋπόθεση της επιτυχίας της συντονιστικής προσπάθειας αποτελεί η πληροφοριακή οργάνωση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π.) και της Π.Φ.Υ. Τον Απρίλιο του 2002, στα πλαίσια του Γ Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης (Γ Κ.Π.Σ.), κατατέθηκε το Επιχειρησιακό Σχέδιο για την ανάπτυξη της Πληροφορικής στην Υγεία - Πρόνοια, με στόχους που περιλαμβάνουν και τη διασύνδεση των φορέων παροχής Π.Φ.Υ., αφενός μεταξύ τους, αφετέρου με την Δευτεροβάθμια περίθαλψη. Συγκεκριμένα σε κάθε Πε.Σ.Υ.Π. πρόκειται να υλοποιηθεί Περιφερειακό Κέντρο Δεδομένων (Π.Κ.Δ.), το οποίο θα δρα ως κόμβος, που θα επιτυγχάνει ασφαλή πρόσβαση, ανταλλαγή και ολοκλήρωση της πληροφορίας μεταξύ διαφορετικών παροχών φροντίδας υγείας της περιοχής ευθύνης του. Σταδιακά θα προστίθενται υπηρεσίες προς τους προσωπικούς γιατρούς, όπως: «Διαχείριση ραντεβού», «Παραπομπές ασθενών», «Διαχείριση Φακέλου Ασθενή», κ.α., Στο τελικό στάδιο υλοποίησης, αναμένεται η πλήρης διασύνδεση μέσω ανταλλαγής πληροφοριών μεταξύ του Πε.Σ.Υ.Π, όλων των επιπέδων του Συστήματος Υγείας και των λοιπών παραγόντων υγείας σε επίπεδο περιφέρειας (ιδιωτικά φαρμακεία, διαγνωστικά κέντρα).

Συμπερασματικά, αντιλαμβανόμαστε ότι η οργάνωση της Π.Φ.Υ. έχει αποτελέσει αντικείμενο μεταρρυθμιστικών προσπαθειών κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών. Η τελευταία απόπειρα δείχνει να βασίζεται σε μια σαφή πολιτική για την βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, η οποία προσδιορίζει στόχους και δείκτες, όπως προβλέπει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO).

Βιβλιογραφία

Βαράκης Χ., Υφαντόπουλος Λ: «Ο ρόλος του οικογενειακού ιατρού στις παραπομπές προς ειδικούς στην Ελλάδα», 1991.

Επιχειρησιακό σχέδιο για την ανάπτυξη της πληροφορικής στην Υγεία και Πρόνοια. 3ο Κοινοτικό Πλαίσιο, Δράση 1 Υπόδραση 1.1: Πληροφοριακά Συστήματα και Υπηρεσίες Π.Φ.Υ. 2002.

Θεοδώρου Μ. «Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» 1993.

Νόμος 1397/ 1983 (Άρθρο 17, παράγραφος 1).

Νόμος 2071 / 1992 (Άρθρο 20).

Κοινοτική Οδηγία 86 / 457 του 1986.

Νόμος 2889 / 2001 (Άρθρο 2, παράγραφος 5).

Νόμος 2519/ 1997 (Άρθρο 31 και 32).

Λιαρόπουλος Λ. «Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας» 1997, σσ. 74

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.).

Το Βήμα «Έρχεται ο οικογενειακός γιατρός σε όλα τα Ταμεία» 2003, Συνέντευξη Υπουργού Υγείας κ. Στεφανή.

Το Βήμα «Δημιουργούνται Δίκτυα Ενιαίας Φροντίδας» 2003, Συνέντευξη Διοικητή Ι.Κ.Α. κ. Μ. Νεκταρίου.