

Ποιος ο ρόλος του ιατρού
ειδικοτήτων σε σχέση με τον
οικογενειακό ιατρό.



ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ
ΔΙΔΑΚΤΩΡ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ
Γ.Γ Ε.Ε.Κ.Ε



ΚΑΜΜΙΑ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΩΝ



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΑΠΟ ΑΓΝΩΣΤΗ ΕΩΣ ΣΧΕΔΟΝ ΜΗΔΕΝΙΚΗ.

Π.Φ.Υ



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 ΥΠΗΡΞΑΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Π.Φ.Υ – ΕΛΛΑΔΑ (παρελθον)



- Οικογενειακοί ιατροί του ΙΚΑ [1934].
- Πολυιατρεία του ΙΚΑ [πλειονότης 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.

Π.Φ.Υ-ΕΛΛΑΔΑ(μελλον)



- ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΙΑΤΡΟΙ (ΤΟΜΥ)
- 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 ΠΑΛΑΙΟΤΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ?
- ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ
- ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ



Μνημονιακή υποχρέωση από παλαιότερα

- 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 του πληθυσμού και όχι μόνον Συστήματος Υγείας.
- ΔΗΛΑΔΗ Π.Φ.Υ =ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ & ΤΟΜΥ?
- Ο ειδικός ιατρός της γειτονιάς ΠΦΥ δεν κάνει? Και μάλιστα υψηλότερου επιπέδου για το γνωσιακό του αντικείμενο?
- Η προκλητή ζήτηση στην οποία αναφέρονται οι ιθύνοντες θα μπορούσε εύκολα να αντιμετωπιστεί με την αυστηρή τήρηση των διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων.
- Άσκοπη περιπλάνηση ασφαλισμένων εντός του συστήματος?

ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΣΕ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ?



- Το 2015 το 8,4% ΑΕΠ κατευθύνθηκε στην Υγεία. Εξ' αυτών το >35% (3,2%) ,ήταν ιδιωτική δαπάνη (3/πλάσιο ΕΕ).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).
- Δαπάνη per capita:2,287e(2009) →1650e(2015) [28%]
- v.s Πορτογαλία= 2000[€],Σλοβενία=2100[€],μ.ο ΕΕ=2900[€]

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 ΕΕ). Απτική/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. (ΕΕ=8,4 Πορτογαλία=6)

ΟΟΣΑ 2015

ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΣΕ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ?



ΑΡΝΗΤΙΚΑ

- Υψηλή ιδιωτική δαπάνη (αμεσες πληρωμές και όχι απλώς συμμετοχή στον ΕΟΠΥΥ)(άτυπες πληρωμές). Αυτό έχει να κάνει σε μεγάλο βαθμό στο 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^η 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)

ΟΟΣΑ 2015

ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΣΕ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ?



ΘΕΤΙΚΑ

- Μ.Ο ζωής 81,1 έτη (78,5 α 83,7γ), λίγο ψηλότερος της ΕΕ, 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 ΕΕ. Αυτό ισχύει και για την άμετρη-ευκαιριακή χρήση.(7,5 lt vs 10 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.επείσοδια μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ(82 vs 112/100000πλ)
- Αποτρεπτή (θεραπεύσιμη) θνησιμότητα: μειώθηκε σημαντικά και σταθερά την τελευταία 10/ετία για να ξεπεράσει και τον μέσο όρο ΕΕ(125 vs 126/100.000πλ)
- Θεραπεύσιμες μορφές καρκίνου(προστάτη, μαστού, παχέος εντέρου) έχουμε σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά αλλά με την ίδια θνησιμότητα, ίσως λόγω έλλειψης προγραμμάτων προσυμ. ελέγχου στον πληθυσμό.

ΟΟΣΑ [2017]

ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΣΕ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ?



- Λοιπόν το σύστημα δεν δούλεψε 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 ολου 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. Ως προς την εξοικονόμηση πόρων δε ,υπάρχουν προτάσεις (και από τον ΟΟΣΑ) παγκοσμίως και για όλες τις χώρες. (α) μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης [γενόσημα] [αδιαφορία ελλην. Κυβέρνησης] (β) μείωση χρήσης αντιβιοτικών (είμαστε πρωταθλητές μαζί με τους Γάλλους). [γ] περιορισμός επεμβάσεων στις απαραίτητες με βάση διεθνείς οδηγίες [π.χ 1/3 παιδιών γεννιούνται με καισαρική ενώ προβλέπεται ιατρικά το 15%] [δ] το 10% παραπέμπεται στο σύστημα υγείας άδικα. [ε] το 10% νοσοκ. Δαπάνης αφορά ιατρικά σφάλματα και ενδον. Λοιμώξεις. [ΟΟΣΑ2017]

ΟΜΩΣ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



- Στόχος είναι η μείωση των επισκέψεων στην α/θμια και β/θμια

Από 27 εκ. επισκέψεις το 2017

Σε 17 εκ. το 2021

Οικονομικός λοιπόν ο στόχος και όχι η εναρμόνιση με την διακήρυξη της Alma-Ata , δεδομένου ότι η κοινωνική ισότητα και δικαιοσύνη ενσαρκώνονταν τα τελευταία χρόνια μέσω του ΕΟΠΥΥ.

ΤΟ.Μ.Υ



- 239 με πληθ. ευθύνης 10.000 άτομα → 2.500.000 για το τέλος 2017 !! Ο υπόλοιπος πληθυσμός? Υπολογίζεται ότι θα χρειαστούν 900-1000 ΤΟΜΥ.
- Η χρηματοδότηση 80-100 εκ. είναι για 2+2 χρόνια και μετά από τον προϋπολογισμό. Συνεπώς για το σύνολο του πληθυσμού υπολογίζονται 300-400 εκ(?)
- Από τις 239 λειτουργούν 105 ΤΟΜΥ με στόχο τις 120 ως το τέλος 2018.
- Από τους προβλεπ. 1200 ιατρούς λειτουργούν [ΕΣΠΑ] 280 +220 [υπό διορισμό]
- Από 2800 οικογ. ιατρούς μέσω ΕΟΠΥΥ → μόλις 625

ΠΦΥ-ΕΟΠΥΥ



ν. 4486/7-8-2017

Άρθρο 11(4): Για τους ιατρούς λοιπών ειδικοτήτων συνάπτεται συλλ. σύμβαση (ΕΟΠΥΥ-ΠΙΣ-Ιατρ. Σύλλογοι).Σέ αδυναμία →ΕΟΠΥΥατομ συμβάσεις.

Οι συμβ.ιατροί αμοίβονται για συγκεκριμένο ημερήσιο & εβδομαδιαίο χρόνο απασχόλησης με κριτήριο τον εξυπηρ. πληθυσμό

Άρθρο 11(5): Με υπουργ. απόφαση...προσδιορίζεται ανά Το ΠΦΥ ο ανώτατος αρ.ειδικ .συμβ. Ιατρών ανά ειδικότητα για σύστημα με πάγια μηνιαία αντιμισθία. Επίσης το ύψος και ο τρόπος αποζημίωσης.

ΠΦΥ-ΕΟΠΥΥ



Αρθρο 11(6). Ο ΕΟΠΥΥ μπορεί να συνάπτει συμβάσειςκαι με ιδιωτικά πολυιατρεία για παροχή ιατρ. περίθαλψης.

Αρθρο 10(3).οι ιατροί λοιπών ειδικοτήτων [ΕΟΠΥΥ] αμοίβονται με πάγια μηνιαία αντιμισθία για συγκεκριμένο πληθυσμό ευθύνης και ημερ.και εβδομαδιαίο χρόνο απασχόλησης και κατά πράξη όταν εκτελούν παραπομπή Ο.Ι

Προσχέδιο νόμου: αναφορά για 1 ειδικό/25-30.000 πληθυσμό. Επίσης πρόσφατες επίσημες δηλώσεις εκ μέρους του υπουργείου το επιβεβαιώνουν.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ



- 1. Αν ισχύει το 1/25.000 κατοίκους, δηλαδή 400 καρδιολόγοι στη χώρασυλλογική σύμβαση?
- 2 Η αμοιβή διαφορετική αν η επίσκεψη είναι με ελεύθερη επιλογή ασθενή και όχι από Ο.Ι?
- 3 Το 20% (προύπ) που προτείνει το Υπουργείο για τον αναδιανεμητικό λογαριασμό για την πάγια αντιμισθία σε τι αμοιβή αντιστοιχεί?
- 4 Σε περίπτωση που δεν υπάρχει διαθεσιμότητα σε δημόσιες δομές ΠΦΥ, ο λήπτης Υ.Υ απευθύνεται σε β/μια, γ/θμια και ιατρούς ΕΟΠΥΥ.

ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΠΦΥ



1. Ισχυρός ρόλος Ο.Ι [Ολλανδία,Μ.Βρετανία] λιγότερο σε Γερμανία,Σουηδία [gatekeeping]
2. Αμοιβή ιατρών:κατά κεφαλήν παντού ,αλλά και κατά πράξη [Μ.Βρετανία,Ολλανδία,Σουηδία],όπως και μισθωτή εργασία [Κ.Υ Σουηδία]
3. Συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στην ΠΦΥ και δημιουργία εσωτερικού ανταγωνισμού.
4. Στην Ελλάδα το στήσιμο της ΠΦΥ έγινε με γνώμονα την εξοικονόμηση πόρων και όχι την εξυπηρέτηση των στόχων της Alma-Ata.

ΓΙ' ΑΥΤΟ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ



Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ

ΑΠΟ ΑΓΝΩΣΤΗ ΕΩΣ ΣΧΕΔΟΝ ΜΗΔΕΝΙΚΗ



ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΑΣ