



ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΗΜΟΚΡΙΤΕΙΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΡΑΚΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

HELLENIC
REPUBLIC
DEMOCRITUS
UNIVERSITY
OF THRACE
MEDICAL AND
NURSING SCHOOL



**Μάθημα: Επιδημιολογία – Δημόσια Υγιεινή ΤΝ
και Εισαγωγικά στη Κοινωνική Ιατρική**

ΝΙΚΟΛΑΟΣ Μ. ΠΟΛΥΖΟΣ

Καθηγητής ΔΠΘ

Η έννοια της υγείας και της ασθένειας (1)

Πίνδαρος (5ος αι. π.Χ.):

Η υγεία ορίζεται ως «αρμονική λειτουργία των οργάνων»

Πλάτωνας (429-347 π.Χ.):

Μια τέλεια ανθρώπινη κοινωνία θα μπορούσε να επιτευχθεί με την εναρμόνιση των συμφερόντων του ατόμου και της κοινότητας.

Το ιδανικό της αρχαίας ελληνικής φιλοσοφίας «ένα υγιές μυαλό σε ένα υγιές σώμα» θα ήταν εφικτό, εάν οι άνθρωποι κατακτούσαν τόσο μια εσωτερική αρμονία όσο και μια αρμονία με το φυσικό και το κοινωνικό περιβάλλον

Η έννοια της υγείας και της ασθένειας (2)

Αριστοτέλης:

Ο άνθρωπος είναι ένα κοινωνικό ον, από τη φύση του, που τείνει να ζει σε κοινότητες, να σέβεται τα ηθικά πρότυπα και τους ηθικούς κανόνες.

Αναγκαιότητα ρύθμισης των σχέσεων στην κοινωνία για την αρμονική λειτουργία και διατήρηση της υγείας των μελών της.

Η έννοια της υγείας και της ασθένειας (3)

Δημόκριτος:

Συνδέει την υγεία με τη συμπεριφορά, διερωτώμενος γιατί οι άνθρωποι προσεύχονται στον Θεό για την υγεία, αφού είναι ουσιαστικά υπό τον έλεγχό τους.

Ιπποκράτης:

Ήταν ο δημιουργός της έννοιας της «θετικής υγείας», που εξαρτάται από το πρωταρχικό ανθρώπινο σύνταγμα (αυτό που σήμερα ονομάζουμε γενετική), τη διατροφή και την άσκηση. Θεωρούσε ότι η σωστή διατροφή και η άσκηση είναι καθοριστικής σημασίας για την υγεία και ότι οι αλλαγές των εποχών έχουν βαθιές επιπτώσεις στο μυαλό και στο σώμα, με αποτέλεσμα άλλους τύπους κυρίαρχων νόσων κατά τη διάρκεια του χειμώνα (ασθένειες της αναπνευστικής οδού) και άλλους το καλοκαίρι (ασθένειες του πεπτικού συστήματος).

Η έννοια της υγείας και της ασθένειας (4)

Κατά τον *Μεσαίωνα* η αντίληψη της υγείας επηρεάστηκε έντονα από τη θρησκεία και την Εκκλησία, αφού μετά την κατάρρευση της Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας η Εκκλησία έμεινε ως μοναδική σημαντική υποδομή που παρείχε φροντίδα στους ανθρώπους, με βοήθεια βοτάνων που καλλιεργούνταν στους κήπους των μοναστηριών. Η «ξεχασμένη» γνώση της αρχαιότητας ανακαλύφθηκε ξανά κατά την *Αναγέννηση* και επαναπροσδιορίστηκε μέχρι σήμερα.

Κατά την περίοδο της Βιομηχανικής Επανάστασης η υγεία απέκτησε και οικονομική διάσταση, καθώς συνδέθηκε με την καλή κατάσταση και την ικανότητα εργασίας και τη μείωση απώλειας εργάσιμων ημερών λόγω ασθένειας. Κατά συνέπεια, η αξία της υγείας ήταν τέτοια που επέτρεπε και το οικονομικό κέρδος.

Η έννοια της υγείας και της ασθένειας (5)

Όλες οι σύγχρονες έννοιες της υγείας, μέχρι τον ορισμό του ΠΟΥ, αναγνωρίζουν την υγεία ως κάτι περισσότερο από την απουσία ασθένειας, υπονοώντας τη μέγιστη ικανότητα του ατόμου για αυτοπεποίθηση, που θα πρέπει να εξισορροπήσει τις ανθρώπινες εσωτερικές δυνάμεις του και τις δυνατότητές του με το αίσθημα ευχαρίστησης ή δυσαρέσκειας στη σχέση του με το περιβάλλον. Σύμφωνα με την προσέγγιση της δημόσιας υγείας και της κοινωνικής ιατρικής για την υγεία, δεν πρέπει μόνο να παρατηρούμε την υγεία των ατόμων αλλά και την υγεία των ομάδων και της **κοινότητας** ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης των ατόμων με το κοινωνικό περιβάλλον.

Σύμφωνα με την ολιστική έννοια της υγείας, η υγεία είναι μια κατάσταση στην οποία κάποιος μπορεί να λειτουργήσει καλά σωματικά, διανοητικά, κοινωνικά και πνευματικά, να εκφράσει το πλήρες φάσμα των δυνατοτήτων του μέσα στο περιβάλλον στο οποίο ζει.

Η έννοια της υγείας και της ασθένειας (6)

Ο ορισμός της υγείας από τον ΠΟΥ (1958) περιγράφει την κατάσταση ενός ανθρώπου που απολαμβάνει πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία, και όχι μόνο την απουσία κάποιας ασθένειας ή αναπηρίας.

Ο ορισμός αυτός σήμερα μοιάζει ελλιπής, αφού δεν περιλαμβάνει προσεγγίσεις όπως:

1. τη βιολογική προσέγγιση,
2. την κοινωνικο-οικονομική προσέγγιση,
3. την πολιτισμική-κοινωνιολογική προσέγγιση,
4. την πολιτική προσέγγιση.

Ποιες είναι σήμερα οι παγκόσμιες προκλήσεις ;

- Η οικονομική κατάσταση που συνεχίζει τον πλούτο (στο βορρά κ.α.) και γεννά (στο νότο κ.α.) **φτώχεια**, που είναι η μητέρα των ανισοτήτων, συνδυαζόμενη με χαμηλούς δείκτες υγείας και την ένδεια των συστημάτων δημόσιας υγείας και (χρηματοδότησης) περίθαλψης,
- Το **δημογραφικό** αδιέξοδο, με μείωση και γήρανση του πληθυσμού (στο βορρά κ.α.), που πιέζει τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας, και αντίστροφα προβλήματα μεγέθυνσης του πληθυσμού (στο νότο κ.α.), με υψηλή (παιδική κυρίως) νοσηρότητα και θνησιμότητα,
- Το **περιβάλλον**, με τη κλιματική αλλαγή και τις ενεργειακές κρίσεις,
- (παλαιά) **χρόνια** νοσήματα (καρδιαγγειακά, νεοπλασμάτα, μεταβολικά, κ.α.),
- (νέες) **λοιμώξεις** (covid-19, ιός rsv, γρίπη, κ.α.),
- **Ψυχικές** διαταραχές (κατάθλιψη) και άνοια, ως απόρροια και των παραπάνω,
- **Συστήματα Υγείας**, που πρέπει να ενδυναμώσουν τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας,
- Ενίσχυση (ποσοτική και ποιοτική) του **ανθρώπινου δυναμικού** (επαγγελματίες υγείας),
- **Ιατροτεχνολογικά** Προϊόντα και **Φάρμακα**, που διασφαλίζουν νομοθετικά και κανονιστικά την πρόσβαση,
- **Ψηφιοποίηση** της υγείας (ευρωπαϊκός χώρος δεδομένων υγείας).

2020-21

Η Πανδημία δημιούργησε καινούργιες προκλήσεις στις ηγεσίες όλων των χωρών.

Τα υγειονομικά συστήματα δε μπόρεσαν να προβλέψουν και να ελέγξουν ούτε τα αποτελέσματα και της συνέπειες, ούτε και την ίδια την πανδημία.

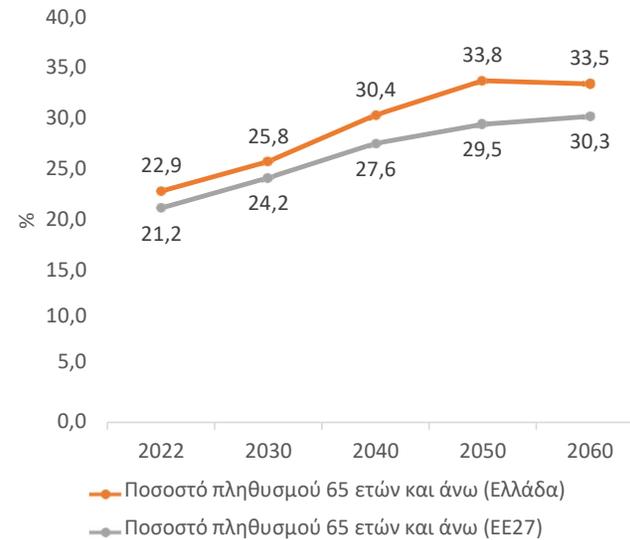
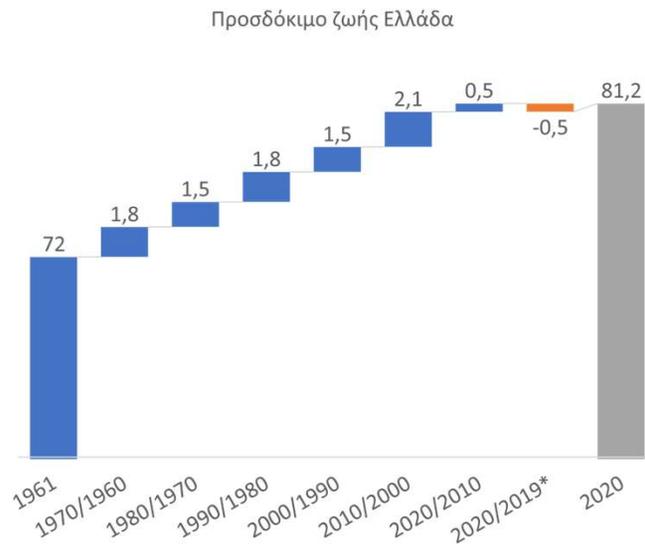
Οι οργανισμοί υγειονομικής φροντίδας ετοιμάστηκαν σε θέματα:

- α. κλινών εντατικής θεραπείας,
- β. προμηθειών σε προστατευτικό υλικό, αναπνευστήρες και φάρμακα,
- γ. εκπαίδευσης προσωπικού, σε θέματα ιχνηλάτησης,
- δ. συμπληρωματική χρηματοδότηση.

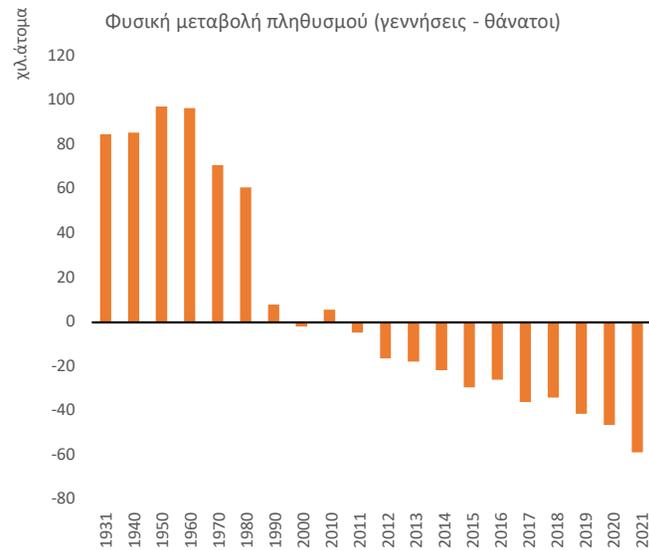
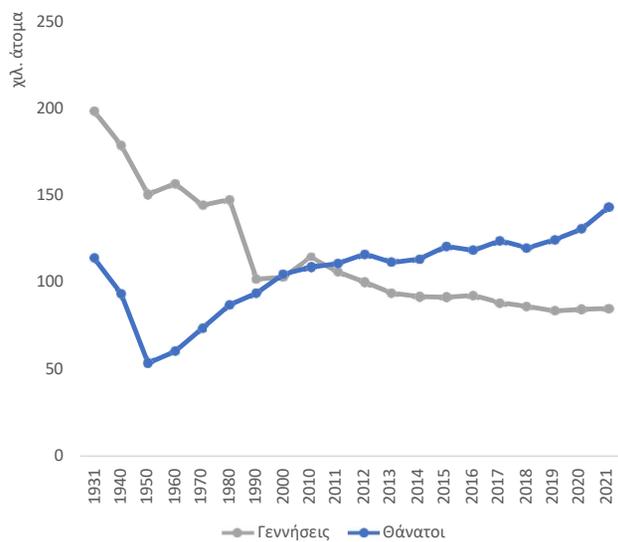
Για να μειωθεί η αβεβαιότητα, απαιτούνται οι (4) βασικές αρχές της επιστήμης της διοίκησης, τώρα, τουλάχιστον:

- α. σχεδιασμός-προγραμματισμός, β. οργάνωση,**
- γ. συντονισμός πόρων, δ. αξιολόγηση-έλεγχος.**

A. Υψηλό προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα, που όμως σταθεροποιείται.
 1 στους 5 άνω των 65 ετών, με εκτίμηση για 1 στους 3 το 2060 ...



Α. Αρνητική φυσική μεταβολή πληθυσμού την τελευταία 10ετία: δημογραφική πίεση με μεσομακρόθεσμες πιέσεις στο σύστημα υγείας και ασφάλισης



ΣΤΟΧΟΙ

Συνοχή μεταξύ όλων των λειτουργιών υγείας.

Βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Βελτιωμένη κάλυψη των αναγκών υγείας των πολιτών.

Αποτελεσματικότητα/Αποδοτικότητα
(ιατρο-νοσηλευτικών & διοικητικο-οικονομικών αποτελεσμάτων & απόδοσης, με ανάλογα προφανώς κίνητρα & στο προσωπικό).

Ο όρος «**Δημόσια Υγεία**» χρησιμοποιείται συχνά για να υποδηλώσει τις κρατικές υπηρεσίες υγείας ή το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ)

Όμως, η Δημόσια Υγεία αφορά & πρέπει να περιλαμβάνει:

- Πρόληψη,
- Προαγωγή και
- Προστασία της υγείας

σε όλους τους πολίτες, χωρίς κοινωνικές ανισότητες, με στόχο τη συνολική βελτίωση της υγείας του πληθυσμού



Η πρόληψη, η οποία αποτελεί σημαντική διάσταση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), διακρίνεται σε:

- Πρωτογενή
- Δευτερογενή
- Τριτογενή

Η Προαγωγή της Υγείας δεν αποτελεί μια ιατρική υπηρεσία αλλά ευρύτερη δραστηριότητα στο χώρο της υγείας και της κοινωνίας ώστε να ενισχυθούν οι παράγοντες που δρουν θετικά στη ανθρώπινη υγεία, τη διαμόρφωση υγιεινών στάσεων και συμπεριφορών.

Η Προαγωγή της υγείας μπορεί να συνδυάσει ποικίλες μεθόδους όπως την εκπαίδευση, την επικοινωνία, εθνικές και τοπικές **ενημερωτικές δράσεις**



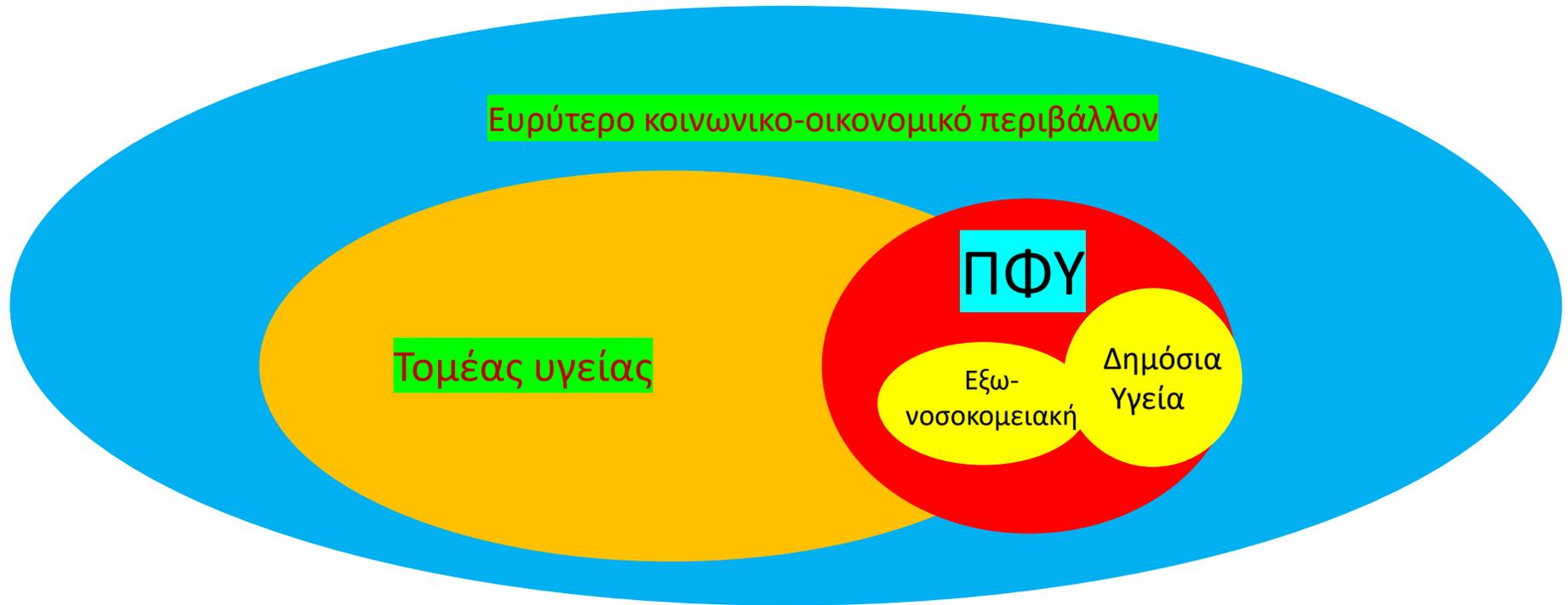
Η Πρωτογενής Πρόληψη, στοχεύει στην αποφυγή της έναρξης παθογεννητικών διεργασιών δηλαδή στην πρόληψη από παράγοντες κινδύνου που μπορεί να προκαλέσουν τη νόσο (πχ παραγόντων που σχετίζονται με τη φυσική άσκηση, το κάπνισμα, τη διατροφή και το άγχος)

Η Δευτερογενής Πρόληψη, έχει σκοπό στην προσυμπτωματική διάγνωση νοσημάτων (πχ μέσω διαγνωστικών εξετάσεων) για την άμεση και αποτελεσματική θεραπεία (πχ καρκίνου μαστού, προστάτη και τραχήλου αλλά και χρόνιων νοσημάτων όπως σακχαρώδη διαβήτη, υπέρτασης, υπερχοληστεριναϊμίας κ.ά.)

Η Τριτογενής Πρόληψη περιλαμβάνει μέτρα για την πρόληψη αρνητικών συνεπειών μιας νόσου ή αναπηρίας και μπορεί να ενταχθεί στα πλαίσια της αποκατάστασης



Ευρύτερο Περιβάλλον ΠΦΥ :





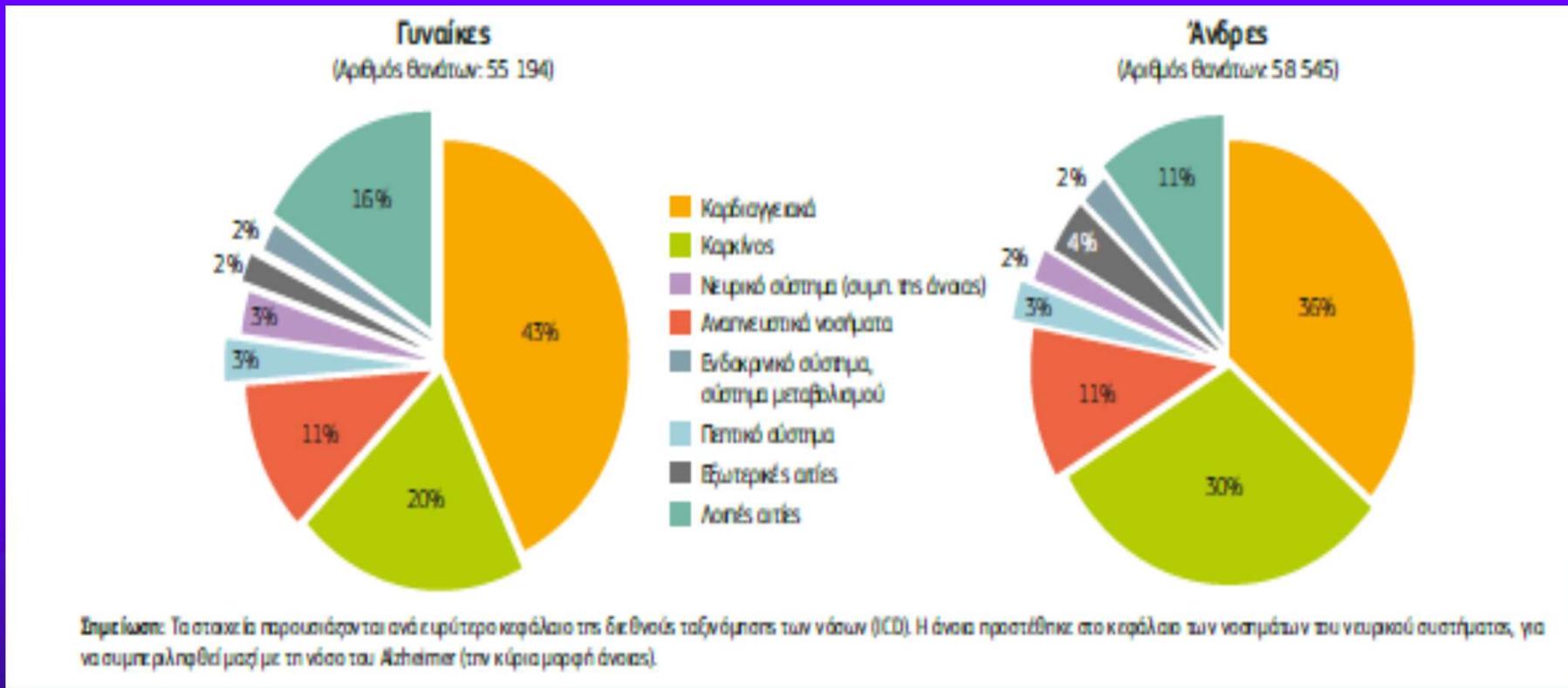
Παράγοντες διαμόρφωσης της Υγείας, Επίπεδο Υγείας & Ανισότητες

Οι γενικές **κατηγορίες των δεικτών** (επιπέδου) υγείας είναι:

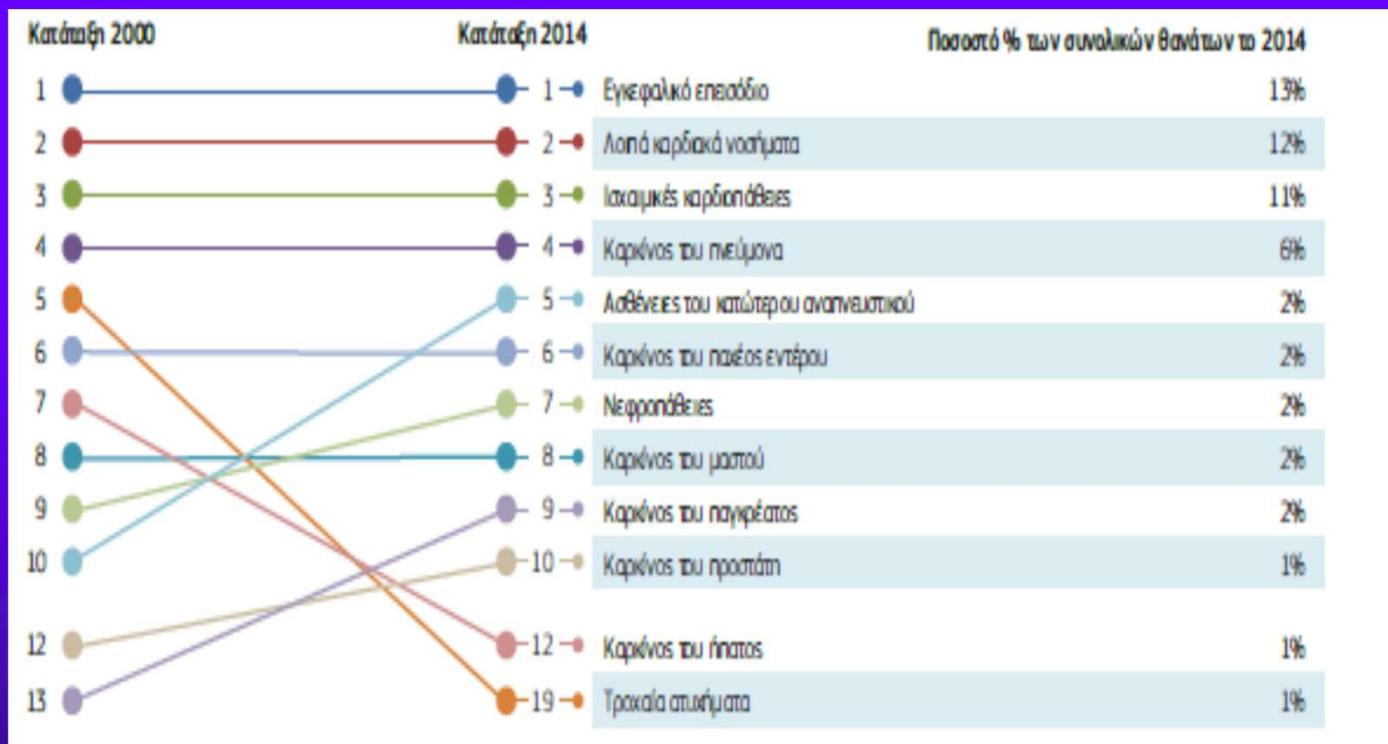
- ♦ **α. Επίπεδο Υγείας** (Health Status): προσδόκιμο επιβίωσης (life expectancy), θνησιμότητα (mortality), νοσηρότητα (morbidity), άλλοι λειτουργικοί και ανθρωπιστικοί δείκτες (functioning, anthropometric).
- ♦ **β. Στάσεις ζωής** και υγειονομικές συνήθειες (Life Style & Health Habits): κατανάλωση καπνού – αλκοόλ – φαρμάκων, φυσική δραστηριότητα, διαίτα, σεξουαλική ζωή, κλπ. (tobacco, alcohol, drug, physical activity, diet, sex life, other).
- ♦ **γ. Συνθήκες Διαβίωσης & Εργασίας** (Living & Working Conditions): απασχόληση, περιβάλλον εργασίας, κατοικία, ελεύθερος χρόνος, μεταφορές, εξωτερικό περιβάλλον (employment, work environment, housing, home & leisure, transport, external environment).
- ♦ **δ. Δημογραφικοί & Κοινωνικοί Παράγοντες** (Demographic & Social Factors): φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, περιφέρεια – κατοικία, εκπαίδευση (gender, age, marital status, region & residence, education).
- ♦ **ε. Σύστημα – Υπηρεσίες Υγείας** (Health Care System): δαπάνες- χρηματοδότηση υγείας, υποδομές – προσωπικό, κόστος / δαπάνες, χρήση υπηρεσιών, προαγωγή υγείας – πρόληψη ασθενειών (health financing, facilities – personnel, cost / expenditure, service utilization, health promotion & disease prevention).
- ♦ **στ. Άλλοι δείκτες** (food safety, miscellaneous, other).



Σχήμα 1.1. Ο αντίκτυπος της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης στην υγεία κατά τη διάρκεια της ζωής.



Διάγραμμα 1.1. Επίπτωση καρδιαγγειακών νοσημάτων & καρκίνου κατά φύλο, 2014
Πηγή. OECD (2017)



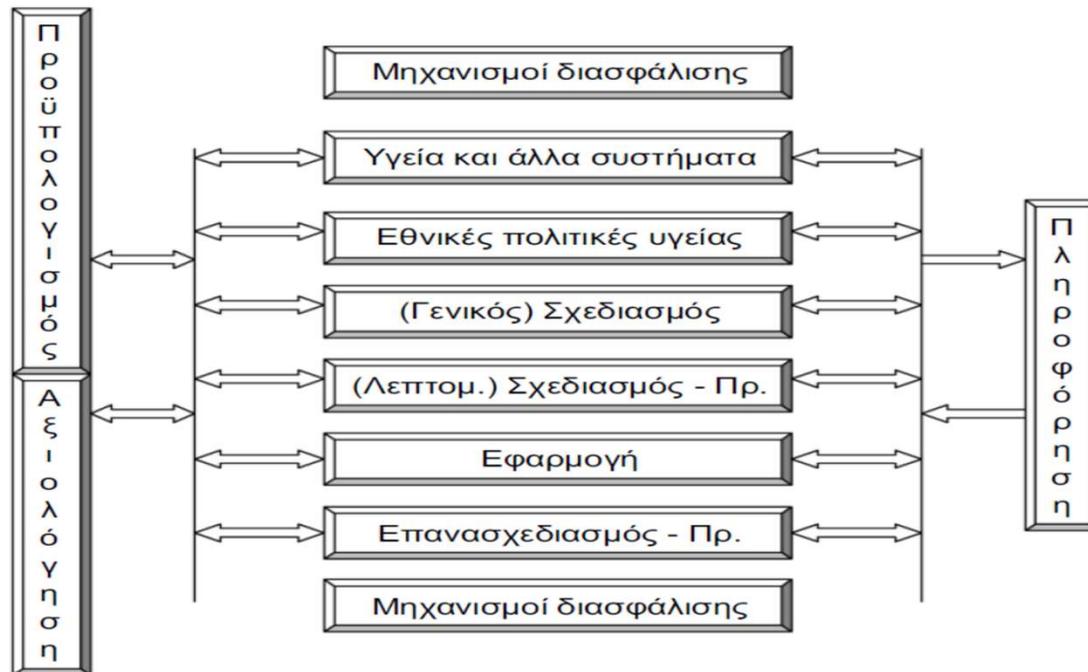
Διάγραμμα 1.3. Κύριες αιτίες θανάτου, Ελλάδα, 2014

Πηγή. OECD (2017)

Τελική Θεώρηση, Κέντρα και Μηχανισμοί παραγωγής Πολιτικών Υγείας

- Στην Ελλάδα, όταν αναφερόμαστε στην (Εθνική) Πολιτική (π.χ. Υγείας), αναφερόμαστε σχεδόν πάντα στην επάρκεια των υποδομών και στην οργάνωση των υπηρεσιών, και λιγότερο σε πολιτικές που λύνουν προβλήματα προστασίας της υγείας ή δημόσιας υγείας.
- Η πολιτική υγείας στη χώρα μας χρειάζεται **μηχανισμούς** :
 1. Παρακολούθησης παραγόντων, επιπέδων και δεικτών υγείας,
 2. Διαμόρφωσης εθνικών στόχων υγείας,
 3. Ανάπτυξης εθνικών πολιτικών και επίλυσης προβλημάτων.

Οργανωτική διαδικασία εθνικής ανάπτυξης υγείας



Τελική Θεώρηση, Κέντρα και Μηχανισμοί παραγωγής Πολιτικών Υγείας

Κέντρα παραγωγής μηχανισμών πολιτικής υγείας στη χώρα μας είναι:

Α. Υπουργεία (Υγείας & ΚΑ, Οικονομίας, Κ. Ασφάλισης, κ.ά.),

Β. Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ),

Γ. Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (πρώην ΠεΣΥΠ νυν ΔΥΠΕ),

Δ. Αυτοδιοικητικοί και Ασφαλιστικοί Οργανισμοί,

Ε. Επιστημονικοί Οργανισμοί (ΚΕΕΛ, ΙΕΕΠΥΥ, Σώμα Επιθεωρητών ΥΓΠ, ΕΣΔΥ, ΚΕΔΥ, Ινστιτούτα, κλπ.),

Στ. Ιδιωτικός Τομέας Ασφάλισης και Υπηρεσιών Υγείας,

Ζ. Βιομηχανία ΒΙΤ και Φαρμάκου,

Η. Ειδικό Τομείς (ΟΚΑΝΑ, ΕΠΙΨΥ, κ.λπ.),

Θ. Μη Κυβερνητικοί Οργανισμοί (Γιατροί χωρίς σύνορα, Ενώσεις πρώην ή νυν πασχόντων, κ.λπ.),

Ι. Άλλοι.

Ορισμός
Διαδικασίας και
Προτυποποίηση
Πολιτικών
Επιλογών

| | Επίπεδα | «Υψηλές» Πολιτικές | «Χαμηλές» Πολιτικές |
|-------------------------|----------------|--|--------------------------------------|
| Τύποι | | | |
| Τύπος Πολιτικής | | Μάκρο- ή Συστημική | Μίκρο- ή Τομεακή |
| Επίπεδο Πολιτικής | | Κυβέρνηση, Υπουργείο-α | Περιφέρεια, Δήμος, Μονάδα Υγείας |
| Παράδειγμα Πολιτικής | | Ιδιωτικός Τομέας, Μισθοί, Δημ. Υπηρεσίες | Πρόληψη Καρκίνου, Εμβολιασμοί ... |

Υπο-
συστήματα
υγείας
(συνολική
μεταρύθμιση)

Α. Δημόσιας Υγείας,

Β. Χρηματοδότησης,

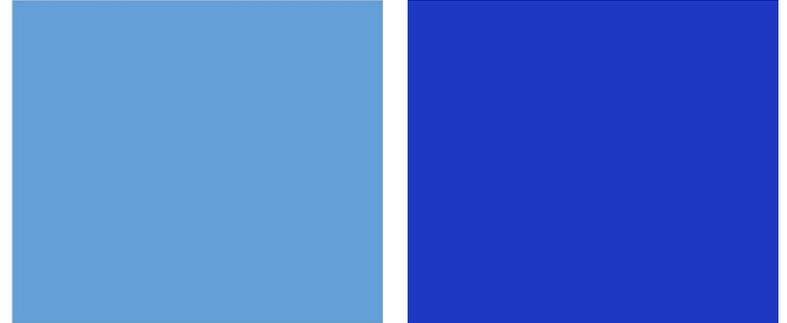
Γ. Παροχής Υπηρεσιών.

Α. Δημόσια Υγεία

Στο Α, η πρόσφατη κρίση της πανδημίας ανέδειξε όσα περιγράφηκαν ανωτέρω, στο πρώτο (α) επίπεδο. **Φορείς** όπως ο ΕΟΔΥ (πρώην ΚΕΕΛΠΝΟ), ΚΕΣΥ, κ.α., «παραχώρησαν» τις αρμοδιότητές τους σε ad hoc Επιτροπή, καταξιωμένων κατά τα άλλα επιστημόνων, καθώς και άλλο Υπουργείο (Πολιτικής Προστασίας, κι όχι Υγείας), φανερώνοντας το πρόβλημα σχεδιασμού, ιδιαίτερα του περιφερειακού, των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, που πρέπει να δημιουργηθούν σε συνεργασία ΕΟΔΥ, Περιφερειών και ιατρικών σχολών (Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα-Γιάννινα, Λάρισα, Αλεξανδρούπολη, Ηράκλειο).

Στο δεύτερο (β) χρειάζεται άμεσα ο σχεδιασμός του πρώτου κύκλου πρόληψης και προαγωγής της υγείας σε αυτά που αποκαλούμε **ΠΦΥ** και προσωπικό γιατρό (γενικό, παθολόγο, παιδίατρο), ως παρακάτω, με την ευκαιρία και ανακοίνωσης **1000 εμβολιαστικών κέντρων**.

Τέλος, στο τρίτο (γ) απαιτείται ο σχεδιασμός του δεύτερου κύκλου, **εξωνοσοκομειακής** κυρίως, παρακολούθησης χρόνιων νοσημάτων (και διαχείρισή τους), με ειδικούς γιατρούς (από solo practice σε group practice), και στόχο την αποσυμφόρηση των νοσοκομείων με τη σταθερή παρακολούθηση κι ανάλογη παραπομπή των ασθενών.



B. Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας

Η «μετατροπή» του ΕΟΠΥΥ σε πλήρες & ενιαίο ταμείο κοινωνικής ασφάλισης υγείας, με απόδοση των κοινωνικών και δημόσιων πόρων, αλλά και ρυθμιστή των αποζημιώσεων, είναι πρώτη εδώ προτεραιότητα.

Η δεύτερη είναι η μετεξέλιξή του σε ένα αυτόνομο διοικητικά οργανισμό.

Η τρίτη είναι το σύγχρονο κι αποτελεσματικό κεντρικό και περιφερειακό management, με πλήρες κι ενιαίο πληροφοριακό σύστημα, συνδεδεμένο με τα ταμεία και το ΓΛΚ (εισφορές και επιχορηγήσεις), αλλά και τους παρόχους, μέσω της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, με σύγχρονο και πλήρη κανονισμό παροχών, που δε θα αλλάζει πριν κάνει το κύκλο του.

Έτσι ο ΕΟΠΥΥ θα εισπράττει όλα όσα χρειάζεται ετησίως, ενώ θα ανταμείβει τους καλύτερους παρόχους, με συμβάσεις, που θα μετράται ποσοτικά και ποιοτικά το αποτέλεσμά τους, καθώς και με ανάλογες αποζημιώσεις (*pay for performance, without claw-backs, etc.*) πχ ΟΑΥ.

Γ. Παροχή υπηρεσιών υγείας (DIGITAL - PATIENT CENTERED- RECONSTRUCTION)

τη δημόσια υγεία και την πρόληψη, που αναφέρθηκαν, με βάση τις λοιμώξεις και τα χρόνια νοσήματα,

την ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ), με την ευκαιρία και των 1000 σημείων εμβολιασμών, λαμβάνοντας υπόψη το πρώτο κύκλο με τους προσωπικούς γιατρούς (γενικούς, παθολόγους, παιδίατρους) και διαβαθμισμένη, κατά κεφαλή ασφαλισμένου, στον ΕΟΠΥΥ, αμοιβή, καθώς και δεύτερο κύκλο (ειδικοί γιατροί και διαγνωστικά κέντρα) συμβεβλημένων (με επανακοστολογημένο fee-for-service), κ.α.,

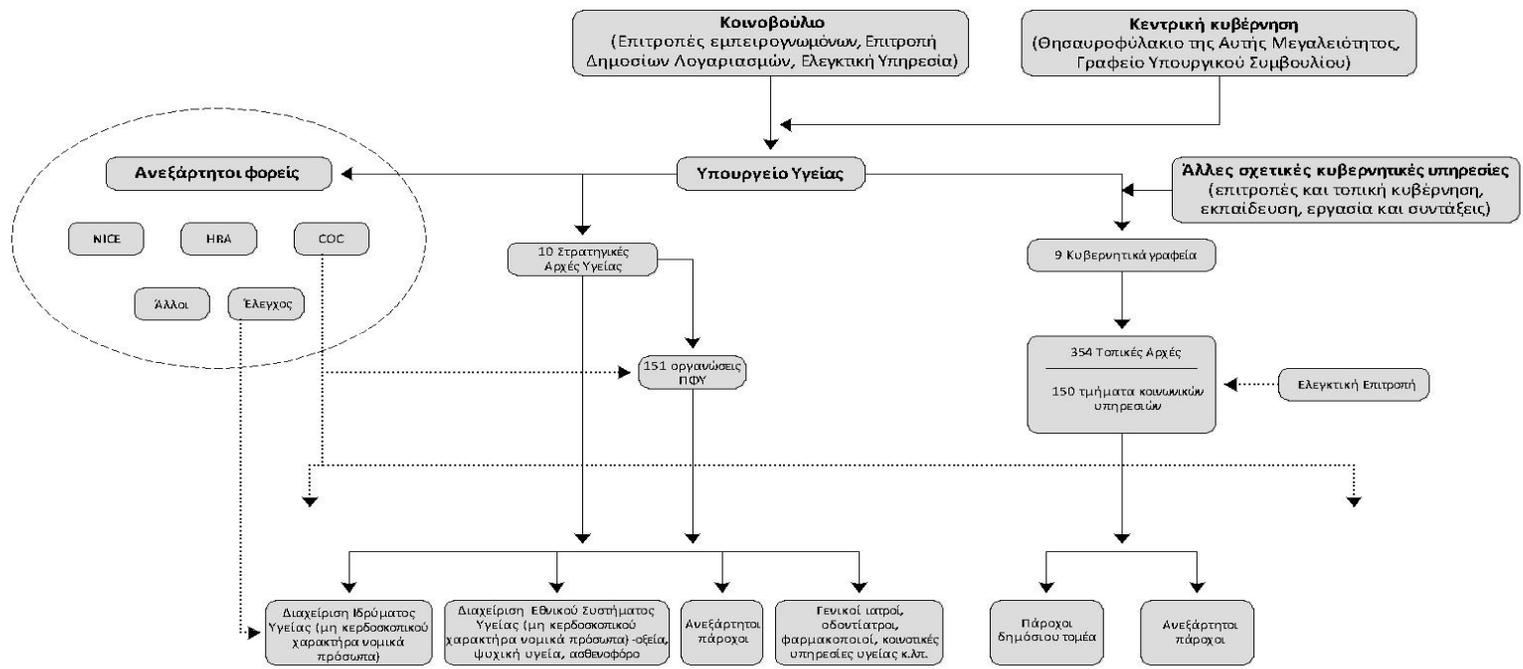
ανασχεδιασμός του νοσοκομειακού χάρτη από το ΕΣΥ, με βάση τα 80 περίπου νοσοκομειακά συγκροτήματα, που δημιουργήθηκαν το 2012, αλλά δεν ολοκληρώθηκαν, με σύγχρονα τμήματα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ), συνεπικουρούμενα από (π.χ. 40 περίπου καλύτερα) ιδιωτικά, όλα σε καθεστώς ετήσιων συμβάσεων με τον ΕΟΠΥΥ, και βάση αναθεωρημένα ΚΕΝ,

ενιαία ψηφιοποίηση όλων των μορφών ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, στον ΕΟΠΥΥ, κάτω από τον ηλεκτρονικό φάκελο υγείας (ΗΦΥ), που θα περιλαμβάνει όλα τα ανωτέρω, για καταγραφή, συλλογή κι αξιολόγηση, των αναγκαίων δεδομένων, περιοδικά κι ετήσια, με στόχο ενιαία διαχείριση του κάθε πολίτη-ασθενή κάτω από συγκεκριμένες διαδικασίες (πρωτόκολλα),

ανασχεδιασμός του ανθρώπινου δυναμικού και της εκπαίδευσης, με τη μετεκπαίδευση, με στόχο την αναγκαία και απαραίτητη ανανέωση του συστήματος υγείας, την αξιολόγηση και τις ανάλογες αμοιβές αντιστοίχως.

Βιβλιογραφία, και για Ελλάδα

- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017-2019),
- Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017-2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.)



Αγγλία

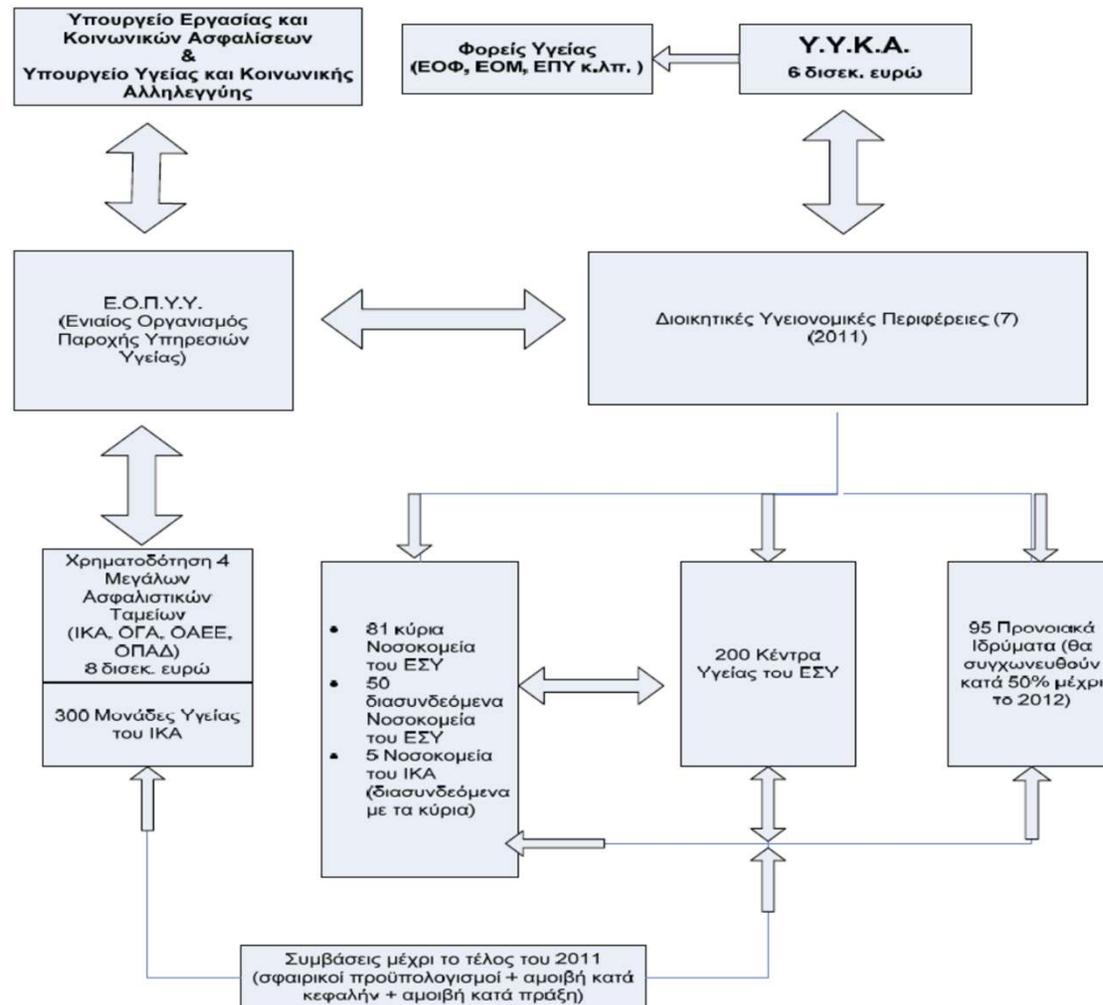
Η διάταξη των υπηρεσιών υγείας στη Σουηδία (Anell κ.α., 2012)



Ιστορία του ΕΣΥ

- Μετά τον **A Παγκόσμιο Πόλεμο** και τη Μικρασιατική Καταστροφή δημιουργήθηκε το Υπουργείο Υγείας κυρίως για να αντιμετωπίσει (σοβαρά) προβλήματα (δημόσιας) υγείας του ελληνικού πληθυσμού.
- Από τη λήξη του **B Παγκόσμιου Πόλεμου** και τον Εμφύλιο, το ελληνικό (μη) σύστημα υγείας καταγράφει 35 έτη ατελούς προσπάθειας να συντεθούν τα υποσυστήματά του α. χρηματοδότησης από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης υγείας (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΤΕΒΕ-ΤΑΕ, Δημόσιο κ.α.), πλέον του κρατικού προϋπολογισμού και σημαντικού μέρους ιδιωτικών δαπανών των νοικοκυριών, β. παροχής υπηρεσιών υγείας β.1. εξωνοσοκομειακά από τα πολυϊατρεία του ΙΚΑ, τους αγροτικούς γιατρούς και τους ιδιώτες γιατρούς ή τα ιδιωτικά εργαστήρια και β.2. νοσοκομειακά από τα νοσοκομεία του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα που συμβάλλονταν με τα ταμεία ή δημιουργούσαν τις ιδιωτικές πληρωμές (out of pocket).
- Εγκαθίδρυση του **ΕΣΥ**, 1983, χάρη σε επικρατούσες αξίες και αρχές της εποχής ότι το κράτος έχει την υποχρέωση να παρέχει το αγαθό της υγείας στους πολίτες, που το 'ζήτησαν' μεταπολιτευτικά και έγινε πράξη από τη τότε Κυβέρνηση, σε ένα συνολικό πλαίσιο 1.α. στην παροχή υπηρεσιών υγείας (εξωνοσοκομειακά με τα κέντρα υγείας κυρίως των αγροτικών περιοχών και νοσοκομειακά κυρίως με τα μεγάλα περιφερειακά νοσοκομεία) που επιδέχεται κριτικής και θα ασκηθεί ανάλογα στα επόμενα κεφάλαια, 1.β. χρηματοδότησης υποδομών και προσωπικού αλλά όχι και πλήρους και συνεχούς χρηματοδότησης λειτουργίας από ένα ενιαίο φορέα υγείας.
- Η (αναβαλλόμενη από το 1983) **περιφερειοποίηση** (ΠεΣυΠ και ΔΥΠε) του ΕΣΥ και η (πιο) αξιοκρατική τοποθέτηση διοικητών δημόσιων νοσοκομείων, που έγινε το 2002.
- Εγκαθίδρυση του **ΕΟΠΥΥ**, 2012, ως επιλογή πολιτικής εξουσίας που καθυστέρησε 30 έτη, που όμως παραμένει ως διαδικασία εσωτερικής ρύθμισης του δημόσιου συστήματος υγείας, χωρίς να έχει λύσει το πρόβλημα συνολικής και ενιαίας χρηματοδότησής του, καθώς και τις μεγάλες ιδιωτικές δαπάνες των πολιτών.
- Η καθιέρωση και εφαρμογή του οικογενειακού (**προσωπικού**) γιατρού (2022) και των προγραμμάτων πρόληψης, που έγιναν εξαιτίας ή μετά την πανδημία, αν και εκκρεμεί η προσπάθεια που ξεκίνησε το 2012 με την ένταξη των πολυϊατρείων του ΙΚΑ στον ΕΟΠΥΥ και κατόπιν στο ΕΣΥ (2014), την πρόσθεση των ΤοΜΥ (2017), κ.α., με γνώμονα ένα ολοκληρωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και δημόσιας υγείας.

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΕΣΥ – ΕΟΠΥΥ 2012



2010-11

ΠΡΟΤΑΣΗ
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΩΝ
ΑΝΑΔΙΑΤΑΞΕΩΝ
ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΕΣΥ



ΔΙΟΙΚΗΤΕΣ Υ.Πε.
ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ Υ.Υ.Κ.Α.
ΥΠΟΥΡΓΟΣ & ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ Υ.Κ.Α.

ΑΘΗΝΑ, 1/7/2011

ESY.net Εισαγωγή Στοιχείων
Μονάδων Υγείας

Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια
(KEN-DRGs)

Οικονομικές Καταστάσεις
Νοσοκομείων 2010

Ηλεκτρονικό Μητρώο
Ακίνητης Περιουσίας

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

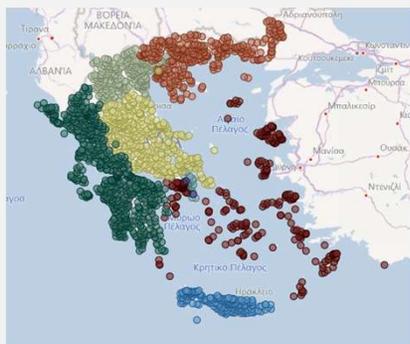
Ηλεκτρονικές εφαρμογές Ε.Σ.Υ.

Εκθέσεις Πεπραγμένων 2010-2011
και Ηλεκτρονικές Εφαρμογές ΕΣΥ

Ποιότητα &
Αποδοτικότητα

Προτεινόμενη Διοικητική Αναδιάταξη – Υ.Πε.

Υφιστάμενη Οργάνωση 7 Υγειονομικές Περιφέρειες



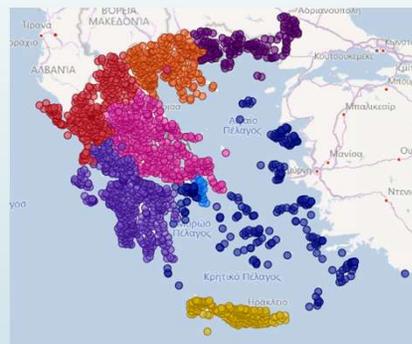
*Μερικώς λειτουργική
διακυβέρνηση*



Σενάρια Αλλαγής

Σενάριο Α

8 Υγειονομικές Περιφέρειες



- Μία Υ.Πε. για την Θεσσαλονίκη
- Διχοτόμηση της 6ης Υ.Πε.

Σενάριο Β

13 Υγειονομικές Περιφέρειες



- Εξίσωση με τις 13 Διοικητικές Περιφέρειες

Ανατολική Μακεδονία – Θράκη (4^η Υπε)

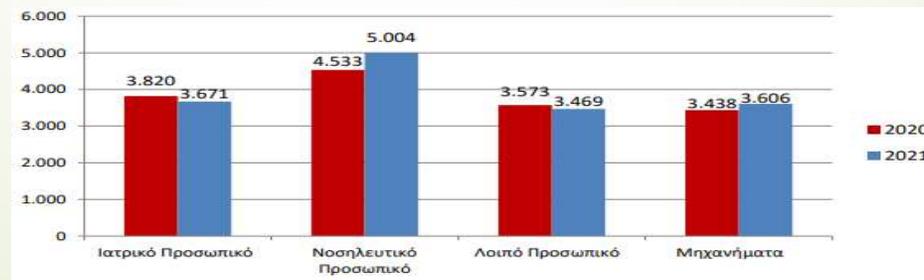
| 4 ΥΠΕ | Κλίνες | Νοσηλευθέντες | Ημ. Νοσηλείας | ΜΔΝ | Πληρότητα | Επισκέψεις | Χειρουργεία |
|--|--------|---------------|---------------|------|-----------|------------|-------------|
| (1+2+3=6) | 1765 | 126745 | 328766 | 2,59 | 52% | 7533558 | 43136 |
| A. HUB (Κόμβος-Περιφερειακό-ΝΠΔΔ) | | | | | | | |
| Π.Π.Ν. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ | 572 | 45.733 | 112.682 | 2,46 | 54% | 2.430.357 | 11.986 |
| SPOKE (Ακτινωτό-Γενικό-ΝΠΔΔ τώρα και ΝΠΙΔ, με τη δωρεά ΙΣΝ) | | | | | | | |
| Γ.Ν. ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ "ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ" | 173 | 10.877 | 31.250 | 2,87 | 49% | 745.440 | 5.494 |
| Βασικό-Συνδεδεμένο | | | | | | | |
| Ν. ΔΙΔΥΜΟΤΕΙΧΟΥ | 120 | 7.414 | 21.583 | 2,91 | 49% | 553.542 | 3.416 |
| (B) | | | | | | | |
| SPOKE (Ακτινωτό-Γενικό-ΝΠΔΔ) σε ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης | | | | | | | |
| Γ.Ν. ΚΑΒΑΛΑΣ | 380 | 32.987 | 80.969 | 2,45 | 58% | 1.701.994 | 9.652 |
| Βασικά-Συνδεδεμένα | | | | | | | |
| Ν. ΔΡΑΜΑΣ | 267 | 13.728 | 42.592 | 3,1 | 44% | 1.075.658 | 4.500 |
| Ν. ΞΑΝΘΗΣ | 253 | 16.006 | 39.690 | 2,48 | 43% | 1.026.567 | 8.088 |

ΠΦΥ στο ΕΣΥ 2022 (+ προσωπικοί γιατροί)

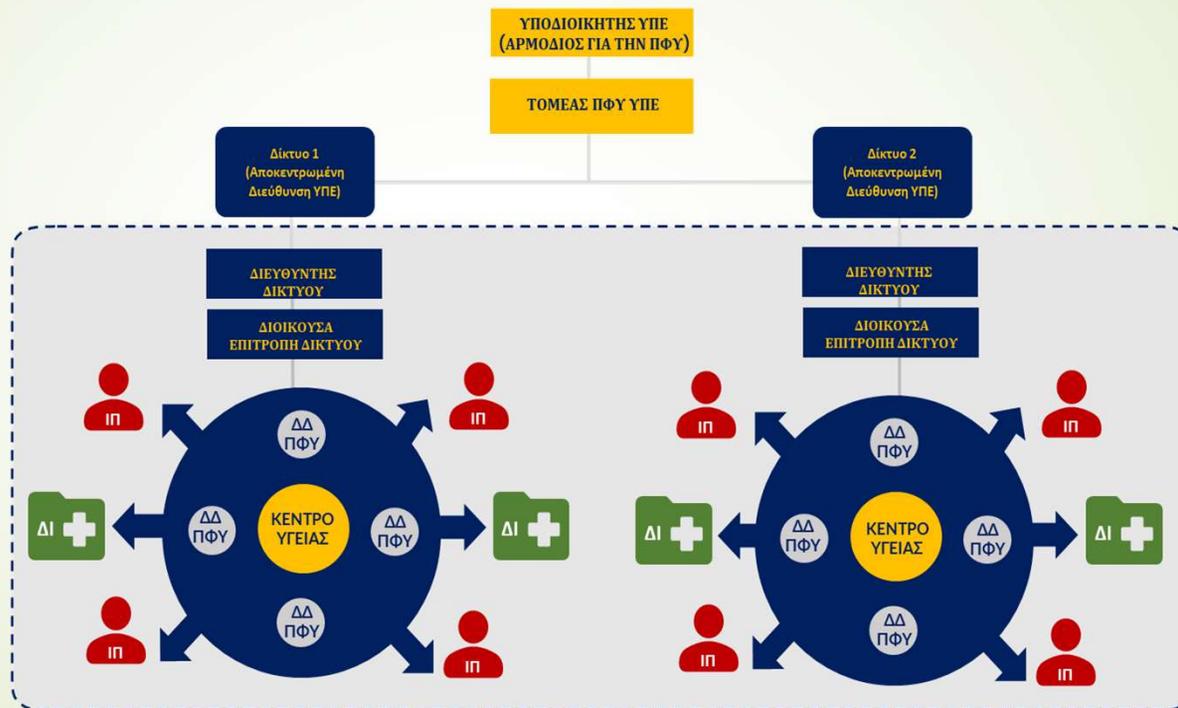
| ΥΠε | ΚΥ | ΠΙ | ΠΠΙ | ΕΠΙ | ΤΙ | ΤοΜΥ | ΑΔ2 |
|----------------|------------|--------------|-----------|-----------|------------|------------|-----------|
| 1 ^η | 32 | 6 | - | 1 | 31 | 12 | 7 |
| 2 ^η | 49 | 119 | 37 | 10 | 47 | 20 | 1 |
| 3 ^η | 30 | 172 | 5 | 3 | 34 | 20 | 1 |
| 4 ^η | 46 | 220 | 9 | 6 | 33 | 14 | 1 |
| 5 ^η | 47 | 303 | 17 | 10 | 38 | 16 | - |
| 6 ^η | 91 | 491 | 20 | 11 | 34 | 33 | - |
| 7 ^η | 19 | 128 | 5 | 4 | 3 | 12 | - |
| Σύνολο | 314 | 1.438 | 93 | 45 | 220 | 127 | 10 |

ΥΠε: Υγειονομική Περιφέρεια, ΚΥ: Κέντρο Υγείας, ΠΙ: Περιφερειακό Ιατρείο, ΠΠΙ: Πολυδύναμο Περιφερειακό Ιατρείο, ΕΠΙ: Ειδικό Περιφερειακό Ιατρείο, ΤΙ: Τοπικό Ιατρείο, ΤοΜΥ: Τοπική Ομάδα Υγείας, ΑΔ: Άλλη Δομή (Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ 2022)

2.100 + Δομές, 12.200 προσωπικό, 1.500 + ΠΙ (απαιτούνται άλλοι τόσοι πλέον ανάλογου αριθμού παιδιάτρων)



Προτεινόμενη οργανωτική δομή Δικτύου Π.Φ.Υ. (Μελέτη Διανέωσης, 2023)

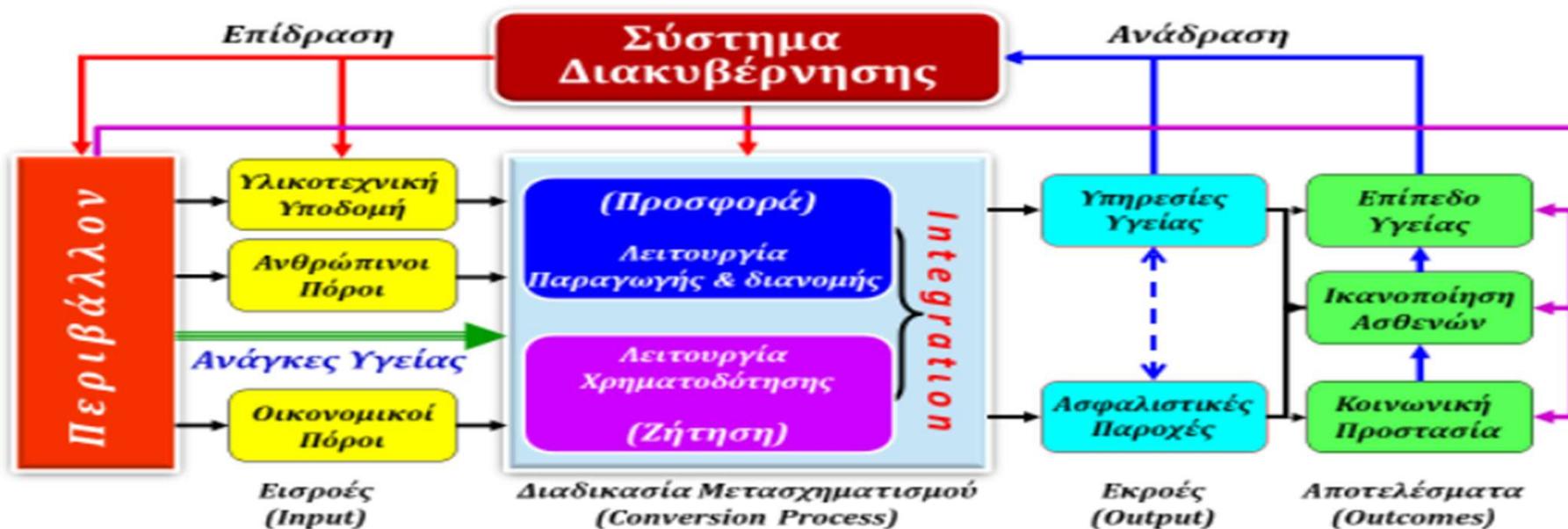


Δ.Δ.: Δημόσια Δομή ΠΦΥ (Περιφερειακό Ιατρείο, Τοπική Μονάδα Υγείας, Τοπικό Ιατρείο κ.λπ.)

Δ.Ι. Δημοτικό Ιατρείο ή άλλη δομή της Τοπικής Αυτοδιοίκησης

Ι.Π.: Ιδιώτης Πάροχος (Ιατρείο, Πολυϊατρείο, Εργαστήριο κ.ά.)

Το συστημικό πρότυπο ως εργαλείο ανάλυσης λειτουργίας & διακυβέρνησης ενός συστήματος υγείας



8/6/2020

ΕΣΔΔΑ- Χρήστος Μπουρσανίδης

Πηγή: Μπουρσανίδης, 2020