

ΕΙΣΗΓΗΣΗ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΠΙΣ

Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΜΙΑΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΦΥ

Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Μια από τις σημαντικότερες πρόσφατες αλλαγές στο χώρο της υγείας διεθνώς υπήρξε το αυξανόμενο ενδιαφέρον για την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και την πρόληψη. Οι κοινωνίες άρχισαν να συνειδητοποιούν τα όρια της σύγχρονης θεραπευτικής / νοσοκομειακής ιατρικής απέναντι στα μείζονα προβλήματα υγείας της εποχής μας, όπως είναι ο καρκίνος, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα ατυχήματα, οι ψυχικές διαταραχές, τα χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα, κ.ά. Ταυτόχρονα, **οι κρατικοί προϋπολογισμοί όλο και περισσότερο δυσκολεύονται, ή και αδυνατούν, να ανταποκριθούν στις διογκούμενες δαπάνες για την υγεία, που στη συντριπτική τους πλειοψηφία καλύπτουν ανάγκες του θεραπευτικού/ νοσοκομειακού τομέα.**

Η συμβολή της ΠΦΥ στην ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού και αποδοτικού συστήματος υγείας είναι γενικά αναγνωρισμένη. **Ο προσανατολισμός του συστήματος υγείας στην ΠΦΥ σχετίζεται με χαμηλές δαπάνες για την φροντίδα, υψηλή ικανοποίηση από τον πληθυσμό για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, καλύτερο επίπεδο υγείας και χαμηλότερη χρήση φαρμάκων.** Οι ιατροί που εργάζονται σε αυτή φαίνεται να συμβάλλουν στη βελτίωση του επιπέδου υγείας και στη μείωση της χρήσης ιατρικών υπηρεσιών από τον πληθυσμό, γεγονός που οδηγεί τα συστήματα υγείας σε εξοικονόμηση πόρων χωρίς ουσιαστικές απώλειες στην ποιότητα. Οι σύγχρονες τάσεις

μεταρρύθμισης στον υγειονομικό τομέα αποσκοπούν στη διασφάλιση της ποιότητας, στη βελτίωση της ιατρικής αποτελεσματικότητας και της οικονομικής αποδοτικότητας. Εστιάζουν στην καλύτερη εξυπηρέτηση και ικανοποίηση του πληθυσμού από τις Υπηρεσίες Υγείας και στον έλεγχο του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών.

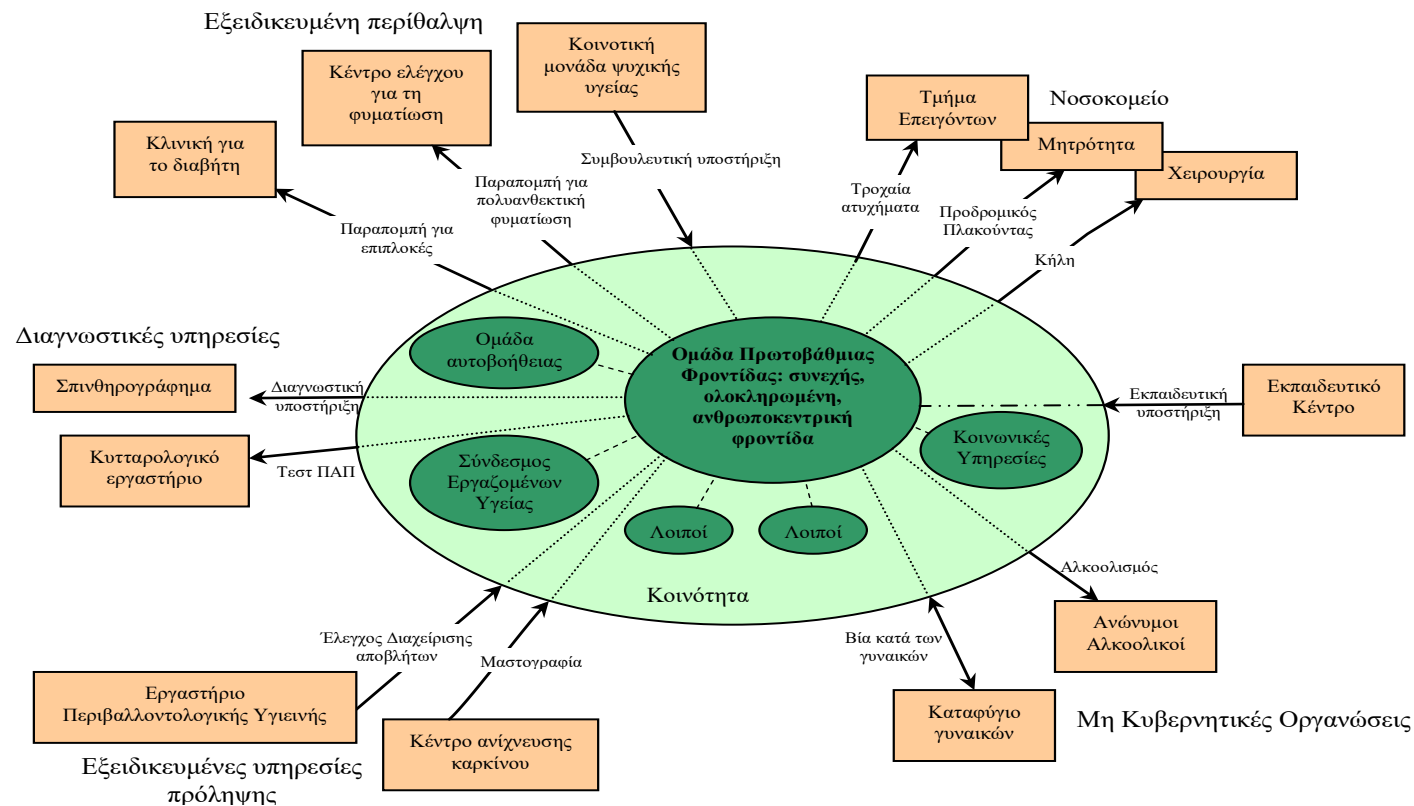
Είναι επίσης δεδομένο, ότι οι σύγχρονες κοινωνίες χαρακτηρίζονται από αυξημένες προσδοκίες του πληθυσμού για ιατρική φροντίδα και περίθαλψη, οι οποίες εξασφαλίζουν την καλύτερη δυνατή, σχετιζόμενη με την υγεία, ποιότητα ζωής. Σε αυτή την κατεύθυνση κινούνται οι αλλαγές στο χώρο της υγείας που καταγράφονται διεθνώς τις τελευταίες δεκαετίες και εστιάζουν στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται και αυτές της πρόληψης και προαγωγής της υγείας. Ιδιαίτερα δε σε μια εποχή που χαρακτηρίζεται από έντονα οικονομικά και κοινωνικά αδιέξοδα και μεταβαλλόμενες ανάγκες υγείας, η «επιμονή» στο υπάρχον νοσοκομιοκεντρικό μοντέλο, ταυτίζεται με την παροχή αποσπασματικής, πολυδιασπασμένης και τελικά δαπανηρής φροντίδας.

Επιπρόσθετα, είναι επαρκώς τεκμηριωμένο, ότι οι διακυμάνσεις του οικονομικού περιβάλλοντος που παρατηρούνται περιοδικά στην οικονομική ιστορία ασκούν σημαντική επίδραση, τόσο στην οικονομική όσο και στην κοινωνική ζωή των πολιτών. Η επιδείνωση του οικονομικού κλίματος και η καθίζηση της οικονομίας για μακρές περιόδους, η οποία λαμβάνει τη μορφή κρίσης της πραγματικής οικονομίας και δυσμενούς εξέλιξης των μακροοικονομικών δεικτών, επιφέρει σημαντικές αλλαγές στις κύριες συνιστώσες του κοινωνικού γίνεσθαι και ιδιαίτερα στην υγεία των πολιτών και τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας. Στο πλαίσιο αυτό το δίκτυο ΠΦΥ εκτιμάται ότι οφείλει να προσαρμοστεί επιχειρησιακά στις νέες συνθήκες, όπως αυτές διαμορφώνονται στην τρέχουσα υγειονομική και οικονομική συγκυρία και να ενδυναμωθεί μέσω παρεμβάσεων και εργαλείων χαμηλού κόστους, ώστε να ανταποκριθεί στις ανάγκες αφ' ενός των πολιτών για τη διατήρηση του επιπέδου υγείας και αφ' ετέρου του προϋπολογισμού υγείας εντός των ορίων που επιβάλλει η δημοσιονομική προσαρμογή της χώρας.

Εμφατικά ο WHO υποστηρίζει ότι η αναγέννηση των συστημάτων υγείας μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσα από την αναγέννηση της ΠΦΥ στο πλαίσιο της οποίας κρίνονται αναγκαίες οι παρακάτω παρεμβάσεις:

- Καθολική ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού,
 - Ανθρωποκεντρική οργάνωση των υπηρεσιών φροντίδας της υγείας,
 - Δημόσιες πολιτικές που προάγουν την υγεία,
 - Συμμετοχική ηγεσία που απαιτείται για την υλοποίησή τους
- με την ΠΦΥ στο επίκεντρο των υπηρεσιών υγείας (Σχήμα 1).

Σχήμα 1: Η ΠΦΥ στο επίκεντρο των υπηρεσιών υγείας



Πηγή: World Health Organization, 2008.

Η παροχή ΠΦΥ εμπεριέχει τέσσερις κύριες ιδιότητες (ή χαρακτηριστικά) και τρεις ακόμη που συνδέονται με τις αρχικές.

- Η παροχή υπηρεσιών «Πρώτης Επαφή» [“First-contact” care],
- Η συνεχιζόμενη φροντίδα [Continuous (ongoing) care],
- Η συντονισμένη φροντίδα [Coordinated care],
- Η ολοκληρωμένη φροντίδα [Comprehensive care].

Τρεις πτυχές της φροντίδας απορρέουν από την επίτευξη των παραπάνω:

- Η προσανατολισμένη στην οικογένεια φροντίδα [Family-centered care],
- Η προσανατολισμένη στην κοινότητα φροντίδα [Community-oriented care],
- Η φροντίδα που είναι πολιτισμικά επαρκής [Culturally competent care].

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, για να επιτευχθούν αυτά τα χαρακτηριστικά, η πιο αποτελεσματική μορφή ΠΦΥ είναι αυτή που παρέχεται από τις «ειδικότητες της ΠΦΥ»:

- τη Γενική-Οικογενειακή Ιατρική,
- την Παθολογία,
- την Παιδιατρική,
- αλλά και τη Μαιευτική-Γυναικολογία (με τη διευκρίνιση ότι αυτή η ειδικότητα περιλαμβάνεται στην ΠΦΥ μόνο στις ΗΠΑ).

Λαμβάνοντας υπόψη την καταγεγραμμένη εμπειρία από τη λειτουργία συστημάτων ΠΦΥ, θα μπορούσαν να αναδειχτούν κάποιες προτεραιότητες για την ανάπτυξή της. Το όραμα για ολοκληρωμένη ιατρική και κοινωνική φροντίδα που επενδύθηκε στα “primary care groups” ή “primary care trusts” του Ηνωμένου Βασιλείου δε μετουσιώθηκε σε πράξη, τόσο για ιδεολογικούς όσο και για οικονομικούς λόγους, αφήνοντας το μοντέλο του Γενικού Ιατρού-‘ιδιοκτήτη’ της μονάδας να υπερτερήσει. Η αρμονική συνύπαρξη του νοσηλευτή (με το νοσηλευτικό προσωπικό να μπορεί εμπλακεί στη λήψη αποφάσεων), του κοινωνικού λειτουργού, του ψυχολόγου και άλλων επαγγελματιών υγείας, που μπορούν λόγω αντικειμένου να πλαισιώσουν την ομάδα της ΠΦΥ, μέσα από την οριζόντια διασύνδεση των ρόλων τους, φαίνεται να αποτελεί προϋπόθεση για να επιτευχθεί μια ελάχιστη δέσμη υπηρεσιών ολοκληρωμένης ΠΦΥ.

Επιπρόσθετα, τα προτερήματα που προκύπτουν από την αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας ΠΦΥ στους προϋπολογισμούς των διαφόρων χωρών που ενεπλάκησαν σε τέτοιου είδους εγχειρήματα, είναι σαφώς περισσότερα από τα μειονεκτήματα. Οι θετικές συνέπειες της αποκεντρωμένης παροχής υπηρεσιών υγείας ΠΦΥ περιλαμβάνουν:

- την αύξηση των πηγών χρηματοδότησης, που πλέον διαφέρουν από τα κονδύλια της κεντρικής κυβέρνησης,
- την εισαγωγή νέων και αποτελεσματικότερων κριτηρίων διαχείρισης των οικονομικών πόρων, που επιτρέπουν την καλύτερη εξισορρόπηση ανάμεσα σε δαπάνες υγείας και πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού,
- την ανάπτυξη ‘κουλτούρας’ που επάγει το αίσθημα μεγαλύτερης ευθύνης στα οικονομικά γενόμενα της περιφέρειας, σε σχέση με την προηγούμενη εξάρτηση από το κεντρικό μηχανισμό χρηματοδότησης και, τέλος,
- την ανάπτυξη δεξιοτήτων του ανθρωπίνου δυναμικού στο επίπεδο της τοπικής κοινότητας, λαμβάνοντας υπόψη τις υπάρχουσες πηγές χρηματοδότησης, την καλύτερη χρήση των πόρων και τις εναλλακτικές μορφές οικονομικής στήριξης.

Στο πλαίσιο αυτό της ‘συνυπευθυνότητας’ του κρατικού μηχανισμού και της αποκεντρωμένης διοίκησης στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, η σύσταση οργανωτικών δομών για την παρακολούθηση των οικονομικών αλλαγών σε περιφερειακό επίπεδο, η ανάπτυξη

μηχανισμών οικονομικού ελέγχου με βάση τις αρχές της αποτελεσματικότητας και της ισότητας, η ανακατανομή στην κατά κεφαλή δαπάνη με βάση τις τοπικές ανάγκες υγείας και η αύξηση της οικονομικής συνεισφοράς από νοικοκυριά και περιφερειακές διοικήσεις, αποτελούν τα κρίσιμα σημεία σε επίπεδο βιωσιμότητας για την αξιολόγηση του αποκεντρωμένου αυτού πλαισίου.

ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

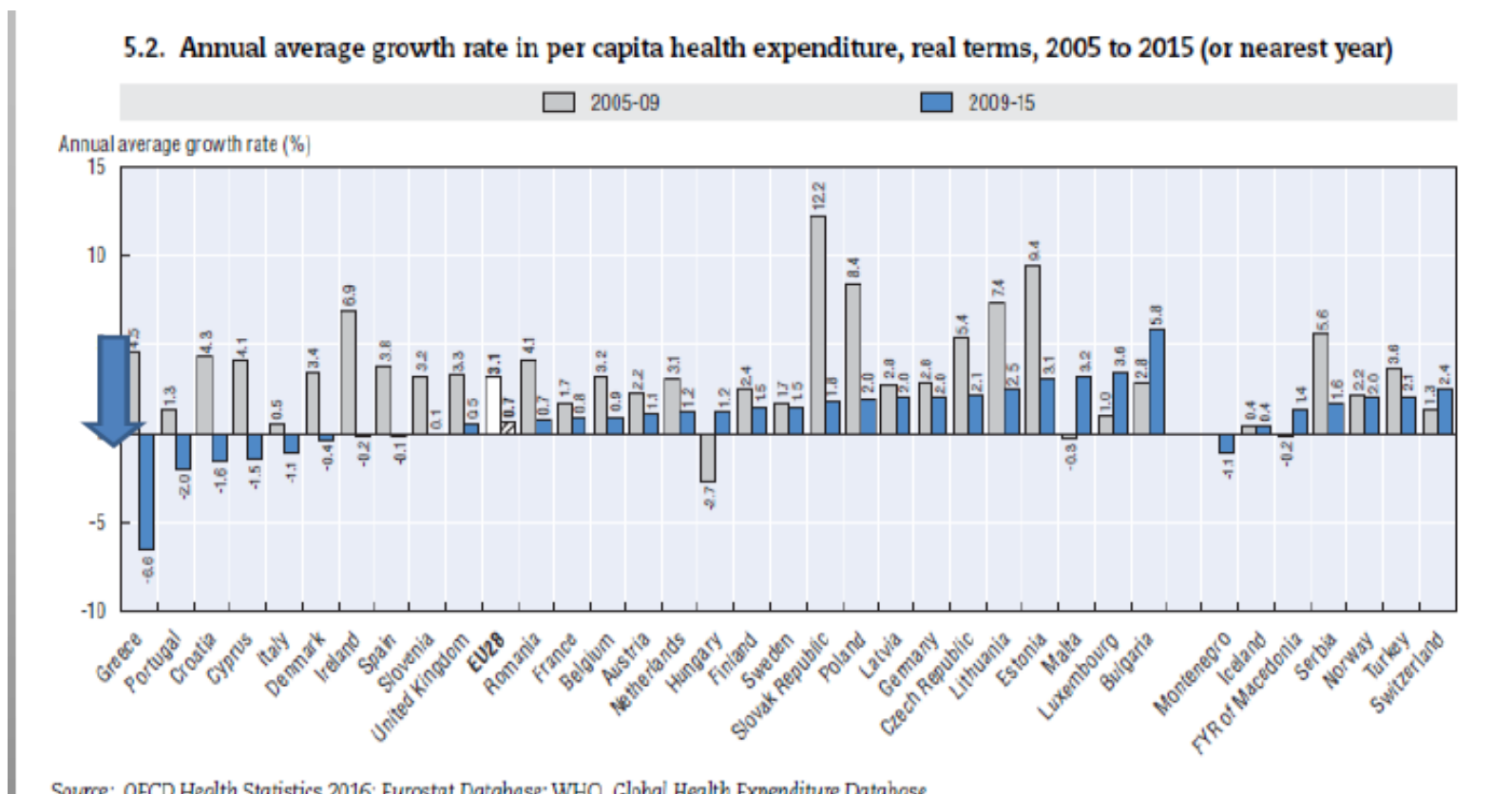
Λαμβάνοντας υπόψη βιβλιογραφικά δεδομένα σχετικά με συστήματα και οργανισμούς παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, καταδεικνύεται μια μεγάλη ετερογένεια διεθνώς και ιδιαίτερα στην Ευρώπη σχετικά με την ΠΦΥ. Η σύγκριση των χωρών της Ευρώπης, ως προς διάφορα γενικά χαρακτηριστικά της ΠΦΥ, εμφανίζεται στον Πίνακα 1, κατατάσσοντας τη χώρα μας σε αυτές με «αδύναμο» ως προς τις δομές και τις διαδικασίες σύστημα ΠΦΥ.

Table 2. The strengths of countries' primary care dimensions based on scoring system (see Box 2)

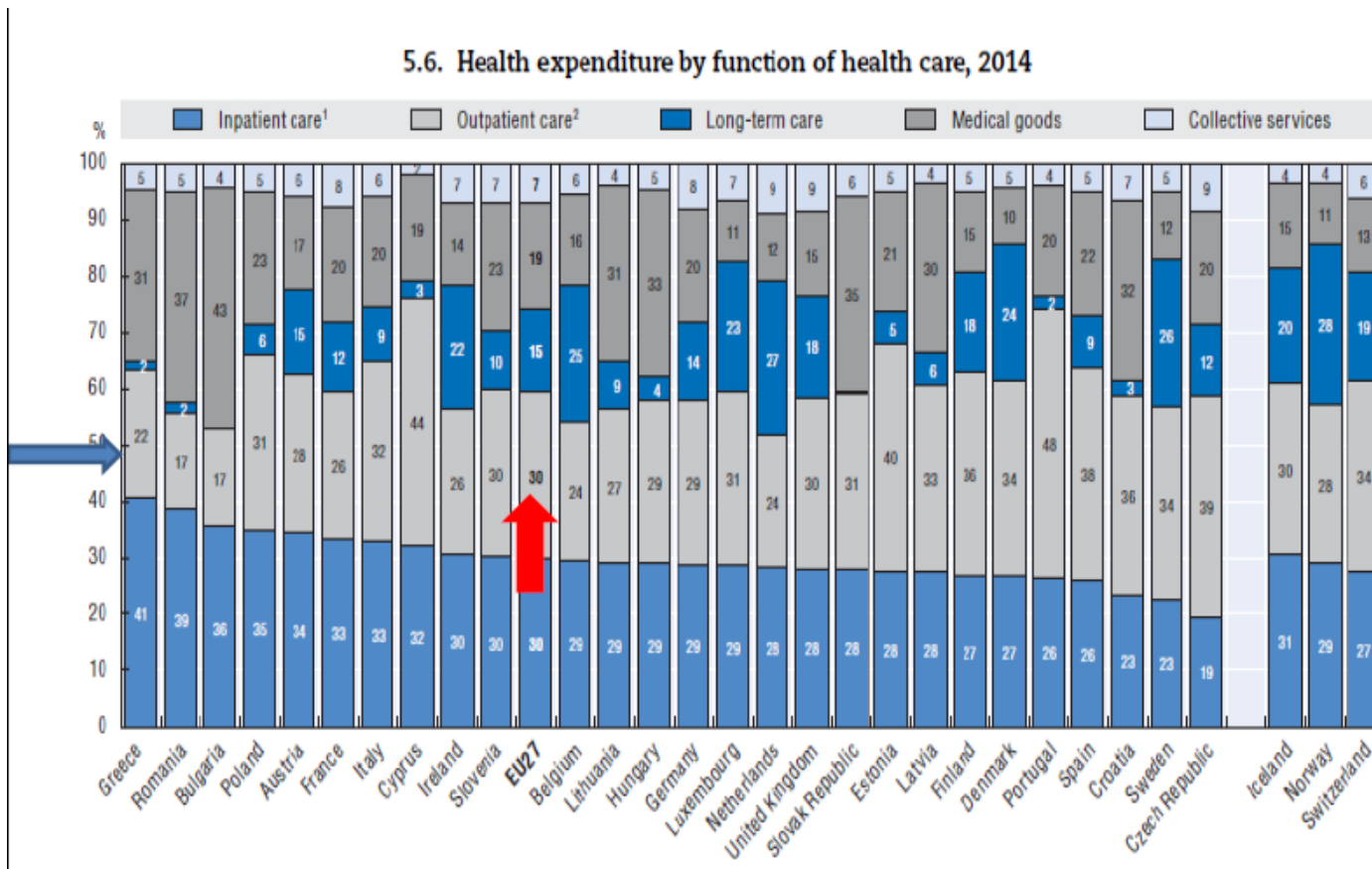
Country	The structure of primary care			The service-delivery process of primary care				Overall primary care system strength
	Primary care governance	Economic conditions of primary care	Primary care workforce development	Access to primary care	Continuity of primary care	Coordination of primary care	Comprehensiveness of primary care	
Austria	Medium	Medium	Weak	Medium	Weak	Weak	Weak	Weak
Belgium	Medium	Strong	Medium	Weak	Strong	Medium	Strong	Strong
Bulgaria	Medium	Weak	Weak	Weak	Medium	Weak	Strong	Weak
Cyprus	Weak	Weak	Weak	Weak	Medium	Weak	Weak	Weak
Czech Republic	Medium	Weak	Weak	Strong	Strong	Medium	Weak	Medium
Denmark	Strong	Medium	Strong	Strong	Strong	Strong	Medium	Strong
Estonia	Strong	Weak	Medium	Medium	Strong	Medium	Medium	Strong
Finland	Medium	Strong	Strong	Medium	Medium	Medium	Strong	Strong
France	Medium	Medium	Medium	Weak	Medium	Medium	Strong	Medium
Germany	Medium	Strong	Medium	Medium	Strong	Weak	Medium	Medium
Greece	Medium	Weak	Weak	Weak	Weak	Strong	Weak	Weak
Hungary	Weak	Medium	Medium	Strong	Medium	Weak	Weak	Weak
Iceland	Weak	Weak	Weak	Medium	Strong	Weak	Medium	Weak
Ireland	Weak	Weak	Strong	Weak	Strong	Weak	Medium	Weak
Italy	Strong	Strong	Medium	Medium	Weak	Medium	Weak	Medium
Latvia	Medium	Medium	Weak	Weak	Strong	Medium	Medium	Medium
Lithuania	Strong	Medium	Medium	Strong	Weak	Strong	Strong	Strong
Luxembourg	Weak	Weak	Weak	Weak	Weak	Medium	Medium	Weak
Malta	Weak	Weak	Strong	Weak	Weak	Strong	Medium	Weak
Netherlands	Strong	Strong	Strong	Strong	Weak	Strong	Medium	Strong
Norway	Strong	Weak	Medium	Medium	Medium	Weak	Strong	Medium
Poland	Weak	Weak	Weak	Strong	Medium	Strong	Weak	Medium
Portugal	Strong	Medium	Strong	Strong	Medium	Medium	Strong	Strong
Romania	Strong	Strong	Medium	Medium	Medium	Weak	Weak	Medium
Slovak Rep.	Weak	Medium	Weak	Medium	Strong	Weak	Weak	Weak
Slovenia	Strong	Strong	Strong	Strong	Weak	Strong	Weak	Strong
Spain	Strong	Strong	Strong	Strong	Strong	Strong	Strong	Strong
Sweden	Medium	Medium	Medium	Medium	Weak	Strong	Strong	Medium
Switzerland	Weak	Medium	Strong	Weak	Medium	Medium	Medium	Medium
Turkey	Medium	Medium	Medium	Weak	Weak	Weak	Medium	Weak
UK	Strong	Strong	Strong	Strong	Medium	Strong	Strong	Strong

Φαίνεται ότι στις περισσότερες χώρες της Δυτικής Ευρώπης υπήρξε μείωση δαπανών για την υγεία , κυρίως λόγω των δημοσιονομικών πιέσεων, αλλά και της επικράτησης απόψεων που θεωρούν τις δαπάνες υγείας όχι κινητήρια δύναμη της ανάπτυξης, αλλά φορτίο από το οποίο οι κυβερνήσεις θα πρέπει να ελαφρυνθούν (Διάγραμμα 1), με τη χώρα μας να διεκδικεί δραματική πρωτιά.

Διάγραμμα 1: Μέσος ρυθμός αύξησης κατά κεφαλή δαπάνης υγείας .Σύγκριση 2005-2009, 2009-2015



Ωστόσο, δεν υπήρξε μετατόπιση των δαπανών προς την ΠΦΥ. (Διάγραμμα 2).



Πλήθος μελετών έχουν καταδείξει ότι, ειδικά στα αστικά κέντρα, η απουσία ενός ενιαίου, οργανωμένου, συστήματος έχει ως αποτέλεσμα η κάλυψη των αναγκών των πολιτών να γίνεται αποσπασματικά, καθώς:

- η άμεση πρόσβαση στην φροντίδα είναι συνήθως εξειδικευμένη,
- δεν υπάρχει ολιστική προσέγγιση για τους ασθενείς και συνέχεια στη φροντίδα υγείας,
- δεν υπάρχει προσανατολισμός του ασθενή στο σύστημα υγείας και συντονισμός στην παροχή των υπηρεσιών υγείας,
- υπάρχουν σαφείς και αυξανόμενες ανισότητες στον τομέα της υγείας, που αφορούν στην κατάσταση της υγείας, την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

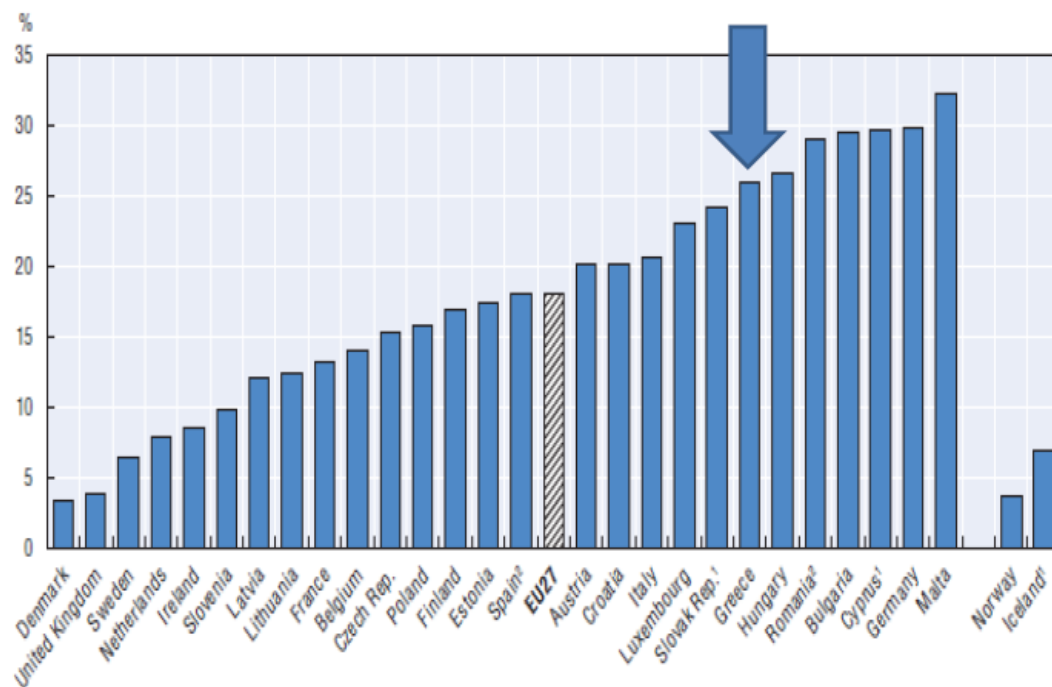
Τα παραπάνω χαρακτηριστικά έχουν απομακρύνει το υπο-σύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα από βασικές αρχές και στόχους που έχουν τεθεί τόσο από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας όσο και από άλλους επιστημονικούς φορείς.

Πιο συγκεκριμένα, τα περισσότερα προβλήματα στην ΠΦΥ αλλά και στο σύνολο του συστήματος υγείας εντοπίζονται στους ακόλουθους τομείς:

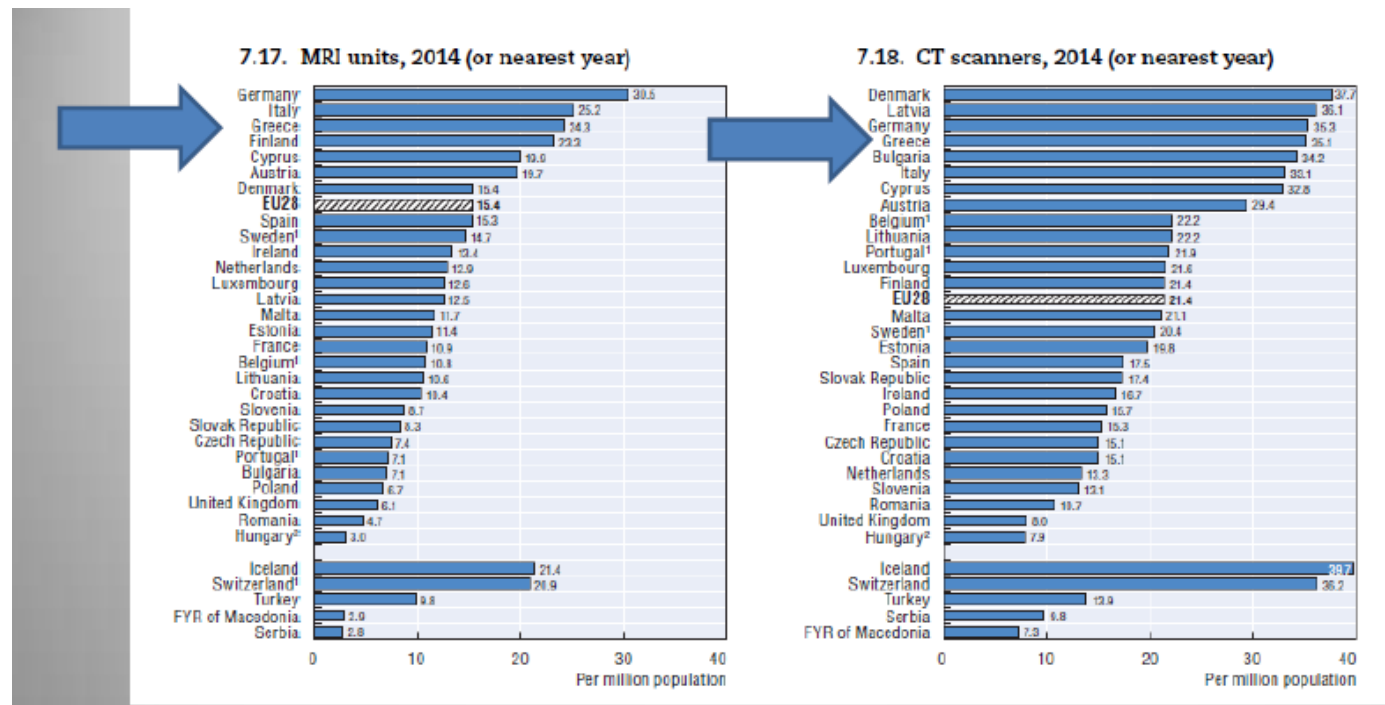
- στη διακυβέρνηση, με την υγειονομική περίθαλψη να είναι κατακερματισμένη σε πολλά σημεία, τόσο στην χρηματοδότηση όσο και στην παροχή,
- στο ύψος των ιδιωτικών δαπανών, συμπεριλαμβανομένων των «κάτω από το τραπέζι πληρωμών», που οδηγεί σε ένα οπισθοδρομικό σύστημα με μεγάλες κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες,
- στα φαινόμενα προκλητής ζήτησης υπηρεσιών και υπερβολικής κατανάλωσης, ιδίως των συνταγογραφούμενων φαρμάκων και των διαγνωστικών διαδικασιών (Διάγραμμα 3,4)

Διάγραμμα 3: Συνταγογραφημένα αντιβιοτικά δεύτερης γραμμής στην ΠΦΥ

Figure 2.6. Second-line antibiotics (quinolones and cephalosporins) as a proportion of all antibiotics prescribed in primary care, 2014

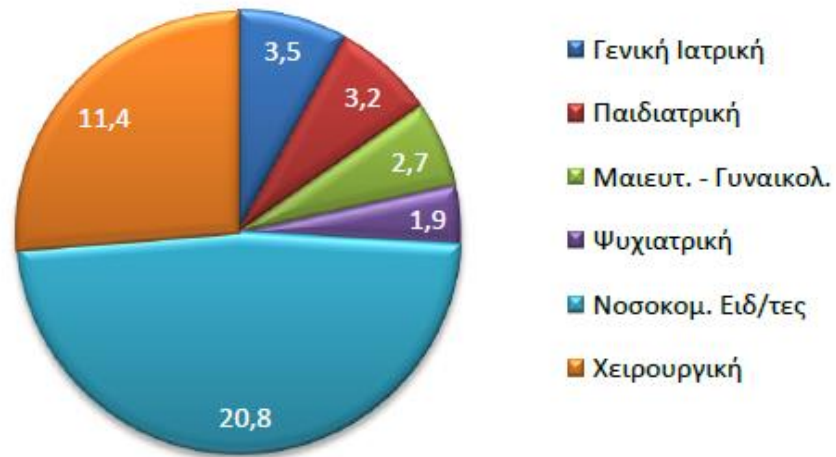


Διάγραμμα 4

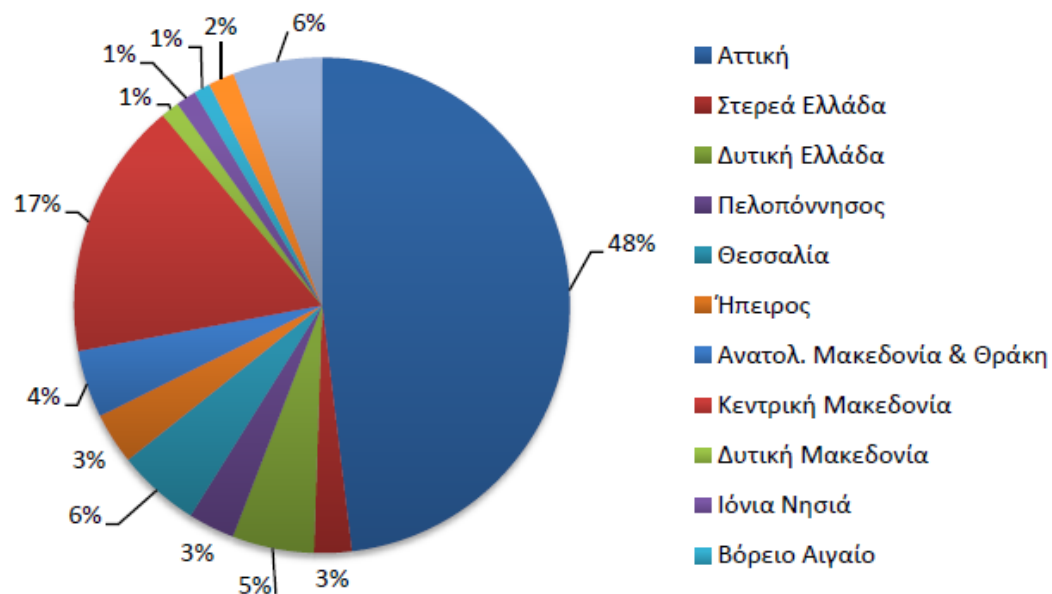


- στην ανισοκατανομή του υγειονομικού δυναμικού, με πολλούς ειδικούς γιατρούς και λίγους γενικούς γιατρούς(Διάγραμμα 5) κατανεμημένους άνισα στη χώρα (Διάγραμμα 6)-

Διάγραμμα 5: Αριθμός Ιατρών ανά 100.000 κατοίκους κατά ομάδα ειδικοτήτων –έτος 2015 (Στοιχεία ΕΛΣΤΑΤ 12/2016)



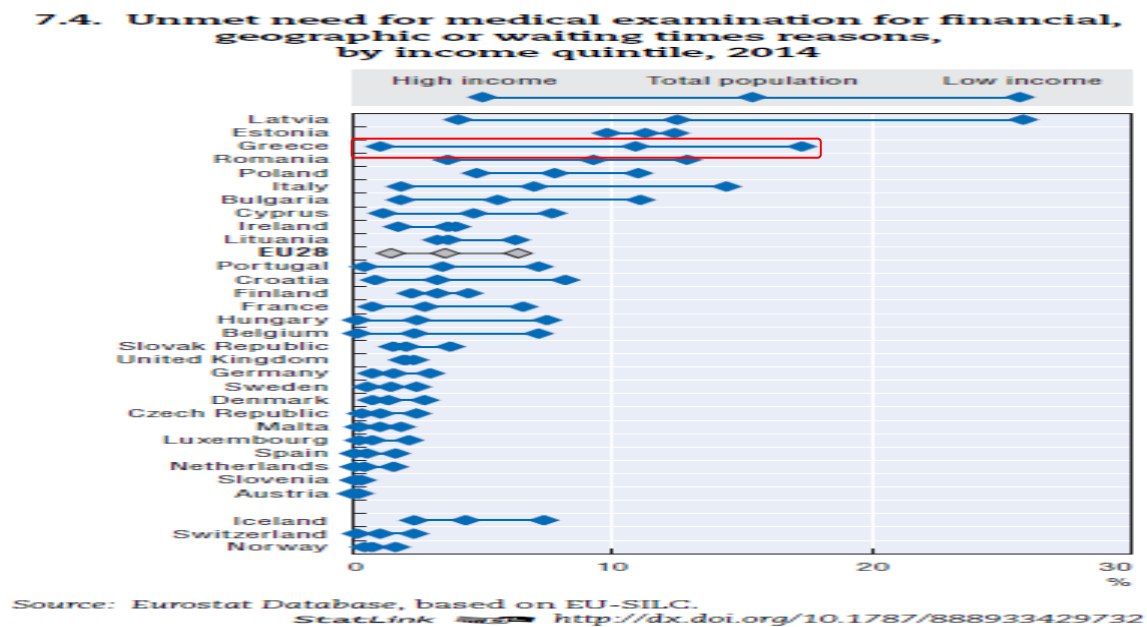
Διάγραμμα 6: Ιατροί ανά περιφέρεια –έτος 2015(Στοιχεία ΕΛΣΤΑΤ 12/2016)



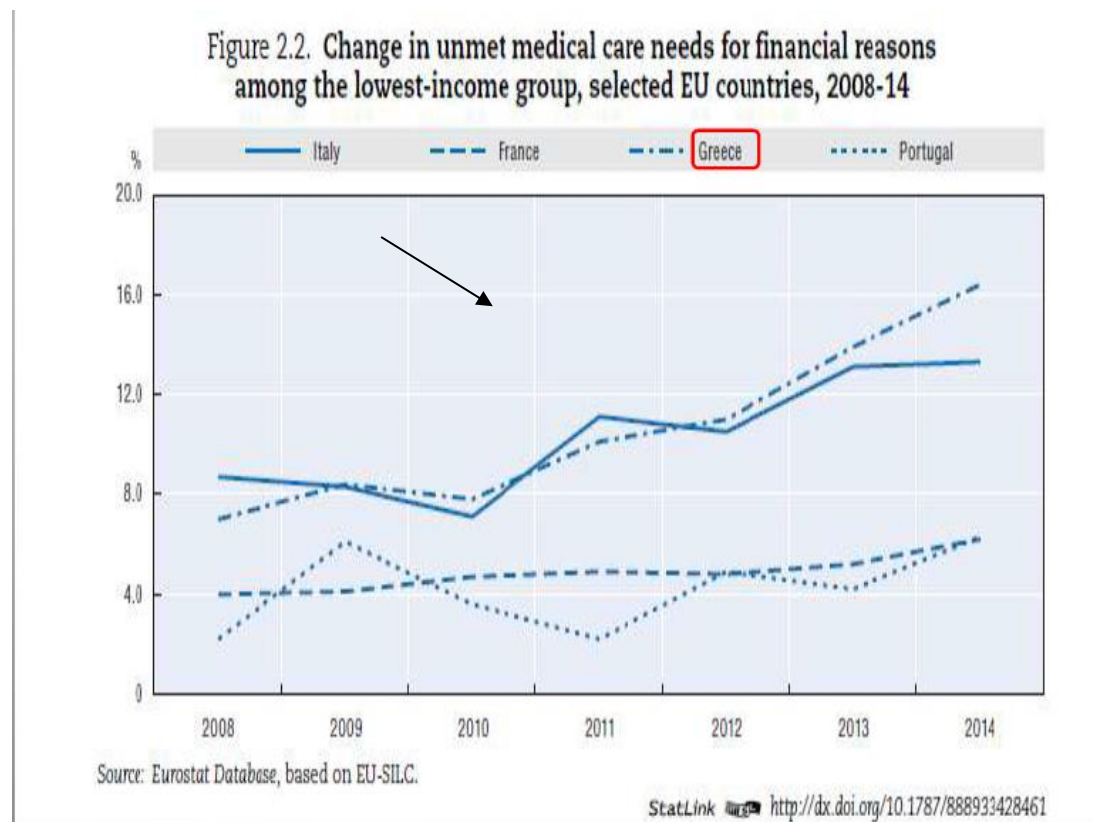
- στην ισχυρή παραδοσιακά νοσοκομειακή και εξειδικευμένη περίθαλψη,
- στην έλλειψη συνέχειας στη χάραξη πολιτικής και στην εφαρμογή των πολιτικών.

Σε κάθε περίπτωση, τα επιστημονικά ευρήματα και οι καταγραφές καταδεικνύουν την αναγκαιότητα μιας παρέμβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας καθώς σημειώνουν την αντίφαση πως, παρά τον ιατρικό πληθωρισμό που διακρίνει το ελληνικό σύστημα υγείας, η χώρα βρίσκεται στην Τρίτη θέση στην Ευρωπαϊκή Ένωση όσον αφορά στην αδυναμία κάλυψης των αναγκών των πολιτών για ιατρική επίσκεψη (Διάγραμμα 7) , με αυξητικές τάσεις ιδιαίτερα για τα χαμηλότερα εισοδήματα (Διάγραμμα 8) .

Διάγραμμα 7: Αυτο-αναφερόμενη αδυναμία κάλυψης ανάγκης για ιατρική εξέταση λόγω περιορισμών στην πρόσβαση (δαπάνη, απόσταση, χρόνος), 2014



Διάγραμμα 8: Ανεκπλήρωτες ιατρικές ανάγκες για οικονομικούς λόγους (2008-2014)



ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΕΠΙΛΟΓΗ – ΣΤΟΧΟΣ

Ένα ενιαίο, ολοκληρωμένο, σύστημα ΠΦΥ θα πρέπει να ικανοποιεί τις κάτωθι θεμελιώδεις αρχές:

- της ισότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλους τους κατοίκους της χώρας,
- της ισότητας της φροντίδας, που επιτρέπει τη διαχείριση οξέων και χρόνιων προβλημάτων υγείας από τον ίδιο ιατρό ή ομάδα ιατρών στη διάρκεια του χρόνου,
- της ολοκληρωμένης φροντίδας, δηλαδή της διαχείρισης των πιο συχνών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας, καθώς και των πιο σημαντικών παραγόντων κινδύνου της υγείας, στο ιδιαίτερο περιβάλλον του πολίτη,
- του προσανατολισμού του συστήματος στο άτομο και την οικογένειά του, μέσω της συντονισμένης και ελεγχόμενης παροχής φροντίδων,
- της παροχής βασικών υπηρεσιών ΠΦΥ σε ανασφάλιστους και άτομα χωρίς δυνατότητα πρόσβασης στο σύστημα υγείας.

Επιπλέον, θα πρέπει να έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- να αποτελεί την πύλη εισόδου στο σύστημα υγείας, δηλαδή το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας, αλλά και υποστήριξης της “κυκλοφορίας” του μέσα σε αυτό (να εξασφαλίζει και να συντονίζει στη συνέχεια τη φροντίδα που απαιτείται για τον ασθενή και τη νόσο/disease management σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας),
- να παρέχει στον πολίτη, σε λογική απόσταση και σε εύλογο χρόνο, ολοκληρωμένες υπηρεσίες φροντίδας υγείας (πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση), οι οποίες να καλύπτουν όλα τα συνήθη προβλήματα και καταστάσεις υγείας, καθώς και επιλεγμένα χρόνια νοσήματα, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που αφορούν την ψυχική υγείας, τις εξαρτήσεις κ.λπ.

Για την επίτευξη των παραπάνω αρχών, θα πρέπει να επιδιωχθεί:

- η με ενιαίο τρόπο διοίκηση του συστήματος ΠΦΥ,

- η εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού,
- η διαμόρφωση ενός βασικού πακέτου υπηρεσιών,
- η διαμόρφωση ενός ενιαίου πλαισίου παροχής των υπηρεσιών,
- η δικτύωση των φορέων ΠΦΥ, με στόχο την εξασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας και της παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας, καθώς και την αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών από την ανταπόκριση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας στις ανάγκες και απαιτήσεις τους,

ενώ επιπρόσθετα κρίνεται αναγκαίο:

- να διασυνδεθεί ο τρόπος αποζημίωσης των ιατρών με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας προς τον πολίτη,
- να αποφευχθούν φαινόμενα προκλητής ζήτησης υπηρεσιών υγείας,
- να γίνει παρέμβαση στη ζήτηση και στην ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας,
- να συνδεθεί η ασφαλιστική κάλυψη των ιατρικών παρεμβάσεων με την (τεκμηριωμένη) αποτελεσματικότητά τους, απαλλάσσοντας έτσι χρονίως πάσχοντες από συν-πληρωμές, εφόσον αυτοί ακολουθούν αγωγή με βάση την τεκμηριωμένη αγωγή/κατευθυντήριες οδηγίες (κατά τα πρότυπα των γερμανικών DMPs/disease management programmes και των γαλλικών ALD/affections de longue durée).

Ιδιαίτερη έμφαση είναι αναγκαίο να δοθεί στο σχεδιασμό και την υλοποίηση δράσεων πρόληψης και προαγωγής υγείας.

Συγκεκριμένα, στο πλαίσιο του ενιαίου συστήματος ΠΦΥ, προτείνεται όπως περιληφθούν, μεταξύ άλλων, τα παρακάτω:

- Παρακολούθηση και αξιολόγηση των δεικτών υγείας, των γνώσεων, των ικανοτήτων και πρακτικών του πληθυσμού ευθύνης του Κ.Υ. σε θέματα υγείας σε ετήσια βάση.

- Ορισμός τομέων προτεραιότητας για την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού ευθύνης του Κ.Υ. σε ετήσια βάση.
- Ανάπτυξη παρεμβάσεων για αλλαγή συμπεριφοράς των ασθενών (π.χ. τη διακοπή καπνίσματος, την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, τη βελτίωση της διατροφής, τον προληπτικό έλεγχο του καρκίνου και των καρδιαγγειακών νοσημάτων, την υποστήριξη της αυτό-διαχείρισης στις χρόνιες ασθένειες).
- Σχεδιασμός και υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας στην κοινότητα προσαρμοσμένων στις διαπιστωμένες ανάγκες του πληθυσμού ευθύνης
- Ανάπτυξη εργαλείων που θα επιτρέψουν στους επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίσουν και να απευθυνθούν στους κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας μέσω της δράσης και των συμμαχιών στο επίπεδο της κοινότητάς τους.
- Ανάπτυξη υλικού εκπαίδευσης/ευαισθητοποίησης των ασθενών (π.χ. γραπτές οδηγίες) σε θέματα πρόληψης.
- Εκτίμηση εκπαιδευτικών αναγκών των επαγγελματιών υγείας που υπηρετούν στην ΠΦΥ και σχεδιασμός/υλοποίηση προγραμμάτων εκπαίδευσης/ευαισθητοποίησης σε θέματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας.
- Ανάπτυξη συμμαχιών σε επίπεδο κοινότητας στο δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα στο σχεδιασμό και την ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας (π.χ. φορείς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, μη κυβερνητικούς οργανισμούς, ιδιωτικές επιχειρήσεις, σχολεία, νοσοκομεία).

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν :

- να υιοθετούν την πολιτική του φορέα τους σε θέματα προαγωγής της υγείας (π.χ. να χρησιμοποιούν υλικό ευαισθητοποίησης, αναπτύσσουν δράση για την επίτευξη των στόχων/προτεραιοτήτων προαγωγής υγείας)
- να συμμετέχουν σε ελάχιστο αριθμό δράσεων προαγωγής υγείας στην κοινότητα.
- να παρακολουθήσουν ελάχιστο αριθμό προγραμμάτων εκπαίδευσης / ευαισθητοποίησης

Επιπροσθέτως στα παραπάνω, προτείνεται σύστημα μοριοδότησης για την αξιολόγηση των επαγγελματιών ως προς τη συμβολή τους στο σχεδιασμό και την υλοποίηση δράσεων προαγωγής της υγείας.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ

Αναλύοντας την Ευρωπαϊκή εμπειρία και πρακτική, στον πυρήνα της ΠΦΥ βρίσκεται σε αρκετές περιπτώσεις ο οικογενειακός ιατρός, θεσμός που παρουσιάστηκε στην Αγγλία πριν 30 χρόνια περίπου και λειτουργεί με διάφορες παραλλαγές σε πολλές χώρες, ως το πρώτο σημείο αναφοράς του ασθενούς με το υγειονομικό σύστημα, αλλά και αυτός που κατευθύνει τον ασθενή σε περαιτέρω ενέργειες αν απαιτείται.

Προσφέρει τις υπηρεσίες του σε συνεχή βάση, σε όλες τις περιπτώσεις, σε όλους τους ασθενείς, όλες τις ώρες, ακόμα και στο σπίτι του ασθενούς όποτε χρειάζεται και σε ένα συνολικό πλαίσιο που περιλαμβάνει περίθαλψη, αποκατάσταση και υποστήριξη. Πολύ σημαντικό ρόλο στο σύστημα ΠΦΥ διαδραματίζουν επίσης οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.ά.).

Η κάλυψη σε οικογενειακούς γιατρούς ποικίλει από 0,5-0,7 σε χώρες που έχουν παράδοση σε αυτό τον τρόπο παροχής υπηρεσιών ως πρώτο σημείο επαφής (Αγγλία, Ιρλανδία) έως 1,7-2 σε χώρες που δεν έχουν όσο οι προηγούμενες (Γαλλία, Βέλγιο). **Η Ελλάδα υπολογίζεται σε πιο χαμηλά ποσοστά (0,3-0,4), αλλά το πιο σημαντικό ίσως είναι ότι δε τους χρησιμοποιεί επισήμως όλους το σύστημα ή οι πολίτες δε τους θεωρούν πρωτεύον σημείο επαφής .**

Στην Ελλάδα ο θεσμός δεν έχει λειτουργήσει στην πράξη παρά τις συνεχείς αναφορές και την ισχυρή επιστημονική τεκμηρίωση. Για την αδυναμία υλοποίησης του στόχου αυτού, μπορεί να ενοχοποιηθεί και το γεγονός ότι παρουσιάστηκε στην κοινωνία ως «υποχρέωση» του πολίτη, η οποία έθετε περιορισμούς στην πρόσβαση και στην ελευθερία επιλογής ιατρού και όχι ως δικαίωμα όπως άλλωστε έχει καθιερωθεί διεθνώς.

Εντούτοις, η απουσία του οικογενειακού ιατρού στερεί από το σύστημα τον αναγκαίο ολιστικό χαρακτήρα και δεν του επιτρέπει τη διαμόρφωση σημείων αναφοράς πληροφοριών και δεδομένων για την υγεία των πολιτών, τις ανάγκες τους, τη χρήση υπηρεσιών κ.λπ. Επίσης, επιτείνει το αίσθημα ανασφάλειας των πολιτών και συνδέεται με επικαλύψεις στη χρήση υπηρεσιών.

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΕΠΙΛΟΓΗ – ΣΤΟΧΟΣ

Στη διαμόρφωση του νέου πλαισίου παροχής υπηρεσιών, προτείνεται η λειτουργία του θεσμού του οικογενειακού ιατρού για την παροχή μιας βασικής δέσμης υπηρεσιών ΠΦΥ, με στόχο τη διαχείριση των επιπτώσεων των χρόνιων νοσημάτων στη νοσηρότητα και την αναπηρία.

Το ρόλο του οικογενειακού ιατρού αναλαμβάνουν ιατροί με ειδικότητες Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής. Στον κατάλογο κάθε οικογενειακού ιατρού είναι δυνατό να εγγράφονται έως 2.000 πολίτες ενώ οι κατάλογοι των Παιδιάτρων δεν θα πρέπει να υπερβαίνουν τα 1.200 παιδιά. Στο ολοκληρωμένο πλαίσιο της διαχείρισης ασθενών με χρόνια νοσήματα, ρόλο οικογενειακού ιατρού (ως «προσωπικού» πλέον ιατρού) να αναλαμβάνει και ιατρός άλλης ειδικότητας, έπειτα από επιλογή του ασθενούς. Ρόλος οικογενειακού ιατρού μπορεί να ανατεθεί τόσο σε ιατρούς του ενιαίου δημόσιου πλέγματος υπηρεσιών ΠΦΥ όσο και σε συμβεβλημένους ιδιώτες.

Οι οικογενειακοί ιατροί παραπέμπουν, εφ' όσον το κρίνουν απαραίτητο, ασθενείς σε υπηρεσίες της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης. Επίσης, παραπέμπουν τους ασθενείς σε ειδικό ιατρό. **Η προσφυγή σε ειδικό γιατρό, με έμφαση στη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων, πρέπει να είναι ελεύθερη και να μην απαιτείται παραπεμπτικό από τον οικογενειακό γιατρό. Ο οικογενειακός γιατρός θα ενημερώνεται έτσι κι αλλιώς από τον ηλεκτρονικό φάκελο, όπου θα καταγράφονται όλες οι ιατρικές πράξεις.** Ιδιαίτερη έμφαση θα δίδεται στην συνεργασία με τις κλινικές και τις νοσοκομειακές μονάδες που θα νοσηλεύουν τους ασθενείς, με στόχο να μην υπάρχουν κενά στην παρακολούθηση των ασθενών και στην πιστή εφαρμογή των θεραπευτικών οδηγιών. Ο αριθμός και το είδος των παραπομπών, καθώς και το

είδος των εξετάσεων αλλά και των δοκιμασιών που εξυπηρετούν προληπτικές δραστηριότητες, ακολουθούν συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές, ενώ, η "παράκαμψη" του θεσμού μπορεί να συνδεθεί και με αντικίνητρα.

Βασικές παραδοχές:

- Ελεύθερη επιλογή οικογενειακού ιατρού από τον πολίτη κάθε έτος, με δυνατότητα αλλαγής με το τέλος του έτους
- Ο οικογενειακός ιατρός αντιπροσωπεύει, ως δυνατότητα, το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα της υγείας, αλλά και υποστήριξης της “κυκλοφορίας” του μέσα σε αυτό (να εξασφαλίζει και να συντονίζει τη συνέχεια στη φροντίδα που απαιτείται για τον ασθενή και τη νόσο/disease management σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας).
- Στην αρχή της δημιουργίας του συστήματος θα δοθεί συγκεκριμένη χρονική προθεσμία (π.χ. 8μήνες) για την εγγραφή και την πρώτη επίσκεψη στον Ο/Ι του πληθυσμού. Με τον τρόπο αυτό θα επιτευχθεί η πρώτη πλήρης καταγραφή του νοσολογικού φάσματος του πληθυσμού.
- Όσοι από τους πολίτες βρεθούν να πάσχουν από χρόνια πάθηση θα πρέπει να δηλώσουν και τον «προσωπικό» ιατρό ειδικότητας που τους παρακολουθεί, προκειμένου να συγκροτηθεί η Ομάδα Διαχείρισης Χρονίων Παθήσεων.
- Η υπό τη μορφή ενός «συμβολαίου» με τους οικογενειακούς ιατρούς παροχή μιας υποχρεωτικής δέσμης υπηρεσιών, η οποία καλύπτει τους βασικούς τομείς ιατρικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων δράσεων πρόληψης και προαγωγής της υγείας.
- Κύριος στόχος των οικογενειακών ιατρών είναι η διατήρηση της υγείας των πολιτών, εφαρμόζοντας τις εθνικές πολιτικές πρόληψης. Επίσης, κύριες δραστηριότητές τους είναι:
 - η διάγνωση αρχόμενης χρόνιας πάθησης στους υγιείς πολίτες που παρακολουθεί,
 - η εκπαίδευση των πολιτών σε θέματα διατήρησης και βελτίωσης της υγείας τους,
 - η παροχή ιατρικών υπηρεσιών στους υγιείς πολίτες που είναι στην λίστα του και εμφανίσουν οξύ ιατρικό πρόβλημα.

- η παρακολούθηση ασθενών που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις, για τις οποίες δεν θα κριθεί απαραίτητο να παρακολουθούνται τακτικά από ειδικούς γιατρούς,
- η παρακολούθηση ασθενών με χρόνια πάθηση, αλλά το στάδιο της νόσου επιτρέπει την παρακολούθηση από τον Ο/Ι,
- η επικοινωνία με τον «προσωπικό» ειδικό ιατρό και ο συντονισμός της διαχείρισης των προβλημάτων υγείας του χρόνιου πάσχοντα, στο πλαίσιο της Ομάδας Διαχείρισης Χρονίων Νοσημάτων,
- επιπρόσθετα θα είναι υποχρεωμένος:
 - να αξιολογεί, τουλάχιστον μία φορά τον χρόνο, το επίπεδο υγείας των πολιτών που έχει στην λίστα του, να καταγράφει τις διαφορές και να συμβουλεύει τους πολίτες για κάθε διαφαινόμενο κίνδυνο σε σχέση με την υγεία τους,
 - να εστιάζει σε συμπεριφορές που μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία των πολιτών (κάπνισμα, αλκοόλ, φυσική κατάσταση, βάρος σώματος, διατροφή, εξαρτήσεις κ.λπ.) και στη διαχείριση των μειζόνων παραγόντων κινδύνου, αξιολογούμενος από τα επιτεύγματά του σε αυτούς τους τομείς,
 - να επισκέπτεται συχνά τους πολίτες της λίστας του στους χώρους δουλειάς τους ή στον χώρο κατοικίας τους, αν αντιληφθεί ότι δημιουργούν προβλήματα στην διατήρηση της υγείας τους ή υπάρχει κίνδυνος για την δημόσια υγεία.
- Ο οικογενειακός ιατρός ασκεί την ιατρική είτε σε δημόσια δομή ΠΦΥ είτε στο ιδιωτικό του ιατρείο, είτε συμπράττει με άλλους ιατρούς ειδικοτήτων συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ για τη δημιουργία “group practice”.

ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Ειδικά για τη **διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων**, μεταξύ των οποίων τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο καρκίνος, ο διαβήτης και τα ψυχικά νοσήματα, σημειώνεται ότι αποτελούν τη σημαντικότερη αιτία ανικανότητας και πρόωρου θανάτου και επιφέρουν υψηλό κόστος στο σύστημα υγείας, καθώς ευθύνονται για το 70% της ζήτησης υπηρεσιών υγείας, το 80% των επισκέψεων στην ΠΦΥ, το 60% των νοσοκομειακών εισαγωγών, το 60% των θανάτων παγκοσμίως και απορροφούν περισσότερο από το 65% της εθνικής υγειονομικής δαπάνης.

Τα χρόνια νοσήματα εμφανίζουν μια αυξανόμενη συχνότητα διεθνώς:

- 20-40% του πληθυσμού της Ε.Ε άνω των 15 ετών θεωρείται ότι πάσχει από ένα ή περισσότερα χρόνια νοσήματα,
- 44% του πληθυσμού των Η.Π.Α. πάσχει από μία χρόνια νόσο, περισσότεροι από το 25% ηλικίας > 65 χρόνων πάσχουν από 4 ή περισσότερα χρόνια νοσήματα, ενώ το 5% των αρρώστων κοστίζουν το 48% των συνολικών δαπανών υγείας (10% - 70% του άμεσου κόστους, αλλά και με σημαντικό έμμεσο κόστος στην παραγωγικότητα, τις οικογένειες και τους φροντιστές).

Υπάρχουν πολλές και διαφορετικές στρατηγικές για την αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων. Οι προσεγγίσεις που έχουν υιοθετηθεί αντικατοπτρίζουν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε συστήματος υγείας, από την άποψη της διακυβέρνησής του, των εμπλεκόμενων φορέων, της χρηματοδότησης και των παρεχομένων υπηρεσιών περίθαλψης και φροντίδας.

Σε χώρες όπου η ΠΦΥ βασίζεται στη διεπιστημονική συνεργασία των επαγγελματιών υγείας (πχ Σουηδία, Ηνωμένο Βασίλειο, Ολλανδία) και με οικογενειακούς ιατρούς με χρεωμένη λίστα ασθενών, υπήρξε μια προοδευτική αύξηση του ρόλου των νοσηλευτών στη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων.

Αντίθετα, στη Γερμανία, με τη δυνατότητα ελεύθερης επιλογής ιατρού ΠΦΥ ή ειδικού για την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, έχει επικρατήσει το μοντέλο εφαρμογής δομημένων προγραμμάτων διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων (disease management programmes / DMPs) για τη

βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας χρονίως πασχόντων, επιτρέποντας στους Φ.Κ.Α. να χρηματοδοτούν τέτοια συμβόλαια με μεμονωμένους παρόχους ή δίκτυα παρόχων, εξασφαλίζοντας ένα βασικό πακέτο υπηρεσιών.

Σε κάθε περίπτωση, η λήψη μέτρων καθίσταται επιτακτική καθώς η ανεπαρκής διαχείριση των χρόνιων παθήσεων, εκτός των επιπτώσεων στην υγεία του πληθυσμού, ωθεί σε αυξημένη ζήτηση δευτεροβάθμιων (αύξηση των εισαγωγών >30%) και τριτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, με άμεση συνέπεια την όξυνση της δαπάνης και τον εκτροχιασμό του προϋπολογισμού υγείας.

Η επιδημιολογική μεταβολή της μετάβασης του νοσολογικού προτύπου από τα (οξέα) λοιμώδη νοσήματα στα (χρόνια) εκφυλιστικά νοσήματα, σε συνδυασμό με τη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού, καθιστά αυτού του τύπου τη νοσηρότητα ως μέγιστη απειλή για το επίπεδο υγείας των προηγμένων κοινωνιών, συνυπολογιζόμενης της επέκτασης της συν-νοσηρότητας, η οποία έχει σημαντικές κλινικές και οικονομικές επιπτώσεις.

Σύμφωνα με το πρότυπο αντίστοιχων δράσεων σε αναπτυγμένα συστήματα υγείας, υψηλή προτεραιότητα συνιστά ο αναπροσανατολισμός της εθνικής υγειονομικής πολιτικής σε μέτρα δημόσιας υγείας και αλλαγής των στάσεων και συμπεριφορών απέναντι στους παράγοντες κινδύνου για την υγεία.

Ο πληθυσμός της χώρας μας χαρακτηρίζεται από υψηλό επιπολασμό των μειζόνων παραγόντων κινδύνου για την υγεία:

- επιπολασμός καπνίσματος 39.1%, με την υψηλότερη στην Ευρώπη κατά κεφαλή κατανάλωση τσιγάρων, με τις ετήσιες δαπάνες λόγω του καπνίσματος να υπερβαίνουν τα 3,3 δις €.
- 54% των ενηλίκων (και κυρίως εφήβων) υπέρβαροι ή παχύσαρκοι (ο αντίστοιχος ευρωπαϊκός μέσος 46.7%),
- επιβαρυμένη εικόνα στην κατανάλωση οινοπνεύματος.

Επιπρόσθετα, τα μείζονα χρόνια νοσήματα στη χώρα μας έχουν υψηλούς επιπολασμούς, με ταχύτατες ανοδικές τάσεις και σημαντική επιβάρυνση στα οικονομικά του συστήματος υγείας(Διάγραμμα 9):

Διάγραμμα 9: Στοιχεία ΕΛΣΤΑΤ 6/2016

Πίνακας 4α. Επιπολασμός χρόνιων νοσημάτων – παθήσεων: ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω που πάσχει για κάθε φύλο, 2014

Χρόνιο νόσημα - πάθηση	Άρρενες	Θήλειες	Σύνολο
Άσθμα (συμπεριλαμβανομένου του αλλεργικού άσθματος)	3,6	5,2	4,4
Εμφραγμα μυοκαρδίου	3,1	1,2	2,1
Υπέρταση	19,1	22,5	20,9
Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή χρόνιες συνέπειες παλαιού εγκεφαλικού	2	2,1	2,1
Σακχαρώδης διαβήτης	8,8	9,6	9,2
Υψηλά επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα	13	17,6	15,4
Κατάθλιψη	3,2	6	4,7

Προτείνεται:

- Η εισαγωγή ενός **εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου** υπό πλήρη ασφαλιστική κάλυψη:
 - Καρκίνος του μαστού: γυναίκες ηλικίας 50-70 ετών, κλινική εξέταση και μαστογραφία κάθε 3 χρόνια,
 - Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας: γυναίκες ηλικίας 25-64 ετών, PAP-test κάθε 3 χρόνια, επί θετικού ή διφορούμενου αποτελέσματος HPV DNA test,
 - Καρκίνος του παχέος εντέρου: άνδρες και γυναίκες ηλικίας 50-69 ετών, δοκιμασία λανθάνουσας αιμορραγίας στα κόπρανα (FOBT) κάθε 2 έτη,
 - Ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής: όλοι οι άνδρες με την συμπλήρωση του 65ου έτους να κάνουν άπαξ triplex,

- Πρόγραμμα αγγειακού ελέγχου: άνδρες και γυναίκες ηλικίας 40-74 ετών, με ελεύθερο ιστορικό νοσημάτων (και παραγόντων κινδύνου), μέτρηση Α.Π., ΔΜΣ, CHOL, Glu, Gr κάθε 5 χρόνια.
- Η διαμόρφωση μιας **βασικής δέσμης παρεμβάσεων πρόληψης**, με επιλεγμένες υπηρεσίες, οι οποίες θα αποτελούν μέρος της βασικής δέσμης των υπηρεσιών που θα παρέχονται στον πολίτη από τους επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ.
- Η ανάπτυξη **δικτύων διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων**, με επικέντρωση στη συνέχεια της φροντίδας και με στόχο την αναστολή της προόδου της νόσου και την αποφυγή μελλοντικών επεισοδίων, αντί της μεμονωμένης αντιμετώπισης των επεισοδίων ή των εξάρσεων. Στην ανάπτυξη των δικτύων αυτών κεντρικό ρόλο έχουν ο οικογενειακός ιατρός και οι ιατροί σχετικών ειδικοτήτων, αλλά και άλλοι επιστήμονες υγείας (Ομάδα Διαχείρισης Χρόνιων Παθήσεων), που θα είναι υπεύθυνοι για το συνολικό management των ασθενών τους, καθώς και η 24ωρη λειτουργία των Μονάδων ΠΦΥ. Έτσι προτείνεται να λειτουργήσει και ο θεσμός του «προσωπικού» ιατρού για τους χρόνιους ασθενείς, παράλληλα με τον οικογενειακό γιατρό, που θα έχει ως κύρια ευθύνη την καθοδήγηση, τον ιατρικό φάκελο, τα θέματα πρόληψης και τις ιατρικές πράξεις που είναι σε θέση να διεκπεραιώσει (βλ. παραπάνω). Την τελική ευθύνη όμως του ασθενή την έχει, στην Ομάδα Διαχείρισης Χρόνιων Παθήσεων, ο οικογενειακός ιατρός, ο οποίος και θα αξιολογεί την υγεία του κάθε ασθενή σε τακτικά χρονικά διαστήματα (προγράμματα κλινικού audit). Στόχοι θα είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των πασχόντων, η αποφυγή των επιπλοκών, η γρήγορη πρόοδος στη νόσο, και οι εισαγωγές σε νοσοκομείο. Ιδιαίτερη προσοχή θα δοθεί στην εκπαίδευση των ασθενών στην νόσο και στην παρακολούθηση για την συμμόρφωση τους με τις οδηγίες.
- Η εφαρμογή προγραμμάτων διαχείρισης ασθενειών για χρόνιους πάσχοντες (στο πλαίσιο των Προγραμμάτων Διαχείρισης Χρόνιων Ασθενειών (Disease Management Programs) που εφαρμόζονται στην Γερμανία) με τις ακόλουθες απαραίτητες προϋποθέσεις:
 - επιλογή, προσαρμογή και εφαρμογή κλινικών πρωτοκόλλων διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων στην κοινότητα,

- συστηματική καταγραφή και παρακολούθηση ασθενών,
- εφαρμογή προγραμμάτων έγκαιρης διάγνωσης και πρόληψης ανά φύλο και ηλικία,

και τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- Στόχος των προγραμμάτων διαχείρισης της ασθένειας είναι η βελτίωση της ποιότητας μέσα από την τεκμηριωμένη ενσωματωμένη γνώση των ιατρικών πρωτοκόλλων και καλών πρακτικών, αλλά και ο έλεγχος του κόστους μέσα από τον αποτελεσματικό συντονισμό και τη διαχείριση των υπηρεσιών υγείας στα διαφορετικά επίπεδα του συστήματος και την παροχή κινήτρων προς τους προμηθευτές, τους ασθενείς και τα Ασφαλιστικά Ταμεία.
- Έμφαση θα δοθεί στην έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση, καθώς και στη διαμόρφωση ενός συστήματος παραπομπών (ηλεκτρονικές παραπομπές).
- Οι συμμετέχοντες σε προγράμματα διαχείρισης ασθένειας ασφαλισμένοι, έχουν υψηλότερο συντελεστή κινδύνου και υπολογίζονται ξεχωριστά για την κατανομή των πόρων από τον ΕΟΠΥΥ.