

Η αναγκαιότητα της μεταρρύθμισης της Π.Φ.Υ.: μια πρόταση για συζήτηση

Ε. Θηραίος

Γενικός Ιατρός – Δ/ντής ΕΣΥ, Κέντρο Υγείας Βάρης

WHO NCD/PHC Consultant

Γενικός Γραμματέας Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών

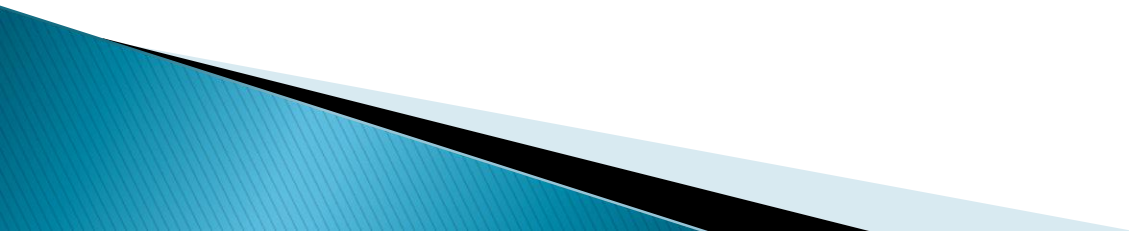
ΗΜΕΡΙΔΑ

«Λειτουργική Διασύνδεση Φορέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) με τις Μονάδες Υγείας με τη Χρήση Ενιαίων Προτύπων Ποιότητας – Διαδικασιών»



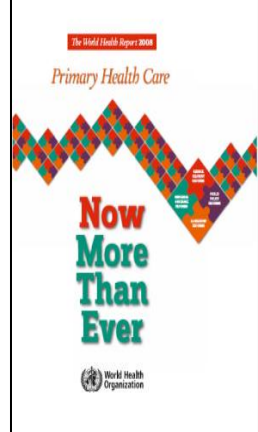
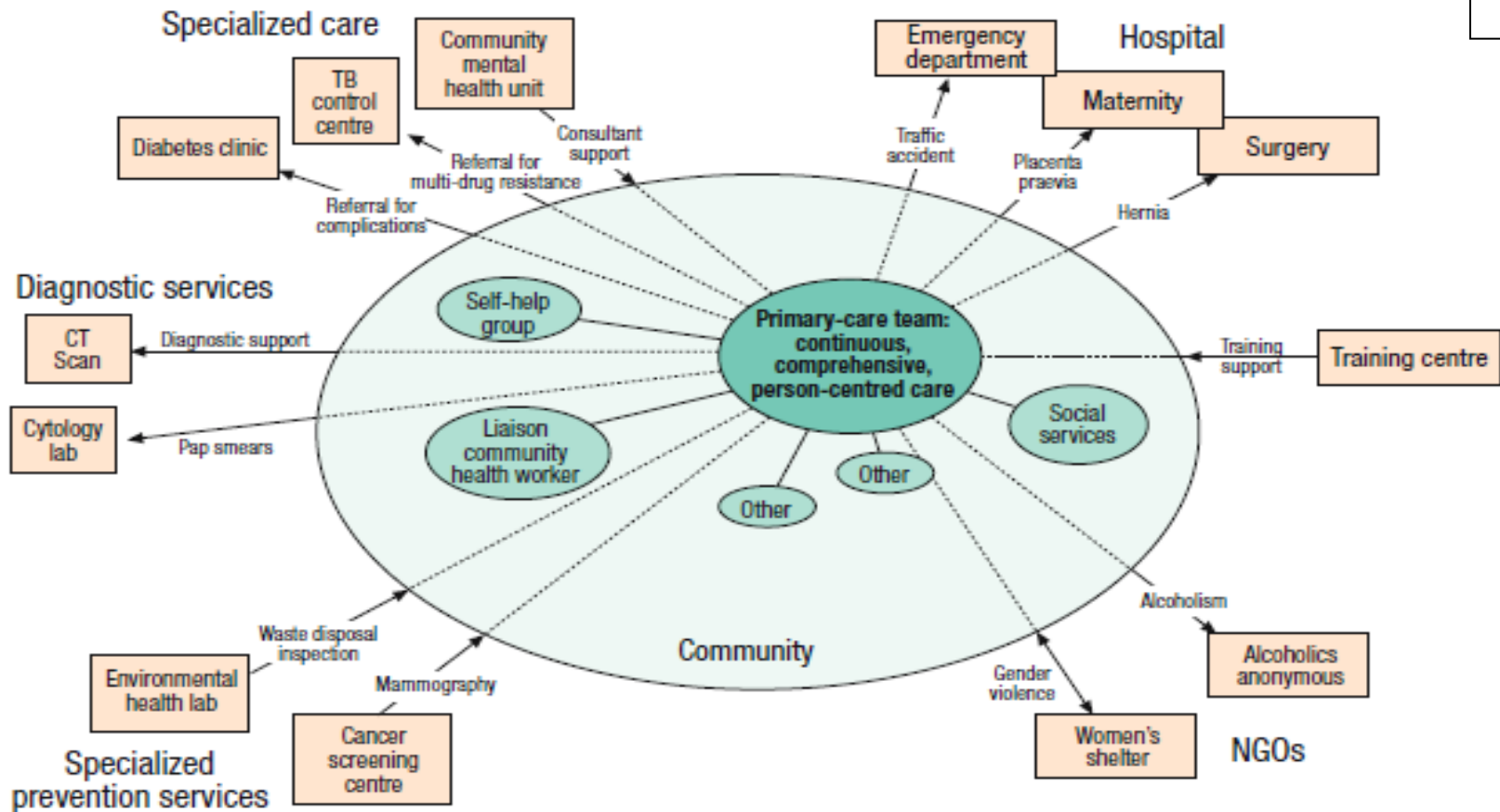
ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΑΘΗΝΩΝ
ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΕΩΣ 1835

Σχεδιάζοντας σήμερα υπηρεσίες Π.Φ.Υ.



Η ΠΦΥ στο επίκεντρο των υπηρεσιών υγείας

Figure 3.5 Primary care as a hub of coordination: networking within the community served and with outside partners^{173,174}



Το βάρος των χρόνιων νοσημάτων

► Αυξανόμενη συχνότητα διεθνώς

- 20–40% του πληθυσμού της Ε.Ε άνω των 15 ετών θεωρείται ότι πάσχει από ένα ή περισσότερα χρόνια νοσήματα

► Τα χρόνια νοσήματα ευθύνονται σήμερα για το:

- 80% των επισκέψεων στην ΠΦΥ
- 60% των νοσοκομειακών εισαγωγών
- 60% των θανάτων παγκοσμίως

People with Chronic Conditions Account for 78 Percent of All Health Care Spending

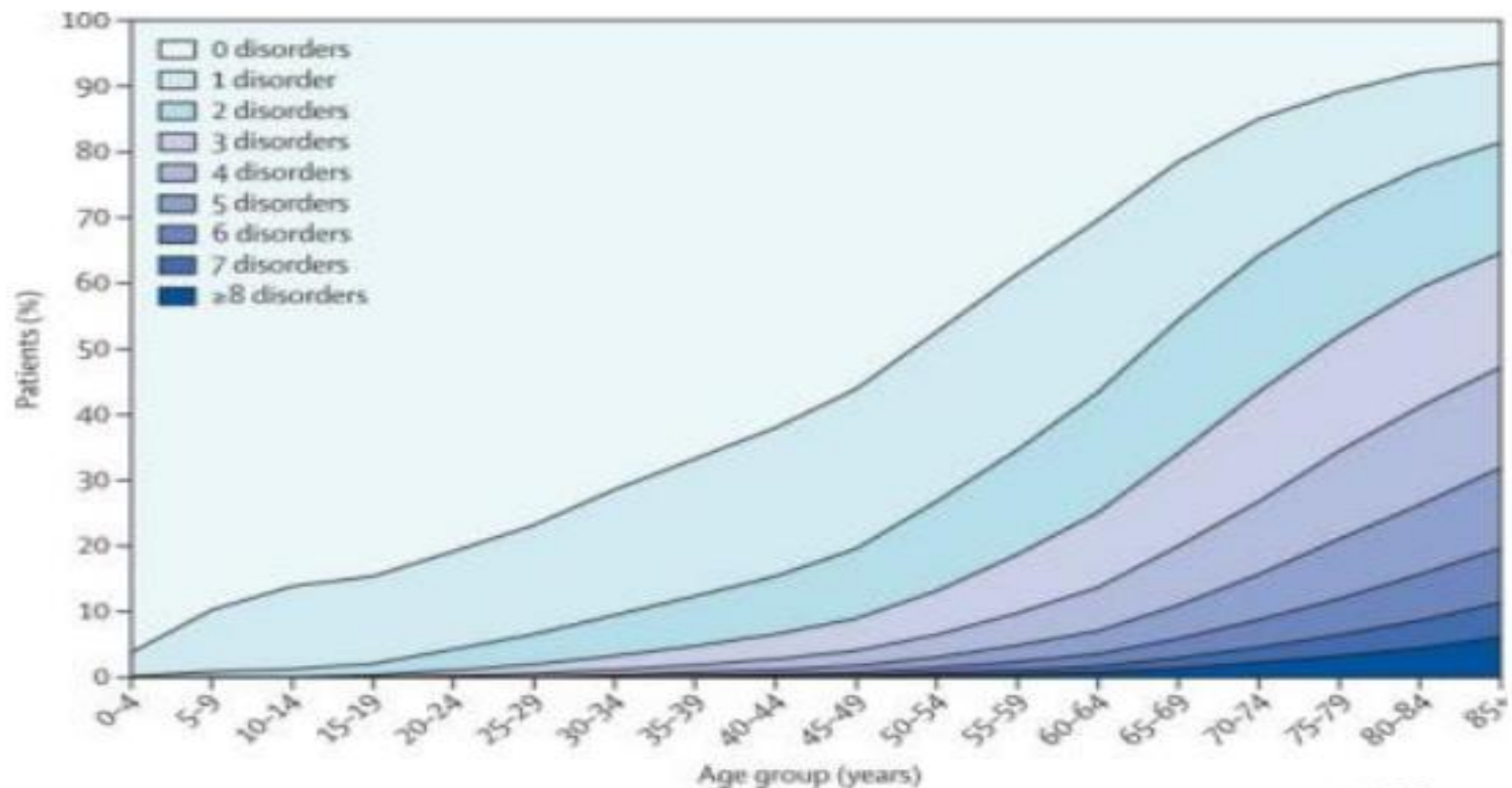
78%
Health Care Spending
for People with Chronic
Conditions

22%
Health Care Spending
for People without
Chronic Conditions



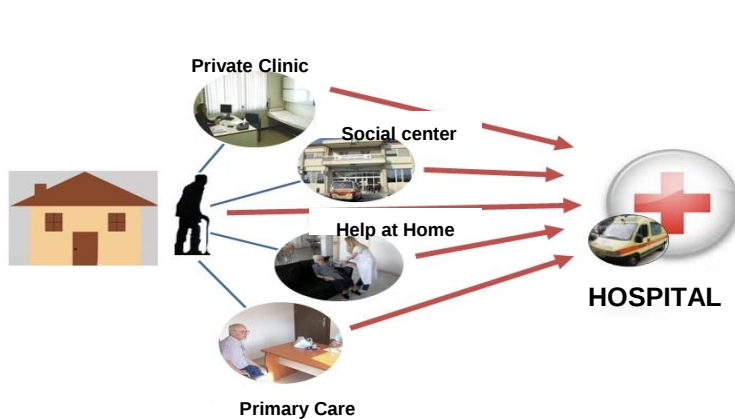
Source: Medical Expenditure Panel Survey, 1998.

Multimorbidity increases with age



Ο WHO εκτιμά ότι, έως το έτος 2050, ο αριθμός των ανθρώπων ηλικίας >60 ετών θα αυξηθεί σε περίπου 2 δισ., σε σύγκριση με το έτος 2000, όπου στις αντίστοιχες ηλικίες αναλογούν 605 εκ. περίπου.

Integrated Care



**Από την ασυντόνιστη και επεισοδιακή
(κατά κρίσεις) νοσοκομείο-κεντρική
φροντίδα**

**Αναγνώριση / αποζημίωση
του όγκου των υπηρεσιών**

**Από τη πελατειακή σχέση ασφαλιστικού
οργανισμού / φορέα παροχής φροντίδας**



**Στην ασθενο-κεντρική, συνολική,
συντονισμένη, εξω-νοσοκομειακή
φροντίδα**

**Αναγνώριση / αποζημίωση
αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών**

**Στη συνεργατική σχέση (partnership)
με μοίρασμα του ρίσκου**

Policy

Special series: Integrated primary health care

Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review

Christos Lionis, MD, PhD, HonFRCGP, Associate Professor, Head of the Clinic of Social and Family Medicine, School of Medicine, University of Crete, 71003 Heraklion, Crete, Greece

Emmanouil K. Symvoulakis, MD, PhD, Clinic of Social and Family Medicine, School of Medicine, University of Crete, 71003 Heraklion, Crete, Greece

Adelais Markaki, RN, PhD, Clinical Specialist Community Health Nursing, Clinic of Social and Family Medicine, School of Medicine, University of Crete, 71003 Heraklion, Crete, Greece

Constantine Vardavas, RN, MPH, Clinic of Social and Family Medicine, School of Medicine, University of Crete, 71003 Heraklion, Crete, Greece

Maria Papadakaki, Social Worker, MPH, Clinic of Social and Family Medicine, School of Medicine, University of Crete, 71003 Heraklion, Crete, Greece

Natasa Daniilidou, Scientific Collaborator, Health Economics Division, National School of Public Health, 196 Alexandras Avenue, 11521 Athens, Greece

Kyriakos Souliotis, Scientific Collaborator, Health Economics Division, National School of Public Health, 196 Alexandras Avenue, 11521 Athens, Greece

Ioannis Kyriopoulos, Professor of Health Economics, National School of Public Health, 196 Alexandras Avenue, 11521 Athens, Greece

Creating an Integrated Health Care System in Greece: A Primary Care Perspective

K. Souliotis^{1,3} and C. Lionis²

Over the past few years Greece has undergone several endeavors, aimed at modernizing and improving the national health care services. A Health Care Reform Act seeking quality improvement and coordination of outpatient and hospital services at the Regional level, through the enhancement of primary care, has been recently approved. This paper reports a proposal for integrated health system in the primary care system in Greece with a major focus on equity, quality, and outcomes. The equity and quality framework of this proposal will possess the main components focusing on the provision of essential services, and clinical and organizational standards.

KEY WORDS: health policy; primary health care; integrated health care; personal doctor; Greece.

ΑΠΟΨΕΙΣ OPINION PAPER

Λειτουργική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας Μια πρόταση για την άρση του αδιέξοδου

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί βασικό συστατικό στοιχείο όλων των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών του συστήματος υγείας στην Ελλάδα τα τελευταία 20 χρόνια. Ενώ όμως όλο αυτό το διάστημα, σε επίπεδο επιστημονικού διαλόγου, διατυπώθηκαν σχέδια και προτάσεις που θα μπορούσαν να προσδώσουν στο σύστημα τα χαρακτηριστικά τα οποία θα επέτρεπαν την ικανοποίηση των αναγκών υγείας των πολιτών, σε επίπεδο πολιτικής πρακτικής παρατηρήθηκε ένας περιορισμός σε νομικά κείμενα, τα οποία έμειναν ανενεργά. Στη χώρα μας συντελείται τα τελευταία χρόνια μια ριζική τομή στο σύστημα υγείας, με το πεδίο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας να αποτελεί κεντρικό σημείο της πολιτικής και επιστημονικής συζήτησης. Το κείμενο αυτό αποτελεί μια πρόταση για τη λειτουργική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η οποία αντλεί επιχειρηματολογία από την υφιστάμενη πραγματικότητα και λαμβάνει υπόψη της διεθνείς καλές πρακτικές, με κεντρικό σημείο το θεσμό του προσωπικού γιατρού. Το προτεινόμενο σχέδιο επιχειρεί να προσδώσει έναν πληθυσμιακό χαρακτήρα στη δέσμη των παρεχόμενων υπηρεσιών και συνιστά μια ρεαλιστική προοπτική, η οποία μπορεί να αποτελέσει ένα πρώτο βήμα για τη διαμόρφωση ενός ενιαίου, τόσο οργανωτικά όσο και χρηματοδοτικά, συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2003, 20(5):466-476
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2003, 20(5):466-476

Κ. Σουρλιώτης,¹
Χ. Λιονής²

¹Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα
²ΠεΣΥΠ Κρήτης, Κρήτη

Functional reconstruction of
primary health care: A proposal for
the removal of obstacles

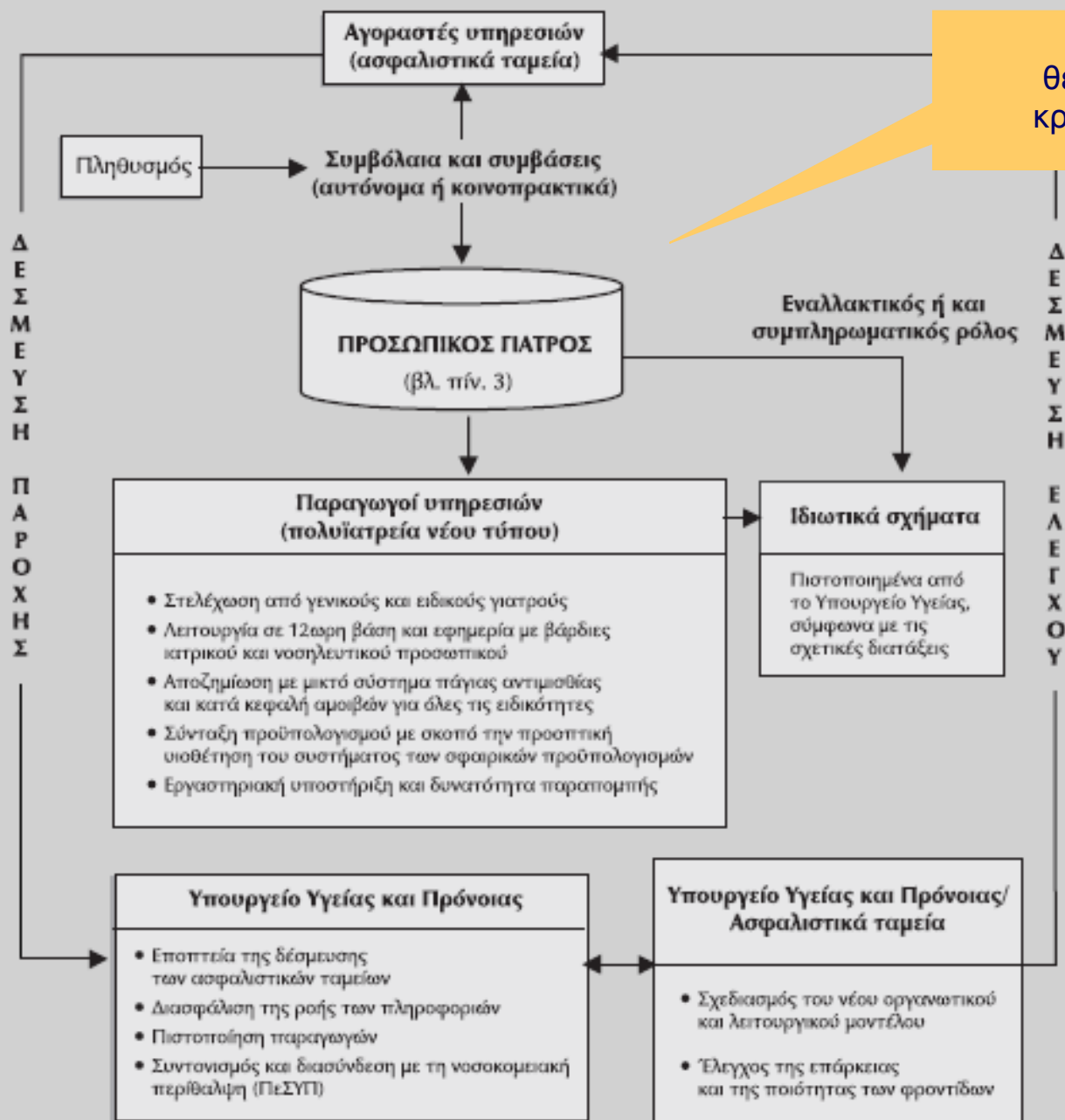
Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Πολιτική υγείας
Προσωπικός γιατρός
Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Η ανάγκη για
διασύνδεση όλων των
δομών

Υποβλήθηκε 14.4.2003
Εγκρίθηκε 22.5.2003



Το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο κρίνεται επαρκές

Εικόνα 1. Διαγραμματική απεικόνιση του υποδείγματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (μετά τη λειτουργική ανασυγκρότηση).

Seeking Quality Improvement in Primary Care in Crete, Greece: the First Actions

Christos Lionis¹, Mariza Tsiraki², Vassilios Bardis³, Anastasios Philalithis^{1,3}

Introducing clinical governance. The first action of the process that took place at the beginning of 2004 was recognizing accountability. The directors of the 14 health centers have been delegated the responsibility for administrative issues and clinical governance from the deputy general director, who was ultimately responsible on behalf of the Regional Health and Welfare Authorities. Clear instructions were also given to all medical directors on how to form groups for quality improvement. A list of tasks and guidance how these groups would implement some actions towards clinical governance were given. Visits to the health centers to encourage people for participation were put into practice.

Η εμπειρία της αυτονόμησης των δομών της ΠΦΥ έχει αξιολογηθεί πολύ θετικά

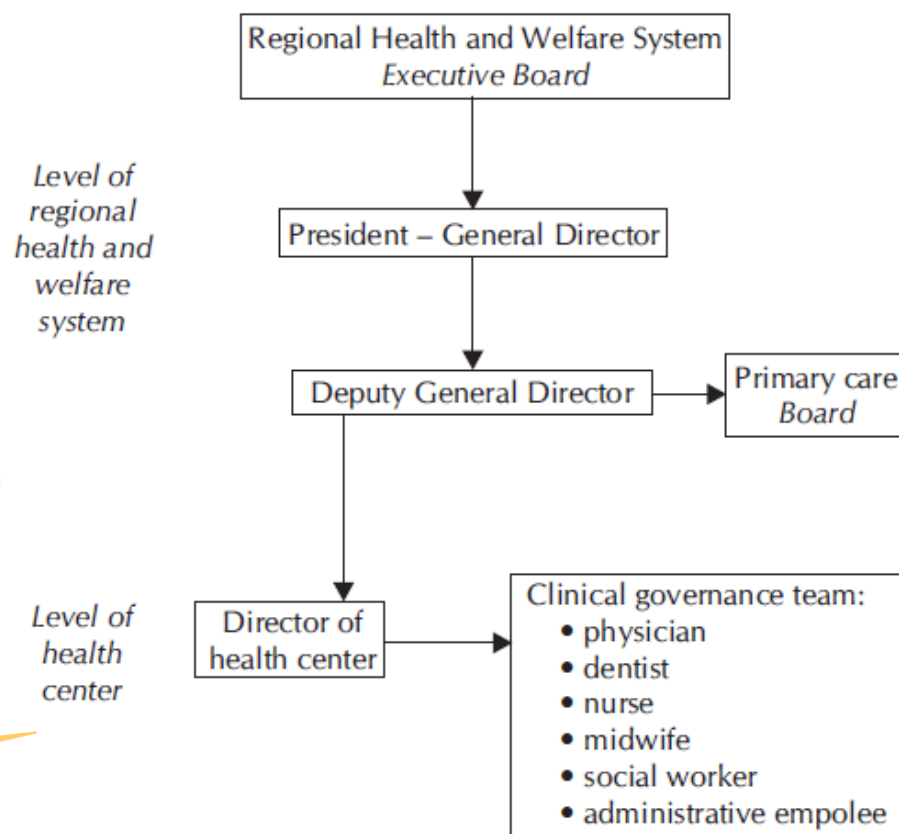


Figure 1. Part of strategic plan of the Regional Health and Welfare System of Crete.



MEASUREMENT OF PRIMARY CARE

Report on the Johns Hopkins Primary Care Assessment Tool

Leiyu Shi
Diana Pinto Masís
Frederico C. Guanais

Inter-American
Development Bank

Social Protection and
Health Division

TECHNICAL NOTE

No. IDB-TN-482

December 2012

First contact care means that care is first sought from the primary care provider when a new health or medical need arises.

Continuous (ongoing) care refers to the longitudinal use of a regular source of care over time, regardless of the presence or absence of disease or injury.

Coordinated care is the linking of healthcare visits and services so that patients receive appropriate care for all their health problems, physical as well as mental.

Comprehensive care refers to the availability of a wide range of services in primary care and their appropriate provision across the entire spectrum of types of needs for all but the most uncommon problems in the population by a primary care provider.

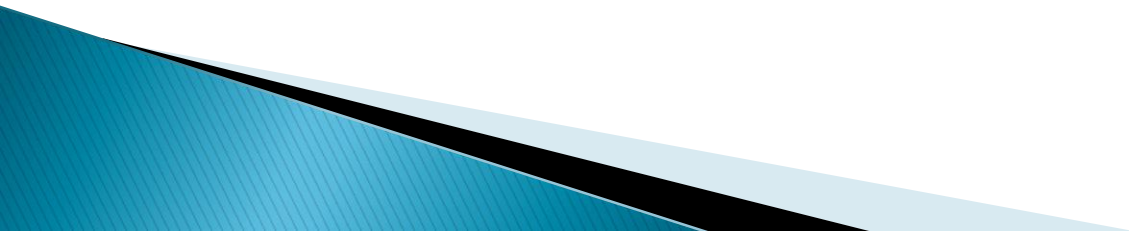
Family-centered care recognizes that the family is a major participant in the assessment and treatment of a *patient*. Context of family and community refers to an understanding of the patient's living conditions, family dynamics, and cultural background.

Community-oriented care refers to care that is delivered in the context of the community. Community refers to the population served, whether they are patients or not.

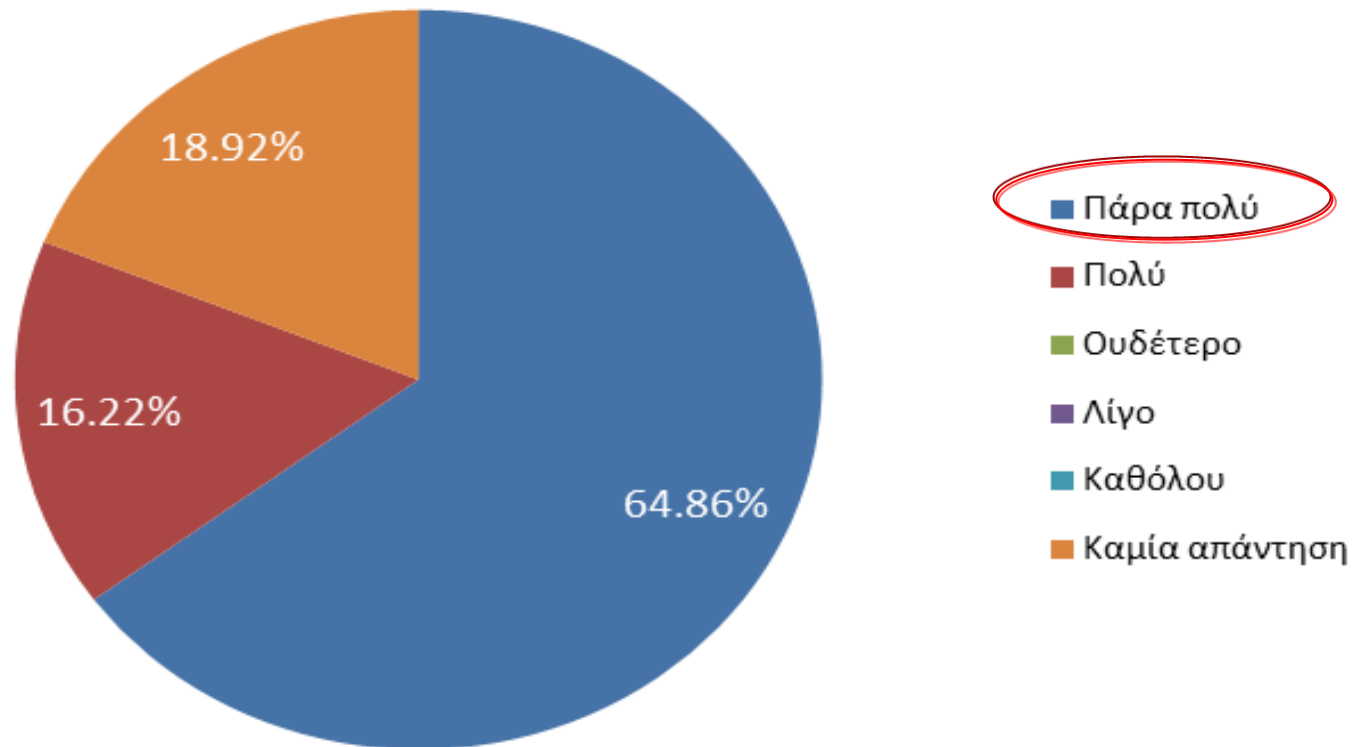
HOW

Με ρεαλιστικές, εφαρμόσιμες προτάσεις ...

Μια πρόταση για συζήτηση

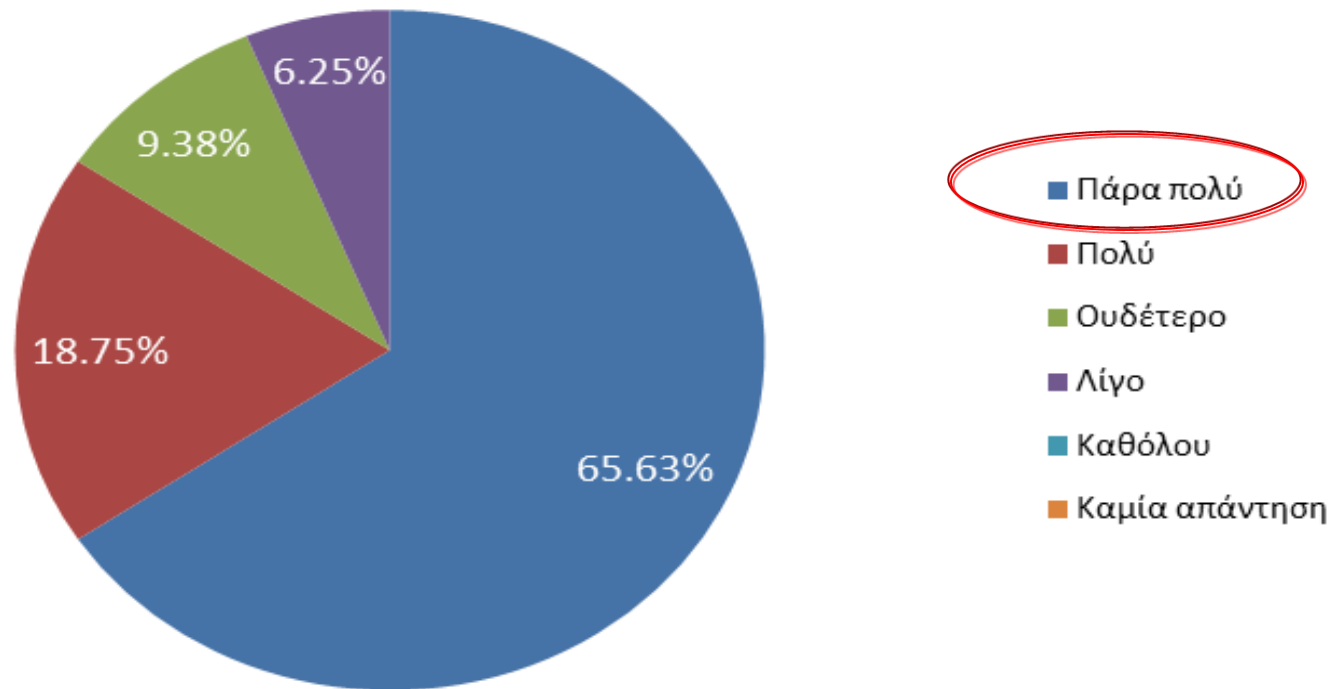


Πόσο αναγκαία θεωρείτε τη μεταρρύθμιση στην ΠΦΥ, σήμερα που το σύστημα υγείας καλείται να πειθαρχήσει σε πολύ περιορισμένους προϋπολογισμούς;

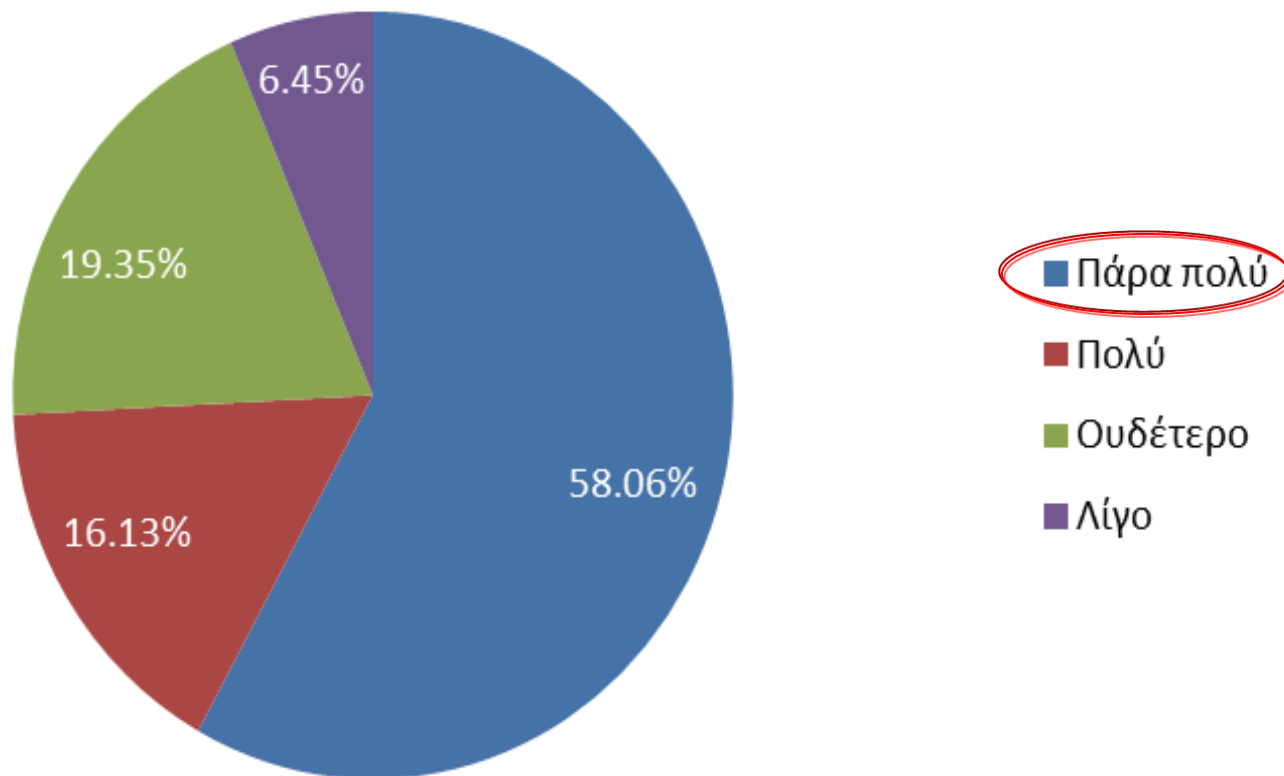


Πηγή: Σουλιώτης Κ. και συν., Προς τη μεταρρύθμιση της ΠΦΥ στην Ελλάδα: αξιολόγηση των επιλογών. Έρευνα σε δείγμα 50 εμπειρογνομόνων του τομέα υγείας, Σεπτέμβριος 2013

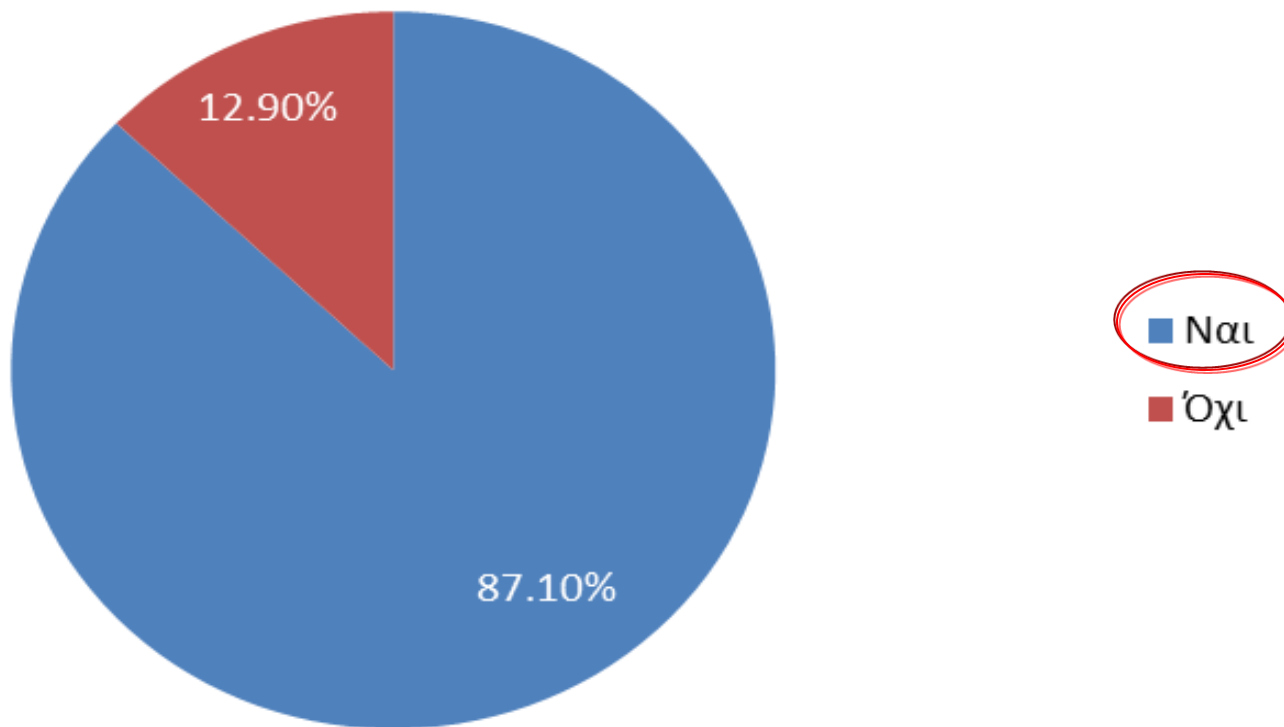
Αυτή τη στιγμή στο δημόσιο τομέα συνυπάρχουν δύο παράλληλα συστήματα ΠΦΥ, του ΕΣΥ και του ΕΟΠΥΥ. Πόσο αναγκαία θεωρείτε τη συνένωση τους για τη διαμόρφωση ενός ενιαίου συστήματος;



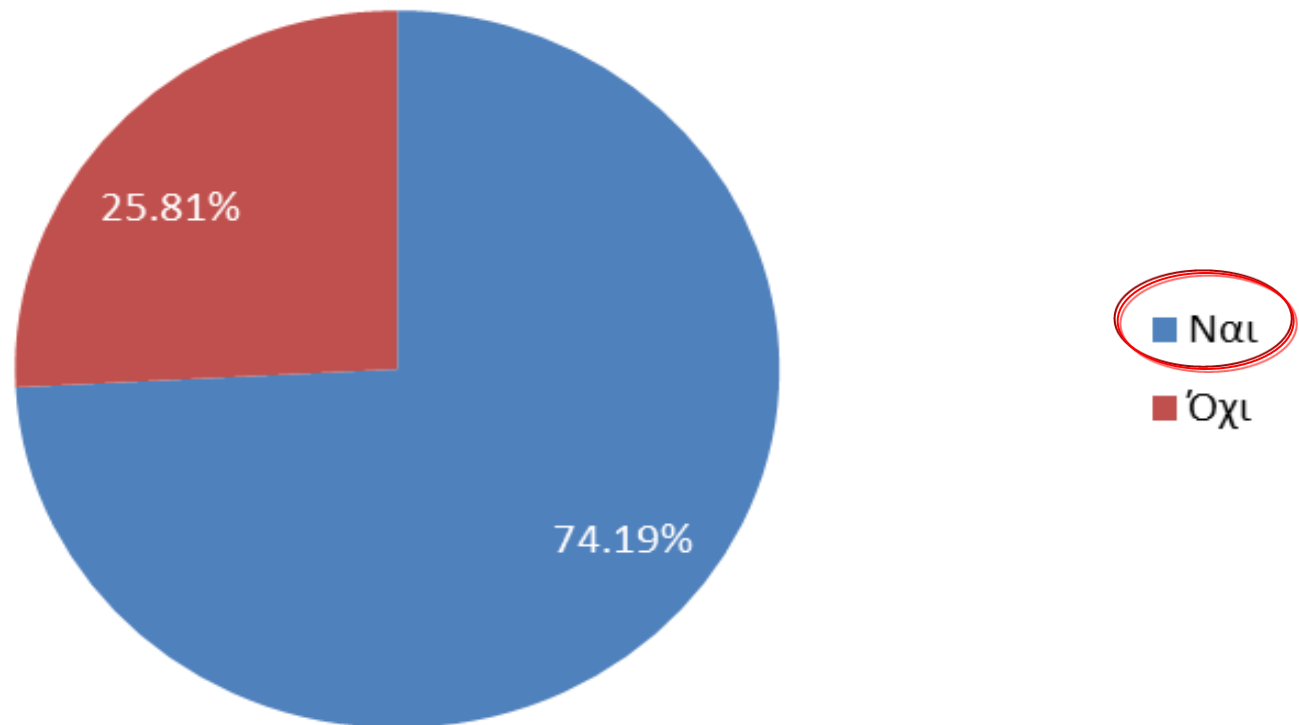
Πόσο απαραίτητη θεωρείτε την 24ωρη λειτουργία των δομών ΠΦΥ;



Πιστεύετε ότι πρέπει να λειτουργήσει ο θεσμός του
οικογενειακού ιατρού;



Συμφωνείτε με την πρόταση να μπορεί να ανατεθεί ρόλος προσωπικού ιατρού και σε ιατρούς ειδικοτήτων – πέραν της γενικής ιατρικής, της παθολογίας και της παιδιατρικής– για τις περιπτώσεις των χρόνιων νοσημάτων;



ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΠΡΟΤΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ



Κυριάκος Σουλιώτης
Ελευθέριος Θηραίος
Δάφνη Καϊτελίδου
Μαρία Παπαδακάκη
Πέτρος Τσαντίλας
Μαρία Τσιρώνη
Θεοδώρα Ψαλτοπούλου

ΑΘΗΝΑ

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2013

Η Επιστημονική Επιτροπή για την υποστήριξη της Μεταρρύθμισης της ΠΦΥ αποτελείται από τους:

- 1. Κυριάκο Σουλιώτη**, Επίκουρο Καθηγητή Πολιτικής Υγείας στη Σχολή Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και Επιστημονικό Συνεργάτη του Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας στην Ιατρική Σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, ως Επιστημονικά Υπεύθυνο - Συντονιστή.
- 2. Μαρία Τσιρώνη**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογίας στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.
- 3. Θεοδώρα Ψαλτοπούλου**, Επίκουρη Καθηγήτρια Επιδημιολογίας και Προληπτικής Ιατρικής στην Ιατρική Σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.
- 4. Ελευθέριο Θηραίο**, Γενικό Ιατρό - Επιμελητή Α΄ ΕΣΥ στο Κέντρο Υγείας Βάρης και Μέλος του Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας.
- 5. Δάφνη Καϊτελίδου**, Επίκουρη Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Διοίκησης - Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας, Αξιολόγησης Τεχνολογίας Υγείας και Ανθρωπίνων Πόρων στο Τμήμα Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.
- 6. Μαρία Παπαδακάκη**, Κοινωνική Λειτουργό, MSc Δημόσια Υγεία, Διδάκτωρ Τμήματος Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης, Εργαστηριακή Συνεργάτης Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας, ΤΕΙ Κρήτης.
- 7. Πέτρο Τσαντίλα**, Δικηγόρο - Διδάκτορα Κοινωνικού Δικαίου Πανεπιστημίου Paris X, Τακτικό Μέλος Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

Η διαχείριση του θέματος από την Επιτροπή βασίστηκε στον κάτωθι σχεδιασμό:

A. ΑΞΟΝΕΣ

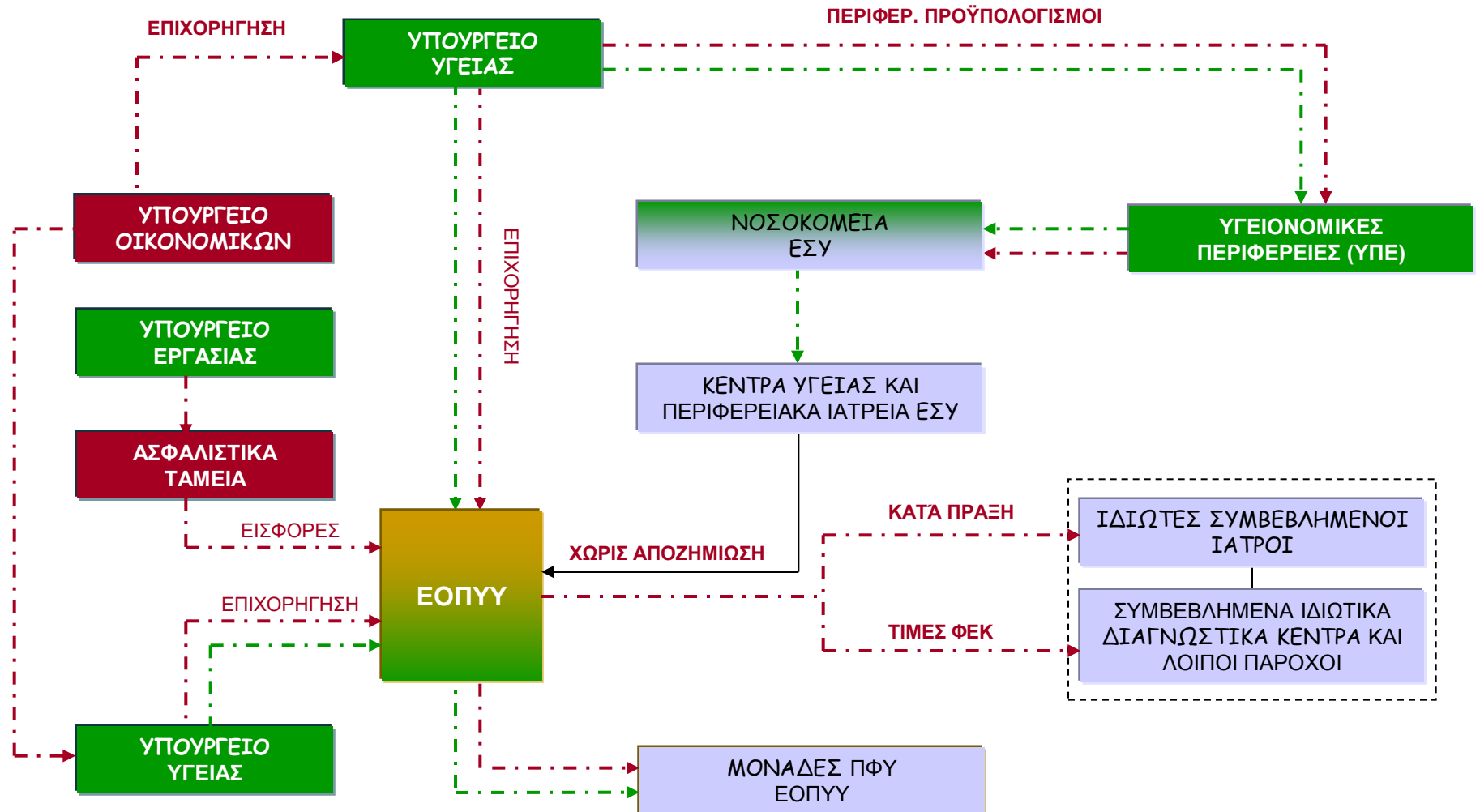
- Οριοθέτηση του πεδίου - βασική δέσμη υπηρεσιών
- Τρόπος κάλυψης αναγκών
- Σύστημα πρόσβασης
- Οικογενειακός ιατρός
- Ρόλος ΕΟΠΥΥ
- Διοικητική υπαγωγή - σχεδιασμός
- Χρονική διαθεσιμότητα υπηρεσιών
- Εργασιακές σχέσεις
- Τρόπος αποζημίωσης
- Νοσηλεύτης ΠΦΥ - κατ' οίκον φροντίδα
- Ιατρικός φάκελος - κάρτα υγείας
- Πιστοποίηση ποιότητας
- Επόμενη ημέρα

B. ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΕΡΓΟΥ

- Υφιστάμενη πραγματικότητα
- Προτεινόμενη επιλογή - στόχος
- Εναλλακτικές επιλογές
- Υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο
- Απαιτούμενες ενέργειες



Διάγραμμα υφιστάμενης δομής ΠΦΥ



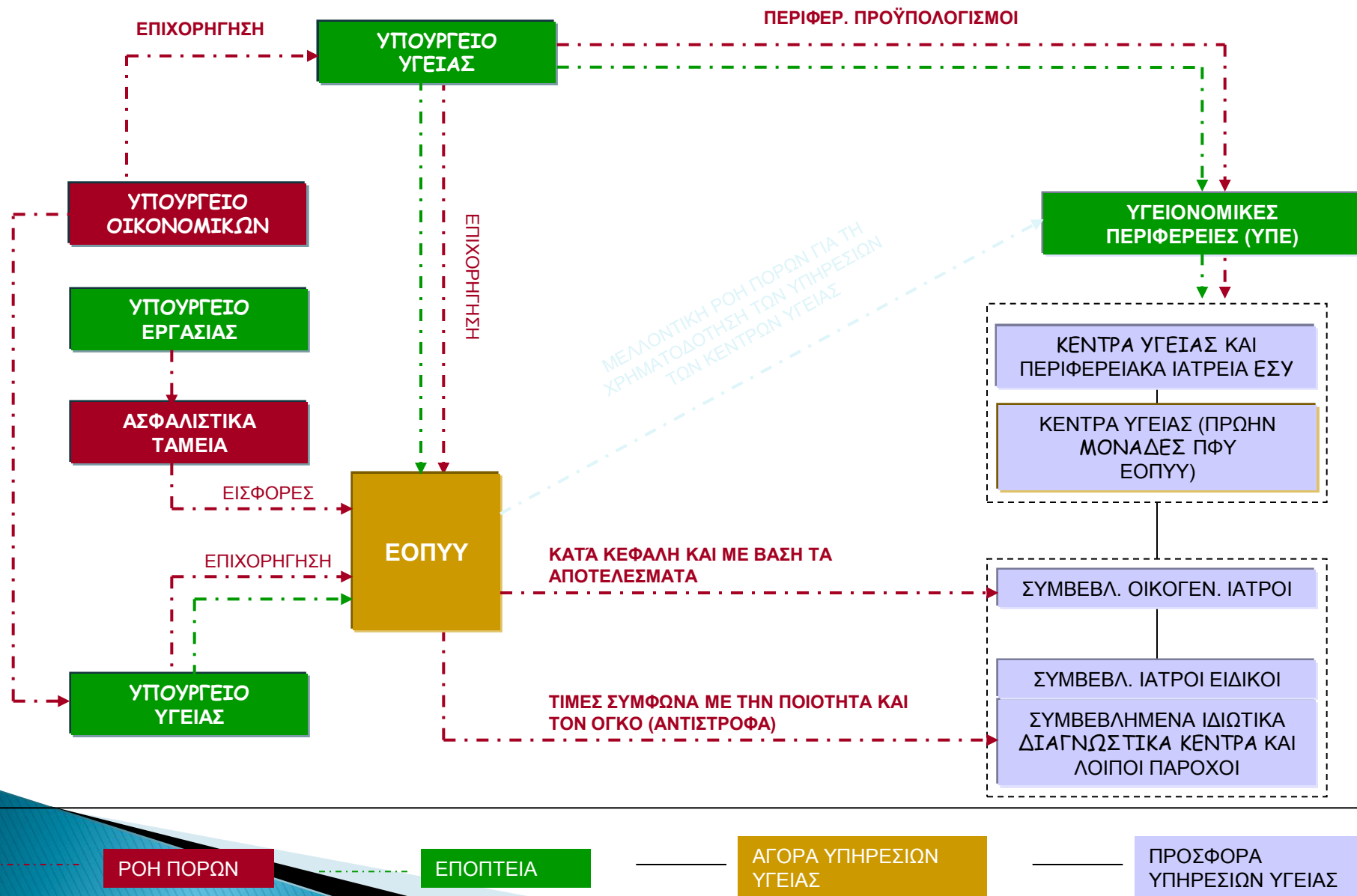
ΡΟΗ ΠΟΡΩΝ

ΕΠΟΠΤΕΙΑ

ΑΓΟΡΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ

ΠΡΟΣΦΟΡΑ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Διάγραμμα προτεινόμενης δομής ΠΦΥ



Αξονες	Τι ισχύει	Τι προτείνεται
--------	-----------	----------------

Τρόπος κάλυψης αναγκών	Παράλληλη λειτουργία δύο δημόσιων υποσυστημάτων που απευθύνονται στο σύνολο σχεδόν του πληθυσμού της επικράτειας.	Διαμόρφωση ενός <u>ενιαίου, δημόσιου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας</u> , με την υπαγωγή σε αυτό όλων των δημόσιων δομών ΠΦΥ.
Εποπτεία	Ο ΕΟΠΥΥ εποπτεύει τα πολυϊατρεία του, ενώ τα νοσοκομεία του ΕΣΥ τα Κέντρα Υγείας που υπάγονται σε αυτά.	Το σύστημα αποκτά <u>διοικητική αυτονομία σε επίπεδο δομής ΠΦΥ</u> , ενώ την εποπτεία την αναλαμβάνουν οι ΥΠΕ

Μη δογματική θέση – καταγραφή και της άποψης να αναλάβει την εποπτεία ο ΕΟΠΥΥ υπό την προϋπόθεση ότι έχει πλεονεκτήματα έναντι των ΥΠΕ.

Χρονική διαθεσιμότητα	Το σύστημα έχει περιορισμένη χρονική διαθεσιμότητα, ιδίως στα αστικά κέντρα.	<u>Σε επίπεδο περιφέρειας και σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού</u> , τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε περιοχής και τους διαθέσιμους πόρους, οργανώνεται η 24ωρη λειτουργία των δομών ΠΦΥ για την κάλυψη των έκτακτων αναγκών καθώς και η επέκταση του ωραρίου λειτουργίας για προγραμματισμένες επισκέψεις.
-----------------------	--	--

Άξονες	Τι ισχύει	Τι προτείνεται
Οικογενειακό ς ιατρός	Ο Θεσμός δεν έχει λειτουργήσει στην πράξη παρά τις συνεχείς αναφορές και την ισχυρή επιστημονική τεκμηρίωση.	Εισάγεται <u>ο Θεσμός του οικογενειακού ιατρού ως δικαίωμα του πολίτη</u> και ως υποχρέωση του συστήματος υγείας έναντι των πολιτών. Δεν συνοδεύεται από αποκλεισμούς στην πρόσβαση σε ιατρούς ειδικότητας αλλά ως σημείο αναφοράς για τη συγκέντρωση των πληροφοριών υγείας που αφορούν κάθε πολίτη που τον επιλέγει και την ολιστική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας του.
Η επιτροπή εκτιμά ότι η μη εφαρμογή του θεσμού στο παρελθόν συνδέεται με τη μη αποδοχή του από την κοινωνία λόγω του ότι παρουσιάστηκε απλά ως ένα εργαλείο περιορισμού της ελευθερίας επιλογής των χρηστών.		
Βασική δέσμη υπηρεσιών	Παρωχημένο και περιορισμένης εμβέλειας σύστημα, βασισμένο στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων με απουσία συστηματικής και ολοκληρωμένης παρακολούθησης.	Βασική δέσμη υπηρεσιών με <u>έμφαση στην πρόληψη και την προαγωγή υγείας</u> , τη διαχείριση των παραγόντων κινδύνου και την υλοποίηση εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου. <u>Η δέσμη των υπηρεσιών διευρύνεται και περιλαμβάνει προληπτική οδοντιατρική και αντιμετώπιση των ψυχικών παθήσεων και των εξαρτήσεων.</u>

Άξονες	Τι ισχύει	Τι προτείνεται
Χρόνια νοσήματα	Νοσοκεντρικό υπόδειγμα με έμφαση στη διαχείριση των οξέων εξάρσεων της νόσου και απουσία συστηματικής παρακολούθησης με συμμετοχή του ασθενούς (εκπαίδευση) στη διαχείριση της νόσου του.	Ανάπτυξη Δικτύων Διαχείρισης Χρονίων Νοσημάτων και λειτουργία Ομάδας επαγγελματιών υγείας, με επίκεντρο τον οικογενειακό ιατρό και τη συμμετοχή ιατρών ειδικοτήτων. Ενεργοποίηση και εκπαίδευση του ασθενή στη διαχείριση της νόσου του.
Σχέσεις εργασίας	Πολλαπλές σχέσεις με διαφορετικό καθεστώς αμοιβών, ωρών απασχόλησης και αποκλειστικότητας.	Σταδιακή σύγκλιση του πλαισίου συνεργασίας των ιατρών με το νέο σύστημα με την υιοθέτηση της πλήρους απασχόλησης για όλους τους ιατρούς που υπηρετούν στο νέο δημόσιο σύστημα παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ.

Η πρόταση περιλαμβάνει την πλήρη απασχόληση ως προϋπόθεση επίτευξης των ως άνω στόχων (πχ 24ωρη λειτουργία). Δεν υπάρχει δογματική θέση για την αποκλειστικότητα, ωστόσο, σε περίπτωση που αυτή δεν επιλεγεί, θεωρείται πιο δίκαιη η μη δυνατότητα σύναψης σύμβασης με τον ΕΟΠΥΥ σε όσους το πρωί απασχολούνται με σχέση πλήρους απασχόλησης με το νέο δημόσιο σύστημα. Επιπλέον, προβλέπεται η δυνατότητα σύναψης συμβάσεων με ιδιώτες για την κάλυψη συγκεκριμένων ως προς το είδος, το χώρο και το χρόνο, αναγκών.

Άξονες	Τι ισχύει	Τι προτείνεται
--------	-----------	----------------

Νέοι ιατροί	Σήμερα είναι αποκλεισμένοι από τη συνεργασία με το δημόσιο σύστημα καθώς δεν μπορούν να συμβληθούν με τον ΕΟΠΥΥ.	Με την υιοθέτηση σφαιρικών και περιφερειακών προϋπολογισμών που προτείνεται, παρέχεται η δυνατότητα σύναψης και νέων συμβάσεων τόσο του ΕΟΠΥΥ όσο και των Κ.Υ. (στο πλαίσιο του ευρύτερου σχεδιασμού σε επίπεδο περιφέρειας) με ιδιώτες, χωρίς περιορισμό ως προς τον αριθμό τους αλλά με δεσμεύσεις ως προς το παραγόμενο έργο - σύμφωνα με τις ανάγκες- και διαδικασία αξιολόγησης.
Τρόπος αποζημίωσης	Πάγια αντιμισθία με διαφορετικό ύψος ανάλογα με το φορέα απασχόλησης και κατά πράξη και περίπτωση για την άσκηση ιδιωτικού έργου. Καμία σύνδεση της αποζημίωσης με την ποιότητα και τα αποτελέσματα.	Οι ειδικότητες που θα αναλάβουν ρόλο οικογενειακού ιατρού προτείνεται όπως αμειφθούν στη βάση ενός σύνθετου συστήματος το οποίο θα περιλαμβάνει: α) κατά κεφαλήν αμοιβή (caritation) και -επιπλέον- β) αμοιβή στη βάση αποτελεσμάτων και στη βάση της διαχείρισης πολλαπλών προβλημάτων, την υποστήριξη δράσεων πρόληψης κ.λπ. Για τις υπόλοιπες ειδικότητες είναι αναγκαίο να εφαρμοστούν πολιτικές αποζημίωσης στη βάση του όγκου των παρεχόμενων φροντίδων (αντίστροφη σχέση). Σε κάθε περίπτωση, το όλο σύστημα αποζημίωσης θα πρέπει να ενταχθεί στο πλαίσιο ενός συνολικού, με επιμέρους περιφερειακούς προϋπολογισμούς ΠΦΥ.

Άξονες	Τι ισχύει	Τι προτείνεται
Κατ' οίκον φροντίδα και νοσηλευτής ΠΦΥ	Η κατ' οίκον φροντίδα εφαρμόζεται πολύ περιορισμένα με αποτέλεσμα μια βασική αρχή της ΠΦΥ, ήτοι ο προσανατολισμός του συστήματος υγείας προς τον πολίτη να μην μπορεί να υλοποιηθεί. Ο κανονισμός παροχών του ΕΟΠΥΥ ουσιαστικά δεν προβλέπει κατ' οίκον νοσηλεία παρά το ότι, όπου έχει εφαρμοστεί, έχει επιφέρει πολύ θετικά αποτελέσματα και σε οικονομικούς όρους.	Εισάγεται η <u>κατ' οίκον φροντίδα με την ενεργοποίηση του ρόλου του νοσηλευτή ΠΦΥ αλλά και άλλων επαγγελματιών υγείας</u> οι οποίοι συγκροτούν μια ειδική ομάδα που έχει ως σημείο αναφοράς τον οικογενειακό ιατρό και συνεργάζεται με ιατρούς ειδικοτήτων όπου απαιτείται.
Ιατρικός φάκελος - κάρτα υγείας	Παρά τα τεράστια άλματα που έχουν συντελεστεί με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η σχετική πληροφορία δεν έχει αξιοποιηθεί επαρκώς.	Με σημείο αναφοράς την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, προτείνεται όπως ξεκινήσει άμεσα η ενσωμάτωση, στην εφαρμογή της ΗΔΙΚΑ ενός <u>συνοπτικού ιστορικού υγείας (Patient Summary)</u> και στη συνέχεια η ανάπτυξη ηλεκτρονικού φακέλου υγείας, συντηρούμενου από τον οικογενειακό ιατρό.

Άξονες	Τι ισχύει	Τι προτείνεται
Πιστοποίηση της ποιότητας	Δεν έχει τεθεί ως προϋπόθεση, ιδίως για τις δημόσιες δομές με αποτέλεσμα να μην διασφαλίζεται η ποιότητα των παρεχόμενων φροντίδων σε πολλά σημεία του συστήματος. Επιπλέον, η μη σύνδεση της ποιότητας με το θέμα της αποζημίωσης, δημιουργεί αντικίνητρα για τη βελτίωση του επιπέδου των παρεχόμενων φροντίδων.	Προτείνεται η <u>θέσπιση στόχων ποιότητας</u> για όλες τις δομές, δημόσιες και ιδιωτικές και η <u>σύνδεσή τους τόσο με την αποζημίωση όσο και με τη δυνατότητα περαιτέρω παροχής υπηρεσιών υπό δημόσια κάλυψη</u>
Χρηματοδότηση	Όσον αφορά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η Ελλάδα εμφανίζει ήδη μείωση των δαπανών κατά 18% μεταξύ 2009 και 2011. Η μείωση αυτή σε συνδυασμό με τις διαρκείς αναθεωρήσεις του προϋπολογισμού του ΕΟΠΥΥ, οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα η πρόβλεψη δαπάνης για ΠΦΥ να μην ξεπερνά το 8% του συνολικού προϋπολογισμού του Οργανισμού, καθιστούν σχεδόν βέβαιη την αδυναμία κάλυψης των σχετικών αναγκών υγείας των πολιτών στο άμεσο μέλλον.	Η Επιτροπή υπολογίζει ότι για την υποστήριξη ενός αποτελεσματικού συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας <u>απαιτείται μια μετατόπιση πόρων, έτσι ώστε οι σχετικές δαπάνες να μην υπολείπονται του 15% των δημοσίων δαπανών του συστήματος υγείας. Αυτό με τα σημερινά δεδομένα εκτιμάται ότι προσεγγίζει το 1,5 δισεκ. €</u> . Η κατανομή του ποσού αυτού στις διάφορες δομές είναι αναμενόμενο να διαφέρει μεταξύ των περιφερειών, ενώ ζητούμενο είναι οι απαιτούμενοι πόροι να διασφαλιστούν από τη συγκράτηση των ασθενών σε αυτό το επίπεδο φροντίδας, στόχος ο οποίος άλλωστε είναι ευρύτατα διαδεδομένος διεθνώς.

Επισημάνσεις

Η Επιτροπή υπογραμμίζει την ανάγκη επαναπροσδιορισμού των πόρων που διατίθενται για την ΠΦΥ στην Ελλάδα, καθώς, με τα σημερινά δεδομένα, φαίνεται πως οι ανάγκες των πολιτών έχουν υποεκτιμηθεί.

Η πρόταση έχει ως επίκεντρο τον πολίτη, η δε βασική δέσμη υπηρεσιών που οριοθετείται, πρέπει να παρέχεται από το νέο, ενιαίο δημόσιο σύστημα ΠΦΥ σε όλους, συμπεριλαμβανομένων και όσων έχουν απολέσει το ασφαλιστικό δικαίωμα.

Το εν λόγω σχέδιο παρέμβασης για ένα ενιαίο, δημόσιο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, προτείνεται να υλοποιηθεί σταδιακά, με τις δομές, το ανθρώπινο δυναμικό και τον εξοπλισμό σε πλήρη λειτουργία.

Ηνωμένο Βασίλειο (Νέα συμβατική στρατηγική αποζημίωσης ιδιωτών γενικών ιατρών, βασισμένη στο «Πλαίσιο Αξιολόγησης Ποιότητας και Αποτελεσμάτων», 2004):⁵⁴

- Κατά κεφαλήν αμοιβή βάσει συμβολαίου
- Μέχρι και 25% αύξηση της αμοιβής κάθε ιατρού στη βάση 5 παραμέτρων:
 - 80 κλινικές παράμετροι (65.5% συνολικής επίδοσης)
 - 43 οργανωτικές παράμετροι (18.1%)
 - 4 παράμετροι σχετικές με την εμπειρία ασθενών (10.8%)
 - 8 παράμετροι σχετικά με υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής υγείας (3.6%)
 - παροχή ολιστικής φροντίδας(2%)
- Η κατά κεφαλήν αποζημίωση λαμβάνει υπόψη το μείγμα ηλικίας / φύλου/ νοσηρότητας των εγγεγραμμένων ασθενών στη λίστα του ιατρού.



Οικογενειακός Ιατρός: μια πρόταση



New GMS Contract QOF Implementation

Dataset and Business Rules

Diabetes Mellitus Indicator Set

- ▶ Λειτουργία ενός δικτύου οικογενειακών ιατρών για την παροχή μιας δέσμης υπηρεσιών, με στόχο τη διαχείριση των επιπτώσεων των χρόνιων νοσημάτων στη νοσηρότητα και την αναπηρία.
- ▶ Την υποχρέωση εκ μέρους των οικογενειακών ιατρών, υπό τη μορφή ενός «συμβολαίου», της παροχής μιας υποχρεωτικής δέσμης υπηρεσιών, ιδιαίτερα στους τομείς της πρόληψης (προσυμπτωματικός έλεγχος, εκτίμηση του κινδύνου) και της διαχείρισης επιλεγμένων συνήθων νοσημάτων της κοινότητας (π.χ. καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνος, σακχαρώδης διαβήτης, ΧΑΠ,), με τις ακόλουθες απαραίτητες προϋποθέσεις:
 - ▶ εφαρμογή κλινικών πρωτοκόλλων
 - ▶ συστηματική καταγραφή και παρακολούθηση των ασθενών
 - ▶ εφαρμογή προγραμμάτων έγκαιρης διάγνωσης και πρόληψης ανά φύλο και ηλικία στο ιατρείο
- ▶ Ανάπτυξη ενός συστήματος παραπομπών σε ειδικούς ιατρούς/δευτεροβάθμια φροντίδα
- ▶ Πληθυσμός ευθύνης Κ.Υ./Τομέας ΠΦΥ
- ▶ Νοσοκομείο αναφοράς

Data and Business Rules - Diabetes Mellitus Indicator Set				
CHSPS - Primary Care	Version No	27.301	Version Date	19/12/2013



Η χρήση φθηνής και αξιόπιστης τεχνολογίας (αναφορά σε ερωτηματολόγια και βαθμολογημένες κλίμακες)

FRAX[®] Εργαλείο αξιολόγησης του κινδύνου κατάγματος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας

Αρχική Εργαλείο υπολογισμού Διαγράμματα Συχνές ερωτήσεις Βιβλιογραφικές Αναφορές Ελληνικά

Εργαλείο υπολογισμού

Παρακαλείστε να απαντήσετε στις παρακάτω ερωτήσεις για τον υπολογισμό της δεκαετούς πιθανότητας κατάγματος βάσει της οστικής πυκνότητας.

Χώρα: Ελλάδα Όνομα/Κωδικός:

Σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου

Ερωτηματολόγιο:

10. Δευτεροπαθής οστεοπόρωση ☐ Όχι ☐ Ναι

11. Χρόνια παθήσεις που οδηγούν σε οστεοπόρωση ☐ Όχι ☐ Ναι

Μετατροπή του βάρους:

HeartScore[®]

HOME Print

Calculator

Examination date: 14/11/2013

Patient name:

Date of birth: 1 / 1913

Sex: ☐ Male ☐ Female

☒ Full Score ☐ BMI Score

Systolic blood pressure:

Cholesterol: mmol/L

HDL Cholesterol:

Smoker: ☐ Yes ☐ No

Calculate Risk

Quick Calculator

Calculate the 10-year CVD risk of your patient

- Full Score is based on age, gender, smoking status, systolic blood pressure, total cholesterol and HDL cholesterol.
- BMI Score is based on age, gender, smoking status and BMI. It is a quick estimate of risk, but is not intended as a substitute for the Full Score.

Figure 2

10 year risk of fatal CVD in low risk regions of Europe by gender, age, systolic blood pressure, total cholesterol and smoking status

Women				Men			
Non-smoker		Smoker		Non-smoker		Smoker	
Age	65	65	65	65	65	65	65
Systolic blood pressure	120	130	140	120	130	140	150
Total cholesterol	4	5	6	4	5	6	7
HDL cholesterol	1	2	3	1	2	3	4

SCORE

15% and over
10% - 14%
5% - 9%
3% - 4%
2%
1%
< 1%

10-year risk of fatal CVD in populations at low CVD risk

- Το SCORE για την εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου
- Το FRAX για την εκτίμηση του κινδύνου οστεοπορωτικού κατάγματος
- Το WHO-5D για την εκτίμηση της κατάθλιψης
- Το MMSE για εκτίμηση της άνοιας
- Το CHAD2VASC για την απόφαση χορήγησης αντιθρομβωτικής αγωγής

Προσιτή τεχνολογία & Assistive Health Technology

ιατρικές συσκευές, βοηθητικές συσκευές και εφαρμογές ηλεκτρονικής υγείας, αποτελούν σημαντικές συνιστώσες της τεχνολογίας υγείας, που έχουν τη δυνατότητα να σώσουν ζωές και να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής

Health Technology Assessment 1997; Vol. 1: No. 5

Review

A review of near patient testing in primary care

FDR Hobbs
BC Delaney
DA Fitzmaurice
S Wilson
CJ Hyde

GH Thorpe
ASM Earl-Slater
S Jowett
RS Tobias

- screening for iron deficiency in the child development clinic
- NPT for the exclusion of deep venous thrombosis
- NPT for HbA1c in the practice diabetic clinic
- NPT for microalbuminuria in the practice diabetic clinic
- home monitoring of blood glucose by patients in tight control of diabetes
- NPT for cardiac muscle damage in the diagnosis of acute chest pain





ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΠΡΟΤΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ



Κυριάκος Σουλιώτης
Ελευθέριος Θηραίος
Δάφνη Καϊτελίδου
Μαρία Παπαδακάκη
Πέτρος Τσαντίλας
Μαρία Τσιρώνη
Θεοδώρα Ψαλτοπούλου

ΑΘΗΝΑ
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2013

Σεπτέμβριος, 2013

“Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας & ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ 4 Βήματα για τη μεταρρύθμιση”



Οκτώβριος, 2013

ΟΕΝΓΕ: Αυτή είναι η δική μας πρόταση για την ΠΦΥ

Τελευταία ενημέρωση: 23/10/2013 - 11:30

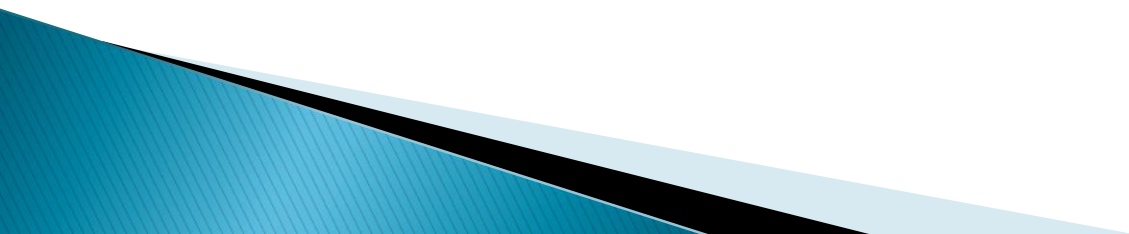
Μία Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που θα καλύπτει όλον τον πληθυσμό, με ενιαίο τρόπο, μέσα από μία πηγή χρηματοδότησης που είναι ο κρατικός προϋπολογισμός, με οικογενειακό γιατρό και την ομάδα του αλλά και με ειδικότητες γιατρών που θα εξετάζουν στα Κέντρα Υγείας, με μία ισχυρή Υγειονομική Περιφέρεια καθώς και με Παρατηρητήριο Υγείας που θα παρεμβαίνει στα νοσοκομεία της περιοχής, είναι η πρόταση των **Νοσοκομειακών Γιατρών για την ΠΦΥ**.

Και 5ο πόρισμα για ΠΦΥ από Πολύζο και Δημοκρίτειο

Τελευταία ενημέρωση: 25/10/2013 - 12:41

Ένα πέμπτο (!) πόρισμα για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τον ΕΟΠΥΥ (μετά από αυτά των κ.κ. Σουλιώτη, Θεοδωράκη, Κοντού και ΟΕΝΓΕ) αναμένεται να εμφανιστεί σήμερα από τον πρώην γενικό γραμματέα του υπουργείου Υγείας επί θητείας Ανδρέα Λοβέρδου, αναπληρωτή καθηγητή του Δημοκρίτειου πανεπιστημίου κ. **Νίκο Πολύζο**.

Οι απόψεις των πολιτών





ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ



ΚΕΝΤΡΟ ΜΕΛΕΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΠΑΝΕΛΛΑΔΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΥΓΕΙΑΣ HELLAS HEALTH VI

Γιάννης Τούντας

Καθηγητής Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής
Διευθυντής

Κυριάκος Σουλιώτης

Επίκουρος Καθηγητής Πολιτικής Υγείας,
Σχολή Κοινωνικών Επιστημών Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Αθήνα, 22 Οκτωβρίου 2015



Ταυτότητα της έρευνας

- **Φορέας:** Ινστιτούτο Κοινωνικής Προληπτικής Ιατρικής.
- **Τύπος μελέτης:** Ποσοτική έρευνα με Computer Assisted τηλεφωνικές συνεντεύξεις (CATI) με χρήση δομημένου ερωτηματολογίου.
- **Περιοχή μελέτης:** Το σύνολο της χώρας.
- **Πληθυσμός έρευνας:** Άνδρες και γυναίκες ηλικίας 18 ετών και άνω.
- **Μέγεθος δείγματος:** 1.001 άτομα.
- **Επιλογή δείγματος:** Για την επιλογή του δείγματος χρησιμοποιήθηκε απλή τυχαία δειγματοληψία από αρχείο τηλεφωνικών αριθμών.
- **Διεξαγωγή:** Η έρευνα διεξήχθη από 22/04/15 έως 30/04/15 από 3 επόπτες και 47 ερευνητές της Metron Analysis.
- **Ποιοτικοί έλεγχοι:** 20% των συνεντεύξεων ελέγχθηκαν με παράλληλη συνακρόαση και 100% ηλεκτρονικά.
- **Μέγιστο Δειγματοληπτικό Σφάλμα:** $\pm 3,1\%$.
- **Σημείωση:** Όπου οι βάσεις είναι μικρότερες των 60 ατόμων τα στοιχεία είναι ενδεικτικά.

Διενέργεια προληπτικών εξετάσεων

Ερ: «Έχετε μετρήσει έως σήμερα κάποιο από τα παρακάτω που αφορά την υγεία σας; Σημειώστε πριν από πόσους μήνες έτη μετρήσατε για τελευταία φορά την αντίστοιχη τιμή»

Μέτρηση κατά μέσο όρο πριν από περίπου...**

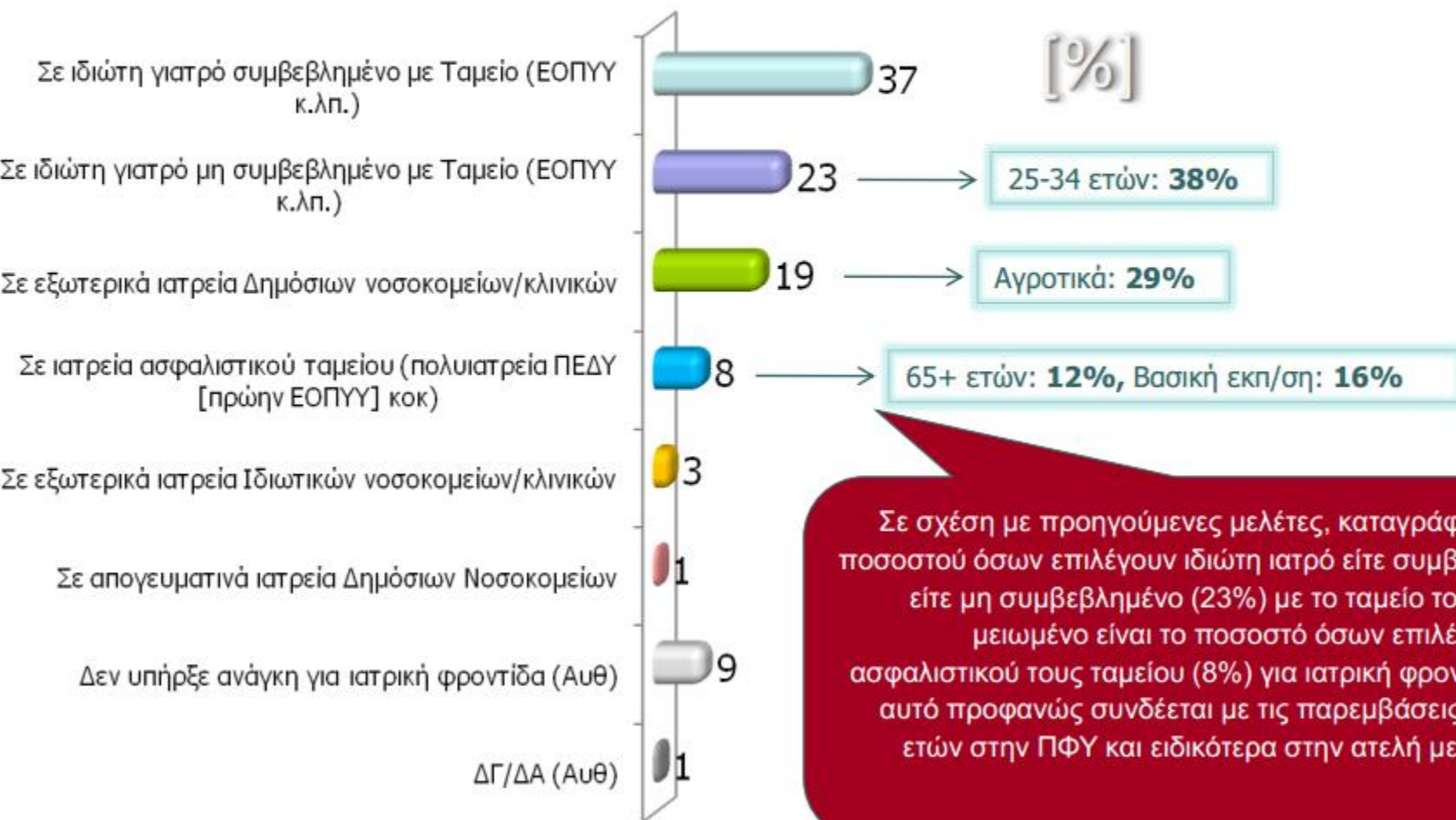
■ Έχει μετρήσει ■ Δεν έχει μετρήσει ■ ΔΘ ■ ΔΑ



Χαμηλά ποσοστά παρουσιάζουν η διενέργεια μαστογραφίας (57%) και η ψηλάφηση μαστού από γιατρό (67%) για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού και οι εξετάσεις για την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου, αιμορραγική κοπράνων (14%) και κολονοσκόπηση (15%), ενώ 2 στους 10 Έλληνες δεν έχουν μετρήσει την αρτηριακή πίεση, την χοληστερόλη, το σάκχαρο αίματος για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νόσων.

Σημεία ιατρικής φροντίδας

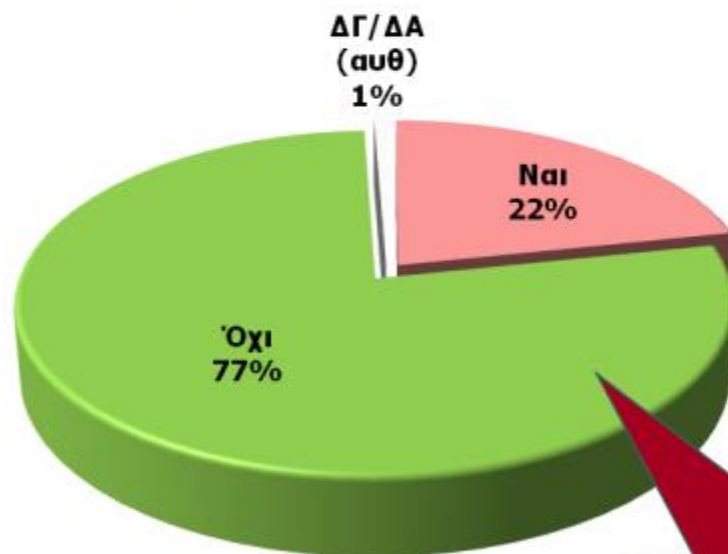
Ερ: «Τους τελευταίους 12 μήνες όταν είχατε ανάγκη για ιατρική φροντίδα συνήθως πηγαίνετε...»



Σε σχέση με προηγούμενες μελέτες, καταγράφεται αύξηση του ποσοστού όσων επιλέγουν ιδιώτη γιατρό είτε συμβεβλημένο (37%) είτε μη συμβεβλημένο (23%) με το ταμείο τους, ενώ αισθητά μειωμένο είναι το ποσοστό όσων επιλέγουν ιατρείο του ασφαλιστικού τους ταμείου (8%) για ιατρική φροντίδα. Το εύρημα αυτό προφανώς συνδέεται με τις παρεμβάσεις των τελευταίων ετών στην ΠΦΥ και ειδικότερα στην ατελή μεταρρύθμιση των ΠεΔΥ.

Μη λήψη φροντίδας υγείας

Ερ: «Τους τελευταίους 12 μήνες υπήρξε κάποια στιγμή που πιστεύατε ότι χρειαζόσασταν κάποια θεραπεία (ή/και διαγνωστικές εξετάσεις) για κάποιο πρόβλημα υγείας σας αλλά δεν την λάβατε;»



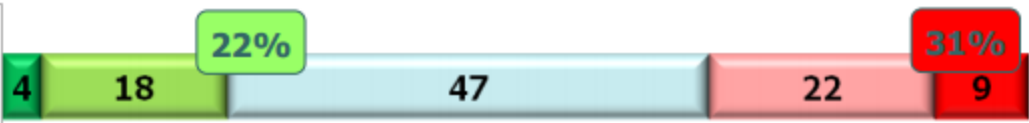
Περισσότεροι από ένας στους πέντε Έλληνες (22%) δεν έλαβαν τη θεραπεία ή/και τις εξετάσεις που ήθελαν. Το ποσοστό αυτό είναι ιδιαίτερα υψηλό για τα ευρωπαϊκά δεδομένα.

Περίοδος προ και μετά ΕΟΠΥΥ σε όσους έχουν άποψη

Ερ: «Συγκρίνατε την περίοδο προ και μετά ΕΟΠΥΥ και αξιολογήστε πως μεταβλήθηκαν τα παρακάτω»
(Όσοι ερωτώμενοι έχουν επισκεφθεί την αντίστοιχη υπηρεσία και απάντησαν)

■ Βελτιώθηκε πολύ ■ Βελτιώθηκε ■ Ούτε χειροτέρεψε ούτε βελτιώθηκε ■ Χειροτέρεψε ■ Χειροτέρεψε πολύ

Η πρόσβαση σε ιδιωτικές υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης (όπως ιδιώτες ιατρούς, ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών)



Η πρόσβαση σε ιδιωτικές κλινικές



Η πρόσβαση σε ιδιωτικά φαρμακεία



Η πρόσβαση στις δομές εξωνοσοκομειακής περίθαλψης του ταμείου σας (δηλαδή ιατρούς και ιατρεία του ταμείου σας)



Η πρόσβαση σε φαρμακεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ



Η πρόσβαση σε φαρμακεία του ταμείου (όπως φαρμακεία ΕΟΠΥΥ)



Top2Box
Bottom2Box

Περίοδος προ και μετά ΕΟΠΥΥ σε όσους έχουν άποψη

Ερ: «Συγκρίνατε την περίοδο προ και μετά ΕΟΠΥΥ και αξιολογήστε πως μεταβλήθηκαν τα παρακάτω»
(Όσοι ερωτώμενοι έχουν επισκεφθεί την αντίστοιχη υπηρεσία και απάντησαν)

■ Βελτιώθηκε πολύ

■ Βελτιώθηκε

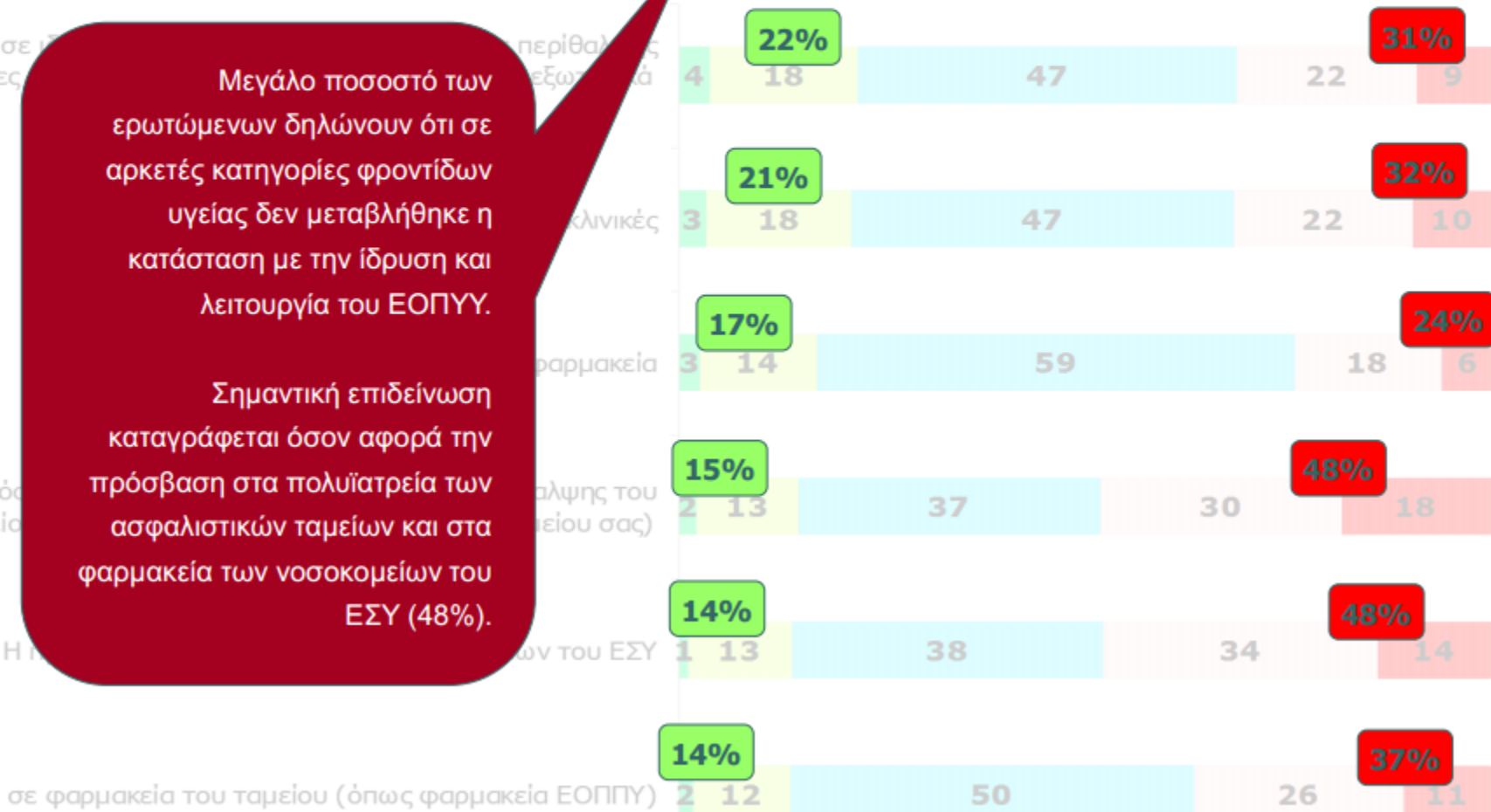
■ Ούτε χειρότερη ούτε βελτιώθηκε

■ Χειρότερη

■ Χε

Μεγάλο ποσοστό των ερωτώμενων δηλώνουν ότι σε αρκετές κατηγορίες φροντίδων υγείας δεν μεταβλήθηκε η κατάσταση με την ίδρυση και λειτουργία του ΕΟΠΥΥ.

Σημαντική επιδείνωση καταγράφεται όσον αφορά την πρόσβαση στα πολυϊατρεία των ασφαλιστικών ταμείων και στα φαρμακεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ (48%).



Top2Box

Bottom2Box



Σας ευχαριστώ πολύ