



Προγράμματα και Δράσεις υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας σε
επίπεδο Τ.Α. Βέλτιστες πρακτικές σε διεθνές και τοπικό επίπεδο



**Η αναζήτηση του «τοπικού» στην πολιτική υγείας:
επιλογή ή αναγκαιότητα;**

Κυριάκος Σουλιώτης

Διδάκτωρ Πολιτικής και Οικονομικών της Υγείας
Λέκτορας Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Θεσσαλονίκη, 27 Νοεμβρίου 2009



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
UNIVERSITY OF PELOPONNESE

ΠΕΡΙΓΡΑΦΜΑ ΟΜΙΛΙΑΣ

1. Γιατί αναζητάται η εμπλοκή της τοπικής αυτοδιοίκησης στην πολιτική υγείας;

2. Οι νέες απαιτήσεις των πολιτών και των επαγγελματιών υγείας

3. Το αυξημένο κόστος των υπηρεσιών υγείας και οι ανισότητες που προκαλεί

4. Το «εκκρεμές» της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

5. Η διεθνής εμπειρία, οι εγχώριες «καλές πρακτικές» και τα επιστημονικά τεκμήρια

6. Συμπεράσματα και προτάσεις

1. Ο Γιατί αναζητάται η εμπλοκή της τοπικής αυτοδιοίκησης στην πολιτική υγείας;

Αξιολόγηση της υφιστάμενης κατάστασης



- Αλλαγή του τρόπου ζωής και νέες (και αυξημένες) απαιτήσεις των πολιτών
- Ραγδαίες εξελίξεις στην παροχή φροντίδων υγείας (ιατρικός πληθωρισμός vs. τεχνολογία)
- Υψηλό κόστος του συστήματος και μετακύλιση σημαντικού μέρους του στους ατομικούς και οικογενειακούς προϋπολογισμούς
- Αδυναμία ολοκλήρωσης του συστήματος υγείας λόγω του «ελλείμματος» στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

2. Οι νέες απαιτήσεις των πολιτών και των επαγγελματιών υγείας

Έξι στόχοι ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

1. **Ασφάλεια** - αποφυγή ιατρικών λαθών
2. **Αποτελεσματικότητα** - παροχή φροντίδας που βασίζεται στην τεκμηριωμένη επιστημονική γνώση
3. **Ασθενοκεντρική αντίληψη** - ανταποκρισιμότητα στις ανάγκες, τις αξίες και τις επιθυμίες των ασθενών
4. **Έγκαιρη επέμβαση** - μείωση χρόνου αναμονής και του κόστους αυτού
5. **Αποδοτικότητα** - αποφυγή απωλειών και σπατάλης πόρων
6. **Ισότητα** - ανεξάρτητα από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ατόμου

Δέκα κανόνες για την επίτευξη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

ΠΑΛΑΙΟΙ ΚΑΝΟΝΕΣ

1. Η φροντίδα παρέχεται στη βάση επισκέψεων.
2. Η επαγγελματική αυτονομία καλλιεργεί τη διαφοροποίηση στις παρεχόμενες υπηρεσίες.
3. Οι επαγγελματίες ελέγχουν την παρεχόμενη φροντίδα.
4. Η πληροφορία συνιστά ένα «αρχείο».
5. Οι αποφάσεις βασίζονται στην εξειδικευμένη εκπαίδευση και την εμπειρία.

ΝΕΟΙ ΚΑΝΟΝΕΣ

1. Η φροντίδα παρέχεται στη βάση μακροχρόνιων θεραπευτικών σχέσεων.
2. Η φροντίδα προσαρμόζεται στις εξειδικευμένες ανάγκες του ασθενούς.
3. Ο ασθενής αποτελεί την πηγή του ελέγχου επί των παρεχόμενων υπηρεσιών.
4. Η γνώση μοιράζεται με περισσότερους και η πληροφορία κυκλοφορεί ελεύθερα, στο πλαίσιο προστασίας ευαίσθητων δεδομένων.
5. Οι αποφάσεις λαμβάνονται στη βάση εμπειριστατωμένης ανάλυσης.

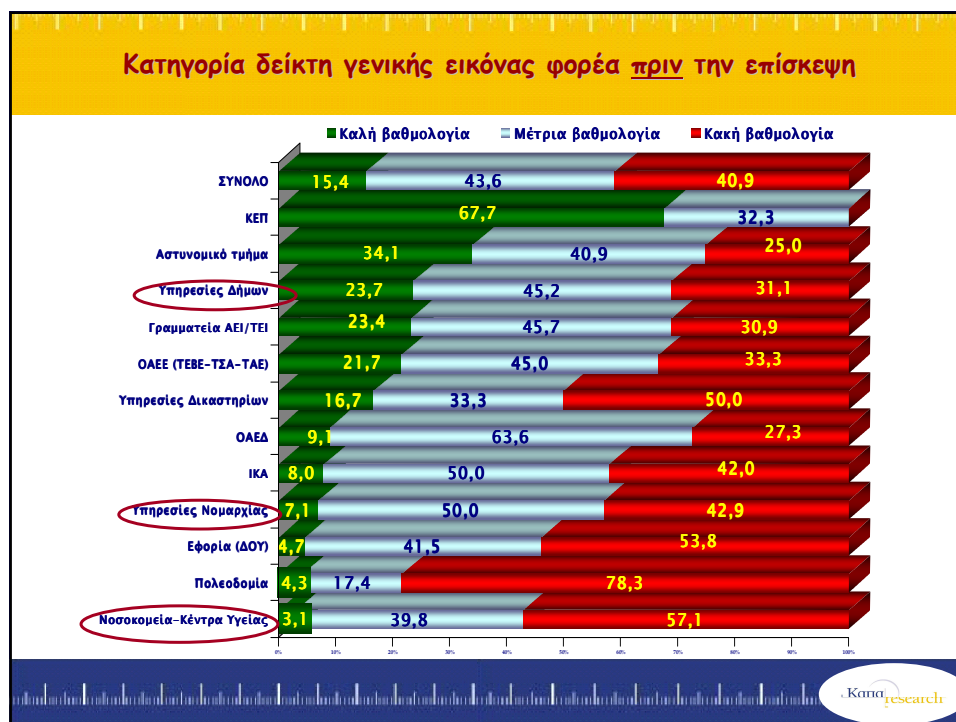
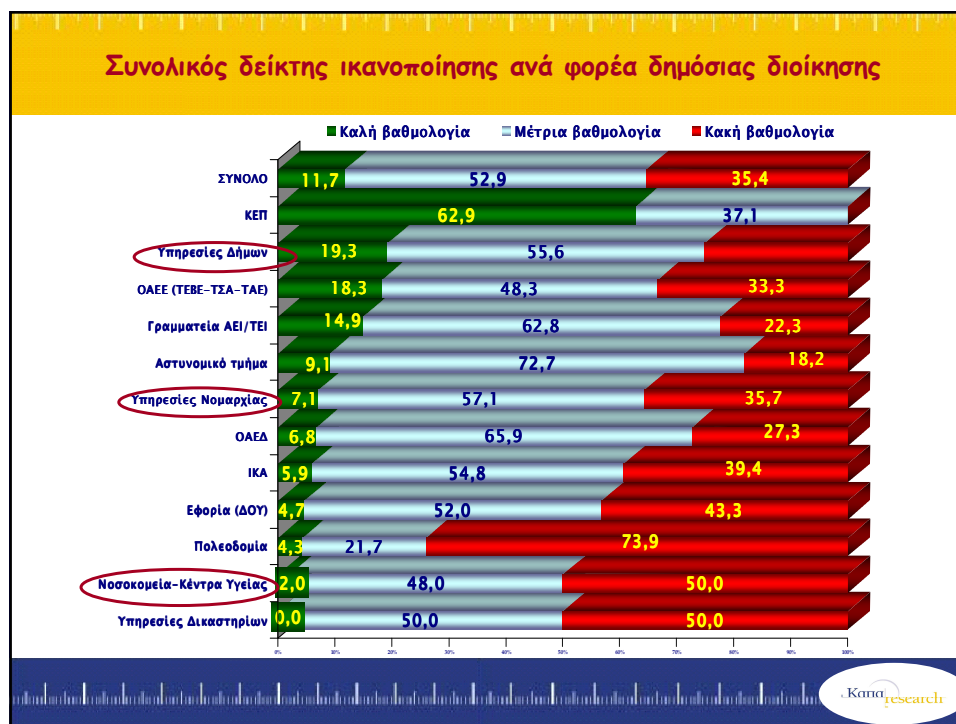
Δέκα κανόνες για την επίτευξη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

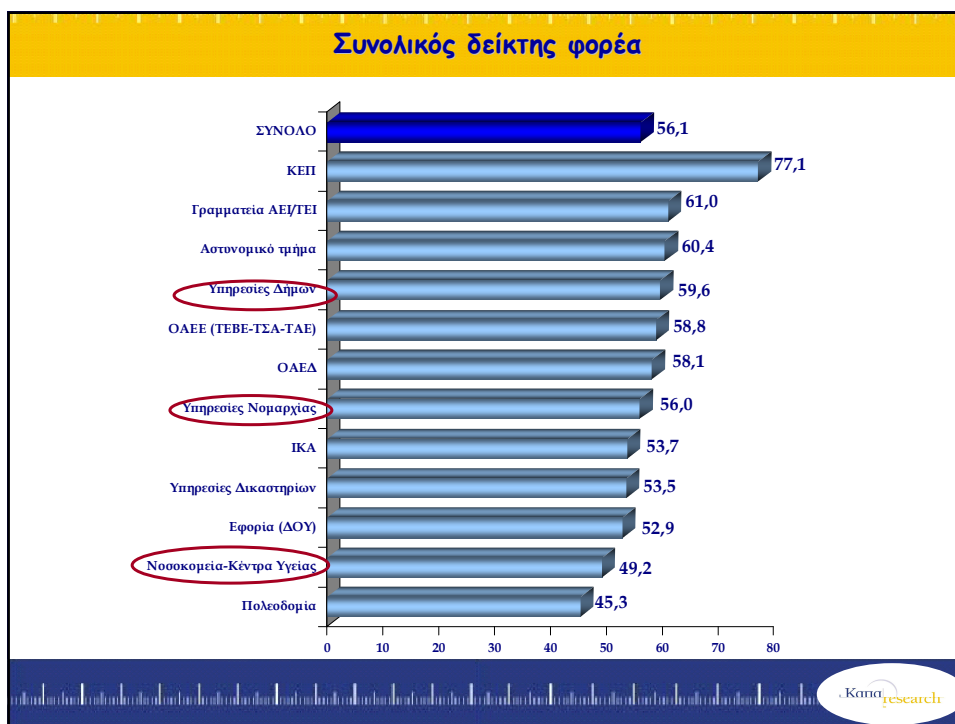
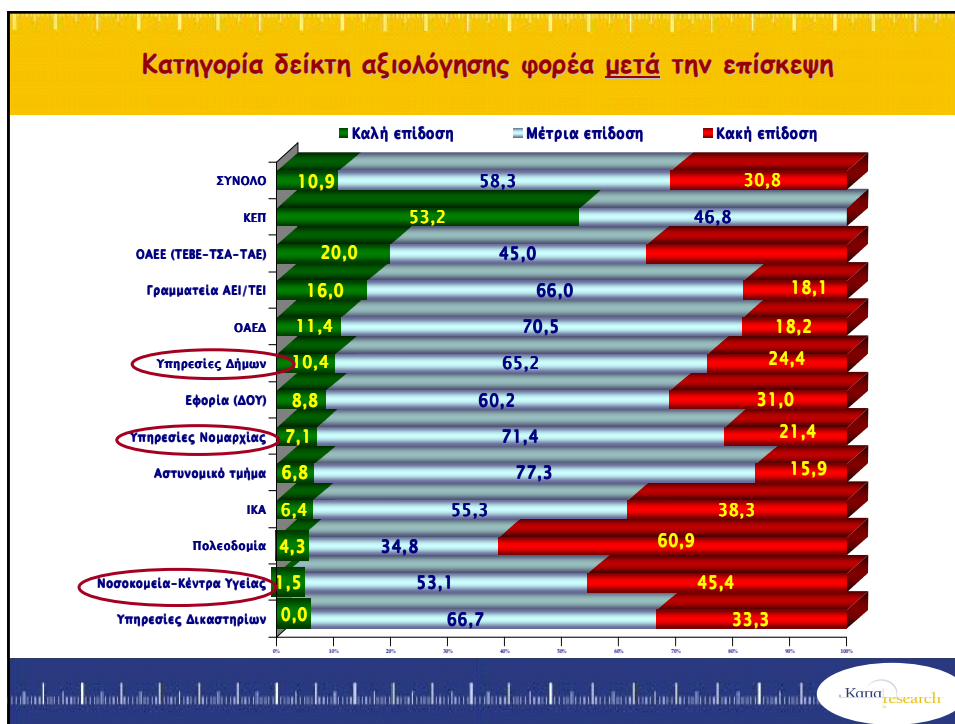
ΠΑΛΑΙΟΙ ΚΑΝΟΝΕΣ

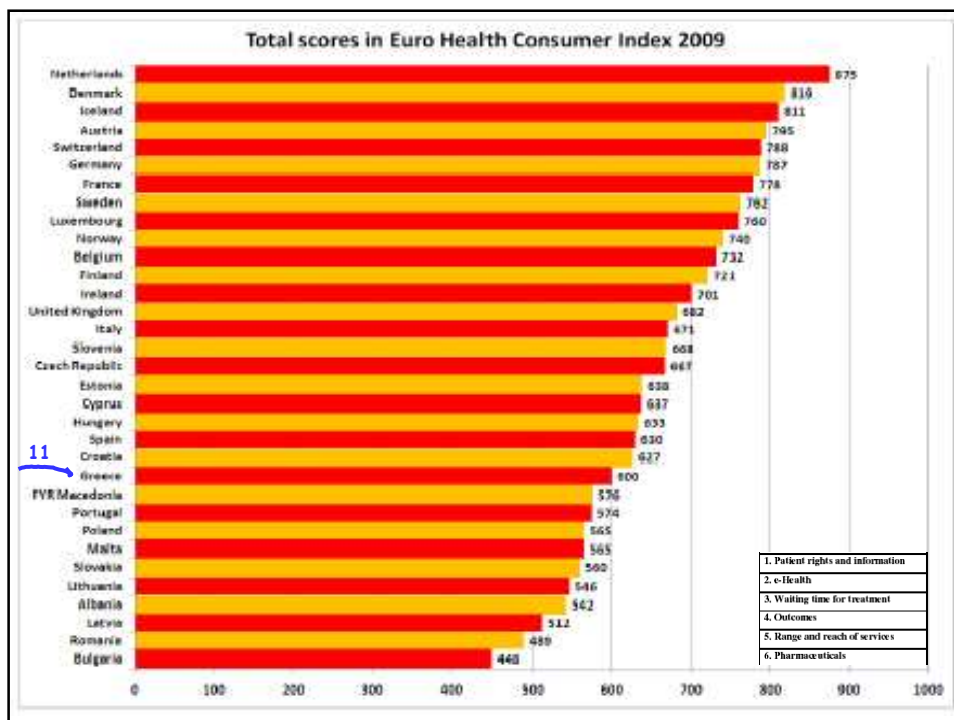
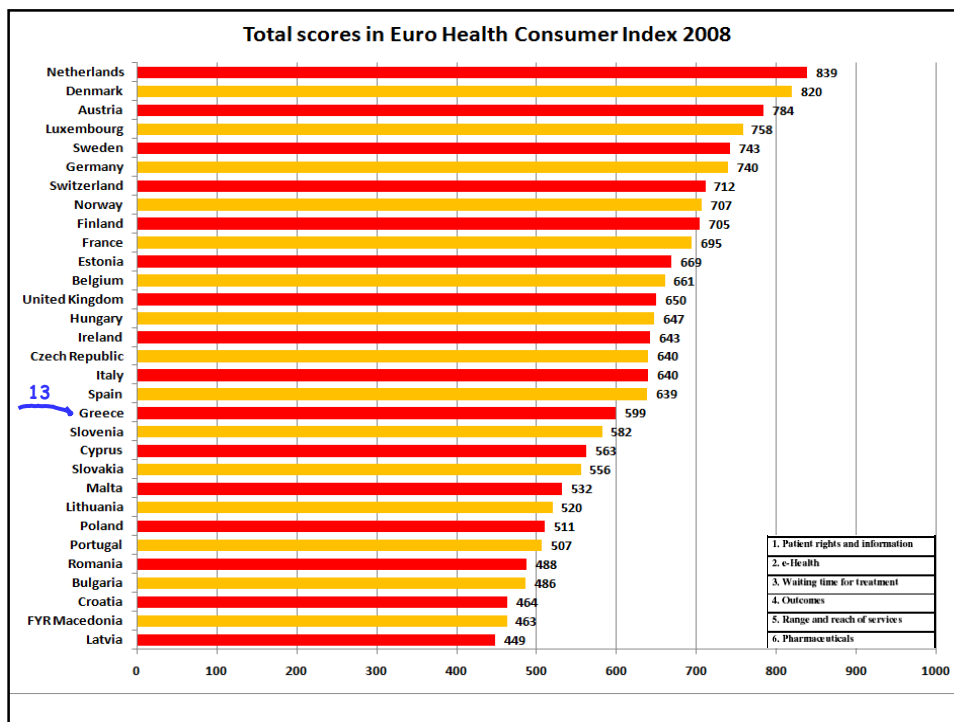
6. Η αποφυγή του ιατρικού λάθους είναι ατομική υπόθεση του θεράποντα ιατρού.
7. Η μυστικότητα είναι απαραίτητη.
8. Το σύστημα αντιδρά (αντανακλαστικά) σε ανάγκες του πληθυσμού.
9. Επιδιώκεται ο περιορισμός της δαπάνης.
10. Εκδηλώνεται σαφής προτίμηση για διακριτούς επιστημονικούς / επαγγελματικούς ρόλους σε σχέση με τη συνολικότερη συμμετοχή στο σύστημα υγείας.

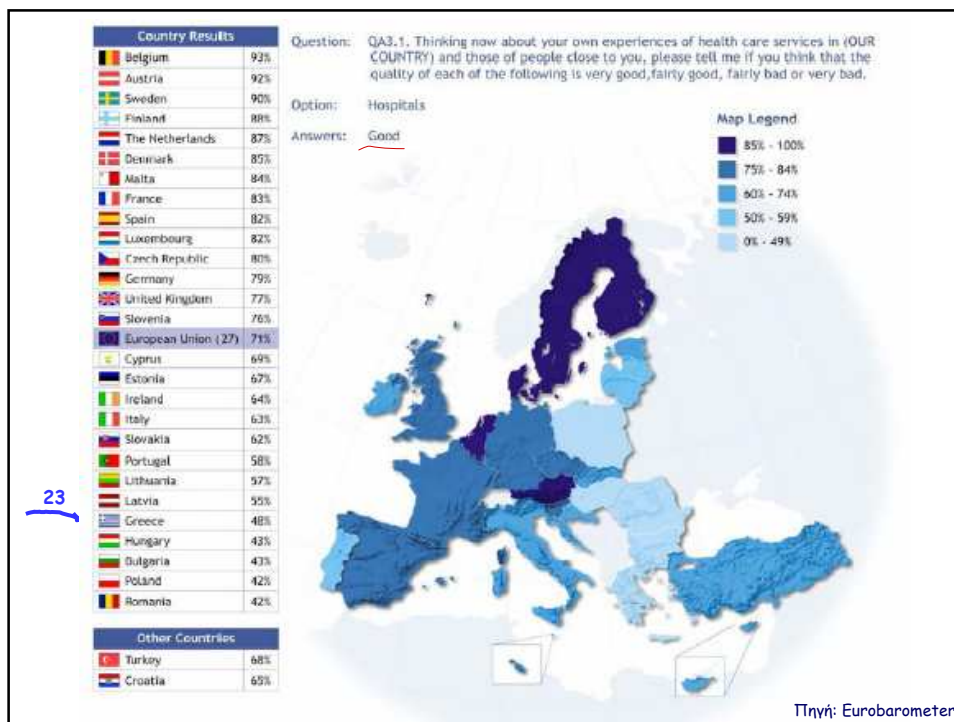
ΝΕΟΙ ΚΑΝΟΝΕΣ

6. Η ασφάλεια συνιστά υποχρέωση του συστήματος υγείας.
7. Η διαφάνεια είναι απαραίτητη.
8. Οι ανάγκες μπορούν να προβλεφθούν αποτελεσματικά.
9. Οι απώλειες οφείλουν διαρκώς να περιορίζονται.
10. Η συνεργασία μεταξύ ιατρικών ειδικοτήτων και άλλων επαγγελματιών υγείας συνιστά απόλυτη προτεραιότητα του συστήματος.









46 ΘΕΜΑΤΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 20 - ΚΥΡΙΑΚΗ 21 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2007

Κόσμος του Επενδυτή

Δημόσια υγεία
Αποκαλυπτική έρευνα σε έξι νοσοκομεία

ΤΟΥ ΑΙΜΙΑΙΟΥ ΝΕΚΤΗ

Η καθυστέρηση σκοτώνει τους εμφραγματίες!

4 στους 10 ασθενείς αναζητούν ιατρική βοήθεια 6 ώρες μετά τα πρώτα συμπτώματα, με μοιραίο συχνά αποτέλεσμα

Με καθυστέρηση, που ώγγιζει και τις 8 ώρες (!), φθάνουν στα ελληνικά νοσοκομεία οι ασθενείς οι οποίοι έχουν συμπτώματα εμφράγματος! Όπως έδειξε μεγάλη έρευνα σε έξι νοσοκομεία του ΕΣΥ, όσο περισσότερο αργεί να ξεκινήσει η θεραπεία τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος να πεθάνει ο ασθενής. Γι' αυτό και οι ειδικοί συστήνουν τη λήψη άμεσων μέτρων.

Στην έρευνα πήραν μέρος 2.172 ασθενείς, οι οποίοι προσήλθαν στα νοσοκομεία Ιπποκράτειο Αθηνών, Λαμία, Χαλκίδας, Καλαμάτας, Καρόιδας και Ζακύνθου. Η μέση ηλικία των ασθενών από ο-

μάδα επιστημόνων της Α' Καρδιολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και του τμήματος Διαταλογίας - Διατροφής του Χαροκόπειου Πανεπιστημίου, με επικεφαλής τον αναπληρωτή καθηγητή Καρδιολογίας κ. Χρήστο Πητσάκο. Τα αποτε-

λέσματα θα παρουσιαστούν στο 28ο Πανελλάνιο Καρδιολογικό Συνέδριο, που πραγματοποιείται 25-27 Οκτωβρίου στη Ρόδο.

Όπως αναφέρουν οι ερευνητές, έχει βρεθεί ότι η χορήγηση θρομβολυτικής αγωγής συνδέεται με έως και 25% μείωση της ενδονοσοκομειακής θνητότητας μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Επιπλέον, όπως έχουν δείξει πολλές μελέτες, η χορήγηση θρομβολυτικής θεραπείας, καθώς και η αποτελεσματικότητα της συνδέονται αντίστροφα με τη διάρκεια του χρόνου που με-

Ατελείωτες οι λίστες αναμονής των καρκινοπαθών

Αναγκάζονται να περιμένουν στην ουρά ως και τρεις μήνες για να αρχίσουν τη θεραπεία τους

Οι έλληνες καρκινοπαθείς δεν αντιστοιχούν μόνο για την έκβαση της νόσου, αλλά και για το αν θα βρουν εγκαίρως την πολυπόθητη κλίνη για την έναρξη της θεραπείας τους. Όσοι δεν μπορούν να πληρώσουν τις υπηρεσίες ενός ιδιωτικού νοσοκομείου, είναι αναγκασμένοι να περιμένουν στην ουρά ως και τρεις μήνες για να υποβληθούν σε ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία ή χειρουργική επέμβαση. Μόνο στο Ογκολογικό Νοσοκομείο «Άγιος Σάββας» βρίσκονται σε λίστα αναμονής περίπου 400 καρκινοπαθείς, ενώ για τη Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας του χειρουργικού τομέα περιμένουν περισσότεροι από 600.

«Για την απρόδεκτη αυτή κατάσταση ευθύνεται η έλλειψη εργαζομένων, νοσηλευτικών κλινών και μηχανημάτων» σχολιάζει ο κ. Θ. Νησιώτης, μέλος του διοικητικού συμβουλίου της Ένωσης Ιστών Νοσοκομείων Αθήνας και Πειραιά (ΕΙΝΑΠ) και του Ανωτάτου Πειθαρχικού Συμβουλίου του Πανελληνίου. «Με τη συμπεριφορά της αυτή η ηγεσία του υπουργείου Υγείας

υποβαθμίζει το Δημόσιο Νοσοκομείο και οδηγεί τον κόσμο στον ιδιωτικό τομέα» τονίζει.

Σύμφωνα με τον κ. Νησιώτη, στο Ειδικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Πειραιά «Μεταξά» οι ασθενείς περιμένουν περίπου τρεις μήνες για να κάνουν ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία. Τα μηχανήματα ακτινοθεραπείας κανονικά λειτουργούν πρωί και απόγευμα. Ωστόσο αποχώρησαν προσφάτως δύο υπάλληλοι, με αποτέλεσμα το ένα μηχανήμα να λειτουργεί μόνο τις πρωινές ώρες. «Τα μηχανήματα ακτινοθεραπείας είναι λίγα και οι ασθενείς καταφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα, όπου ένα κλασικό σχήμα ακτινοθεραπείας κοστίζει περίπου 10.000 ευρώ» τονίζει ο κ. Νησιώτης.

Επίσης, τα χειρουργεία δεν λειτουργούν πλήρως, το παθολογοανατομικό καθυστερεί ακόμη και 25 ημέρες να δώσει τα αποτελέσματα των ιστολογικών εξετάσεων, ενώ η Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ), η οποία διαθέτει πέντε κρεβάτια, παραμένει κλειστή.

Οι γιατροί του Νοσοκομείου επι-

σημαίνουν την ανάγκη εκσυγχρονισμού των μηχανημάτων. Ενδεικτικά αναφέρουν ότι ο ψηφιακός αγγειογράφος, ο οποίος υπέστη βλάβη προ τριετίας, ούτε έχει επιδιορθωθεί ούτε έχει αντικατασταθεί. Το ίδιο ισχύει και για τον δεύτερο γραμμικό επιταχυντή, ενώ το μηχανήμα της βραχυθεραπείας, παρ' ότι παρελήφθη προ διετίας από το Νοσοκομείο, με δέκα χρόνια καθυστέρηση, βρίσκεται ακόμη στα κουτιά.

Χειρότερη είναι η κατάσταση που επικρατεί στο Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Άγιος Σάββας», όπου συρρέουν ασθενείς από όλη τη χώρα. Στη λίστα αναμονής είναι καταγεγραμμένοι περίπου 400 ασθενείς και άλλοι 600 περιμένουν να εισαχθούν στη Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας του χειρουργικού τομέα.

Όπως καταγγέλλουν γιατροί του «Άγιου Σάββα», το μεγαλύτερο Ογκολογικό Νοσοκομείο της χώρας δεν διαθέτει μαγνητικό τομογράφο, ενώ τα ακτινοθεραπευτι-

κά τμήματα αντιμετωπίζουν προβλήματα στη λειτουργία τους λόγω της έλλειψης χειριστών μηχανημάτων. Ως εκ τούτου, η έναρξη των ακτινοθεραπειών μπορεί να καθυστερήσει δύο - δύοίμι μήνες, βάζοντας σε κίνδυνο τη ζωή των ασθενών.

Αντιμέτωποι με σοβαρά προβλήματα έρχονται και οι πάσχοντες από καρκίνο οι οποίοι διαμένουν σε άλλες περιοχές της χώρας. Σύμφωνα με τους εκπροσώπους της Εταιρείας Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδος, το Νοσοκομείο των Σερρών διαθέτει Ογκολογικό Τμήμα, όχι όμως και ογκολόγο. Ετσι, οι ασθενείς καταφεύγουν στη Θεσσαλονίκη προκειμένου να υποβληθούν σε θεραπεία. Για να ολοκληρώσουν τον κύκλο της θεραπείας τους, οι ασθενείς πηγαίνουν έρχονται μεταξύ Σερρών και Θεσσαλονίκης επί τρεις μήνες. Τελυταίος όμως τους «έκοψαν» τα... οδοιπορικά. Δυσκολία είναι η κατάσταση και για τους ασθενείς των Τρικάλων, της Πτολεμαϊδας και της Καλαμάτας.

ΕΛΕΝΑ ΦΥΝΤΑΝΙΑΟΥ

Το Βήμα, 25 Μαρτίου 2009

CROSS-REGIONAL FLOWS OF CANCER PATIENTS IN GREECE: URBANISATION OF CANCER TREATMENT

Athanasakis K⁽¹⁾, Souliotis K^(1,2), Kyriopoulos J⁽¹⁾

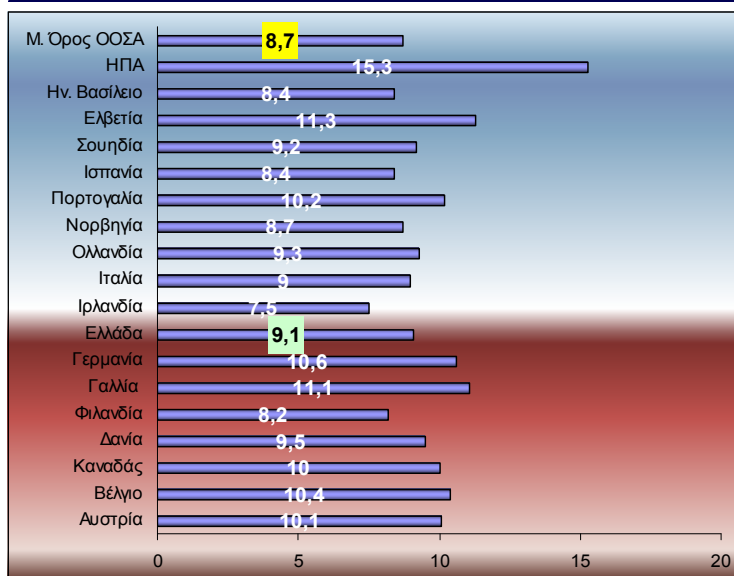
Table 1. Mean intertemporal flows of cancer patients (1999-2005) per geographical region.



Το οικονομικό περιβάλλον...

- ◆ Το δημοσιοοικονομικό έλλειμμα αγγίζει και ίσως ξεπερνά το 12% του ΑΕΠ
- ◆ Το έλλειμμα μόνο όσον αφορά τους κλάδους υγείας των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης υπολογίζεται ότι ξεπερνά τα 3 δισ. €
- ◆ Οι οφειλές των νοσοκομείων του ΕΣΥ στους προμηθευτές προσεγγίζουν τα 6 δισ. €

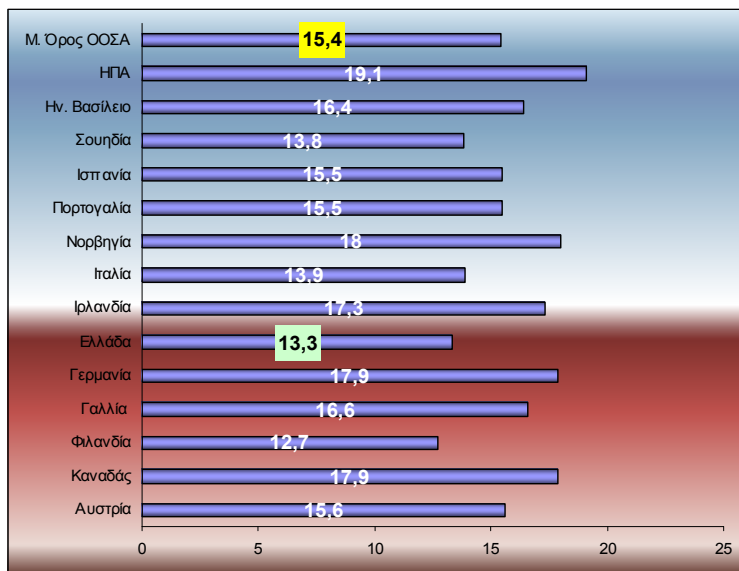
Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ 2006



OECD,
Health Data,
2008

3. Το αυξημένο κόστος των υπηρεσιών υγείας και οι ανισότητες που προκαλεί

Δαπάνες υγείας ως ποσοστό των συνολικών κυβερνητικών δαπανών 2006



OECD,
Health Data,
2008

* Η ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΥΝΑΛΛΑΓΩΝ: ΕΥΡΗΜΑΤΑ

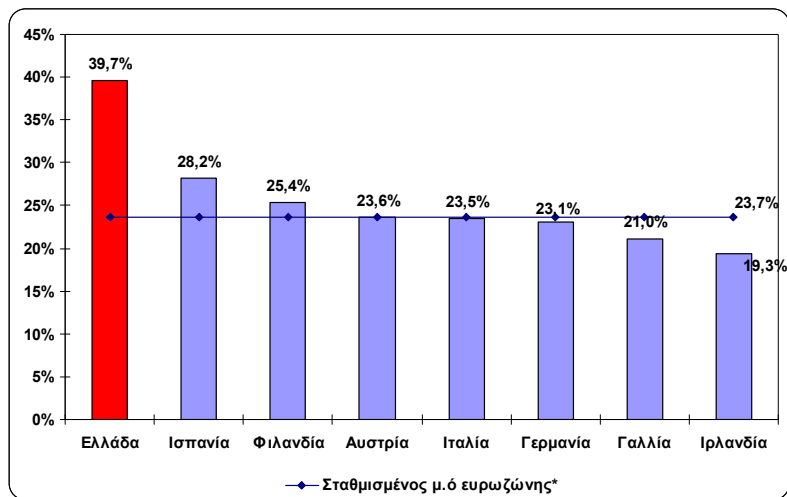
ΠΡΟΣΟΧΗ! ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ... ΝΕΑΣ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ

	2000	2001*	2002*	2003*	2004*	2005*	2006*
Αναθεώρηση Δεκέμβριος 2007							
Συνολική Δαπάνη Υγείας	10.589	12.256	12.996	14.626	15.294	17.803	19.508
Δαπάνη Υγείας ως % του ΑΕΠ	7,8%	8,4%	8,2%	8,5%	8,3%	9,0%	9,1%
Δημόσια Δαπάνη Υγείας	6.444	7.814	8.254	9.182	9.449	11.178	12.018
Δημόσια ως % της Συνολικής Δαπάνης Υγείας	60,9%	63,8%	63,5%	62,8%	61,8%	62,8%	61,6%
Αναθεώρηση Σεπτέμβριος 2006							
Συνολική Δαπάνη Υγείας	14.572	16.519	17.601	19.714	20.504	22.991	
Δαπάνη Υγείας ως % του ΑΕΠ	9,3%	9,8%	9,7%	10,0%	9,6%	10,1%	
Δημόσια Δαπάνη Υγείας	6.444	7.832	8.274	9.146	9.143	9.85	
Δημόσια ως % της Συνολικής Δαπάνης Υγείας	44,2%	47,4%	47,0%	46,4%	44,6%	42,8%	
Πριν την Αναθεώρηση							
Συνολική Δαπάνη Υγείας	11.780	13.429	14.345	15.776	16.399		
Δαπάνη Υγείας ως % του ΑΕΠ	9,7%	10,2%	10,1%	10,2%	9,8%		
Δημόσια Δαπάνη Υγείας	6.353	7.614	7.942	8.641	8.833		
Δημόσια ως % της Συνολικής Δαπάνης Υγείας	53,9%	56,7%	55,4%	54,8%	53,9%		

Πηγή: ΕΣΥΕ, 2008

3. Το αυξημένο κόστος των υπηρεσιών υγείας και οι ανισότητες που προκαλεί

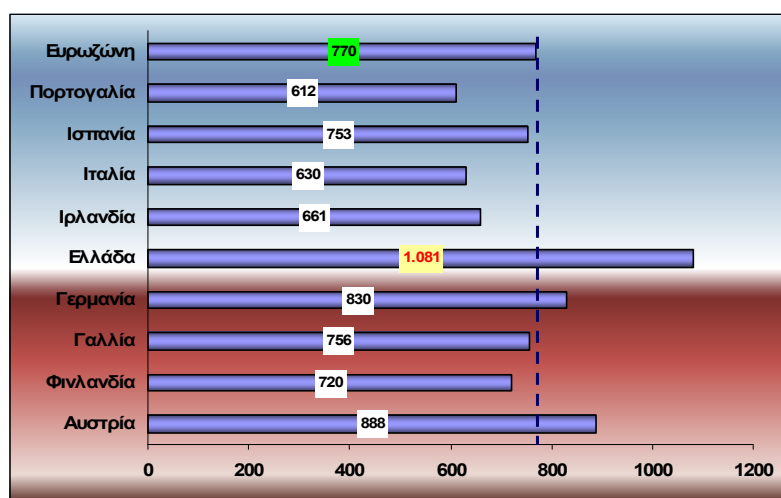
Ιδιωτική Δαπάνη Υγείας ως % της Συνολικής Δαπάνης Υγείας, 2007



Πηγή: OECD Health Data 2009

3. Το αυξημένο κόστος των υπηρεσιών υγείας και οι ανισότητες που προκαλεί

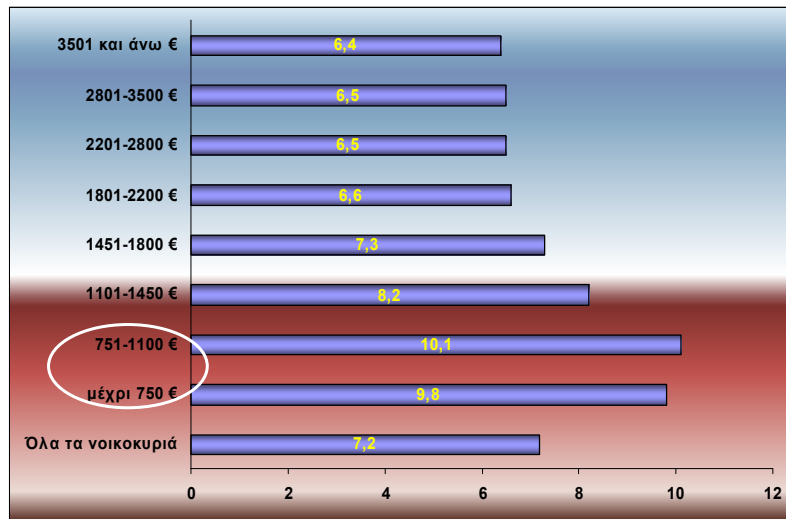
Ιδιωτική κατά κεφαλή δαπάνη υγείας σε όρους κοινής αγοραστικής δύναμης (PPP), Επιλ. χώρες Ευρωζώνης, 2007



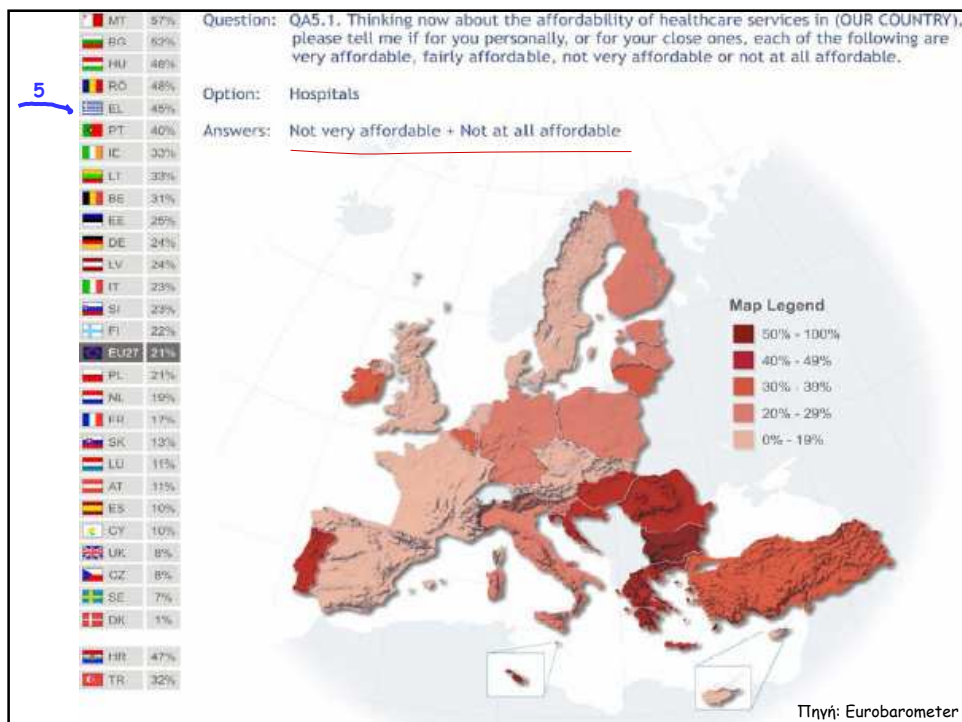
Πηγή: OECD Health Data 2009

3. Το αυξημένο κόστος των υπηρεσιών υγείας και οι ανισότητες που προκαλεί

Ανάλυση των δαπανών υγείας των νοικοκυριών ως ποσοστό των συνολικών αγορών ανά εισοδηματική κατηγορία, 2005

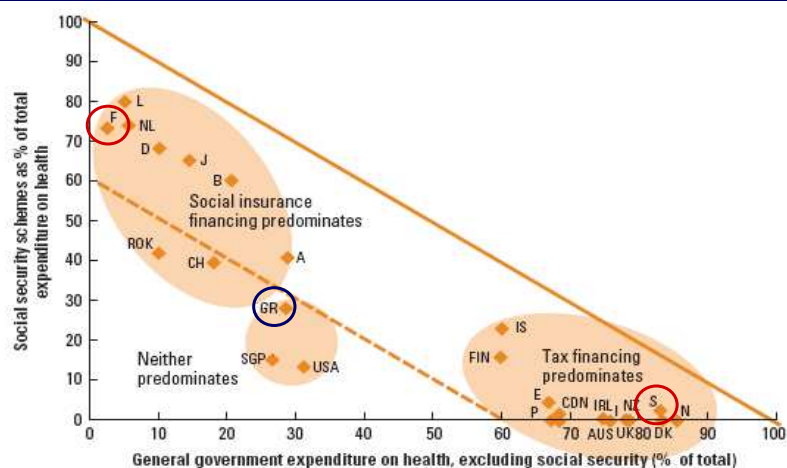


Πηγή: ΕΣΥΕ, Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2005 (αδημοσίευστα στοιχεία και ίδιοι υπολογισμοί).



3. Το αυξημένο κόστος των υπηρεσιών υγείας και οι ανισότητες που προκαλεί

Συμμετοχή δημόσιων πηγών χρηματοδότησης στην κάλυψη των δαπανών υγείας



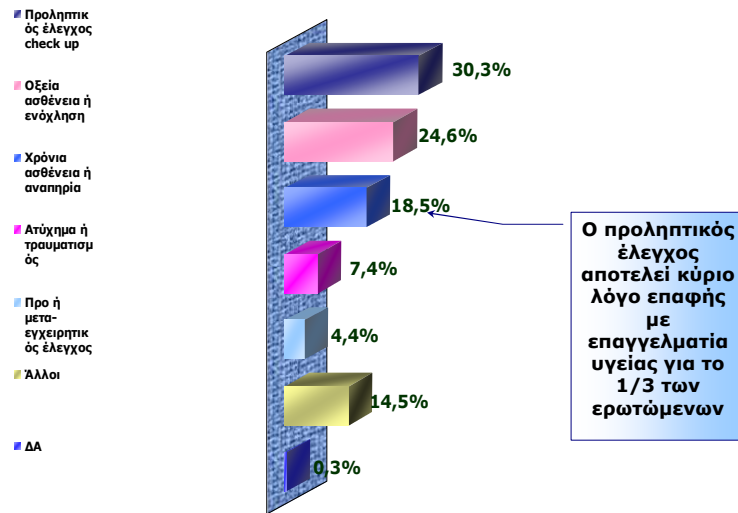
Δαπάνες Υγείας σε όλα τα Ταμεία

Ετη	Σύνολο δαπανών παροχών ασθενείας	Μεταβολή κατ' έτος
✓ 2003	4.461.232.000	
✓ 2004	5.564.272.000	24,73%
✓ 2005	5.732.170.000	3,02%
✓ 2006	6.333.119.000	10,48%
✓ 2007	6.953.201.000	9,79%
✓ 2008	7.876.835.000	13,28%
✓ 2009	9.836.774.000	24,88%

Οι δαπάνες μεταξύ των ετών 2003 και 2009 αυξήθηκαν κατά 120,49%

4. Το «εκκρεμές» της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

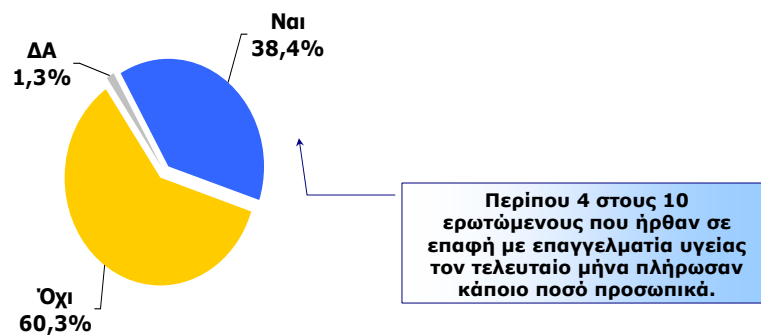
Ερ.: «Ποιος ήταν ο κύριος λόγος για την επαφή σας με τον γιατρό ή επαγγελματία υγείας;»



Πανελλαδική Έρευνα Κοινού, Ινστιτούτο Κοινωνικής Προληπτικής Ιατρικής, 2007

4. Το «εκκρεμές» της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

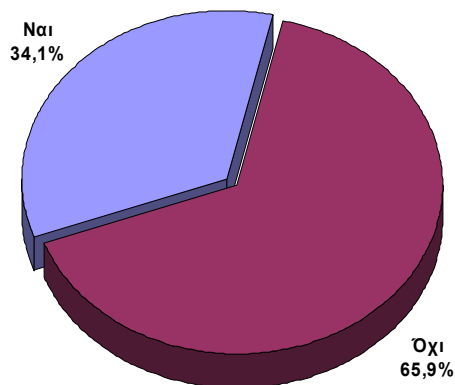
Ερ.: «Σε οποιαδήποτε από αυτές τις επαφές χρειάστηκε να πληρώσετε κάποιο ποσό από την τσέπη σας;»



Πανελλαδική Έρευνα Κοινού, Ινστιτούτο Κοινωνικής Προληπτικής Ιατρικής, 2007

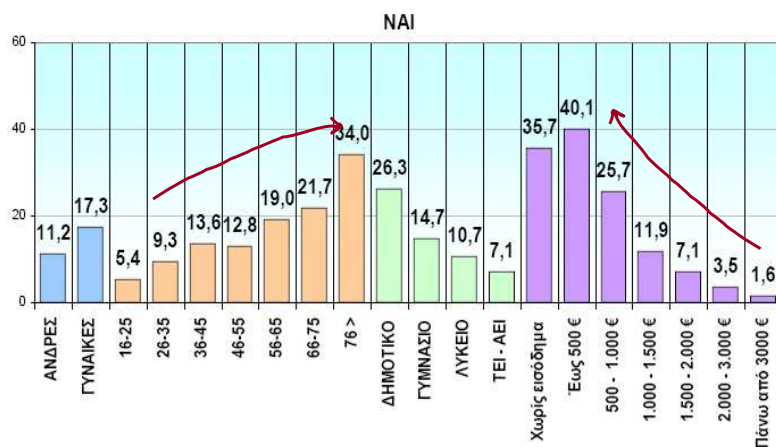
4. Το «εκκρεμές» της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Μη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας (παρά την ύπαρξη προβλήματος), 2006



Πηγή: ΕΣΔΥ-Τομέας Οικονομικών της Υγείας: Πανελλαδική Έρευνα Κοινής Γνώμης «Διερεύνηση του Επιπέδου Υγείας και Αξιολόγηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα», Σεπτέμβριος 2006.

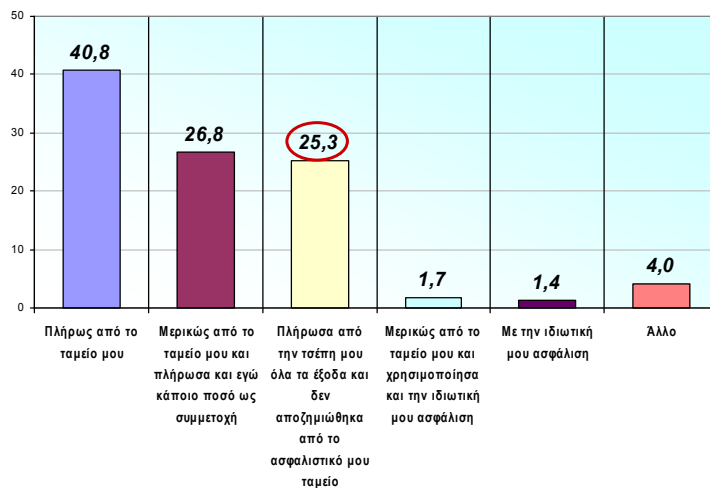
ΕΡΩΤΗΣΗ: Συνολικά, τον τελευταίο χρόνο, υπήρξε στιγμή κατά την οποία δεν αναζητήσατε φροντίδα υγείας επειδή δεν μπορούσατε να την αντιμετωπίσετε οικονομικά:



Πηγή: ΕΣΔΥ-Τομέας Οικονομικών της Υγείας: Πανελλαδική Έρευνα Κοινής Γνώμης «Διερεύνηση του Επιπέδου Υγείας και Αξιολόγηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα», Σεπτέμβριος 2006.

4. Το «εκκρεμές» της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

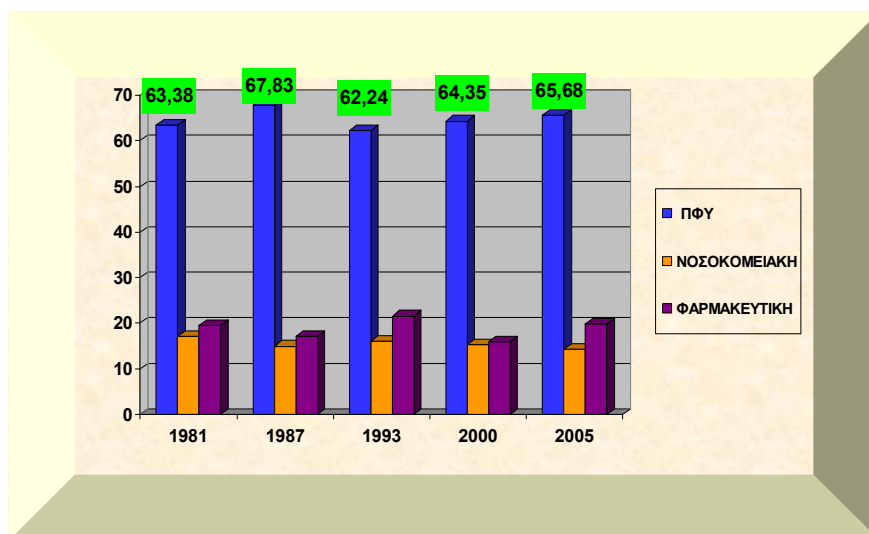
Τρόποι κάλυψης των δαπανών για πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας (πλην οδοντιατρικών), 2006



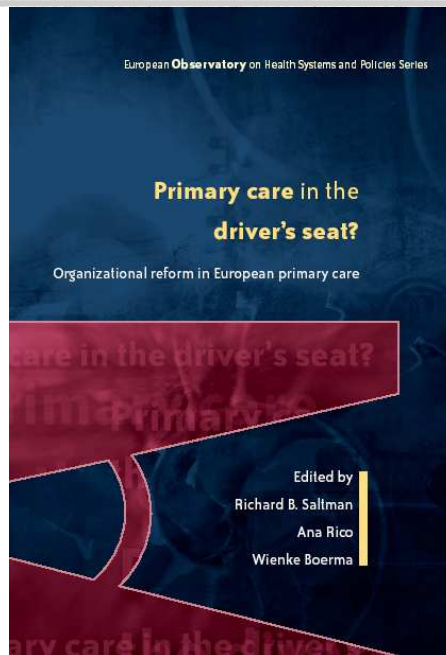
Πηγή: ΕΣΔΥ-Τομέας Οικονομικών της Υγείας: Πανελλαδική Έρευνα Κοινής Γνώμης «Διερεύνηση του Επιπέδου Υγείας και Αξιολόγηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα», Σεπτέμβριος 2006.

4. Το «εκκρεμές» της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Σταθερά υψηλή ιδιωτική δαπάνη υγείας για ΠΦΥ



5. Η διεθνής εμπειρία, οι εγχώριες «καλές πρακτικές» και τα επιστημονικά τεκμήρια



5. Η διεθνής εμπειρία, οι εγχώριες «καλές πρακτικές» και τα επιστημονικά τεκμήρια

Primary care reform in Finland – a continuum within a country

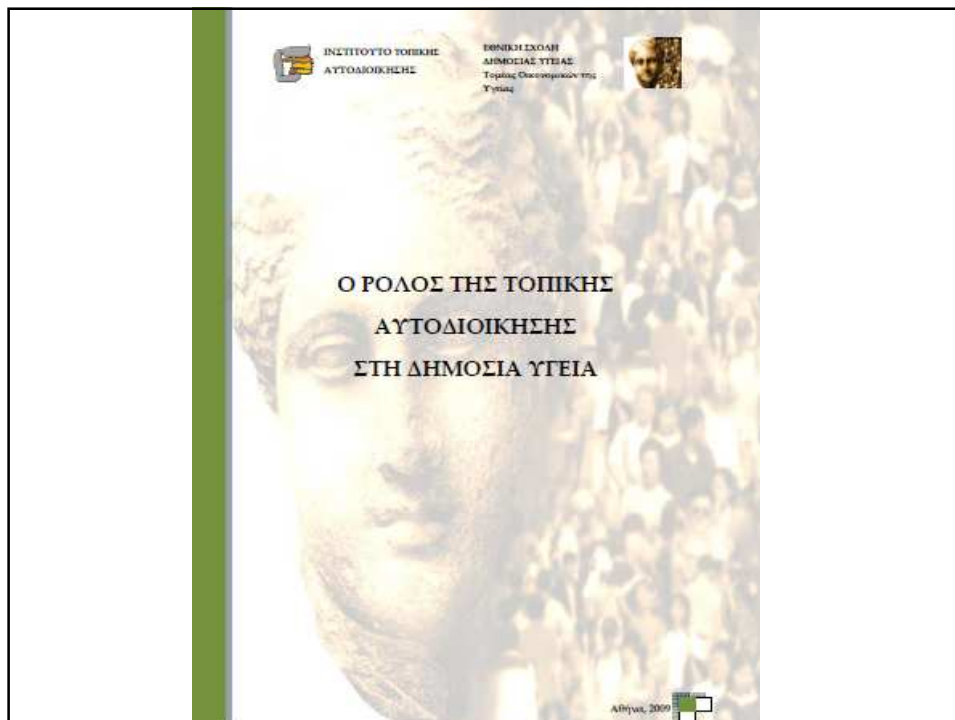
The Finnish Government Subsidy Reform Act of 1993 changed the way that health services were funded and turned municipalities (local authorities) into potential purchasers. The reform enabled municipalities to allocate funds prospectively rather than simply paying for activities that had already been undertaken. At the same time, national taxation became less important; now most health care is funded from local income taxes, without an earmarked allocation for health care. Since the subsidy reforms, municipalities have been able to provide services themselves, with other municipalities, or purchase them from other public or private sector providers.

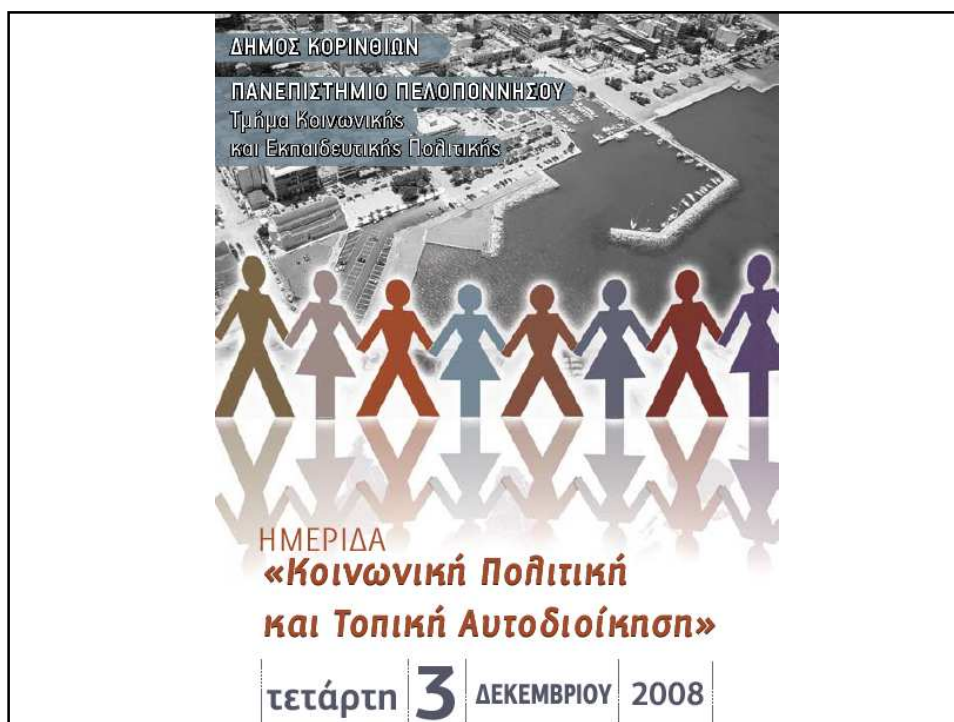
The Dutch experience

developed. Instead a bottom-up approach was chosen. The idea was that cooperation and communication between primary and secondary care providers could only be realized at a local or regional level. The process depends to a

5. Η διεθνής εμπειρία, οι εγχώριες «καλές πρακτικές» και τα επιστημονικά τεκμήρια

- **Διοικητική οργάνωση** σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο (Το παράδειγμα της Δανίας)
- **Στενή συνεργασία με τη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας** (Το παράδειγμα του Ην. Βασιλείου)
- **Συστηματική και συνεχή παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού** (Το παράδειγμα του Καναδά)

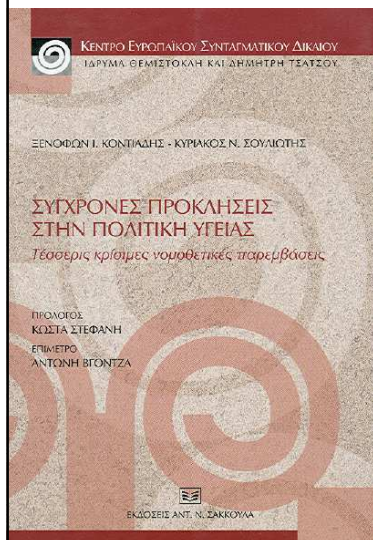




5. Η διεθνής εμπειρία, οι εγχώριες «καλές πρακτικές» και τα επιστημονικά τεκμήρια

Από την άλλη πλευρά, παρά το σημαντικό εξορθολογισμό του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας που επέφερε η υπαγωγή των δημόσιων φορέων πρόνοιας στα ΠΕΣΥΠ και, πλέον, στις ΔΥΠΕ, διατηρείται ο κατακερματισμός των παρεμβάσεων, που συνεπάγεται αδιαφάνεια στην πληροφόρηση και δυσχέρειες συντονισμού. Η έλλειψη επαρκούς δικτύωσης μεταξύ των επιμέρους δομών και προγραμμάτων και η απουσία ενιαίων προδιαγραφών συνοδεύονται από τη σημαντική υστέρηση ως προς την καταγραφή και αξιολόγηση των αναγκών, δυσχεραίνοντας τον αποτελεσματικότερο σχεδιασμό των προνοιακών προγραμμάτων.⁷⁸ Τα εν λόγω προβλήματα εντείνονται από

5. Η διεθνής εμπειρία, οι εγχώριες «καλές πρακτικές» και τα επιστημονικά τεκμήρια



Κοινωνικής Ασφάλισης (Ο.Κ.Α.), που μετονομάζονται σε Κέντρα Υγείας του οικείου Ο.Κ.Α.,
γ. τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.,
δ. τις μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, καθώς και
ε. από άλλους φορείς που συνδέονται οργανωτικά ή λειτουργικά με τις υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ..

Journal of Medical Systems, Vol. 28, No. 6, December 2004 (© 2004)

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, clinical, and organizational standards.

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

5. Η διεθνής εμπειρία, οι εγχώριες «καλές πρακτικές» και τα επιστημονικά τεκμήρια

ΑΡΘΡΟ ΓΝΩΜΗΣ
OPINION PAPER

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τόμος 19, Τεύχος 4, 164-169, 2007

Τοπικά Κέντρα Πρόληψης στους Δήμους: Μια νέα πρόκληση για τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης

Γ. Πατούλης¹

[illegible]

Στην Ελλάδα η έννοια της πρόληψης φαίνεται, δυστυχώς, να είναι περισσότερο συνδεδεμένη με πρωτοβουλίες που λαμβάνει κάποιος σε απομακρυσμένο και όχι σε συλλογικό επίπεδο, όπως εκφράζεται μέσω των εκάστοτε πολιτικών υγείας. Ωστόσο, οι σύγχρονες κοινωνίες, αναγνωρίζοντας την ανάγκη για την κατάρτιση και τη διατήρηση υψηλού επιπέδου υγείας, έχουν σφαιρικά την προσοχή τους στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας των μελών του.

Η προέχουσα αποτελεί μια διαφορετική διαδικασία που αποσκοπεί στην εξέταση εμφανίσεων μιας νόσου, στην υποθέτηση πιθανότερων τριτογενών διαβίσεων και στην αναβίβηση της ανομοιογένειας της ποιότητας ζωής. Ο ρόλος που δίνει ο Περγασικός Οργανισμός Υγείας για την πρόληψη καθορίζει δύο πολύ σημαντικούς άξονες:

- την ενημέρωση του γενικού πληθυσμού και

ΜΕΛΗΣ ΚΑΚΙΔΩ (NoSH Hellas): πρωτοβουλία φροντίδας υγείας, τακτική αυτοδιακρίσης, πρόληψη Υποβιθίστηκε: Η εργασία παρουσιάστηκε υπό τη μορφή εισήγησης στο 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο του Διαδικτυακού Δίκτυου Υγείας Οργανισμών Τακτικής Αυτοδιακρίσης (21-22 Απριλίου 2007, Μαρούσι). Δημοσιεύεται με απόφαση της Συντακτικής Επιτροπής του Περιοδικού.

Υπεύθυνος εκδόσεων: Γιώργος Πατάκης,
Διευθυντής Αμφοτεροαπορρόφησης, Πρόεδρος Διαδημοτικού
Δικτύου Υγείας, Βιοφ. Σοφίας 9, 151 24 Μαρούσι.
Τηλ: (210) 8760302-3

Inferring Apoptosis, Necrosis, and Important Secretion Yields

ΑΡΘΡΟ ΓΝΩΜΗΣ
OPINION PAPER

Primary Health Care, Volume 19, Number 4, 170-177, 2007
 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τόμος 19, Τεύχος 4, 170-177, 2007

Η παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
από την Τοπική Αυτοδιοίκηση: Πολυτέλεια ή αναγκαιότητα;

Κ. Σουλιάτης

Παράθεση

Το άρθρο αυτό αναδεικνύει (α) διατηρεί) πόσο η τωρινή αυτοδυναμία στην οικονομία λόγω του υποστηρίχτη της χρηματοδότησης, είναι απ' αυτές που Ελλείπει. Απαιτείται προεργασία/επένδυση ή αλλιώς η γρήγορη υφιστάμενη προσαρμογή, και όχι μόνο λόγω προπαιδευμένης απώλειας ή οποιουδήποτε άλλου αδικαιολογήτου λόγου. Η λειτουργία είναι προεργασία, αλλά η αυτοδυναμία είναι αποτέλεσμα ή ο σκοπός της. Ο σκοπός είναι η αυτοδυναμία, η προεργασία είναι απλώς το μέσο.

¹Arizona Department of Transportation

Provision of primary health care services by Local Authorities: A luxury or a necessity?

K. Souliotis

Summary

This paper discusses a potential role for local government in integrating primary health care services in Greece. An evaluation is made of the current situation and alternatives are suggested, all of which are based on either administrative or functional interventions. It is shown that radical reforms pre-supposing a comprehensive public orientation in the provision of primary health care services in Greece are not feasible either from a public finance or from a user-preference perspective. For this reason, functional regulation appears the most suitable alternative, with local authorities assuming responsibility for the coordination of primary health care services, optimizing their established relationships with local communities.

Key words: primary health care, health policy, family doctor, integrated health care, local government.

1. Εισαγωγή

Η επιχειρηματολογία υπέρ της ανάσχεσης του τοπικού στοιχείου στην άσκηση κοινωνικής πολιτικής δεν είναι νέα τόσο στην Ευρωπαϊκή όσο και στην Ελληνική επιστημονική και πολιτική σκέψη. Όσον αφορά την Ελληνική πραγματικότητα, οι αντιτάξεις που προκύπτουν από το σύστημα το οποίο «επιμένει» σε μια συγκεντρωτική λογική που έχει αναδοθεί τόσο το σχεδιασμό όσο και την υλοποίηση των μέτρων στην κεντρική διοίκηση (Υπουργεία και εποπτεύουσες φορείς), σε συνδυασμό με τη διαρκώς αυξανόμενη ανάγκη των πολιτών, καθιστά αναγκαία την επανεξέταση του όλου συστήματος.

Ταυτόχρονα, προς την κατεύθυνση της ενίσχυσης του τοπικού χαρακτήρα της άσκησης κοινωνικής πολιτικής οδηγούν αφενός οι χρηματοδοτικές πηγές που ασπασόμαστε στο σύστημα και οι οποίες επιβάλλουν την αποτελεσματικότερη δυνατή χρήση των πόρων και αφετέρου η ανάγκη για καλύτερη ανταποκρισιμότητα των μέτρων στις ιδιαίτερες

Αίλιος κλειδί (Mediterranean) πρωτόβλημα φροντίδας υγείας, πολιτική υγείας, οικονομικός ιατρός, ολοκληρωμένη φροντίδα, ταπεινή αυτοέκκληση
Υποβλήθηκε: 13 Δεκεμβρίου 2007
Έγινε δεκτή για δημοσίευση: 20 Δεκεμβρίου 2007
Υπεύθυνος επικοινωνίας: Κυριάκος Σουλάνης
Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Α. Αλεξάνδρου 196,

Διαδημοτικό Δίκτυο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης ΟΤΑ - Microsoft Internet Explorer

File Edit View Favorites Tools Help

Back Forward Stop Reload Home Search Favorites

Address http://www.dty.gr/index.html

Go Links Customize Links Free Hotmail

Google Go Bookmarks 18 blocked Check AutoLink AutoFill Send to

home contact us sitemap

Αναζήτηση > Πώς ο Δήμος μου μπορεί να γίνει μέλος : >>

Το Δίκτυο

Εκδηλώσεις

Προγράμματα

Επιστημονικές Συναντήσεις

Ημέρα - Ειδήσεις

Συμμετοχές Ερωτήσεις

Ενδεικτικοί

Περιοδικό "Δήμων Υγεία" download

Δίκτυο Πρόληψης για όλους

Η δραστηριότητα του **Διαδημοτικού Δικτύου Υγείας** αναπτύχθηκε σαν απάντηση στην πολυπλοκότητα της λειτουργίας των Δομών Υγείας (ιατρικές υπηρεσίες, κοινωνικές, ψυχολογικές) στα πλαίσια των Ο.Τ.Α. καθώς και στην έλλειψη θεσμικού πλαισίου για την **Ανάπτυξη Μηχανισμών Πρόληψης Της Υγείας** διαμέσου της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Η λειτουργία του Διαδημοτικού Δικτύου Υγείας βασίζεται στη συμμετοχή των εκπροσώπων των Δήμων, σε όλα τα κοινά προγράμματα που υλοποιούνται.

Εκδηλώσεις

Δήμος Ζάνθης: Εκπατρεία Ενημέρωσης για την Ηπατίτιδα Β

Ποια τα οφέλη από τη συμμετοχή του Δήμου μου στο Δίκτυο ;

ΕΚΠΑΤΡΕΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

Τι ξέρετε για την Ηπατίτιδα Β;



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
Ι Α Τ Ρ Ι Κ Η ΣΧΟΛΗ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ
ΚΕΝΤΡΟ ΜΕΛΕΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

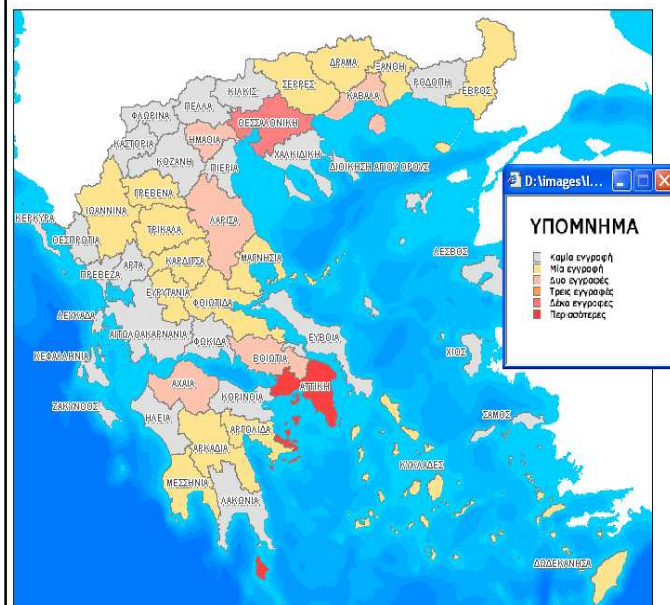


ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
Ι Α Τ Ρ Ι Κ Η ΣΧΟΛΗ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ
ΚΕΝΤΡΟ ΜΕΛΕΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ





ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ, ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ
ΚΑΤΑ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΑΙ
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ
ΓΙΑ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

6. Συμπεράσματα και προτάσεις

Πρόταση για ενδεικτικές δράσεις



- ✓ Σχεδιασμός και υλοποίηση περιφερειακών πολιτικών υγείας στο πλαίσιο της εθνικής πολιτικής
- ✓ Διενέργεια ερευνών για τις στάσεις και απόψεις των πολιτών για θέματα υγείας και ενημέρωσή τους για τους παράγοντες κινδύνου
- ✓ Καταγραφή των «ειδικών» αναγκών υγείας του τοπικού πληθυσμού και σύνδεσή τους με τις διαθέσιμες φροντίδες (χάρτης υγείας)
- ✓ Διασύνδεση των υπηρεσιών υγείας της ΤΑ με τις αντίστοιχες του ΕΣΥ και των ΟΚΑ
- ✓ Έλεγχος και πιστοποίηση της ποιότητας των παρεχόμενων φροντίδων
- ✓ Ενημέρωση των πολιτών για τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας σε τοπικό επίπεδο
- ✓ ...