

# ΑΝΑΓΚΑΙΑ Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ Π.Φ.Υ ΜΕ ΤΗΝ ΜΟΡΦΗ ΠΟΥ ΔΡΟΜΟΛΟΓΕΙΤΑΙ ?

ΟΜΑΔΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ 2019

Βασίλειος Δημόπουλος  
Διδάκτωρ Καρδιολογίας  
Γ.Γ Ε.Ε.Κ.Ε



ΚΑΜΜΙΑ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΩΝ

# ΠΦΥ(alma-ata)

- Είναι το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας.
- Διακήρυξη της Alma-Ata (1978), του ΠΟΥ και στοχεύει στον αναπροσανατολισμό των στόχων του τομέα υγείας των κρατών και την στροφή προς την ΠΦΥ , με βάση τις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και ισότητας , αποδίδοντας μια δέσμη βασικών υπηρεσιών υγείας σε όλο τον πληθυσμό.
- Βασικό σημείο εκκίνησης υπήρξε η διαπίστωση ότι ξοδεύονται πολλά για λιγότερο αποτέλεσμα . Δηλαδή υπήρξε η εκτίμηση ότι στην Ευρώπη τα τελευταία 100 χρόνια παρά την σημαντική βελτίωση στη νοσηρότητα και θνησιμότητα αυτή δεν αποδείχθηκε ανάλογη με βάση τα δαπανηθέντα ποσά.
- Επίσης, ότι ενώ τα δαπανούμενα ποσά είναι μεγάλα δεν επαρκούν για την κάλυψη του πληθυσμού και πληθυσμιακές ομάδες (φτωχότεροι) δέχονται μειωμένες υπηρεσίες.

ΣΥΝΕΠΩΣ ΥΠΗΡΕΣΑΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

# ΠΦΥ(Astana)

- Διακήρυξη της Αστάνα [25/10/2018]. Ανανεωμένο όραμα για την ΠΦΥ θέτοντας τον στόχο του τριπλού δισεκατομμυρίου μέχρι το 2023
- (α) 1 δις περισσότεροι άνθρωποι με καθολική περίθαλψη.
- (β) 1 δις καλύτερα προστατευμένοι από επείγοντα.
- (γ) 1 δις με συνολικά καλύτερη υγεία και ευημερία.
- Υπολογίζεται ότι αυτό στις χώρες ΧΜΕ κοστίζει περί τα 350 δις δολ. ετησίως (10% δωρεές) (για πληθ/κή κάλυψη 80%). Θεωρείται όμως ότι αυτό μπορεί να βελτιώσει το μικρο- και μακροοικονομικό περιβάλλον των χωρών αυτών.

# ΠΦΥ(Astana)

- Στις χώρες Υ.Ε τα ισχυρότερα συστήματα ΠΦΥ έχουν συνδεθεί με τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού ,την ισότητα στην απονομή υγείας και την επιβράδυνση της αύξησης δαπανών .
- Στις χώρες Χ.Μ.Ε οι παρεμβάσεις στην ΠΦΥ έχει αποδειχτεί ότι μειώνουν τα ποσοστά μητρικής , βρεφικής θνησιμότητας και μεταδοτικών ασθενειών , βελτιώνοντας τη συνολική υγεία του πληθυσμού και μέσω αυτού το οικονομικό περιβάλλον
- Εκτιμάται δε ,ότι η σημαντική πρόοδος που έχει επιτευχθεί παγκοσμίως στην μητρική και βρεφική θνησιμότητα καθώς και στην αντιμετώπιση της Tbc & HIV θα μπορούσε να ανασταλεί αν δεν ενισχυθούν κατάλληλα τα συστήματα ΠΦΥ.

# ΠΦΥ(Astana)

- Μια παγκόσμια υγειονομική πρόκληση που θεωρείται ότι η ΠΦΥ μπορεί να συμβάλλει είναι η ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ (2+ χρόνια παθήσεις) με σημαντικές οικονομικές επιπτώσεις . Αν μάλιστα συνυπολογίσουμε ότι ο πληθυσμός άνω των 60 ετών μέχρι το 2050 θα έχει 3/στέι ,μιλάμε για υγειονομική βόμβα. Δεδομένου δε ότι σημαντικό τμήμα του πληθυσμού με συννοσηρότητες ανήκει στην παραγωγική ηλικία στις χώρες Υ.Ε αυτό έχει αντίκτυπο στην παραγωγικότητα και συμμετοχή στην εργασία . Καί συγκλίνουν ταχέως και οι χώρες Χ.Μ.Ε.
- Η αλληλεπίδραση μεταξύ ΠΦΥ & ΔΦΥ είναι ένα πεδίο ανάλυσης που δείχνει τα μικροοικονομικά οφέλη της πρώτης , δεδομένου ότι καλή χρήση αυτής συνδέεται με μειωμένες εισαγωγές → χαμηλότερο κόστος ,λιγότερες νοσοκομειακές λοιμώξεις, λιγότερες ιατρογενείς επιπλοκές.

## ΠΦΥ –ΕΛΛΑΔΑ (παρελθόν)

- Οικογενειακοί ιατροί του ΙΚΑ (1934).
- Πολύ-ιατρεία του ΙΚΑ (πλειονότητα των ειδικοτήτων) (καινοτόμες υπηρεσίες όπως κέντρο μάνας και παιδιού, οδοντιατρικές , προσθετικές εργασίες , παιδο-ψυχιατρικό κ.α)
- Ιδιώτες ιατροί συμβεβλημένοι με τα διάφορα ασφ. Ταμεία
- Κέντρα υγείας αγροτικού και αστικού τύπου.
- Εξ. Ιατρεία νοσοκομείων



ΠΦΥ-ΕΛΛΑΔΑ (μέλλον)

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΙΑΤΡΟΙ (TOMY)

ΙΑΤΡΟΙ ΕΟΠΥΥ



# ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ

Πράγματι τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια αυξανόμενη ροή σφαιρισμένων από το επίπεδο της α/θμιας φροντίδας απ'ευθείας προς την β' και γ'/θμια , με πρόκληση αυξημένου φόρτου εργασίας σε αυτήν και απομάκρυνση από το βασικό αντικείμενο της.

- ΑΝΕΧΕΙΑ?
- ΚΛΕΙΣΙΜΟ-ΥΠΟΒΑΘΜΙΣΗ ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΩΝ ΙΚΑ ?
- ΔΙΑΜΟΡΦΩΜΕΝΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΗ – ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΑΠ'Ο ΠΑΛΛΑΙΟΤΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ?
- ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ
- ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ

# ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ

**Μνημονιακή υποχρέωση από παλαιότερα  
Εναρμόνιση με τις αρχές της ALMA-ATA**

Η θέσπιση του οικογενειακού ιατρού δείχνει να μας εναρμονίζει με τις προηγμένες δυτικές χώρες με υψηλούς δείκτες υγείας. Παραγνωρίζουμε βέβαια ότι αυτοί οι καλοί δείκτες σχετίζονται και με την υιοθέτηση πιο υγιεινού τρόπου ζωής (άσκηση –όχι κάπνισμα , καλό ΣΒ κ.ά) . Είναι λοιπόν και ζήτημα Παιδείας και εκπαίδευσης του πληθυσμού και όχι μόνον Συστήματος Υγείας.

# ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ

ΔΗΛΑΔΗ Π.Φ.Υ = ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ (Π/Θ, Γ/Ι) & ΤΟΜΥ?

Ο ειδικός ιατρός της γειτονιάς ΠΦΥ δεν έκανε όλα τα χρόνια και κάνει? Και μάλιστα υψηλότερου επιπέδου για το γνωσιακό του αντικείμενο?

- Η προκλητή ζήτηση και η άσκοπη χρήση τεχνολογίας στην οποία αναφέρονται οι ιθύνοντες θα μπορούσε εύκολα να αντιμετωπιστεί με την αυστηρή τήρηση των διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων, που είναι άλλωστε σε ισχύ και σε δεύτερο χρόνο με τον μηχανισμό αυτόματης επιστροφής (clawback) που επίσης λειτουργεί.

- Άσκοπη περιπλάνηση ασφαλισμένων εντός του συστήματος?

- Κόστος μέσης περίπτωσης στο Νοσοκομείο → 2500 €, ενώ στην ΠΦΥ → 150€. Συνεπώς η άσκηση ΠΦΥ από ειδικό πιθανώς συνοδεύεται και από μικρότερο κόστος.

# ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΣΕ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ?

- Δαπάνη per capita: 2,287€(2009) → 1650€(2015) (28%)
- v.s Πορτογαλία= 2000€, Σλοβενία=2100€, μ.ο Ε.Ε=2900€
- Το 2015 το 8,4% ΑΕΠ κατευθύνθηκε στην Υγεία. Εξ' αυτών το >35% (3,2%) ,ήταν ιδιωτική δαπάνη (3/πλάσιο Ε.Ε). Οι ιδ.δαπάνες ήταν πάντα υψηλές στην Ελλάδα , τώρα όμως έχουν αυξηθεί. Αυτές στο μεγαλύτερο ποσοστό αποτελούν άμεσες πληρωμές(out of pocket) και όχι συμμετοχή στον ΕΟΠΥΥ. Και ακόμη περισσότερο σημαντικό κομμάτι αυτών (1/3) είναι άτυπες πληρωμές (χειρουργοί).

# ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΣΕ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ?

- Στην ελληνική επικράτεια υπάρχουν 283 νοσοκομεία
- Το >50% είναι ιδιωτικά (35% κλινών).
- Άνιση κατανομή ως προς τις εγκαταστάσεις ,τον υλικοτεχνολογικό εξοπλισμό και το ανθρώπινο δυναμικό.
- Το 2015 υπήρχαν 360/100.000 πλ. Νοσοκομ.κλίνες οξείας νοσηλείας (418 μ.ο Ε.Ε). Αττική/περιφ=3/1
- Το 2010 → πάγωμα προσλήψεων →15% μείωση προσωπικού.
- Ιατροί είναι 6,3/1000 κατ(1/160) ( Γ.Ι=6%)
- Νοσηλευτές είναι 3,2/1000 κατ. ( Ε.Ε=8,4 Πορτογαλία=6)

# ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΣΕ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ?

## ΑΡΝΗΤΙΚΑ

- Υψηλή ιδιωτική δαπάνη (άμεσες πληρωμές και όχι απλώς συμμετοχή στον ΕΟΠΥΥ )(άτυπες πληρωμές) . Αυτό έχει να κάνει σε μεγάλο βαθμό με το γεγονός ότι ο Έλληνας πολίτης απευθύνεται μεν στο ΕΣΥ ή στις παρυφές αυτού (ΕΟΠΥΥ , πιστοποιημένοι), αλλά θέλει να έχει άμεση και προσωπική παρέμβαση και χειρισμό .Επίσης λειτουργεί πολύ η προσωπική σχέση και δεν χαρακτηριζόμαστε σαν λαός από υπομονή. Προσωπικά δεν διακρίνω τέτοια πρόβλεψη στο ν.σ για την ΠΦΥ.
- Υψηλή μη ικανοποιούμενη ανάγκη του πολίτη για ιατρική περίθαλψη (κόστος ,αναμονή, απόσταση ). Αυτό 3/στηκε την 10/ετια και είναι η 2<sup>η</sup> μεγαλύτερη στην ΕΕ μετά την Εσθονία. (12,3%vs3,3 ΕΕ)
- Το κόστος είναι ο κυριότερος παράγοντας. Στους φτωχότερους φτάνει το 17,4% vs 4,1% ΕΕ και πιθανόν σχετίζεται με το διάστημα 2009-2016 (μακροχρόνια ανεργία , έλλειψη ασφάλισης)

# ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΣΕ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ?

## ΘΕΤΙΚΑ

- Μ.Ο ζωής 81,1 έτη (78,5 α 83,7 γ), λίγο ψηλότερος της Ε.Ε, αλλά και του ΟΟΣΑ(80,6ετη). Οι γυναίκες ζούν παντού 4-5 χρόνια περισσότερο . Επίσης παντού υπάρχει διαφορά 4 έτη ανάλογα το μορφωτικό και οικονομικό status. Στην Ελλάδα μετά τα 65 έτη τα 2/3 δηλώνουν αναπηρία που περιορίζει την ποιότητα ζωής.
- Η κατανάλωση αλκοόλ μειώθηκε και είναι αισθητά κατω του μ.ο Ε.Ε. Αυτό ισχύει και για την άμετρη-ευκαιριακή χρήση.(7,5 lt vs10 lt ΕΕ ετησίως/ατομο)
- Η χρήση καπνού μειώθηκε (40%,2008→27%2014) (21% ΕΕ)
- Οι θάνατοι από τροχαία έχουν μειωθεί σημαντικά.
- Έχουμε ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά θανάτων από ισχ. επεισόδια μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ(82 v.s 112/100.000πλ)

# ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΣΕ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ?

## ΘΕΤΙΚΑ

- Το ποσοστό αυτοαναφερόμενης καλής υγείας(74%) στη χώρα μας παρότι έχει μειωθεί την τελευταία δεκαετία (77%,2005), παραμένει ψηλά στην Ευρώπη (67%)
- Η αποτρεπτή (θεραπεύσιμη) θνησιμότητα: μειώθηκε σημαντικά και σταθερά την τελευταία 10/ετία για να ξεπεράσει και τον μέσο όρο ΕΕ(125 vs126/100.000πλ), ιδίως στις γυναίκες , όπου υπερβαίνει σημαντικά τον ευρωπαϊκό μ.ο(85,5% v.s 97,5%). Στους άντρες όμως υπολειπόμαστε σημαντικά(168%vs158%). Παντού όμως το αντρικό φύλο υστερεί πολύ(97,5%{γ}-158{α})
- Στις θεραπεύσιμες μορφές καρκίνου (προστάτη , μαστού , παχέος εντέρου) έχουμε σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά αλλά με την ίδια θνησιμότητα, ίσως λόγω έλλειψης προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου στον πληθυσμό.
- Η εμβολιαστική κάλυψη (12 μ) κρίνεται επαρκής(96%) , αν και υπάρχουν ζητήματα επαναληπτικής δόσης στην εφηβεία και εμβολιασμού κοινωνικών ομάδων (POMA)



# ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΣΕ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ?

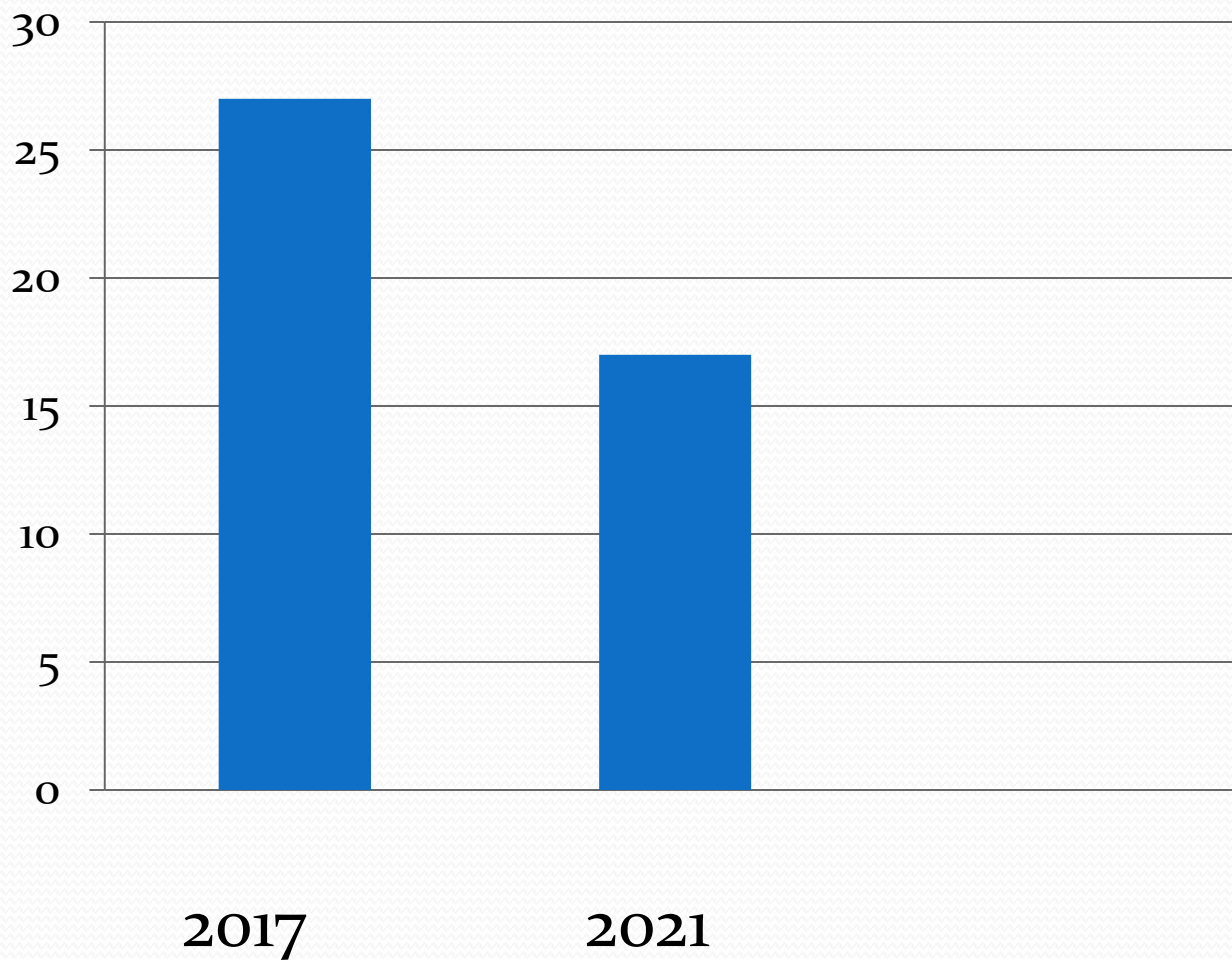
- Λοιπόν το σύστημα δεν δούλευε και τόσο άσκημα και μάλιστα σε επίπεδο διαγνωστικής και θεραπευτικής ισάξια με τις χώρες Ε.Ε & ΟΟΣΑ. Εκεί που φαινόταν να υστερούμε ήταν σε επίπεδο πρόληψης και προσυμπτωματικού ελέγχου.
- Δεν φαινόταν λοιπόν απαραίτητη η ανατροπή όλου του συστήματος , αλλά η διόρθωσή του κρατώντας τα καλά στοιχεία και βελτιώνοντάς τα.
- Και για να θυμίσω ,ο σκοπός της δημιουργίας της ΠΦΥ (Alm-ata) ήταν η ισότιμη και με κοινωνική δικαιοσύνη προσφυγή των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας . Αυτό στην Ελλάδα ικανοποιείται σε μεγάλο βαθμό από τη λειτουργία του ΕΟΠΥΥ (ΠΦΥ) . Δεν ήταν κάτι πού έλειπε τα τελευταία χρόνια .

# ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΣΕ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ?

Ως προς την εξοικονόμηση πόρων δε ,υπάρχουν προτάσεις (και από τον ΟΟΣΑ) παγκοσμίως και για όλες τις χώρες.

- (α) μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης (γενόσημα).
- (β) μείωση χρήσης αντιβιοτικών (είμαστε πρωταθλητές μαζί με τους Γάλλους).
- (γ) περιορισμός επεμβάσεων στις απαραίτητες με βάση διεθνείς οδηγίες (πχ 1/3 παιδιών γεννιούνται με καισαρική ενώ προβλέπεται ιατρικά το 15%).
- (δ) το 10% παραπέμπεται στο σύστημα υγείας άδικα .
- (ε) το 10% νοσοκομειακής δαπάνης αφορά ιατρικά σφάλματα και νοσοκομειακές λοιμώξεις.

# ΜΕΙΩΣΗ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΣΕ ΔΦΥ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΟΥΣ (εκ.)



# ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Αύξηση των δημόσιων δαπανών για την υγεία από το 4,8% του προϋπολογισμού στο 6% που θεωρείται παγκοσμίως ένα ελάχιστο ποσοστό ασφαλείας για τα συστήματα υγείας (6,5% μο ΟΟΣΑ, Πορτογαλία 6%, Ιρλανδία 6,5%, Γερμανία 9,5%, Μ. Βρετανία 7,8%) . Μην παραγνωρίζουμε την πτώση της χώρας μας στη παγκόσμια κατάταξη υγείας από την 26η θέση στην 41η (2016)(LANCET)
- Η χρηματοδότηση του ΕΟΠΥΥ να ανέλθει από το 0,6% στο 1%.
- Εθνικός σχεδιασμός ΠΦΥ με συνεργασία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.
- Ο οικογενειακός ιατρός είναι βασικό συστατικό της ΠΦΥ που μπορεί υπό προϋποθέσεις να λειτουργήσει θετικά .
- Υπάρχει οπωσδήποτε ανάγκη περιορισμού προσφυγής πολιτών στο β' και γ' / θμιο επίπεδο υγείας.
- Η φραγή προς τα νοσοκομεία κρίνεται απαραίτητη ,όχι όμως και προς τους ειδικούς ιατρούς Π.Φ (ιατροί γειτονιάς)

# ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Ο οικ. ιατρός δεν μπορεί και δεν πρέπει να αποτελεί την υποχρεωτική πύλη εισόδου σε εξειδικευμένες υπηρεσίες ΠΦΥ και πρέπει να διατηρείται ο σεβασμός στην ελεύθερη επιλογή ιατρού από τον πολίτη.
- Ανάπτυξη και αποτύπωση του υγειονομικού χάρτη της χώρας.
- Να λειτουργήσει ενιαίος και διαλειτουργικός Η.Φ υγείας.
- Οπωσδήποτε ανάγκη για καλύτερη κατανομή δομών, υλικ/κων εγκαταστάσεων και προσωπικού σε όλη τη χώρα.
- Συντονισμός παρόχων ΠΦΥ και νοσοκομειακών ιατρών που ανέκαθεν είναι από περιορισμένος εως ανύπαρκτος.
- ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ



ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΑΣ