

ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ
ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ/ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
Από τη Ρητορική στην Πράξη

ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΑΡΧΩΝ

ΟΜΑΔΑ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑΣ

Για την Ανασυγκρότηση της Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής
και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Αθήνα 2020

ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΤΗΣ
ΓΕΝΙΚΗΣ/ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
Από τη ρητορική στην πράξη

ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΑΡΧΩΝ

ΟΜΑΔΑ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑΣ

Για την Ανασυγκρότηση της Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής
και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Υπεύθυνος Επικοινωνίας

Ανάργυρος Δ. Μαριόλης MD, PhD
Διευθυντής Κέντρου Υγείας Αρεόπολης

amariolis@gmail.com · anasigrotisigppfy@gmail.com · +30 6945713380

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Η κατάσταση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού

Η υγεία του ελληνικού πληθυσμού τα τελευταία χρόνια παρουσιάζει **επιβραδυνόμενο ρυθμό βελτίωσης και συγκριτική επιδείνωση** σε σχέση με αυτήν των πληθυσμών των περισσότερων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ).

Η αναφορά αυτή αποτυπώνεται στην πορεία των γενικών δεικτών υγείας με το χρόνο, όπως της μεταβολής του προσδόκιμου επιβίωσης, της αυτοαναφερόμενης υγείας και της αποφεύξιμης θνησιμότητας. Επίσης, σύμφωνα με την Eurostat, η Ελλάδα το 2018 κατείχε την τρίτη θέση μεταξύ των 28 χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ-28), αναφορικά με τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας του πληθυσμού για ιατρική εξέταση ή θεραπεία, με ποσοστό πολλαπλάσια μεγαλύτερο του μέσου όρου της ΕΕ-28 (10.2% έναντι 3.2% αντίστοιχα), αποκαλύπτοντας **σημαντική υστέρηση στην προσβασιμότητα** των υπηρεσιών υγείας.

1.2 Οι επιδόσεις του συστήματος υγείας

Το σύστημα υγείας **αδυνατεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες υγείας και τις προσδοκίες των πολιτών**. Οι επιδόσεις της χώρας μας στον τομέα της πρόληψης είναι **ιδιαίτερα χαμηλές**, καθώς κατέχει την πρώτη θέση μεταξύ των χωρών της ΕΕ-28 στα ποσοστά καπνίσματος, παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας, αλλά και μία εκ των χαμηλότερων θέσεων στην κάλυψη του πληθυσμού στις υφιστάμενες δοκιμασίες προσυμπτωματικού ελέγχου για κακοήθειες και καρδιαγγειακά νοσήματα.

Ιδιαίτερη ανησυχία προκαλεί το υψηλό ποσοστό (9.7%) των ελληνικών νοικοκυριών που βίωσαν **καταστροφικές δαπάνες υγείας** το 2016, συγκριτικά με το μέσο όρο των χωρών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) που κυμάνθηκε στο 5.8%, σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (2019). Ακόμη, στην αξιολόγηση των εθνικών συστημάτων υγείας από τους ίδιους τους πολίτες, η Ελλάδα κατατάσσεται στις **χαμηλότερες θέσεις στην ΕΕ** (29^η θέση μεταξύ 35 χωρών, Euro Health Consumer Index 2018).

1.3 Στρεβλώσεις, φραγμοί και εμπόδια του ελληνικού υγειονομικού τομέα

Η κατάσταση αυτή αποδίδεται εν πολλοίς στα χρόνια δομικά προβλήματα του υγειονομικού τομέα. Ως χαρακτηριστικά παραδείγματα μπορούν να αναφερθούν:

- ▶ Η αποκλειστική **έμφαση στη θεραπευτική αντιμετώπιση** των νοσημάτων και η υποτίμηση της εξατομικευμένης πρόληψης και της προαγωγής υγείας, με αποτέλεσμα τη χαμηλή συνολική αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα του συστήματος.
- ▶ Η μονομερής **εστίαση στη νοσοκομειακή περίθαλψη και στην ακριβή βιοϊατρική τεχνολογία**, που αντανακλάται στην ανισοκατανομή των υλικών και ανθρωπίνων πόρων και στην υποχρηματοδότηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ). Η Ελλάδα έχει τη δεύτερη χαμηλότερη δαπάνη για εξωνοσοκομειακούς παρόχους στις χώρες του ΟΟΣΑ.
- ▶ Η έλλειψη ολοκληρωμένης και διεπιστημονικής φροντίδας, καθώς και η **απουσία διασύνδεσης των υπηρεσιών ΠΦΥ** με τις υπηρεσίες ανώτερων βαθμών φροντίδας, τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, δημόσιας υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Ο κατακερματισμός στην ΠΦΥ συνεπάγεται αλληλεπικαλύψεις υπηρεσιών, λάθη, καθυστερήσεις στη διάγνωση και θεραπεία και σπατάλη πόρων.
- ▶ Η **καταβολή υψηλών ιδιωτικών δαπανών** και η εμπορευματοποίηση της υγείας.
- ▶ Τα **εμπόδια στην πρόσβαση**, ειδικότερα για τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού (υψηλές ίδιες πληρωμές, παράτυπες πληρωμές, κόστος χρόνου), που προάγουν τις ανισότητες στην υγεία και ορθώνουν φραγμούς στην προσπάθεια για την ανασυγκρότηση και την ανάκαμψη της ιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας.

2. Η ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΝΑΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Η αναγκαιότητα συγκριτικής προτεραιοποίησης της πρωτοβάθμιας φροντίδας

Η απουσία ενός οργανωμένου και ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Ελλάδα αποτελεί διαχρονικά την κρίσιμη παράμετρο των περισσότερων προβλημάτων, όπως επισημαίνεται από την πλειοψηφία των ερευνητών των υπηρεσιών υγείας. Η μη προώθηση των σχετικών αναγκών μεταρρυθμίσεων, παρά την επανειλημμένη εξαγγελία τους τις τελευταίες δεκαετίες, δηλώνουν την ουσιαστική απουσία προγραμματικής επάρκειας και ισχυρής πολιτικής δέσμευσης για την υποστήριξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η κατάσταση μάλιστα στην πρωτοβάθμια φροντίδα **επιδεινώθηκε κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης**, εξαιτίας της μεγάλης μείωσης της χρηματοδότησης που επηρέασε δυσμενώς το ανθρώπινο δυναμικό, τον εξοπλισμό και τις υποδομές.

Από την άλλη πλευρά, μια σειρά διεθνών μελετών **τεκμηριώνουν τα πλεονεκτήματα της έμφασης στην ΠΦΥ** ως προς **την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα, την ασφάλεια και τη μείωση των ανισοτήτων** στην υγεία. Τα συστήματα υγείας με ισχυρό προσανατολισμό στην ΠΦΥ είναι πιο επικεντρωμένα στην πρόληψη και την προαγωγή υγείας και παρέχουν υπηρεσίες υγείας που είναι πιο συνεχείς, ολοκληρωμένες, συντονισμένες και ανθρωποκεντρικές. Η υπεροχή της ΠΦΥ ως προς **την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών** έχει καταδειχτεί σε τομείς όπως η διαχείριση των χρόνιων μη μεταδοτικών νοσημάτων, η ψυχική υγεία, ο έλεγχος των συμπεριφορικών και κοινωνικών κινδύνων για την υγεία και η διαχείριση των ιατρικών και νοσηλευτικών δεδομένων. Τέλος, σημαντικά είναι τα **οικονομικά οφέλη από την επένδυση στην ΠΦΥ** μέσω του περιορισμού της μη κατάλληλης, δαπανηρής και συχνά μη αποτελεσματικής δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας (περιττές επισκέψεις σε εξειδικευμένους ιατρούς, υπερβολικοί διαγνωστικοί έλεγχοι, μη τεκμηριωμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις και μη αναγκαίες νοσηλείες).

Για τους παραπάνω λόγους, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (ΕΕ) σε σχετικές εκθέσεις και συστάσεις, δηλώνουν επιτακτικά πως η ΠΦΥ έχει πρωταρχική σημασία για τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας και επομένως, τα συστήματα υγείας σε

παγκόσμια κλίμακα οφείλουν **να επαναπροσανατολισθούν στις βασικές αρχές της ΠΦΥ «τώρα περισσότερο από ποτέ»**. Μάλιστα, το Σεπτέμβριο του 2019, ο Γενικός Διευθυντής του ΠΟΥ ζήτησε από τα κράτη - μέλη του Οργανισμού να βελτιώσουν τη χρηματοδότηση της ΠΦΥ με μια γενναία αύξηση της τάξης του 1% του ΑΕΠ. Σε κάθε ολοκληρωμένο σύστημα υγείας με ισχυρό προσανατολισμό στην ΠΦΥ, ο Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός καλείται να διαδραματίσει το ρόλο του **«διευθυντή της ορχήστρας»**. Η ΕΕ συστήνει την προώθηση και χρήση οικονομικών κινήτρων που ενθαρρύνουν τους πολίτες να εγγραφούν στο Γενικό/Οικογενειακό Ιατρό και να ενταχθούν σε ένα σύστημα αναφοράς που προσδιορίζει το «μονοπάτι» της φροντίδας, από τον οικογενειακό ιατρό προς τους εξειδικευμένους ιατρούς της κοινότητας, το τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) και το νοσοκομείο.

2.2 Το πλαίσιο του νέου σχεδίου ανασυγκρότησης

Με βάση τα ανωτέρω δεδομένα, η εθνική πολιτική για την υγεία οφείλει να εστιάσει εμφλεκτικά στην ανασυγκρότηση της ΠΦΥ και να αναλάβει σαφείς και συγκεκριμένες δεσμεύσεις για την ανάταξή της. Ο πυρήνας του εγχειρήματος αποτελείται από την **πολιτική δέσμευση προτεραιοποίησης** του θέματος, σε συνδυασμό με την αναγκαία επένδυση σε υλικούς και ανθρώπινους πόρους. Υπό το πρίσμα αυτό, είναι αναγκαίο η πολιτεία να εκπονήσει, να υποστηρίξει και να εφαρμόσει ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο μεταρρύθμισης της ΠΦΥ. Η πρόταση αυτή πρέπει να ακολουθεί τους κανόνες της τεκμηριωμένης φροντίδας υγείας, της βιοηθικής και της δεοντολογίας, να ανταποκρίνεται στις ανάγκες υγείας του ελληνικού πληθυσμού, να λαμβάνει υπόψη τις συστάσεις των διεθνών οργανισμών υγείας και να συνοδεύεται με την παράλληλη ανάπτυξη των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας, δημόσιας υγείας και πρόληψης, με τις οποίες η ΠΦΥ διασυνδέεται. Βασικός στόχος της προτεινόμενης μεταρρύθμισης αποτελεί η κάλυψη του συνόλου του ελληνικού πληθυσμού με ολοκληρωμένες, ποιοτικές, ανθρωποκεντρικές, αποτελεσματικές και αποδοτικές πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας.

Το μεταρρυθμιστικό σχήμα οφείλει **να υπερβεί τις σχηματικές διακρίσεις ανάμεσα στις υφιστάμενες δομές της ΠΦΥ** του δημόσιου τομέα, της κοινωνικής ασφάλισης, της τοπικής αυτοδιοίκησης και του ιδιωτικού τομέα και να τις συγχωνεύσει σε ένα ενιαίο και λει-

τουργικό δίκτυο ΠΦΥ. Για την επίτευξη αυτού του εγχειρήματος, απαιτείται να υποστηριχθεί η **οργανωτική και λειτουργική διασύνδεση των δομών ΠΦΥ** με βάση την αρχή των «**συμβολαίων κοινής και συντονισμένης δραστηριότητας**». Τα συμβόλαια αυτά, περιγράφουν τις υποχρεώσεις και δεσμεύσεις και τις προδιαγραφές ποιότητας και αποτελεσμάτων όλων των δομών, με σκοπό την επίτευξη κοινών αποδεκτών στόχων. Παράλληλα, πρέπει σταδιακά να προωθηθούν **κοινοπρακτικά και ομαδικά σχήματα λειτουργίας**, μέσω θέσπισης κινήτρων για συλλογικές πρακτικές άσκησης της κλινικής ιατρικής και της πρόληψης που προάγουν την αποδοτική χρήση των πόρων και την ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης.

Με βάση την πρόταση αυτή, δημιουργείται ένα **ολοκληρωμένο δίκτυο ΠΦΥ** που απαρτίζεται από **επιμέρους τοπικά δίκτυα**. Το κάθε δίκτυο απαρτίζεται από μια ή περισσότερες **δομές του δημόσιου και/ή του ιδιωτικού τομέα**, όπως Κέντρα Υγείας, Περιφερειακά Ιατρεία, ΤΟΜΥ, δημοτικά ιατρεία, ιδιωτικά ιατρεία κλπ. Οι παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη για τη χωροθέτηση των δομών είναι το μέγεθος και οι ανάγκες του πληθυσμού αναφοράς, η προσβασιμότητα των πολιτών και το διαθέσιμο υγειονομικό προσωπικό.

Το δίκτυο είναι υπεύθυνο να παρέχει μια περιεκτική και σαφώς **καθορισμένη δέσμη υπηρεσιών υγείας**. Έχει την ευθύνη διαχείρισης της υγείας των πολιτών της κοινότητας με έμφαση στην πρόληψη και την προαγωγή υγείας (στόχευση των κοινωνικών και συμπεριφορικών κινδύνων για την υγεία και εφαρμογή προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου) και στη διαχείριση των συνήθων οξέων και χρόνιων νοσημάτων. **Ο βηματοδότης του δικτύου υγείας** στην προτεινόμενη μεταρρύθμιση είναι ο οικογενειακός ιατρός.

Στο προτεινόμενο υπόδειγμα, ο οικογενειακός ιατρός συνεργάζεται με τους άλλους επιστήμονες του δικτύου ΠΦΥ, σχηματίζοντας μια **ομάδα υγείας**, ανεξάρτητα αν όλα τα μέλη της ομάδας βρίσκονται στην ίδια ή διαφορετικές δομές. Η ομάδα απαρτίζεται -πλην του ιατρικού δυναμικού- από νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας και κατά περίπτωση, άλλους επαγγελματίες υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας αυτοί, αναλαμβάνουν αυτόνομους, συνεργατικούς ή επικουρικούς ρόλους, ανάλογα με τις απαιτήσεις του συστήματος, την εκπαίδευσή τους και την περίσταση. Ο οικογενειακός ιατρός αποτελεί το συνδετικό κρίκο της ομάδας υγείας. Η ομάδα υγείας **συνδέεται λειτουργικά με τις άλλες υπηρεσίες υγείας**.

ας και τα λοιπά επίπεδα του συστήματος (νοσοκομεία, ειδικοί ιατροί της κοινότητας, εργαστήρια, υπηρεσίες δημόσιας υγείας, κοινωνικές υπηρεσίες, υπηρεσίες ψυχικής υγείας, μακροχρόνια φροντίδα, κατ' οίκον φροντίδα και αποκατάσταση).

Ο οικογενειακός ιατρός είναι ιατρός ειδικότητας **Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής (κατά προτίμηση), Παθολογίας ή Παιδιατρικής του δημόσιου ή του ιδιωτικού τομέα**. Λειτουργεί ως το σημείο πρώτης επαφής με το σύστημα υγείας για τους εγγεγραμμένους στον πληθυσμό ευθύνης του πολίτες και αντιμετωπίζει αποτελεσματικά τις περισσότερες ανάγκες υγείας τους. Ο οικογενειακός ιατρός συνεργάζεται με τον πολίτη για τη διαχείριση της υγείας του, του κινδύνου, της νόσου, της φροντίδας υγείας και των ιατρικών και νοσηλευτικών δεδομένων του. Όταν είναι απαραίτητο, ο οικογενειακός ιατρός **κατευθύνει τον ασθενή μέσα στο σύστημα υγείας**, διασφαλίζοντας **τη συνέχεια και την πληρότητα** στη φροντίδα του.

Κάθε οικογενειακός ιατρός και η ομάδα υγείας έχουν ένα καθορισμένο και κατάλληλου μεγέθους **πληθυσμό ευθύνης**, με ισορροπία ανάμεσα στις δυνατότητες της ομάδας για παροχή φροντίδας και στο μέγεθος και τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού για τη διατήρηση της υγείας του οποίου έχουν τη μέριμνα. Οι πολίτες έχουν το δικαίωμα της **ευχερούς πρόσβασης**, χωρίς εμπόδια χρόνου και χρήματος, και της **ελεύθερης επιλογής** του Γενικού/Οικογενειακού Ιατρού και του δικτύου αναφοράς, χωρίς πρόσθετες και άτυπες επιβαρύνσεις, πλην των όσων προβλέπονται από το θεσμικό ασφαλιστικό πλαίσιο, στις οποίες μπορούν να ανταποκριθούν απροβλημάτιστα.

Η χρηματοδότηση των δικτύων και η αποζημίωση των οικογενειακών ιατρών πρέπει να είναι **ανάλογη με το μέγεθος και τις ανάγκες υγείας του καλυπτόμενου πληθυσμού**. Οι οικογενειακοί ιατροί που συγκροτούν την ιεραρχία διοίκησης και διαχείρισης του δικτύου κατέχουν θέσεις ή συμβόλαια πλήρους απασχόλησης, ενώ το υπόλοιπο ιατρικό προσωπικό μπορεί να απασχολείται με μισθωτή εργασία ή συμβόλαια και συμβάσεις πλήρους, μερικής ή εποχικής απασχόλησης, ανάλογα με τις ανάγκες του «δικτύου» και τις προτιμήσεις του διαθέσιμου ιατρικού προσωπικού.

Για τη χρηματοδότηση των δικτύων προτείνεται η **εισαγωγή κλειστών προϋπολογισμών και μεθόδων προοπτικής χρηματοδότησης**, σε πληθυσμό αναφοράς και εδαφική ενότητα (με εφαρμογή ανά περιφέρεια, νομαρχιακή ενότητα και δήμο). Ο καθορισμός του

ύψους του ετήσιου σφαιρικού προϋπολογισμού της εκάστοτε περιοχής θα λαμβάνει υπ' όψιν το μέγεθος του πληθυσμού και άλλους παράγοντες, οι οποίοι αντανακλούν δυνητικά την ανάγκη και τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας. Ο τρόπος αποζημίωσης των οικογενειακών ιατρών συνίσταται σε ένα μίγμα τεχνικών που βασίζεται στην **κατά κεφαλήν αποζημίωση σταθμισμένη με την τρωτότητα και τον κίνδυνο** του καλυπτόμενου πληθυσμού (ηλικιακή κατανομή και σοβαρότητα των διαγνώσεων) και περιλαμβάνει στοιχεία **πάγιας αποζημίωσης και πρόσθετων αμοιβών**, ανάλογα με το είδος και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, τις πρόσθετες πράξεις, την επίτευξη στόχων και τα τελικά αποτελέσματα της υγείας του καλυπτόμενου πληθυσμού.

2.3 Πρόσθετες αναγκαίες μεταρρυθμίσεις

Είναι προφανές ότι η εφαρμογή των ολοκληρωμένων δικτύων ΠΦΥ πρέπει να συνοδεύεται από ένα πλέγμα πρόσθετων διαρθρωτικών αλλαγών που θα της επιτρέψουν να είναι λειτουργική, αποτελεσματική και αποδοτική. Προτείνονται οι ακόλουθες στρατηγικές παρεμβάσεις:

- ▶ Οργανωτική και λειτουργική **διασύνδεση των ολοκληρωμένων δικτύων ΠΦΥ** με τις υπηρεσίες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τις δομές και υπηρεσίες δημόσιας υγείας, κοινοτικής και κοινωνικής φροντίδας, καθώς και τις υπηρεσίες αποκατάστασης και κατ' οίκον φροντίδας.
- ▶ Επένδυση στον **κατάλληλο υλικοτεχνικό εξοπλισμό** και τη βιοϊατρική τεχνολογία των μονάδων ΠΦΥ.
- ▶ Εξασφάλιση της **κατάλληλης διοικητικής και τεχνικής υποστήριξης** των μονάδων ΠΦΥ.
- ▶ Επένδυση στη **συλλογή και ανάλυση της πληροφορίας**, με αιχμή τον ενιαίο και διαλειτουργικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας, προσαρμοσμένο στις ανάγκες των υπηρεσιών ΠΦΥ.
- ▶ Ανάπτυξη συστήματος δεικτών ποιότητας και **εφαρμογή συστημάτων συνεχούς και αξιόπιστης παρακολούθησης** δεδομένων και ανεξάρτητης

αξιολόγησης των δομών, των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων.

- ▶ Ανάπτυξη, **εφαρμογή και αξιολόγηση των εργαλείων υποστήριξης** της κλινικής απόφασης, των διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων, της τηλεϊατρικής και γενικότερα της ψηφιακής ιατρικής.
- ▶ Αξιολόγηση των **εκπαιδευτικών αναγκών του ανθρώπινου δυναμικού** της ΠΦΥ και κατάρτιση εκπαιδευτικών προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.
- ▶ Ενεργητική και συνεχής **εμπλοκή της κοινότητας** στο σχεδιασμό, στη διακυβέρνηση και στην εφαρμογή της ΠΦΥ.
- ▶ Θεσμοθέτηση κινήτρων για την **προσέλκυση νέων ιατρών στη Γενική/Οικογενειακή Ιατρική**, αλλά και νέων επαγγελματιών υγείας στην ΠΦΥ.
- ▶ **Αναθεώρηση του εκπαιδευτικού προγράμματος** στη Γενική/Οικογενειακή Ιατρική, ώστε να αντιστοιχεί πλήρως με τις απαιτήσεις του ρόλου του οικογενειακού ιατρού στην κοινότητα.
- ▶ **Υποστήριξη της έρευνας** στην πρωτοβάθμια φροντίδα με έμφαση στις κλινικές μελέτες, στους συμπεριφορικούς κινδύνους και στην έρευνα υπηρεσιών υγείας.

2.4 Τα αναμενόμενα οφέλη της πρότασης ανασυγκρότησης

Η απαίτηση για σθεναρή πολιτική δέσμευση και εφαρμογή της σχετικής πρότασης για την ενδυνάμωση της ΠΦΥ και την ανάδειξη του κομβικού ρόλου της Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής, τεκμηριώνεται επιστημονικά από μελέτες σε διεθνή κλίμακα που δείχνουν την σημαντική συμβολή τους στη βελτίωση των δεικτών υγείας και της οικονομικής αποδοτικότητας του συστήματος υγείας. Η προτεινόμενη μεταρρυθμιστική προσέγγιση μπορεί να αναδειχθεί ως **θεμέλιο της ανασυγκρότησης** του συνόλου του υγειονομικού τομέα και να συμβάλλει στη **βελτίωση της πρόσβασης** των πολιτών, στην κάλυψη των ανεκπλήρωτων αναγκών και στην άρση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία.

3. ΕΠΙΜΕΤΡΟ

Είναι προφανές ότι η πρότασή μας έχει φραγμούς και εμπόδια προγραμματικής προσέγγισης και επιχειρησιακής εφαρμογής, τα οποία μπορούν να αρθούν μόνο με την εκδήλωση **ισχυρής πολιτικής δέσμευσης** και συμφωνίας στους στρατηγικούς στόχους, όσων εμπλέκονται στη λήψη των σχετικών αποφάσεων. Για τους λόγους αυτούς, η κοινότητα της Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής οφείλει να αναλάβει τις κατάλληλες πρωτοβουλίες για την **ενοποίηση των κατακερματισμένων δυνάμεων** της και τη **συνεργασία με όλους τους ιατρικούς, νοσηλευτικούς και λοιπούς υγειονομικούς φορείς**, ώστε να υπάρξουν οι αναγκαίες και απαραίτητες αποφάσεις και ενέργειες **προώθησης των ολοκληρωμένων δικτύων** πρωτοβάθμιας φροντίδας και **αποκατάστασης του κύρους και της αξιοπιστίας** της Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής.

Η κατάληψη της θέσης που δικαιούται η Γενική/Οικογενειακή Ιατρική σε ένα **αποτελεσματικό και αποδοτικό σύστημα υγείας προσανατολισμένο στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**, μας αφορά όλους. Με την πεποίθηση της θετικής ανταπόκρισης, καλούνται **πρωτίστως όλοι οι Γενικοί/Οικογενειακοί Ιατροί, αλλά και όλοι οι επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ** να συνδράμουν σε αυτό το εγχείρημα, να υπερβούν τους διχασμούς του παρελθόντος και την τοξικότητα που αναπόφευκτα επιφέρει η απραξία, ο δογματισμός, ο εγωκεντρισμός και τα μικροσυμφέροντα, και να υποστηρίξουν την προσπάθεια για την **«Ολική Επαναφορά στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τη Γενική/Οικογενειακή Ιατρική»** με το «βλέμμα μπροστά» στον 21^ο αιώνα, στις νέες γενιές των Γενικών/Οικογενειακών Ιατρών και στην υγεία και ευημερία του ελληνικού πληθυσμού.

