**Αθήνα, 1 Μαΐου 2017**

Αριθμ. Πρωτ.: 62

**ΠΡΟΣ:**

* **ΥΠΟΥΡΓΟ ΥΓΕΙΑΣ κ. Α. Ξανθό**
* **ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ ΥΠΟΥΡΓΟ ΥΓΕΙΑΣ κ. Π. Πολάκη**
* **Αν. Γ. Γραμματέα ΠΦΥ κ. Σ. Βαρδαρό**
* **ΚΕΣΥ**
* **Ελληνική Εταιρεία Γενικής Ιατρικής (ΕΛΕΓΕΙΑ)**

**ΘΕΜΑ: ΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ ΝΟΜΟΥ «ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

**Αξιότιμοι κύριοι,**

Ως επίσημος επαγγελματικός φορέας της Γενικής Ιατρικής στην Ελλάδα, με διαχρονικό αίτημα μας τη **στροφή του συστήματος υγείας προς την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας** και στις θεμελιώδεις αρχές της, βασισμένη κύρια στην **εγκαθίδρυση του θεσμού του Οικογενειακού Ιατρού (ΟΙ)** και του **συστήματος παραπομπής από τον Οικογενειακό Ιατρό προς την εξειδικευμένη φροντίδα,** δεν μπορούμε παρά να είμαστε απόλυτα σύμφωνοι με βασικές αρχές που διέπουν το σχέδιο νόμου: *τη δωρεάν καθολική υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού- ύψιστη προτεραιότητα με τη σύγχρονη απασφάλιση του πληθυσμού, την ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, τη προσέγγιση αποκλεισμένων και ευπαθών κοινωνικών ομάδων, τη διασφάλιση της ποιότητας και ασφάλειας των παρεχομένων υπηρεσιών, τη συνέχεια της φροντίδας υγείας, την ευθύνη και λογοδοσία των παρόχων υπηρεσιών υγείας, την εγγύτητα των υπηρεσιών στον τόπο κατοικίας, τη διασύνδεση με λοιπές υπηρεσίες υγείας, την ορθολογική παραπομπή στην εξειδικευμένη φροντίδα για διάγνωση, θεραπεία ή νοσηλεία, και την αγωγή υγείας της κοινότητας.*

Δυστυχώς **τα προβλήματα προκύπτουν κατά τη μετάβαση από τη θεωρία στην πράξη.** Αν και πολλές από τις παρεμβάσεις που επιχειρούνται με το σχέδιο νόμου κινούνται προς την σωστή κατεύθυνση, αρκετές κινούνται σε λάθος και δυναμιτίζουν την προσπάθεια.

***Επιχειρώντας έναν απολογισμό του εγχειρήματος στα θετικά προσμετρούνται:***

* Η καθολική κάλυψη του πληθυσμού
* Η ενεργοποίηση του θεσμού του Οικογενειακού Ιατρού
* Η λειτουργία συστήματος παραπομπής από τον Οικογενειακό Ιατρό προς την εξειδικευμένη φροντίδα: εξειδικευμένη περιπατητική, νοσοκομειακή, ΤΕΠ, που επιχειρεί να ρυθμίσει τις τρέχουσες άναρχες ροές των ασθενών στο σύστημα, καθώς και να περιορίσει την απρόσφορη χρήση εξειδικευμένης φροντίδας
* Η λειτουργία διεπιστημονικής ομάδας υγείας στις ΤΟΜΥ
* Η αποζημίωση συμβεβλημένων ιατρών βάση capitation σταθμισμένο για την ηλικία και με συγκεκριμένο πληθυσμό ευθύνης
* Η λογοδοσία και ο κοινωνικός έλεγχος των μονάδων παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας, οι Πανεπιστημιακές Εκπαιδευτικές Μονάδες Π.Φ.Υ. κ.α.

***Στα αρνητικά προσμετρούνται:***

* Η δημιουργία οικογενειακών ιατρών πολλαπλών ταχυτήτων, με διαφορετικές εργασιακές σχέσεις και με διαφορετικούς τρόπους αποζημίωσης
* Ο κίνδυνος οι ΤΟΜΥ να αποκτήσουν προνοιακό χαρακτήρα- ”charity care” για ανασφάλιστους και αλλοδαπούς, καθώς αυτοί, που αποτελούν ένα σημαντικό κομμάτι του πληθυσμού της χώρας, δεν θα έχουν πρόσβαση στους συμβεβλημένους ιδιώτες ιατρούς. Ο διαχωρισμός αυτός προάγει ανισότητες στην πρόσβαση.
* Η εργασιακή σχέση- *πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης με διετή σύμβαση* και η μέθοδος αποζημίωσης- *πάγια αντιμισθία*- των ΟΙ ιατρών των ΤΟΜΥ
* Το χαμηλό ύψος αποζημίωσης των συμβεβλημένων ΟΙ με τον ΕΟΠΥΥ
* Ο περιορισμός στην ελευθερία επιλογής ΟΙ και ιατρού εξειδικευμένου επί παραπομπής από τον ΟΙ
* Η πλήρης εξίσωση του Γενικού Γιατρού με τον Παθολόγο- *χωρίς πρόβλεψη μετεκπαίδευσης του παθολόγου σε τομείς με ελλείμματα σε γνώσεις και δεξιότητες*- και ο αποκλεισμός του Γενικού Γιατρού από το να είναι ΟΙ για παιδιά

**Προχωρώντας στην ανάλυση των ανωτέρω κρίσιμων θεμάτων:**

* **Οικογενειακός Ιατρός (ΟΙ)**

 *«Οικογενειακοί γιατροί θα μπορούν να είναι γιατροί ειδικότητας*

* ***γενικής ιατρικής ή παθολογίας για τον ενήλικο*** *πληθυσμό**και*
* ***παιδίατροι*** *για τον* ***παιδικό*** *πληθυσμό»*

**Προκύπτουν άμεσα τα ερωτήματα:**

* **Γιατί να μην μπορεί κάποιος να επιλέξει Γενικό Ιατρό ως ΟΙ για το παιδί του, αν το επιθυμεί;**
* **Γενικός γιατρός και παθολόγος είναι έννοιες ταυτόσημες;**

Σε σχέση με το πρώτο ερώτημα δεν πρέπει να ξεχνάμε πως η εκπαίδευση στην Παιδιατρική είναι βασικό κομμάτι της ειδικότητας της Γενικής Ιατρικής, καθώς και την πολλαπλή παρουσία ιατρών Γενικής Ιατρικής σε μέρη της χώρας, όπου υπάρχουν παιδιά, αλλά όχι παιδίατροι (νησιά, απομακρυσμένες περιοχές).

Σε σχέση με το δεύτερο ερώτημα, είναι σαφές πως η έλλειψη ικανού αριθμού Γενικών Γιατρών να υποστηρίξουν πλήρως το νέο σύστημα ΠΦΥ και η ανάγκη χρησιμοποίησης παθολόγων, *ανάγκη που συμμεριζόμαστε απόλυτα*, **δεν συνεπάγεται αυτόματα και πλήρη εξίσωση του Γενικού Γιατρού με τον Παθολόγο σε επίπεδο ΠΦΥ!** Στο σχέδιο νόμου οι δυο ειδικότητες χρησιμοποιούνται χωρίς διάκριση και δεν γίνεται πουθενά αναφορά στη **σειρά ελλειμμάτων** στην εκπαίδευση του παθολόγου σε γνώσεις και σε δεξιότητες *(πχ σε παιδιατρική, γυναικολογία, ψυχιατρική, χειρουργική, ορθοπαιδική καρδιολογία, ΩΡΛ κλπ)* απαραίτητες **για να ανταπεξέλθει στο ρόλο του ΟΙ στην κοινότητα. Πως θα καλυφθούν τα κενά αυτά;**

*Η Ελληνική Εταιρεία Γενικής Ιατρικής έχει συστήσει στο παρελθόν ως λύση στην έλλειψη ικανού αριθμού ΟΙ το* ***”on the job training”*** *ιατρών κλινικών με συναφές αντικείμενο.*

**Παράλληλα οι Γενικοί Γιατροί θα πρέπει να έχουν προτεραιότητα στην κάλυψη των θέσεων ΟΙ σε σχέση με τους παθολόγους,** στις περιπτώσεις που η ζήτηση υπολείπεται της προσφοράς, κατ' αντιστοιχία με ότι συμβαίνει τώρα και σε σχέση με την κάλυψη θέσεων σε ΚΥ και ΠΙ.

* **Οικογενειακός γιατρός 3 ταχυτήτων**

**Ενώ είναι απαραίτητη η τουλάχιστον προοδευτική ομογενοποίηση των εργασιακών σχέσεων και του τρόπου αποζημίωσης όλων των ιατρών που θα παίζουν το ρόλο του ΟΙ στο σύστημα-** *δεν είναι δυνατόν, ενώ οφείλουν να επιτελούν το ίδιο έργο, να αμείβονται διαφορετικά*…**- με το σχέδιο νόμου** **οι δυο διαφορετικές εκδοχές οικογενειακού γιατρού, που θα έπρεπε να γίνουν μια, γίνονται τρεις…**

* ***Οικογενειακός ιατρός ΤΟΜΥ****- μισθωτός με διετή σύμβαση ιατρός- πληθυσμός ευθύνης για ΤΟΜΥ*
* ***Οικογενειακός ιατρός κλάδου ΕΣΥ****- μισθωτός δημόσιος υπάλληλος, χωρίς πληθυσμό ευθύνης*
* ***Οικογενειακός ιατρός ιδιώτης συμβεβλημένος με ΕΟΠΥΥ*** *με αποζημίωση per capita για καθορισμένο πληθυσμό ευθύνης (γύρω στους 2.000 εγγεγραμμένους ασθενείς) και ελάχιστο ωράριο απασχόλησής ανά ημέρα και ανά βδομάδα.*
* **Λίστα ασθενών**

Η ύπαρξη λίστας ασθενών για τον κάθε οικογενειακό γιατρό είναι απαραίτητη, καθώς προάγει τη **συνέχεια στη φροντίδα** και συμβάλει στην ανάπτυξη **ευθύνης- *λογοδοσία*** *για την υγεία καθορισμένου πληθυσμού*. Το **μέγεθός της λίστας** του οικογενειακού γιατρού αποτελεί κρίσιμο παράγοντα που διαμορφώνει την ποιότητα των υπηρεσιών.

Σύμφωνα με το σχέδιο νόμου «*Γιατροί ειδικότητας* ***γενικής ιατρικής ή παθολογίας*** *θα έχουν* ***1/ 2.000- 2.500*** *ενήλικους και Γιατροί ειδικότητας* ***παιδιατρικής θα έχουν 1/ 1.000- 1.500*** *παιδιά».*

Στοχεύοντας στην ποιότητα καλό θα ήταν **μικρότερο μέγεθος λίστας με ανώτερα όρια 2000 και 1200 αντίστοιχα.** *Ο μέσος πληθυσμός ανά GP στην Ευρώπη: 1687. Μελέτες δείχνουν πως απαιτούνται 7.4 ώρες την ημέρα για να προσφέρει ένας οικογενειακός γιατρός όλες τις απαραίτητες προληπτικές υπηρεσίες και 10.6 ώρες για να προσφέρει όλη την τεκμηριωμένη (evidence based) φροντίδα για χρόνια νοσήματα στο πάνελ των ασθενών του.*  **Αν το μέγεθος του πάνελ αυξηθεί θα οδηγηθούμε σε μακρούς χρόνους αναμονής και κακή ποιότητα φροντίδας…** Επίσης θα πρέπει να ληφθεί υπόψη αν μιλάμε για γιατρό που λειτουργεί μόνος του ή για γιατρό μέλος ομάδας υγείας που υποστηρίζει το έργο του…

* **Εγγραφή σε Οικογενειακό Ιατρό**

Όσον αφορά την εγγραφή σε ΤΟΜΥ και σε οικογενειακό γιατρό ο υπουργός δηλώνει πως *«η εγγραφή των ασθενών θα* ***γίνεται κατά προτεραιότητα για τις δημόσιες δομές*** *και μέσα από τις συμβάσεις θα καλυφθεί και ο υπόλοιπος πληθυσμός». «Θα υπάρχει μια ηλεκτρονική βάση και θα μπορεί επίσης να πηγαίνει ο πολίτης στη δομή και να εγγράφεται».* Ενώ δ**ικαίωμα εγγραφής** **σε συμβεβλημένο με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. οικογενειακό γιατρό θα** έχουν οι **δικαιούχοι του Ε.Ο.Π.Υ.Υ, δικαίωμα εγγραφής** **σε Το.Μ.Υ.** θα **έχουν όλοι** οι κάτοχοι Α.Μ.Κ.Α ή Αριθμού Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού (Α.Υ.Π.Α.).

Η ρύθμιση αυτή **εισάγει και προάγει ανισότητες στη φροντίδα** σε ένα σύστημα που ευαγγελίζεται πως έρχεται για να τις μειώσει… Αν μάλιστα λάβουμε υπόψη πως οι ***ανασφάλιστοι αποτελούν το 20-25% του πληθυσμού και πως ο αριθμός των αλλοδαπών είναι σημαντικός, ελλοχεύει ο κίνδυνος ο θεσμός των ΤΟΜΥ να λάβει χαρακτήρα προνοιακής δομής-- charity care…***

* **Ελευθερία επιλογής ιατρού από τον πολίτη**

**Η ελευθερία επιλογής οικογενειακού γιατρού από τον πολίτη περιορίζεται ασφυκτικά! Κι όμως αυτή είναι απαραίτητη, καθώς ενδυναμώνει τον χρήστη** υπηρεσιών υγείας και αποτελεί απαραίτητο στοιχείο για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας μέσω της ανάπτυξης **υγιούς ανταγωνισμού** μεταξύ των παρόχων. **Δίνεται προτεραιότητα στην κάλυψη του πληθυσμού μέσω των δημόσιων δομών και όχι στις προτιμήσεις του πολίτη!**

Ένα παράδειγμα πως θα μπορούσε να λειτουργήσει η επιλογή ιατρού από τον ασθενή είναι: *στην έναρξη του νέου συστήματος ζητάω από τους γιατρούς που θα μπορούσαν να παίξουν το ρόλο του ΟΙ να κάνουν αίτηση για να ενταχθούν στο σύστημα. Αν αυτοί υπερτερούν των θέσεων που έχω υπολογίσει για την περιοχή, καλώ τους πολίτες να επιλέξουν τον ιατρό της αρεσκείας τους και τελικά επιλέγω να εντάξω στο σύστημα αυτούς που θα συγκεντρώσουν τις περισσότερες προτιμήσεις από τους πολίτες. Στη συνέχεια καλώ τους πολίτες να επιλέξουν τον ΟΙ από αυτούς που έχω συμβληθεί. Φυσικά όταν ένας πολίτης δεν μένει ικανοποιημένος από τον ΟΙ του έχει τη δυνατότητα να τον αλλάξει, μεταφέροντας και το κομμάτι αποζημίωσης που του αντιστοιχεί στον νέο γιατρό.*

Αντίστοιχα **περιορίζεται η** **ελευθερία επιλογής ιατρού εξειδίκευσης** **όταν υπάρχει παραπομπή** σε τέτοιο από τον ΟΙ, καθώς μόνο *«σε περίπτωση που υπάρχει αντικειμενική αδυναμία για κάλυψη από το Κέντρο Υγείας και το Νοσοκομείο Αναφοράς οι Το.Μ.Υ. παραπέμπουν τους λήπτες υπηρεσιών υγείας σε συμβεβλημένους παρόχους του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.».*

Για εμάς θα έπρεπε να υπάρχει μια **σειρά επιλογών ιατρών μιας ειδικότητας σε κάθε τομέα** και ο ασθενής έχοντας παραπεμπτικό να μπορεί να επιλέξει σε ποιόν από αυτούς θα απευθυνθεί. *Ο πιο δημοφιλής από τους γιατρούς θα έχει μακρύτερους χρόνους αναμονής για ραντεβού. Ο ασθενής θα προσπαθήσει να ισορροπήσει ανάμεσα στις προτιμήσεις του και στο κόστος χρόνου (μακρινό ραντεβού) , αλλά και χρήματος (αν έχει την δυνατότητα να επισκεφτεί ιατρό ιδιωτικά).*

* **Εξωνοσοκομειακή/ περιπατητική εξειδικευμένη φροντίδα**

Το σχέδιο νόμου εισάγει μια νέα βαθμίδα, μεταξύ ΠΦΥ και νοσοκομειακής φροντίδας, τις υπηρεσίες **εξειδικευμένης περιπατητικής** φροντίδας ή **εξωνοσοκομειακής εξειδικευμένης** φροντίδας υγείας που παρέχονται στους λήπτες υπηρεσιών υγείας από ***ιατρούς ειδικοτήτων* στα Κέντρα Υγείας και από ιδιώτες ειδικούς γιατρούς συμβεβλημένους με τον EOΠΥΥ.**

**Οι συμβάσεις με ιδιώτες θα έχουν προκαθορισμένο προϋπολογισμό, αντίθετα με τις ανεξέλεγκτες δαπάνες που μπορεί να προκαλέσει ένα «κατά πράξη» σύστημα αποζημίωσης. Οι *δυο δυνατές επιλογές συμβάσεων του ΕΟΠΥΥ με ειδικούς θα είναι***

* + **κατά πράξη όταν εκτελούν παραπεμπτικό οικογενειακού γιατρού** *με ένα συγκεκριμένο αριθμό πράξεων που θα ζητηθεί ανά τομέα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας* ***( ουσιαστικά εισαγωγή* global budget ανά ειδικότητα και ανά τομέα*)***
	+ **με πάγια αντιμισθία και συγκεκριμένο ημερήσιο και εβδομαδιαίο χρόνο απασχόλησης για συγκεκριμένο πληθυσμό ευθύνης,** *όσο κρίνεται απαραίτητη η δέσμευση ενός συγκεκριμένου ωραρίου ώστε να υπηρετεί ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ.*

Φυσικά ιδιαίτερα δύσκολο έργο θα είναι ο **καθορισμός των απαραίτητων επισκέψεων-πράξεων ανά ειδικότητα και αντίστοιχων budget ανά ειδικότητα ανά τομέα ΠΦΥ**. *Κι αυτό γιατί δεν μπορεί κάποιος να στηριχθεί σε ελληνικά δεδομένα του παρελθόντος, αφού* ***η προσφορά πολλές φορές καθόριζε τη ζήτηση*** *και πολλές από τις επισκέψεις-πράξεις ήταν απρόσφορες, ακόμα και πλασματικές. Η χρήση δεδομένων από τη παγκόσμια βιβλιογραφία με προσαρμογές στο ελληνικό περιβάλλον θα μπορούσε να αποτελέσει οδηγό.*

* **Σύστημα παραπομπής**

**Το σχέδιο νόμου εισάγει σύστημα παραπομπής από τον οικογενειακό ιατρό προς την εξειδικευμένη περιπατητική φροντίδα και προς τη νοσοκομειακή φροντίδα.** Στις προθέσεις του υπουργείουείναι *«ένα* ***αυστηρό σύστημα παραπομπών μεν, αλλά όχι το αυστηρό gate keeping,*** *που εφαρμόζεται στην κακή του εκδοχή στο φιλελεύθερο, αγγλικό σύστημα υγείας».* *«Ο πολίτης μέσα από την εγγραφή του θα εξασφαλίζει ταχύτερους χρόνους πρόσβασης».* Θα ισχύει το ***«Όχι αποκλειστικά. Αλλά κατά προτεραιότητα»*.**

Το σύστημα παραπομπής κρίνεται απαραίτητο για τη **ρύθμιση των άναρχων ροών ασθενών** που χαρακτηρίζουν το κατακερματισμένο σύστημα υγείας της χώρας και που αντιστρατεύονται τη συνέχεια στη φροντίδα, την ασφάλεια, την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα της φροντίδας!

*Πρέπει να γίνει κατανοητό πως η* ***σύγχρονη, ελεύθερη «τύποις» πρόσβαση στην εξειδικευμένη φροντίδα, έχει δυσάρεστα αποτελέσματα****. Ασθενείς αποφασίζουν από μόνοι τους πως χρειάζονται να καταφύγουν σε εξειδικευμένη φροντίδα, χωρίς τις περισσότερες φορές αυτό να είναι απαραίτητο και δημιουργούν* ***έμφραγμα στις προσβάσεις*** *σε αυτήν. Αυτοί που πραγματικά χρειάζονται την εξειδικευμένη φροντίδα δυσκολεύονται στην πρόσβαση και έχουν σημαντικό* ***κόστος χρόνου ή χρήματος-*** *καθυστερούν ή χρειάζεται να πληρώσουν οι ίδιοι πάνω ή κάτω από το τραπέζι για να μην περιμένουν.*

***Καλλιεργείται τεχνηέντως, κύρια από συλλόγους ιατρών*** *(άλλωστε οι ιατροί εξειδικεύσεων συνιστούν την πλειοψηφία των μελών τους…)****, η ιδέα πως σε χώρες της προηγμένης Ευρώπης, πήγανε σε συστήματα βασισμένα σε ΟΙ και με συστήματα παραπομπής προς την εξειδικευμένη φροντίδα, γιατί δεν είχανε ειδικούς γιατρούς…***

*Οι συστάσεις της* ***Ευρωπαϊκής Ένωσης*** *για τα κράτη μέλη της περιλαμβάνουν τη χρήση κινήτρων που να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να εγγραφούν σε Γενικούς/ Οικογενειακούς Ιατρούς και τη χρήση συστήματος παραπομπής για τον* ***καθορισμό ενός αποδοτικού μονοπατιού φροντίδας****:* ***από τον Γενικό/ Οικογενειακό Ιατρό στην εξειδικευμένη*** *εξωνοσοκομειακή φροντίδα, στο νοσοκομείο, στο ΤΕΠ, ενθαρρύνοντας παράλληλα την* ***ελάττωση της καταφυγής σε αχρείαστη φροντίδα και υπηρεσίες επειγόντων.***

***Η λειτουργία - ρόλος “gatekeeper” του ΟΙ******χρησιμοποιείται διεθνώς στην προσπάθεια επίτευξης συντονισμού της φροντίδας των ασθενών στα διάφορα επίπεδα του συστήματος υγείας. Η******πρόσβαση στον ειδικό εξωνοσοκομειακά, στο νοσοκομείο ή στο ΤΕΠ*** *(εκτός από τα πραγματικά επείγοντα)* ***είναι δυνατή μόνο μετά από παραπομπή από τον ΟΙ. Συναντώνται διαβαθμίσεις στην αυστηρότητα του gatekeeping στην Ευρώπη, ελάχιστες όμως χώρες έχουν πλήρη απουσία του, όπως στην Ελλάδα. Σύμφωνα με δεδομένα του 2012:***

* ***1. Απουσία gatekeeping σε*** *Austria, Belgium, Cyprus, Germany, Luxembourg, Switzerland, Turke****y*** *Οι ασθενείς έχουν άμεση πρόσβαση στους περισσότερους γιατρούς.*
* ***2. Απουσία gatekeeping, παρουσία κινήτρων για τον ασθενή σε*** *Czech Republic, Denmark, Finland, France, Iceland, Ireland, Malta, Slovakia. Άμεση πρόσβαση στους περισσότερους ιατρούς είναι δυνατή με ιδία δαπάνη.*
* ***3. Παρουσία μερικού gatekeeping*** *σε Hungary, Latvia, Poland, Sweden****.*** *Οι ασθενείς χρειάζονται παραπομπή για κάποιους από τους ειδικούς*
* ***4. Παρουσία πλήρους gatekeeping σε*** *Bulgaria, Estonia, Italy, Lithuania, Netherlands, Norway, Portugal, Romania, Slovenia, Spain, United Kingdom****.*** *Απαιτείται παραπομπή για την πρόσβαση στους περισσότερους ειδικούς.*

**Χαρακτηριστικά ο Wienke Boerma,** Διευθυντής του φημισμένου Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL) κατά τη διάρκεια του Health in Action, Ηigh Level Conference, στην Αθήνα είχε εκφράσει εμφατικά την απορία του, για την αντίθεση πολλών στο gatekeeping. *“Στην Ελλάδα πολλοί άνθρωποι λαμβάνουν φροντίδα που δεν χρειάζονται (βλέπε μαγνητικές, αξονικές, αντιβιοτικά, επεμβάσεις κλπ), ενώ ταυτόχρονα δεν λαμβάνουν φροντίδα που είναι απαραίτητη. Το gatekeeping- με το Γενικό Γιατρό να λειτουργεί ως σύμβουλος υγείας “tom-tom of care…”- είναι απαραίτητο για να βοηθήσει τους ανθρώπους να λάβουν τη φροντίδα που έχουν ανάγκη. Ρωτήστε αυτούς που εναντιώνονται στο gatekeeping πως θα διασφαλίσουν πως οι άνθρωποι θα λάβουν τη φροντίδα που έχουν ανάγκη;»*

**Την αναγκαιότητα συστήματος παραπομπής έρχονται να υποστηρίξουν δεδομένα από μελέτες που δείχνουν πως:**

 1. Οι **ακατάλληλες παραπομπές** σε ειδικούς οδηγούν σε **αυξημένη χρήση διαγνωστικών δοκιμασιών** και σε **περισσότερα ψευδώς θετικά αποτελέσματα** από τις κατάλληλες παραπομπές

 2. Οι **ακατάλληλες παραπομπές** σε ειδικούς οδηγούν σε **φτωχότερα** αποτελέσματα από τις κατάλληλες

 3. **Οι κοινωνικά ευνοημένοι έχουν υψηλότερα ποσοστά επισκέψεων σε ειδικούς** από τους κοινωνικά κατώτερους

*Αυτό που χρειάζεται στο σύστημα υγείας της χώρας μας δεν είναι η ελεύθερη πρόσβαση στην εξειδικευμένη φροντίδα, αλλά η διασύνδεση, λειτουργική και οργανωτική, της ΠΦΥ με την εξειδικευμένη φροντίδα. Η πλήρης απουσία επικοινωνίας- διασύνδεσης μεταξύ των επιπέδων φροντίδας αποτελεί διαχρονικά ένα από τα κύρια ελλείμματα του συστήματος.*

**Ένας από τους κύριους ρόλους της ΠΦΥ είναι να διασφαλίζει πως η εξειδικευμένη φροντίδα είναι περισσότερο κατάλληλη και συνεπώς αποτελεσματική**

* *Ο άριστος συνδυασμός ΠΦΥ και εξειδικευμένης φροντίδας ποικίλει ανάλογα με τα επιμέρους χαρακτηριστικά του ασθενούς, τη νόσο ακόμα και για τον κάθε ασθενή στην πορεία του χρόνου.*
* *Μια ομάδα, οργανωμένη γύρω από τις ανάγκες του ασθενούς με κοινό στόχο τη βελτίωση των αποτελεσμάτων και την αποδοτικότητα για τον ασθενή τους*
* *Συστηματικές προσπάθειες για κοινά πρωτόκολλα, καθορισμό των ενδείξεων παραπομπής και την ανάπτυξη προσωπικών σχέσεων.*
* *Πρόσβαση στο ίδιο σύστημα κλινικής πληροφορίας, δεδομένα αποτελεσμάτων συλλέγονται και κοινοποιούνται*
* *Συστήματα που αποζημιώνουν με «πακέτο» το γιατρό της ΠΦΥ και τους ειδικούς γιατρούς ως ομάδα για έναν δεδομένο ασθενή αυξάνουν τη πιθανότητα αυτοί να συνεργαστούν.*
* **Χρηματοδότηση μεταρρύθμισης**

Μια ουσιαστική και επιτυχής μεταρρύθμιση στην ΠΦΥ δυνατόν να είναι αυτοχρηματοδοτούμενη. Πιο συγκεκριμένα στο Υπουργείο Υγείας αναμένουν πως *«με την ολοκλήρωση αυτής της πρώτης φάσης του συστήματος γύρω στις 5,5 εκατομμύρια επισκέψεις δεν θα πραγματοποιούνται», δηλαδή θα έχουμε ένα περιορισμό 5,5 εκατομμυρίων επισκέψεων από εξωτερικά ιατρεία και από επισκέψεις σε ειδικούς γιατρούς»*

Περεταίρω εξοικονόμηση πόρων θα προκύψει και από την πρόληψη της νόσου και τη διατήρηση της υγείας, την αποφυγή νοσηλειών και απρόσφορων κοστοβόρων παρεμβάσεων…

Τα παραπάνω θα καταστήσουν εφικτή επιτέλους τη μεταφορά πόρων προς την ΠΦΥ. Η Ελλάδα κατευθύνει το μικρότερο ποσοστό της δαπάνης για την υγεία στην ΠΦΥ ανάμεσα σε όλες τις χώρες του ΟΑΣΑ…

* **Δημόσιο ή Κρατικό σύστημα ΠΦΥ;**

Το σύστημα της ΠΦΥ οφείλει να έχει **δημόσιο χαρακτήρα**, όχι όμως απαραίτητα και κρατικό. Στη χώρα μας, με το πυκνότερο δίκτυο ιδιωτών ιατρών στα αστικά κέντρα στον κόσμο *και σε ειδικότητες Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής*, φαντάζει πολύ πιο πρόσφορη λύση η σύναψη συμβάσεων του ΕΟΠΥΥ με ιδιώτες ιατρούς στα ιατρεία τους, παρά η δημιουργία εξ αρχής νέων κρατικών δομώνμε παράλληλα παροπλισμό των ήδη υπαρχόντων δομών και εξοπλισμών, όπως συνιστά η δημιουργία των ΤΟΜΥ. Η **χρηματοδότηση μέσω ΕΣΠΑ** θα μπορούσε να αφορά την **παροχή κινήτρων στους ΟΙ για συνενώσεις** και δημιουργία **group practices ΟΙ,** που αποτελεί διεθνώς την οργανωτική δομή επιλογής με σταδιακή εξαφάνιση των solo practices.

Αν πάραυτα αποφασιστεί η δημιουργία κρατικών δομών ΠΦΥ, παράλληλα με τη λειτουργία ιδιωτικών δομών, και στόχος είναι η ποιότητα της φροντίδας, πρέπει να τους δοθείη ευκαιρία να παίξουν με ίσους όρους και να αναπτύξουν υγιή ανταγωνισμό μεταξύ τους… **Είναι ανεπίτρεπτη κάθε «*μεροληψία υπέρ του κρατικού»*…** Στο τέλος της πιλοτικής τετραετίας πρέπει να γίνει αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών και της αποδοτικότητας των κάθε είδους δομών- ***προϋποθέτει δεδομένα και μετρήσεις*-** για να αποφασιστεί ποια κατεύθυνση πρέπει να λάβει το σύστημα…*Ποιες είναι οι προτιμήσεις και οι απόψεις των χρηστών για την κάθε μορφή; Ποια τα αποτελέσματα τους σε υγειονομικούς δείκτες; Ποιο το κόστος λειτουργίας τους;*

* **Αξιολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ**

*Η εισαγωγή της* ***"λογοδοσίας και του κοινωνικού έλεγχου των μονάδων παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ"****,* αλλά και των υπηρεσιών ΠΦΥ γενικότερα αποτελεί μια σημαντική συνιστώσα προς τη βελτίωση της λειτουργίας και της ποιότητας των υπηρεσιών τους. Η γνώμη των χρηστών, που για εμάς θα μπορούσε να εκφράζεται κατά μεγάλο ποσοστό με την ελευθερία επιλογής ΟΙ- *αλλαγή του αν ο πολίτης δεν μένει ικανοποιημένος από αυτόν*, αλλά και με ειδικά σχεδιασμένα ερωτηματολόγια ικανοποίησης από τις υπηρεσίες είναι κρίσιμη, αλλά όχι η μόνη παράμετρος που θα πρέπει να αξιολογηθεί.

Επίσης σημαντικότατη είναι η αξιολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών μέσω καταγραφής, μέτρησης και αξιολόγησης δεδομένων που αφορούν σειρά **υγειονομικών δεικτών** *(δείκτες σχετικούς με την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, με τη διαχείριση παραγόντων κινδύνου, με τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων κλπ)*, καθώς και του **ακριβούς κόστους** των παρεχόμενων υπηρεσιών. Μόνο έτσι μπορεί να προσδιοριστεί η **πραγματική αξία** των υπηρεσιών που παρέχονται.

* **Μέθοδος αποζημίωσης οικογενειακού γιατρού**

Η επιλογή της πλέον κατάλληλης ***μεθόδου στην αποζημίωση του οικογενειακού γιατρού είναι κρίσιμης σημασίας για την επιτυχία της μεταρρύθμισης.*** Η οικονομική θεωρία προβλέπει πως η μέθοδος αποζημίωσης δημιουργεί μια ομάδα κινήτρων που επηρεάζουν τη συμπεριφορά των γιατρών- *agency theory.* ***Διαφορετικές μέθοδοι αποζημίωσης δυνατόν να χρησιμοποιηθούν για να κινητοποιήσουν και να προάγουν διαφορετικούς στόχους πολιτικής υγείας.***

Η τρέχουσα αποζημίωση των συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ ιατρών **κατά πράξη για 200 επισκέψεις το μήνα** *μπορούσε να λειτουργήσει μόνο για ένα βραχύ, μεταβατικό στάδιο* και ως τέτοια σχεδιάστηκε… Προσφέρει μερική κάλυψη του πληθυσμού, ανταμείβει την επανάληψη της ίδιας συνταγής κάθε μήνα και είναι αποσυνδεδεμένη από την αξία της φροντίδας που ο πάροχος προσφέρει.

Η **πάγια αντιμισθία, που εφαρμόζεται στους γενικούς ιατρούς του ΕΣΥ και δυστυχώς προκρίνεται και για την αποζημίωση των οικογενειακών ιατρών των ΤΟΜΥ,** αποτελεί **παρωχημένη μέθοδο, καθώς δεν κινητοποιεί τον ιατρό** να προσπαθεί να προσελκύσει ασθενείς, ούτε να είναι παραγωγικός, ούτε να παρέχει υψηλής ποιότητας υπηρεσίες…

Η **«κατά κεφαλή» αποζημίωση που προτείνεται για τους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ οικογενειακούς γιατρούς** αποτελεί την παραδοσιακή μέθοδο αποζημίωσης για τον οικογενειακό γιατρό. Δυνατόν να λειτουργήσει σε ένα περιβάλλον υγιούς ανταγωνισμού μεταξύ των παρόχων. **Δυστυχώς προτείνεται να υπάρχει στάθμιση του κινδύνου μόνο για την ηλικία**. Στάθμιση του κινδύνου πρέπει να υπάρξει **και για το φύλο, την πολλαπλή νοσηρότητα, την παρουσία** καταστροφικών καταστάσεων πχ άνοια, καθώς και την κοινωνική ευαλωτότητα, διαφορετικά ελλοχεύει κίνδυνος για **cream skimming ασθενών από τους παρόχους**. Παράλληλα θα **πρέπει να υπάρχει περιθώριο στον αριθμό των ΟΙ για να εκφραστούν οι προτιμήσεις των πολιτών**, γιατί διαφορετικά καταλήγει σε πάγια αντιμισθία…- *όχι πχ 5 γιατροί για 10.000 πληθυσμό και όλοι οι γιατροί- καλοί- κακοί από 2000 ασθενείς υποχρεωτικά, αλλά 6 ή και 7 γιατροί οι 4 από τους οποίους δυνατόν να πλαφονάρουν, οι δυο να υπολειτουργούν και ο ένας να αποδεικνύεται ανεπιθύμητος…*

Δυστυχώς αγνοείται η σύγχρονη οικουμενική τάση στην αποζημίωση των οικογενειακών ιατρών-η ***μικτή μέθοδος αποζημίωσης***, που είναι και η μέθοδος που είχε προτείνει για τη χώρα μας και η task force του WHO και της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι απλές μέθοδοι αποζημίωσης συνδυάζονται σε περισσότερο πολύπλοκες μικτές μεθόδους για να επιτύχουν ένα περισσότερο επιθυμητό μίγμα κινήτρων, αποφεύγοντας μερικά από τα αντικίνητρα που δημιουργούν οι απλές μέθοδοι. Ακόμα βέβαια και οι περισσότερο πολύπλοκες μικτές μέθοδοι δεν μπορούν να εξαφανίσουν πλήρως κίνητρα για υπέρ ή υπό θεραπεία ασθενών, όμως η κατάλληλη ρύθμιση του μίγματος πετυχαίνει τα καλύτερα αποτελέσματα.

**Στα μικτά συστήματα αποζημίωσης σημαντικό ρόλο παίζει και η αποζημίωση βάση απόδοσης (P4P).** Ένα τμήμα της αποζημίωσης των ΟΙ αφορά την απόδοση τους σε σειρά στόχων που έχουν προσυμφωνηθεί και δυνατόν να αφορά υγειονομικούς δείκτες πχ *ρύθμιση διαβητικών ασθενών, ρύθμιση υπερτασικών ασθενών, επιτυχία προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου για καρκίνο (% πληθυσμού που έχει υποβληθεί σε μαστογραφία, τεστ-παπ, κολονοσκόπηση σύμφωνα με τις συστάσεις)* ή και την προκαλούμενη φαρμακευτική δαπάνη ή την δαπάνη σε παρακλινικές εξετάσεις… Μέσω της χρήσης κατάλληλων στόχων δυνατόν να προαχθούν επιθυμητές πολιτικές υγείας.

* **Εργασιακή σχέση «πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης» ή
«πλήρους, μη αποκλειστικής»**

Είναι προφανές πως η αποκλειστική απασχόληση, ειδικά αν δεν μπορεί να συνδυαστεί με μια ικανοποιητική αποζημίωση, οδηγεί τους ιατρούς σε συρρίκνωση των εισοδημάτων τους και σε αυξημένη **δυσαρέσκεια**, που δεν συνάδει με την ποιότητα…

**Ο ΟΙ πρέπει να είναι πλήρους απασχόλησης- *7 ώρες την ημέρα*- για να μπορεί να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του πληθυσμού ευθύνης του,** *ειδικά όταν μιλάμε για πάνελ ασθενών της τάξης των 2000 ασθενών***- και αποκλειστικής απασχόλησης στο ωράριο που έχει δεσμεύσει για τον ΕΟΠΥΥ.**

**Θα μπορούσε να συζητηθεί, αν κάποιος ασθενής θέλει και δύναται να πληρώσει ιδιωτικά για να αποφύγει το κόστος χρόνου-** *χρόνο αναμονής για ραντεβού***- να μπορεί να το κάνει.**

**Αν πάλι υπάρχει η ανησυχία πως ελλοχεύει κίνδυνος να αλιεύει ο γιατρός ασθενείς** από τη λίστα του και να τους μεταφέρει στο ιδιωτικό του ιατρείο, αυτός δυνατόν να εκλείψει απλά με την ***απαγόρευση στον ΟΙ να παρέχει υπηρεσίες ιδιωτικά σε ασθενείς που είναι εγγεγραμμένοι στη λίστα του ή και στις λίστες των γιατρών του group practice του*, όπως** *εφαρμόζεται πιλοτικά στην Μ. Βρετανία από έτους.* Ταυτόχρονα η **δυνατότητα του ασθενούς να αλλάξει οικογενειακό ιατρό, αν δεν είναι ικανοποιημένος από αυτόν**, δημιουργεί κίνητρο στο γιατρό να παρέχει ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς της λίστας του.

Η περίπτωση της Πορτογαλίας στην ΠΦΥ αποτελεί το καλύτερο παράδειγμα,
γιατί **δεν** πρέπει να προχωρήσουμε σε κρατικές δομές ΠΦΥ με μισθωτούς οικογενειακούς ιατρούς. Στην Πορτογαλία λειτουργούν παράλληλα:

* κρατικές δομές **με μισθωτούς ΟΙ** (**UCSP**)- ***κατάλοιπα από το παρελθόν***και
* νέου τύπου κρατικές δομές με συμβεβλημένους ΟΙ που αποζημιώνονται με **σύγχρονα μικτά συστήματα αποζημίωσης, ευαίσθητα στην απόδοση** σε σειρά δεικτών (**USF A, B**)- ***προϊόντα της μεταρρύθμισης στην ΠΦΥ***

Τα αποτελέσματα **υπέρ των δεύτερων** απέχουν παρασάγγας σε όλους τους δείκτες που χρησιμοποιούνται για την μέτρηση της ποιότητας και της αποδοτικότητας της φροντίδας: πετυχαίνουν καλύτερη ρύθμιση των διαβητικών ασθενών, καλύτερη ρύθμιση των υπερτασικών ασθενών με ταυτόχρονα χαμηλότερη φαρμακευτική δαπάνη και χαμηλότερη δαπάνη για εργαστηριακές εξετάσεις, καλύτερη εφαρμογή του εθνικού προγράμματος πρόληψης για καρκίνο (πχ παπ-τεστ, μαστογραφία, κολονοσκόπηση κλπ). **Είναι απορίας άξιο πως εμείς πάμε να υιοθετήσουμε τη μορφή δομών που οι άλλοι πάνε να απεμπολήσουν ως αποτυχημένη…**

* **Ύψος αποζημίωσης**

Για μια επιτυχή μεταρρύθμιση κρίσιμης σημασίας είναι και το ύψος αποζημίωσης των οικογενειακών γιατρών, το οποίο θα πρέπει να είναι σε άμεση συνάρτηση με το **έργο** και την **ευθύνη** που αυτοί αναλαμβάνουν. Ο **κακοπληρωμένος γιατρός δεν συνάδει με την ποιότητα στη φροντίδα.** Η χαμηλή αποζημίωση παράλληλα ωθεί στην **απαίτηση παραπληρωμών από τον χρήστη.** Ο κ**ίνδυνος περεταίρω μετανάστευσης των ικανών ιατρών είναι υπαρκτός, καθώς ο έλληνας οικογενειακός γιατρός βρίσκει** συμβόλαια ύψους 10.000€ / μήνα στην Ευρώπη και γίνεται ανάρπαστος… Ακόμα και στην **Πορτογαλία το ύψος της αποζημίωσης στις δομές νέου τύπου δυνατόν να φθάσει μέχρι τις 7000 €/μήνα μικτά** για τον οικογενειακό γιατρό που εργάζεται σε δημόσια δομή…

Πριν καθοριστεί το ύψος των αποδοχών του οικογενειακού γιατρού στο νέο σύστημα χρήσιμο θα ήταν να αναζητηθεί ποιος είναι ο μέσος όρος δηλωθέντος εισοδήματος ιδιωτών γενικών γιατρών και παθολόγων στη χώρα? Τυχόν προτεινόμενη μείωση αυτού θα προκαλέσει δυσαρέσκεια στους γιατρούς και θα καταδικάσει την προσπάθεια.

Στο ερώτημα που θα βρεθούν οι πόροι για την ικανοποιητική αποζημίωση των γιατρών, η απάντηση είναι από την εξοικονόμηση πόρων από τον περιορισμό άχρηστης και ακατάλληλης φροντίδας**.** *Χαρακτηριστικό παράδειγμα της αλόγιστης κατανομής των πόρων του ΕΟΠΥΥ, η δαπάνη για επιθέματα και συμπληρώματα διατροφής που υπερβαίνει αυτή για γιατρούς…*

Προχωρώντας στις εξαγγελίες του υπουργού για **αποζημίωση των οικογενειακών γιατρών των ΤΟΜΥ με απολαβές σε επίπεδο Επιμελητή Α**’- *υπερπήδηση μιας μισθολογικής βαθμίδας ως κίνητρο στελέχωσης των ΤΟΜΥ*- τις χαιρετίζουμε μεν, αλλά δεν μπορούμε να μην ζητήσουμε αντίστοιχα κίνητρα για τους συναδέλφους μας που στελεχώνουν περιφερικά ιατρεία και ΚΥ της περιφέρειας… Είναι άδικο να πληρώνονται καλύτερα συνάδελφοι σε αστικές περιοχές από αυτούς που εργάζονται σε αγροτικές και άγονες περιοχές. *Πως θα αποτραπεί μια μαζική αποχώρηση των γιατρών από την περιφέρεια προς τις ΤΟΜΥ των αστικών κέντρων;* *Τι μορφής κίνητρα/αντικίνητρα θα μπορούσαν να δοθούν για μα αποφευχθεί μια τέτοια οδυνηρή μετακίνηση;*

**Όσον αφορά το Ύψος αποζημίωσης του ιδιώτη συμβεβλημένου οικογενειακού γιατρού** *υπάρχει μόνο μια δήλωση του υπουργού πως «δεν μπορεί να είναι ίδια με αυτή των γιατρών των ΤΟΜΥ, καθώς αυτός έχει και το δικό του ιατρείο και δεν θα υπάρχει κίνητρο για τη στελέχωση των ΤΟΜΥ», πιθανότατα προσδιορίζοντας την σε χαμηλότερα επίπεδα….* Αν όντως αυτή είναι η πρόθεση του ΎΥ και του ΕΟΠΥΥ είναι **ορατός ο κίνδυνος οι ασφαλισμένοι του ΕΟΠΥΥ να μείνουν χωρίς συμβεβλημένους οικογενειακούς ιατρούς.** Το συμπέρασμα αυτό εύκολα συνάγεται αν υπολογιστούν:

***α)*** *Μέχρι τώρα ο Γενικός Γιατρός και ο Παθολόγος συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ λαμβάνουν 2000 Ευρώ ακαθάριστα για 200 επισκέψεις (με πολλές από αυτές να αφορούν στην απλή αντιγραφή συνταγών, που συχνά διεκπεραιώνεται από γραμματέα…).* **Ένας πληθυσμός ευθύνης 2000 ασφαλισμένων θα απαιτεί, σύμφωνα με τα δεδομένα παγκοσμίως, περί τις 500 «πραγματικές» επισκέψεις το μήνα *(μ.ο. 3 επισκέψεις ανά έτος ανά ασθενή)****…Το έργο του συμβεβλημένου γιατρού στο νέο σύστημα θα είναι υπερδιπλάσιο…*

***β)*****Στην αποζημίωση του ιδιώτη συμβεβλημένου αγνοούνται, ενώ θα έπρεπε να συνυπολογιστούν τα πάγια έξοδα λειτουργίας του εξοπλισμένου ιατρείου- ενοίκιο, λογαριασμοί ΔΕΚΟ, αναλώσιμα κλπ** *(που μισθώνει ουσιαστικά ο ΕΟΠΥΥ μαζί με το γιατρό, μέσω της σύμβασης με αυτόν, για ένα 7ώρο καθημερινό για την εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων του…)*, **καθώς και οι υπέρογκες ασφαλιστικές εισφορές** *(περίπου του 1/3 του εισοδήματος)* που εξαφανίζουν το εισόδημα του ιδιώτη γιατρού…

**γ)** **Αντίστοιχα αγνοείται, ενώ θα έπρεπε να συνυπολογίζεται η μισθοδοσία γραμματέως ή/ και νοσηλευτή.** *Μάλιστα για εμάς οφείλει να* ***αποτελεί προαπαιτούμενο η ύπαρξη τουλάχιστον γραμματέως ή νοσηλευτή για την έγκριση από τον ΕΟΠΥΥ της σύμβασης*** *με τον ιατρό, καθώς είναι πρακτικά αδύνατο να προσφέρει τις απαραίτητες υπηρεσίες ο ΟΙ σε λίστα 2000 ασθενών μόνος του, χωρίς νοσηλευτική ή/ και διοικητική υποστήριξη (κατ’ αντιστοιχία με τους οικογενειακούς γιατρούς των ΤΟΜΥ) . Αξίζει να σημειωθεί πως αυτή τη στιγμή υπάρχουν ολόκληρα ΚΥ, έστω και μερικώς στελεχωμένα, που είναι υπεύθυνα για την υγειονομική κάλυψη αντίστοιχου μεγέθους πληθυσμού για να κατανοήσει κάποιος τι σημαίνει λίστα 2000 ασθενών…*

* **Περιφερειακές Πανεπιστημιακές Εκπαιδευτικές Μονάδες Π.Φ.Υ.**

Η ανάπτυξη ακαδημαϊκών μονάδων Γενικής/ Οικογενειακής Ιατρικής αποτελεί ένα σημαντικό βήμα για την προώθηση της ειδικότητας στη χώρα. Είναι ιδιαίτερα σημαντικές για την **προαγωγή της έρευνας** σε επίπεδο κοινότητας. Όπως και για την **έκθεση των προπτυχιακών φοιτητών της ιατρικής** στις αρχές και τις αξίες της ΠΦΥ, σε πρότυπους ρόλους ιατρών ΠΦΥ και στις ακαδημαϊκές ευκαιρίες μιας καριέρας στην ΠΦΥ, που δυνατόν να τους επηρεάσουν θετικά στο να επιλέξουν μελλοντικά την ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής. Σημαντικός είναι ο ρόλος τους και στην **μεταπτυχιακή εκπαίδευση** των ιατρών και στην **εκπαίδευση στην ειδικότητα** σε αγαστή συνεργασία με την αντίστοιχη επιστημονική εταιρεία, που πρέπει να είναι κυρίως υπεύθυνη στο πεδίο αυτό.

Οι πανεπιστημιακοί οργανισμοί είναι σημαντικό να δημιουργηθούν όπου υπάρχει **μέλος ΔΕΠ με το αντικείμενο και την ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής ή με το αντικείμενο της ΠΦΥ ή έστω με την ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής και άλλο αντικείμενο** πχ Κοινωνική Ιατρική. Καθώς οι πανεπιστημιακές μονάδες καλούνται να σηκώσουν ένα σημαντικό βάρος και δυστυχώς τα μέλη ΔΕΠ με αντικείμενο και ειδικότητα στη Γενική/ Οικογενειακή Ιατρική σπανίζουν *(ακόμα και στην Ιατρική Σχολή της Αθήνας με τα εξακόσια και πλέον μέλη ΔΕΠ, δεν υπάρχει μέλος ΔΕΠ με αντικείμενο και ειδικότητα Γενικής/ Οικογενειακής Ιατρικής...)* στην περίπτωση που δεν υπάρχουν μέλη ΔΕΠ με αντίστοιχο αντικείμενο ή ειδικότητα, δυνατόν να δημιουργούνται πανεπιστημιακές μονάδες που να στελεχώνονται από **Γενικούς Ιατρούς με διδακτορική διατριβή ή/ και μεταπτυχιακές σπουδές** και να λειτουργούν υπό την επίβλεψη μελών ΔΕΠ από άλλα πανεπιστήμια.

****Προσβλέπουμε οι παρατηρήσεις μας, που αποτελούν προϊόν της μακρόχρονης εμπειρίας μας στην ΠΦΥ σε όλα τα πλάτη και τα μήκη της χώρας, να αποτελέσουν αντικείμενο γόνιμου προβληματισμού και να οδηγήσουν σε μια αναθεώρηση του σχεδίου νόμου προς μια μορφή με περισσότερες πιθανότητες εφαρμογής και επιτυχίας. Είναι πραγματικά κρίμα η μοναδική αυτή ευκαιρία για επανασχεδιασμό του συστήματος υγείας με προσανατολισμό στην ΠΦΥ να χαθεί από λίγα, αλλά κρίσιμα λάθη.

**ΓΙΑ ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ**

 **Ο Πρόεδρος Ο Γενικός Γραμματέας**

**ΑΝΑΡΓΥΡΟΣ ΜΑΡΙΟΛΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΦΡΑΓΚΟΥΛΗΣ**