



## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

N. Κουντουριώτη 21, Θεσσαλονίκη 546 25  
Τηλ.: (2310) 550 048 Fax: (2310) 539 995  
www.elegeia.gr, e-mail: elegeia@elegeia.gr



## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Βίαντος 18, 17122 Ν.Σμύρνη • Τηλ.: 210 9320015  
www.enosigi.gr • contact@enosigi.gr

### ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Αθήνα, 14 Οκτωβρίου 2013

Μετά από τη δεδηλωμένη επιθυμία του Υπουργού Υγείας κ. Άδωνι Γεωργιάδη να προχωρήσει τη μεταρρύθμιση στη ΠΦΥ και να ενεργοποιήσει το θεσμό του οικογενειακού γιατρού, με ιδιαίτερο ενδιαφέρον αναμέναμε την ανακοίνωση των πορισμάτων των δυο επιστημονικών επιτροπών που επεξεργάστηκαν το θέμα. Θα θέλαμε στο σημείο αυτό να ευχαριστήσουμε την επιτροπή υπό τον καθηγητή κ. Σουλιώτη, η οποία προσκάλεσε την Ελληνική Ένωση Γενικής Ιατρικής να καταθέσει τις προτάσεις- θέσεις της σχετικά με τη μεταρρύθμιση, διακρίνοντας πως η Γενική Ιατρική αποτελεί την ειδικότητα που ασχολείται αποκλειστικά και μόνο με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

#### **Πως οραματιζόμαστε την ΠΦΥ;**

Και οι δύο επιτροπές, βασισμένες σε πλήθος στοιχείων από διεθνείς μελέτες, ενστερνίζονται τις περισσότερες από τις προτάσεις- θέσεις μας. Δεν θα μπορούσε να γίνει και αλλιώς, καθώς ο ισχυρός προσανατολισμός ενός συστήματος υγείας στην ΠΦΥ προάγει τη συνέχεια στη φροντίδα και σχετίζεται τεκμηριωμένα με καλύτερα αποτελέσματα υγείας και σε χαμηλότερα κόστη (“cost-effective”) μέσω της πρόσβασης σε περισσότερο κατάλληλες υπηρεσίες, υψηλότερη ικανοποίηση του πληθυσμού για τις υπηρεσίες υγείας και ελάττωση των ανισοτήτων στην υγεία του πληθυσμού.

#### **Αναλυτικότερα η ΠΦΥ που όλοι οραματιζόμαστε- τόσο οι δύο επιτροπές, όσο η ΕΛΕΓΕΙΑ και η Ελληνική Ένωση Γενικής Ιατρικής, περιλαμβάνει:**

- την ανάπτυξη ενός καθολικού, ενιαίου και ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με την υπαγωγή σε αυτό όλων των δημόσιων δομών ΠΦΥ (Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία ΕΣΥ, μονάδες ΠΦΥ ΕΟΠΥΥ, δομές Τοπικής Αυτοδιοίκησης κ.ά.)
- την περιφερειακή συγκρότηση του συστήματος ΠΦΥ υπό τις ΥΠε.
- την διοικητική-διαχειριστική αυτονομία των μονάδων ΠΦΥ από τα νοσοκομεία και τη λειτουργική διασύνδεση τους με αυτά.

- την 24ωρη λειτουργία των μονάδων ΠΦΥ με οικογενειακούς γιατρούς, για έκτακτα περιστατικά, ώστε να προστατεύουν τα ΤΕΠ των νοσοκομείων από τα απλά περιστατικά
- την καθολική κάλυψη του πληθυσμού με προσδιορισμό μίας βασικής δέσμης υπηρεσιών προς όλους τους πολίτες και όχι μόνο τους ασφαλιστικά ενήμερους
- την έμφαση στην πρόληψη και την προαγωγή υγείας, τη διαχείριση των παραγόντων κινδύνου και την υλοποίηση εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου.
- την εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού
- την υποχρεωτική εγγραφή του πολίτη στο μητρώο του οικογενειακού ιατρού
- την ελευθερία επιλογής οικογενειακού ιατρού από τον πολίτη με δυνατότητα αλλαγής του, όταν δεν είναι ευχαριστημένος (ενδυνάμωση του χρήστη)
- ανώτερο όριο στον πληθυσμό ευθύνης κάθε οικογενειακού γιατρού. Στον κατάλογο κάθε οικογενειακού ιατρού είναι δυνατό να εγγράφονται έως 2.000 πολίτες.
- την ανανέωση των οικογενειακών ιατρών περιοδικά. Οικογενειακοί ιατροί που βρίσκονται χαμηλά στις επιλογές των χρηστών, που η πρακτική τους δεν συμβαδίζει με τα κλινικά πρωτόκολλα, που εμφανίζονται πολυδάπανοι για το σύστημα, που παρουσιάζουν παραπτώματα ή ιατρικά λάθη, που δεν συμμετέχουν σε δραστηριότητες συνεχιζόμενης εκπαίδευσης κλπ δυνατόν να αποβάλλονται από το σύστημα και τη θέση τους να καταλαμβάνουν νέοι. Πρέπει να σημειωθεί πως ο αριθμός των οικογενειακών ιατρών πρέπει να καθορίζεται από τις ανάγκες των πληθυσμών και να είναι σχετικά σταθερός, από τη στιγμή που η αποζημίωση θα βασίζεται στο capitation
- την οριοθέτηση της πρόσβασης– μόνο μετά από παραπομπή– στη νοσοκομειακή περίθαλψη και στις εξειδικευμένες υπηρεσίες ιατρών εντός των νοσοκομείων
- την ανάγκη ενός ενιαίου πλαισίου συνεργασίας των οικογενειακών ιατρών με το νέο σύστημα με την υιοθέτηση της πλήρους απασχόλησης, είτε στις μονάδες ΠΦΥ, είτε σε ιατρεία οικογενειακής ιατρικής
- την υιοθέτηση ενός ενιαίου συστήματος αποζημίωσης για όσους αναλάβουν ρόλο οικογενειακού ιατρού, το οποίο θα περιλαμβάνει «κατά κεφαλήν» αμοιβή (capitation) και επιπλέον αμοιβή στη βάση αποτελεσμάτων και στη βάση της διαχείρισης πολλαπλών προβλημάτων, την υποστήριξη δράσεων πρόληψης κ.λπ. Επισημαίνουμε εδώ πως πρέπει να υπάρξει μέριμνα για επιπλέον αποζημίωση των οικογενειακών ιατρών που διαθέτουν στο σύστημα ΠΦΥ τα ιδιωτικά ιατρεία τους
- την υιοθέτηση ισχυρών κινήτρων για την επάνδρωση άγονων και ανεπιθύμητων περιοχών. Η μέθοδος αποζημίωσης των οικογενειακών ιατρών αυτών, θα πρέπει να διαφέρει, καθώς δεν θα έχουν εκ των πραγμάτων τη δυνατότητα να φθάσουν σε μεγάλες λίστες ασθενών.
- αμοιβή του οικογενειακού ιατρού αντάξια του κομβικού ρόλου και της ευθύνης που αναλαμβάνει μέσα στο σύστημα της ΠΦΥ. Θα πρέπει να ικανοποιεί τον ιατρό και να μην τον εξωθεί να επιδιώκει παραπληρωμές.
- τη δημιουργία ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς
- τη θέσπιση στόχων ποιότητας για όλες τις δομές και της πιστοποίησης τόσο των δομών –δημόσιων και ιδιωτικών– όσο και των ιδίων των ιατρών – performance. Απαραίτητη η ανάπτυξη ενός συστήματος αξιολόγησης και ελέγχου της ποιότητας

- παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ μέσω θέσπισης κριτηρίων ποιότητας και δεικτών και η υιοθέτηση κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών για την φροντίδα υγείας στην ΠΦΥ
- την μετατόπιση πόρων από το έως τώρα νοσοκομειοκεντρικό σύστημα υγείας προς την αποδοτικότερη ΠΦΥ

### **“Gatekeeping”- το κόκκινο πανί**

---

Στο πόρισμα της επιτροπής υπό τον κ. Σουλιώτη, υπάρχει μια παράμετρος που για εμάς αλλοιώνει το χαρακτήρα της μεταρρύθμισης και γεννά ανησυχίες για την επιτυχία της. Η επιτροπή αυτή προτείνει «ρόλο οικογενειακού ιατρού να αναλαμβάνουν ιατροί με ειδικότητες Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής, ενώ, στο πλαίσιο της διαχείρισης ασθενών με χρόνια νοσήματα, ρόλο οικογενειακού ιατρού να μπορεί να αναλαμβάνει και ιατρός άλλης ειδικότητας, έπειτα από επιλογή του ασθενούς». Πως είναι δυνατόν ένας εξειδικευμένος γιατρός να παίζει το ρόλο του οικογενειακού γιατρού είναι απορίας άξιον.... Μάλιστα προχωρώντας περισσότερο συνιστά «όσοι από τους πολίτες βρεθούν να πάσχουν από χρόνια πάθηση να υποχρεούνται να δηλώσουν και τον «προσωπικό» ιατρό ειδικότητας που τους παρακολουθεί, προκειμένου να συγκροτηθεί η Ομάδα Διαχείρισης Χρονίων Παθήσεων». Απορρίπτει τη σύνδεση του θεσμού του οικογενειακού ιατρού με το “gatekeeping”, καθώς θεωρεί πως η εισαγωγή του θεσμού πρέπει να προκύψει ως δικαίωμα και όχι ως υποχρέωση των πολιτών. Τη θέση τους αυτή διατυπώνουν λαμβάνοντας επιπλέον υπόψη, το μέγεθος και τη σύνθεση του ιατρικού δυναμικού της χώρας. Αντιθέτως η επιτροπή, υπό τον κ. Θεοδωράκη και με τη συνεργασία της ομάδας δράσης για την Ελλάδα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, οδηγήθηκε σε διαφορετικά συμπεράσματα, προτείνοντας την υποχρεωτική παραπομπή από τον οικογενειακό γιατρό για επίσκεψη στην εξειδικευμένη και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας. Από το υποχρεωτικό της παραπομπής δυνατόν να εξαιρούνται χρόνιοι ασθενείς και επιλεγμένα νοσήματα. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονιστεί η σχεδόν απόλυτη ταύτιση των θέσεων της επιτροπής αυτής με τις προτάσεις που εμείς διατυπώσαμε.

Η μοναδική, αλλά ουσιώδης αυτή διαφορά μεταξύ των δυο προτάσεων πυροδότησε ποικίλες αντιδράσεις από συνδικαλιστικούς φορείς ιατρών και γέννησε πολλά ερωτηματικά. Ακούστηκαν πολλά ευτράπελα όπως ότι «οι Τροϊκανοί ψάχνουν για πορτιέρο για τον ΕΟΠΥΥ και όχι για γιατρούς», άστοχοι ορισμοί «Σχετικά με το θεσμό του οικογενειακού ιατρού διευκρινίζουμε ότι ο ρόλος του στον αστικό πληθυσμό είναι να αποτελεί τμήμα ενός ολοκληρωμένου συστήματος παροχής εξειδικευμένων ιατρικών υπηρεσιών από τις αντίστοιχες ιατρικές ειδικότητες, ενώ μπορεί και πρέπει να αποχτήσει τον πρώτο ρόλο στις άγονες και παραμεθόριες περιοχές ως γιατρός αιχμής εκπαιδευμένος στην τηλεϊατρική και στην εξειδικευμένη υποστήριξη ζωής», που πέρα όλων των άλλων θέτουν προβληματισμούς ως προς την ισότητα των πολιτών και για το αν οι πολίτες άγονων περιοχών έχουν δικαίωμα στην εξειδικευμένη φροντίδα, έωλα ερωτηματικά σχετικά με «το αυξημένο κόστος, την επικινδυνότητα και την καθυστέρηση που θα συνεπάγεται ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού» και σαθρά επιχειρήματα: «στην Ελλάδα των ειδικών γιατρών, της εξειδίκευσης και της γνώσης, δεν έχει θέση ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού, που εφαρμόστηκε στην Αγγλία το 1950»... Συνδικαλιστές που τώρα κόπτονται για τον κίνδυνο δημιουργίας ενός κλειστού κυκλώματος γενικών γιατρών που θα ελέγχουν την ΠΦΥ, όχι μόνο δεν έδειχναν ανάλογη ευαισθησία για το κλειστό σύστημα των γιατρών του ΙΚΑ, αλλά και αντέδρασαν έντονα την

περίοδο που αυτό καταλύθηκε. Ήταν τέτοια η συσπείρωση που προκάλεσε η πρόταση της επιτροπής του κ. Θεοδωράκη, που έγκριτος συντάκτης υγείας παρατηρεί πως πρέπει «να αναγνωρίσουμε στην πρόταση της Task Force και κάτι μοναδικό: Κατάφερε να ενώσει όλους τους συνδικαλιστές γιατρούς, που μέχρι πρότινος «τρώνγονταν» για το ποιος θα εκπροσωπήσει καλύτερα τους γιατρούς...»

Πού βρίσκεται η αλήθεια πίσω από αυτά. Ο λόγος που δεν προχώρησε η μεταρρύθμιση στην ΠΦΥ, από την εποχή του Π. Αυγερινού το 1983, ήταν η ανάγκη ρήξης με ισχυρά εδραιωμένα επαγγελματικά και επιχειρηματικά συμφέροντα, που βολεύονται από τη κατακερματισμένη και ανοργάνωτη ΠΦΥ. Στην παρούσα συγκυρία η μεταρρύθμιση είναι απέναντι και στη νοσηρή κατάσταση που δημιουργεί ο πληθωρισμός των εξειδικευμένων ιατρών (πρώτη χώρα στον ΟΑΣΑ σε αριθμό γιατρών αναλογικά με τον πληθυσμό), παράλληλα με τη στρεβλή κατανομή τους, τόσο σε ειδικότητες (η μικρότερη αναλογία γενικών ιατρών ανά πληθυσμό στον ΟΑΣΑ), όσο και γεωγραφικά (υπερκορεσμός στα αστικά κέντρα, ελλείψεις σε αγροτικές περιοχές). Το πρόβλημα αυτό, που προέκυψε από την απουσία κάθε κρατικού προγραμματισμού, αλλά και τις προσωπικές επιλογές του καθενός, δημιουργεί ασφυκτικές συνθήκες για την επιβίωση των ειδικών ιατρών. Η μέχρι πρότινος απουσία κάθε ελέγχου και η προκλητή ζήτηση υπηρεσιών υγείας που επέτρεπε, κουκούλωνε το πρόβλημα. Σε ένα σύστημα υγείας που ελέγχεται ηλεκτρονικά, που αναζητεί την αποδοτικότητα των πόρων που δαπανώνται και στηρίζεται σε κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες, το πρόβλημα οξύνεται. Πως θα επιβιώσουν πχ οι ουρολόγοι στην Ελλάδα, όταν σε απόλυτο αριθμό είναι περισσότεροι από αυτούς της Γερμανίας με τον πολλαπλάσιο πληθυσμό; Δυστυχώς για τους συναδέλφους μας ειδικούς, το πρόβλημα δεν λύνεται απλά με την ελεύθερη πρόσβαση των ασθενών σε αυτούς. Ακόμα και στην πρόταση της επιτροπής υπό τον κ. Σουλιώτη, για την αποζημίωση των ειδικών προτείνεται ως αναγκαία η εφαρμογή πολιτικών αποζημίωσης στη βάση του όγκου των παρεχόμενων φροντίδων (αντίστροφη σχέση). Τι σημαίνει αυτό; Σχηματικά αν πχ οι καρδιολόγοι μιας περιοχής κορεσμένης σε καρδιολόγους, κάνουν σε όλους τρίπλεξ καρδιάς, στο τέλος θα πληρώνονται το τρίπλεξ ένα ευρώ... Αφήνεται η αγορά να αυτορυθμιστεί. Εν κατακλείδι γνώμονας στο σχεδιασμό της επόμενης μέρας στην ΠΦΥ πρέπει να είναι αποκλειστικά και μόνο η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και η προσφορά ποιοτικών και αποδοτικών υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς, όχι τα συμφέροντα επαγγελματικών ομάδων, ούτε τα επιχειρηματικά.

### **Η ελεύθερη πρόσβαση σε ειδικούς σημαίνει ποιοτικότερη φροντίδα;**

---

Στην Ελλάδα δεν υπάρχει μέχρι τώρα λειτουργία “gatekeeping” και ο κάθε ασθενής θεωρητικά δύναται να χρησιμοποιεί όποιον πάροχο και υπηρεσία ο ίδιος επιθυμεί. Παρότι κάποιος θα πίστευε πως αυτό αντιστοιχεί με αυξημένη προσβασιμότητα σε υπηρεσίες, στην πραγματικότητα αυτό δεν ισχύει. Συμμετοχές στο κόστος της φροντίδας, ιδιωτικές πληρωμές και παραπληρωμές καθιστούν πολύ σημαντικό το μερίδιο της ιδιωτικής δαπάνης σε σχέση με τη συνολική δαπάνη για την υγεία. Σε συνδυασμό με την οικονομική δυσχέρεια σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού αναφέρει ανικανοποίητες ανάγκες υγείας λόγω κόστους ή μη διαθεσιμότητας (5η θέση στην Ευρώπη...). Δεν πρέπει να λησμονούμε, πως μεγάλος αριθμός ειδικών επέλεξε να μην συμβληθεί με τον ΕΟΠΥΥ, συνεπεία των

χαμηλών αποζημιώσεων και υπάρχουν ολόκληροι νομοί στους οποίους δεν αντιπροσωπεύονται σημαντικές ειδικότητες στο δημόσιο σύστημα ΠΦΥ. Το κόστος χρόνου είναι επίσης σημαντικό για εξειδικευμένες υπηρεσίες με μακρές λίστες αναμονής, όταν δεν υπάρχει δυνατότητα για ιδιωτική πληρωμή- παραπληρωμή. Παράλληλα η ελεύθερη πρόσβαση σε ειδικούς σε συνδυασμό με τον ιατρικό πληθωρισμό πυροδοτούν την προκλητή ζήτηση υπηρεσιών υγείας, οδηγώντας σε χρήση δαπανηρών υπηρεσιών που δεν χρειάζονται που συχνά δε είναι και επιβλαβείς (πχ πολλαπλάσιος αριθμός CT-scans σε αναλογία πληθυσμού από άλλα ευρωπαϊκά κράτη με σημαντική έκθεση σε ακτινοβολία). Η μη συντονισμένη χρήση εξειδικευμένων ιατρών οδηγεί σε μια κατακερματισμένη φροντίδα, προσανατολισμένη στην ασθένεια και στη διάγνωση και όχι σε μια ολιστική προσέγγιση.

### **Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού είναι επικίνδυνος;**

---

Μάλλον το αντίθετο συμβαίνει, αλλιώς δεν θα αποτελούσε τη ραχοκοκαλιά στην πλειοψηφία των συστημάτων υγείας των ανεπτυγμένων χωρών. Πολλές μελέτες τόσο σε αναπτυγμένες, όσο και σε αναπτυσσόμενες χώρες, δείχνουν πως χώρες με ισχυρότερη ΠΦΥ έχουν καλύτερα αποτελέσματα υγείας συμπεριλαμβανομένων: της ολικής θνησιμότητας, της θνησιμότητας από καρδιαγγειακά, της βρεφικής θνησιμότητας, της πρωιμότερης διάγνωσης καρκίνων, όπως του παχέος εντέρου, του μαστού, του τραχήλου της μήτρας και του μελανώματος. Αντίθετα η μεγαλύτερη εισροή ειδικών σε ένα σύστημα σχετίζεται με φτωχότερα αποτελέσματα και αυξημένο κόστος (Starfield et al 2005, Macinko et al 2009). Σε ΗΠΑ και Αγγλία κάθε επιπλέον οικογενειακός ιατρός ανά 10.000 πληθυσμού (αντιστοιχεί σε αύξηση του αριθμού τους κατά 12-20%) σχετίζεται με μια ελάττωση στη θνησιμότητα κατά 3-10%, ανάλογα με το αίτιο θανάτου (αντιστοιχεί σε αποφυγή 120.000 θανάτων/ έτος στις ΗΠΑ). Αυτό ισχύει ακόμα και μετά από έλεγχο της επίδρασης κοινωνικό-δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών (Gulliford 2002)

### **Τι προτείνουμε;**

---

**Η φιλοσοφία της ΠΦΥ προτείνει πως η φροντίδα οφείλει να προέρχεται από τον γενικό ιατρό, όπου αυτό είναι δυνατό και από τον ειδικό, όπου αυτό είναι απαραίτητο.** Η πρόταση της επιτροπής υπό τον κ. Σουλιώτη «όταν διαγιγνώσκεται χρόνιο νόσημα σε κάποιο ασθενή να τον συνδέουμε με εξειδικευμένο ιατρό» κρίνεται άτοπη, καθώς οδηγεί στον κατακερματισμό της φροντίδας του ασθενούς. Το είδος του νοσήματος και η βαρύτητα αυτού καθορίζουν την ανάγκη παραπομπής σε εξειδικευμένο γιατρό. Δεν πρέπει άλλωστε να ξεχνάμε, πως ο οικογενειακός ιατρός, ανάμεσα στα άλλα, έχει εξειδικευτεί στην διαχείριση των συνηθών χρόνιων νοσημάτων. Παράλληλα πρέπει να συνυπολογίζουμε πως ενώ στόχος του εξειδικευμένου γιατρού είναι η θεραπεία μιας μεμονωμένης ασθένειας, του οικογενειακού γιατρού είναι η βελτίωση της συνολικής υγείας του ασθενούς. Φυσικά όταν κρίνεται σκόπιμο κάποιο χρόνιο νόσημα θα πρέπει να αντιμετωπίζεται από την ομάδα αντιμετώπισης χρόνιων νοσημάτων, όχι όμως συλλήβδην όλα. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται αρμονική συνεργασία ανάμεσα στην ΠΦΥ και τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας (ειδικοί, νοσοκομειακή φροντίδα, εξειδικευμένες διαγνωστικές υπηρεσίες).

Είναι γεγονός πως η έλλειψη κουλτούρας οργανωμένης ΠΦΥ στον πληθυσμό, είναι δυνατόν να αποτελέσει τροχοπέδη στην εφαρμογή πολιτικής σκληρού “gatekeeping” και μάλιστα απότομα. Υπό τις ιδιάζουσες όμως παρούσες συνθήκες συνηγορούμε υπέρ της άμεσης εφαρμογής του. Αν η τελική απόφαση είναι αντίθετη θα πρέπει τουλάχιστον να θεσπιστούν ισχυρά κίνητρα για χρήση του οικογενειακού γιατρού ως σημείου πρώτης επαφής και αντικίνητρα για την προσφυγή στον εξειδικευμένο γιατρό χωρίς παραπομπή.

**Ευχόμαστε να υπάρξει ισχυρή πολιτική βούληση και η μεταρρύθμιση στην ΠΦΥ της χώρας να μην μείνει στα χαρτιά, για άλλη μια φορά.**

**Την έχει ανάγκη η υγεία των ελλήνων, τώρα περισσότερο από ποτέ.**

Με εκτίμηση,

Για τα Διοικητικά Συμβούλια

Μποδοσάκης-Πρόδρομος Μερκούρης

Πρόεδρος ΕΛΕΓΕΙΑ



Ανάργυρος Μαριόλης

Πρόεδρος ΕΝΩΣΗΣ