



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Η επίδραση εναλλακτικών οργανωτικών σχημάτων στη ζήτηση και
κατανάλωση υπηρεσιών υγείας: Η περίπτωση του οικογενειακού
γιατρού στο ΙΚΑ, 20 χρόνια μετά

ΔΗΜΗΤΡΕΣΣΑ ΦΛΩΡΕΝΤΙΑ

Επιβλέπων Καθηγητής
ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ

ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2012

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Η επίδραση εναλλακτικών οργανωτικών σχημάτων στη ζήτηση και
κατανάλωση υπηρεσιών υγείας: Η περίπτωση του οικογενειακού γιατρού
στο ΙΚΑ, 20 χρόνια μετά

ΔΗΜΗΤΡΕΣΣΑ ΦΛΩΡΕΝΤΙΑ

Επιβλέπων Καθηγητής
ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ

ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2012

1. ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	8
ABSTRACT.....	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	12

I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ - Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ 15

- 1.1 Το περιεχόμενο και ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην παροχή υπηρεσιών και τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού..... 15
- 1.2 Βασικές αρχές και προϋποθέσεις για την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας..... 17
- 1.3 Μορφές οργάνωσης της παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας 18
 - 1.3.1 Γενικός - Οικογενειακός γιατρός 19
 - 1.3.2 Κέντρο Υγείας..... 23
 - 1.3.3 Άλλες μορφές πρωτοβάθμιας περίθαλψης..... 26
- 1.4 Η Διεθνής εμπειρία στην παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: παρατηρήσεις και ερευνητικά δεδομένα..... 27
 - 1.4.1 Διαφορές στην οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας - ο ρόλος των γενικών-οικογενειακών γιατρών 28
 - 1.4.2 Πολιτικές συγκράτησης του κόστους και διασφάλισης της ποιότητας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας..... 32

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ

ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ 38

- 2.1 Ιστορική Αναδρομή 38

2.2	Αποτύπωση Υφιστάμενης Κατάστασης	44
2.2.1	Παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από το ΕΣΥ	44
2.2.2	Παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς	46
2.2.3	Παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από την Τοπική Αυτοδιοίκηση	47
2.2.4	Παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από Ιδιωτικούς Φορείς	48
2.3	Ο Γενικός - Οικογενειακός Γιατρός στην Ελλάδα	49
2.3.1	Η Ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής.....	49
2.3.2	Αδυναμίες και Δυνατότητες στην Άσκηση της Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής στην Ελλάδα	51
2.4	Αδυναμίες και Προβλήματα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα.....	55
2.5	Μια Νέα Μεταρρυθμιστική Προσπάθεια.....	60
2.6	Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο ΙΚΑ και ο Ρόλος του Οικογενειακού Γιατρού	62
2.6.1	Η Παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας από το ΙΚΑ	62
2.6.2	Ο Οικογενειακός Γιατρός στο ΙΚΑ	69

II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	75
3.1 Το "ερευνητικό εργαλείο"	75
3.2 Οι περιοχές έρευνας	76
3.3 Το μέγεθος του δείγματος.....	78
3.4 Στατιστική ανάλυση	80

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	83
4.1 Δημογραφικά, κοινωνικο-οικονομικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των ατόμων του δείγματος.....	83
4.1.1 Συμπεράσματα.....	87

4.2	Κατανάλωση υπηρεσιών υγείας	88
4.2.1	Επισκέψεις στον παθολόγο - οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ.....	88
4.2.2	Επισκέψεις σε γιατρούς ειδικοτήτων του ΙΚΑ.....	91
4.2.3	Κατ' οίκον επισκέψεις παθολόγου γιατρού και επισκέψεις σε ιδιώτες.....	94
4.2.4	Συμπεράσματα.....	99
4.3	Η συνέχεια στη φροντίδα και το δικαίωμα επιλογής γιατρού.....	100
4.3.1	Χρόνος παραμονής στον ίδιο παθολόγο - οικογενειακό γιατρό.....	100
4.3.2	Η συχνότητα αλλαγής παθολόγου - οικογενειακού γιατρού.....	102
4.3.3	Οι παραπομπές σε γιατρούς ειδικοτήτων.....	104
4.3.4	Η συνέχεια στη φροντίδα για τα μέλη του νοικοκυριού των ατόμων του δείγματος	106
4.3.5	Το δικαίωμα επιλογής γιατρού	107
4.3.6	Συμπεράσματα.....	107
4.4	Η προσπελασιμότητα των υπηρεσιών.....	108
4.4.1	Τρόπος μετάβασης των ασθενών στους παθολόγους - οικογενειακούς γιατρούς.....	108
4.4.2	Χρόνος μετάβασης και αναμονής στα ιατρεία.....	109
4.4.3	Ωρες εργασίας των παθολόγων - οικογενειακών γιατρών	111
4.4.4	Συμπεράσματα.....	112
4.5	Η ποιότητα των υπηρεσιών και η ικανοποίηση του ασθενή.....	114
4.5.1	Η εξέταση στην επίσκεψη	114
4.5.2	Τα χαρακτηριστικά της επίσκεψης.....	114
4.5.3	Η ικανοποίηση του ασθενή - καταναλωτή.....	116
4.5.4	Συμπεράσματα.....	121
4.6	Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης	122

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ - ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΗΣ ΠΑΛΛΙΟΤΕΡΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ 127

5.1	Το προφίλ του χρήστη των υπηρεσιών υγείας του ΙΚΑ.....	127
5.2	Η Κατανάλωση Υπηρεσιών Παροχής Φροντίδας Υγείας.....	129
5.2.1	Η κατανάλωση υπηρεσιών οικογενειακής ιατρικής στο ΙΚΑ	130
5.2.2	Επισκέψεις ασφαλισμένων στους ειδικούς γιατρούς του ΙΚΑ	130
5.2.3	Κατ'οίκον επισκέψεις παθολόγου-οικογενειακού γιατρού.....	131

5.2.4	Επισκέψεις ασφαλισμένων σε ιδιώτες γιατρούς	132
5.3	Η Συνέχεια στη Φροντίδα Υγείας & Η Ελευθερία Επιλογής Γιατρού	134
5.3.1	Χρόνος παραμονής στον ίδιο παθολόγο-οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ - Συχνότητα αλλαγής παθολόγου - οικογενειακού γιατρού	135
5.3.2	Οι παραπομπές από τον παθολόγο - οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ σε γιατρούς ειδικοτήτων	137
5.3.3	Τρόπος επιλογής παθολόγου - οικογενειακού γιατρού στο ΙΚΑ	137
5.4	Η Προσπελασιμότητα των Παθολόγων - Οικογενειακών Γιατρών του ΙΚΑ.....	138
5.4.1	Η πρόσβαση και αναμονή των ασθενών στα ιατρεία των παθολόγων - οικογενειακών γιατρών του ΙΚΑ.....	139
5.4.2	Απόψεις ασφαλισμένων για το ωράριο εργασίας των παθολόγων - οικογενειακών γιατρών του ΙΚΑ.....	140
5.4.3	Σύστημα τηλεφωνικού ραντεβού στο ΙΚΑ	141
5.5	Η Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας του ΙΚΑ & η Ικανοποίηση του Χρήστη - Καταναλωτή.....	142
5.5.1	Βαθμός ικανοποίησης ασφαλισμένων από τις υπηρεσίες υγείας του ΙΚΑ.....	143
5.5.2	Βαθμός ικανοποίησης από τον παθολόγο - οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ.....	144
5.5.3	Μοντέλο προτίμησης ασφαλισμένων.....	146

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	148
--------------------------------------	------------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	154
--------------------------	------------

Ξενόγλωσση.....	154
-----------------	-----

Ελληνόγλωσση.....	160
-------------------	-----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	171
------------------------	------------

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή:

Ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας του θεσμού του γενικού - οικογενειακού γιατρού σε ένα σύστημα υγείας συνιστά κεφαλαιώδους σημασίας θέμα, καθώς επηρεάζει τόσο την αποτελεσματικότητα του συστήματος, όσο και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Σκοπός:

Με την παρούσα διατριβή επιχειρείται η συγκριτική διερεύνηση και η διαχρονική αξιολόγηση δύο διαφορετικών μοντέλων οργάνωσης της γενικής - οικογενειακής ιατρικής στην πρωτοβάθμια περίθαλψη του ΙΚΑ. Στο πρώτο, οι παθολόγοι δέχονται ασθενείς εντός των πολυιατρείων, μαζί με τις άλλες ειδικότητες, ενώ στο δεύτερο εργάζονται στα ιδιωτικά τους ιατρεία με λίστα ασφαλισμένων.

Μεθοδολογία:

Η έρευνα διεξήχθη σε οκτώ πολυιατρεία του ΙΚΑ στην ευρύτερη περιοχή των Αθηνών. Οι πληροφορίες συλλέχθηκαν με τη μέθοδο του ερωτηματολογίου από ένα τυχαίο δείγμα ασθενών - χρηστών των υπηρεσιών υγείας του ΙΚΑ. Συμπληρώθηκαν με προσωπικές συνεντεύξεις 490 ερωτηματολόγια το χρονικό διάστημα από 16/01/2012 - 09/03/2012.

Αποτελέσματα:

- Το μοντέλο με τους παθολόγους στα ιδιωτικά τους ιατρεία παράγει περισσότερες κατά κεφαλήν επισκέψεις σε γιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και ειδικότερα σε γιατρούς ειδικοτήτων συγκριτικά με το μοντέλο όπου οι παθολόγοι εργάζονται στα πολυιατρεία
- Το μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων εξασφαλίζει πιο εύκολη και γρήγορη πρόσβαση στα ιατρεία των παθολόγων - οικογενειακών γιατρών, όμως ο χρόνος αναμονής στα ιατρεία είναι σημαντικά μεγαλύτερος σε σχέση πάντα με το άλλο μοντέλο
- Τα πολυιατρεία παρέχουν μεγαλύτερη ελευθερία επιλογής γιατρού από τον ασθενή
- Κανένα από τα δύο οργανωτικά σχήματα δεν διασφαλίζει σε ικανοποιητικό βαθμό τη βασική αρχή της συνέχειας στη φροντίδα
- Το μοντέλο των πολυιατρείων υπερέχει του άλλου μοντέλου σε ότι αφορά την ικανοποίηση του ασθενή από τον παθολόγο - οικογενειακό του γιατρό

Συμπεράσματα:

Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη του ΙΚΑ παρουσιάζει στοιχεία υπερβάλλουσας ζήτησης και κατανάλωσης. Ο κύριος όγκος των επισκέψεων παρατηρείται στους ειδικούς γιατρούς, ενώ ο ρόλος του παθολόγου - οικογενειακού γιατρού φαίνεται ιδιαίτερα περιορισμένος και στα δύο υπό εξέταση μοντέλα. Σε σχέση με την πρώτη αντίστοιχη μελέτη (Θεοδώρου, 1992) σημειώνεται σε γενικές γραμμές αύξηση στα ποσοστά των ασφαλισμένων που στρέφονται στον ιδιωτικό εξωνοσοκομειακό τομέα, μείωση της προσπελασιμότητας και διαθεσιμότητας των παθολόγων που εργάζονται στα ιδιωτικά τους ιατρεία και κατ' επέκταση σταδιακή υποβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών οικογενειακής ιατρικής στο ΙΚΑ.

ABSTRACT

Background:

The way that the institution of the general practitioner – family doctor is organized and operated in a health system is a crucial matter, as it affects both the efficacy of the system and the quality of the services that are offered.

Purpose:

The purpose of the current study is the comparative investigation and the longitudinal assessment of two organization models of general practice – family medicine in primary care provided by the Social Insurance Institute (IKA). In the first model, the internal physicians accept patients in IKA Polyclinics, along with the other specialties, while in the second they work in a private practice with a list of insured patients.

Methodology:

The survey was conducted in eight IKA Polyclinics in the wider region of Athens. The information was collected with the use of a questionnaire by a random sample of patients who receive IKA health services. 490 questionnaires were completed through personal interviews during the time period 16/01/2012 - 09/03/2012.

Results:

- The model with the internal physicians in their private practice produces more visits to primary care physicians per capita and in particular to specialties, in comparison with the model where physicians work in Polyclinics
- The model of private practices ensures easier and faster access in the practices of the internal physicians - family doctors, but the waiting time in the practices is significantly longer compared to the other model
- The right of patients to choose their physician is better secured in the model of Polyclinics
- Neither organizational scheme ensures the basic principle of continuity in care in a satisfactory level.
- The model of clinics is superior to the other model as far as the patient's satisfaction from the internal physician – family doctor is concerned.

Conclusions:

The outpatient care provided by the Social Insurance Institute presents characters of overwhelming demand and consumption. The main bulk of visits is observed in specialized physicians, while the role of the internal physician – family doctor seems significantly restricted in both models examined. In relation to the first similar survey (Theodorou, 1992), increase in the rates of insured patients turning to the private outpatient sector, decrease of access and availability of internal physicians working in their private practices, and consequently, gradual degradation of the quality of IKA family medicine services, are generally noted.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη αποτελεί την πιο παλαιά μορφή ιατρικής φροντίδας. Ως εξωνοσοκομειακός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας υφίστατο πολύ πριν τη δημιουργία των πρώτων νοσοκομείων, ωστόσο η ιατροκεντρική αντίληψη για την υγεία και η κυριαρχία της νοσοκομειακής ιατρικής το μεγαλύτερο μέρος του 20ου αιώνα, μείωσαν το ενδιαφέρον και περιόρισαν το ρόλο της στην οργάνωση και λειτουργία των συστημάτων υγείας των προηγμένων κυρίως χωρών (Τούντας, 2008).

Η είσοδος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) στη σύγχρονη προβληματική για τα υγειονομικά συστήματα τοποθετείται στο δεύτερο μισό της δεκαετίας του '70. Οι αλλαγές στο αιτιολογικό, οικονομικό και επιδημιολογικό προφίλ των ασθενειών, η συνεχής αύξηση των δαπανών για την υγεία και τη νοσοκομειακή περίθαλψη χωρίς αντίστοιχη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, η αδυναμία ανακοπής των διευρυνόμενων υγειονομικών ανισοτήτων και η εξέλιξη του ιατρικού σώματος, λόγω της υπερεξειδίκευσης, σε μία πανίσχυρη και ανεξέλεγκτη επαγγελματική ομάδα με αρνητικές επιπτώσεις τόσο στο κύρος της, όσο και στις σχέσεις της με τον ασθενή, δημιούργησαν τον πυρήνα αυτού που χαρακτηρίστηκε ως "κρίση των συστημάτων υγείας" ή "υγειονομική κρίση" (Ζηλίδης, 1995 · Δικαίος, Χλέτσος, 1999 · Θεοδώρου, Σαρρής & συν., 2001).

Παράλληλα, η υιοθέτηση από τη διεθνή κοινότητα μίας ολιστικής αντίληψης για την υγεία, που βασίστηκε στην αρχή ότι αυτή καθορίζεται όχι μόνο από το βιολογικό υπόστρωμα αλλά κυρίως από το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, ενίσχυσε την ανάγκη διαμόρφωσης ενός νέου πλαισίου παροχής υπηρεσιών υγείας σύμφωνου με τις ανάγκες των καιρών και τις προκλήσεις του μέλλοντος (Θεοδώρου, Σαρρής & συν., 2001 · Μωραΐτης, 2002).

Οι παραπάνω σκέψεις και διαπιστώσεις κυριάρχησαν στο συνέδριο που έγινε το Σεπτέμβριο του 1978 στην Alma-Ata της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, υπό την αιγίδα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και της UNICEF και εκφράστηκαν μέσα από τη διακήρυξη για τον αναπροσανατολισμό των στόχων του υγειονομικού τομέα και τη στροφή προς την ΠΦΥ ως διακριτή και σημαντική στρατηγική για την προστασία και βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Η ανάδειξη της σημασίας της πρόληψης και της αγωγής υγείας σε συνδυασμό με την ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας αλλά και του ίδιου του ατόμου για την αντιμετώπιση της αρρώστιας και τη διατήρηση ή βελτίωση της υγείας του, μέσα από συντονισμένη διατομεακή δράση, αποτέλεσαν τα επόμενα χρόνια πυξίδα για τον

επαναπροσδιορισμό του κέντρου ευθύνης των συστημάτων υγείας πολλών χωρών και την επίτευξη της παγκόσμιας στρατηγικής "Υγεία για Όλους" (Μωραΐτης, Γεωργούση & συν., 1995 · Συμεωνίδης, 2000 · Θεοδώρου, Σαρρής & συν., 2001).

Ο στόχος αυτός διαφοροποιήθηκε μερικώς το 1996 στη Λιουμπλιάνα της Σλοβενίας, όπου διαμορφώθηκε η Χάρτα της Γενικής-Οικογενειακής Ιατρικής. Σκοπός της Χάρτας ήταν η ανάδειξη και προώθηση του κεντρικού ρόλου της γενικής-οικογενειακής ιατρικής στη χάραξη πολιτικών υγείας. Ο γενικός-οικογενειακός γιατρός, ως γιατρός ολιστικής κατεύθυνσης, αποτελεί το συνδετικό ιστό και συντονιστή της ομάδας επαγγελματιών υγείας στην ΠΦΥ, διαχειρίζεται τη ροή των ασθενών στο εσωτερικό του συστήματος, εξασφαλίζει προσιτές και αποδεκτές υπηρεσίες υγείας, δίκαιη κατανομή των πόρων, ολοκληρωμένη και συντονισμένη φροντίδα και συμβάλει στον έλεγχο του κόστους και τον ορθολογικό σχεδιασμό των νοσοκομειακών δομών (Hubrick, 1992 · Κυριόπουλος, 1996).

Τα περισσότερα δυτικοευρωπαϊκά υγειονομικά συστήματα στηρίζονται στο θεσμό του οικογενειακού γιατρού, ο οποίος συχνά διαμορφώνει το ενδεδειγμένο προφίλ περίθαλψης που θα ακολουθήσει ο ασθενής, με κριτήρια κόστους και ποιότητας και "προστατεύει" το σύστημα από άσκοπες, ακριβές και εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας. Σε αρκετές περιπτώσεις αποτελεί το σύμβουλο της οικογένειας, αφού στη διαδικασία παροχής ιατρικών υπηρεσιών αναπτύσσονται σχέσεις αμοιβαίας εμπιστοσύνης, ενώ αξιοσημείωτη είναι η αύξηση του αριθμού των ομάδων γενικών γιατρών στην Ευρώπη, καθώς υποστηρίζεται ότι έτσι βελτιώνεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και αναπτύσσεται η γνώση. Επίσης, σε όλες σχεδόν τις αναπτυγμένες χώρες το επιστημονικό ενδιαφέρον εστιάζεται στην εκπαίδευση των γενικών γιατρών με έμφαση στην ενσωμάτωση νέων εκπαιδευτικών αντικειμένων και προγραμμάτων (Μπένος, 1993 · Νιάκας, 1995 · Τούντας, 2010).

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή αφορά στην αξιολόγηση δύο εναλλακτικών μορφών παροχής οικογενειακής ιατρικής στο ΙΚΑ (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων) που συνιστά το μεγαλύτερο ασφαλιστικό φορέα της χώρας και στη διαχρονική σύγκριση των ευρημάτων με αντίστοιχα παλαιότερης μελέτης (Θεοδώρου, 1992). Σκοπός της διατριβής είναι να αναδειχθούν οι τάσεις βελτίωσης ή επιδείνωσης που σημειώθηκαν στην πορεία του χρόνου στον τρόπο οργάνωσης και διανομής υπηρεσιών υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη του ΙΚΑ και ιδιαίτερα στην παροχή οικογενειακής ιατρικής, τη χρήση και την προσπελασιμότητα των υπηρεσιών, την ελευθερία επιλογής του ασθενή, τη συνέχεια στη φροντίδα, την ποιότητα και τελικά την αποτελεσματικότητα του συστήματος και την ικανοποίηση του χρήστη-καταναλωτή.

Αν και πολλές έρευνες μέχρι σήμερα έχουν ασχοληθεί με την κατανάλωση υπηρεσιών οικογενειακής ιατρικής και την ικανοποίηση του χρήστη, περιορισμένες είναι εκείνες που αφορούν στη σύγκριση δύο εναλλακτικών οργανωτικών σχημάτων μίας συγκεκριμένης υπηρεσίας, έτσι όπως αυτή παράγεται και καταναλώνεται σε ένα ευρύτερο σύστημα υγείας. Στο πλαίσιο των διαρθρωτικών αλλαγών που επιχειρούνται το τελευταίο διάστημα στην οργάνωση του υγειονομικού συστήματος στη χώρα μας και των οικονομικών πιέσεων που αυτή αντιμετωπίζει για την κάλυψη των αναγκών υγείας των πολιτών, η έρευνα των υπηρεσιών υγείας για την πρωτοβάθμια φροντίδα και τη γενική-οικογενειακή ιατρική έχει ιδιαίτερη σπουδαιότητα για την ανάδυση δεδομένων, τεχνικών και μεθόδων χρήσιμων στη διαμόρφωση εθνικής πολιτικής υγείας.

Για τη συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος του ερωτηματολογίου που απευθύνεται στους χρήστες-δικαιούχους των υπηρεσιών υγείας του ΙΚΑ, μέσω ατομικής συνέντευξης. Η προσωπική εκτίμηση του χρήστη-ασθενή, ως τελικού αποδέκτη όλων των παραγόμενων υπηρεσιών υγείας, είναι καθοριστική για το χαρακτηρισμό της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας (Παπανικολάου, Σιγάλας, 1995). Τις περιοχές έρευνας αποτέλεσαν οκτώ πολυιατρεία του ΙΚΑ στην ευρύτερη περιοχή των Αθηνών.

Το γενικό μέρος της εργασίας περιλαμβάνει δύο κεφάλαια. Το πρώτο αναφέρεται στο περιεχόμενο της ΠΦΥ, τις βασικές αρχές και προϋποθέσεις για την ανάπτυξή της, τους τρόπους παροχής της και παρουσιάζονται ερευνητικά δεδομένα και παρατηρήσεις από τη διεθνή εμπειρία. Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφεται η εξέλιξη της ΠΦΥ στην Ελλάδα και τα προβλήματα που σήμερα αντιμετωπίζει, καθώς και ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας της γενικής-οικογενειακής ιατρικής με έμφαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη του ΙΚΑ. Στη συνέχεια, το ειδικό μέρος περιλαμβάνει τέσσερα κεφάλαια που αφορούν κατά σειρά, τη μεθοδολογία της έρευνας, τα αποτελέσματα που προέκυψαν, το σχολιασμό αυτών και τη συσχέτισή τους με αντίστοιχα παλαιότερα ευρήματα, την εξαγωγή συμπερασμάτων και τη διατύπωση προτάσεων για το σχεδιασμό της γενικής-οικογενειακής ιατρικής στη χώρα μας.

I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ - Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

1.1 Το περιεχόμενο και ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην παροχή υπηρεσιών και τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού

Στο πλαίσιο της ολιστικής αντίληψης για την υγεία, η πρωτοβάθμια φροντίδα περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών και συγκεκριμένα (Κυριόπουλος, Λιονής & συν., 2007):

- α) Αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας με το εθνικό σύστημα υγείας και ουσιαστικά συνιστά βασική προϋπόθεση για συνεχιζόμενη φροντίδα στην υγεία
- β) Απευθύνεται στα κύρια προβλήματα υγείας του πληθυσμού και εξασφαλίζει αντίστοιχα υπηρεσίες πρόληψης, προαγωγής, θεραπείας και αποκατάστασης, βασιζόμενη σε επιστημονικά τεκμηριωμένες, κοινωνικά αποδεκτές, πρακτικά εφαρμόσιμες και οικονομικά προσιτές μεθόδους και τεχνολογίες
- γ) Περιλαμβάνει κυρίως:
 - Ενημέρωση γύρω από τα φλέγοντα θέματα υγείας και τις μεθόδους πρόληψης και ελέγχου τους
 - Εξασφάλιση σωστής διατροφής, επαρκούς και υγιεινής ύδρευσης και βασικών εγκαταστάσεων υγιεινής
 - Υγειονομική περίθαλψη μητέρας και παιδιού, συμπεριλαμβανομένου του οικογενειακού προγραμματισμού
 - Προγράμματα εμβολιασμών για τα σοβαρότερα λοιμώδη νοσήματα
 - Πρόληψη και καταπολέμηση τοπικών ενδημικών νόσων
 - Θεραπεία κοινών νοσημάτων και τραυματισμών σε συνδυασμό με την παροχή κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής
- δ) Συνιστά αναπόσπαστο μέρος του συστήματος κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης και επεκτείνεται, πέρα από την υγεία και σε άλλους τομείς όπως τη γεωργία, την κτηνοτροφία, την παραγωγή τροφίμων, τη βιομηχανία, τη στέγαση, την εκπαίδευση, τα δημόσια έργα, τις τηλεπικοινωνίες κ.ά. Ως εκ τούτου απαιτούνται συντονισμένες ενέργειες από όλους αυτούς τους τομείς για την επιτυχή ανάπτυξη και λειτουργία της.
- ε) Τέλος, η ΠΦΥ προάγει τη συμμετοχή των ατόμων στο σχεδιασμό, την οργάνωση, τη

λειτουργία και τον έλεγχο των υπηρεσιών υγείας αξιοποιώντας όλους τους διαθέσιμους τοπικούς, εθνικούς ή άλλους πόρους. Προς αυτή την κατεύθυνση ενισχύει την ικανότητα της κοινότητας να συμμετέχει με κατάλληλη εκπαίδευση.

Η φιλοσοφία της ΠΦΥ στηρίζεται στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και της ισότητας, προσανατολίζεται στην κοινότητα και τις ανάγκες κάθε τοπικού πληθυσμού, διαπνέεται από μία ουμανιστική αντίληψη για την υγεία και την ασθένεια και έρχεται να καλύψει ένα κενό που μεγάλωνε διαρκώς τα τελευταία χρόνια με την αύξηση του ρόλου και του ειδικού βάρους της σύγχρονης νοσοκομειακής-θεραπευτικής ιατρικής (Σολωμός, 1996· WHO, 1982). Οι προληπτικές δραστηριότητες μέσα από την ΠΦΥ στοχεύουν αφενός στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και κατ' επέκταση τη μείωση της νοσηρότητας και αφετέρου στην αύξηση του επιπέδου συνειδητότητας του πληθυσμού, την ετοιμότητα και αποφασιστικότητα για αλλαγή της συμπεριφοράς και την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής (Τούντας, 2002 · WHO, 1981 · Ζηλίδης, Φιλαλήθης, 1992).

Σύμφωνα με μελέτη του Π.Ο.Υ., η ύπαρξη ισχυρού και αποτελεσματικού τομέα ΠΦΥ συνδέεται με βελτίωση της υγείας των πολιτών, μείωση της περιγεννητικής θνησιμότητας και της θνησιμότητας από άλλες αιτίες (π.χ. ατυχήματα) (Atun, 2004). Επιπλέον, έρευνα του ΟΟΣΑ σε 18 αναπτυσσόμενες χώρες και σε βάθος τριών δεκαετιών έδειξε ότι η ανάπτυξη της ΠΦΥ σχετίζεται με βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, όπως αυτή αποτυπώνεται σε μία σειρά δεικτών (γενική θνησιμότητα από όλες τις αιτίες, γενική πρόωγη θνησιμότητα, ειδική με τη νόσο θνητότητα π.χ. αναπνευστικά, καρδιαγγειακά νοσήματα) (Macinko, Starfield, et al, 2003). Η σχέση αυτή είναι σημαντική για τον έλεγχο καθοριστικών παραγόντων για την υγεία, τόσο σε μακροεπίπεδο (ποσοστό ηλικιωμένων, ποσοστό ιατρών ανά 1000 κατοίκους, ΑΕΠ κατά κεφαλή), όσο και σε μικροεπίπεδο (Μ.Ο. εξωνοσοκομειακών επισκέψεων, κατά κεφαλήν εισόδημα, κατανάλωση καπνού και αλκοόλ) (Αδαμακίδου, Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008). Επίσης υποστηρίζεται ότι αυξημένη διαθεσιμότητα υπηρεσιών ΠΦΥ συνδέεται με μικρότερο κόστος και υψηλότερη ικανοποίηση για τους χρήστες (Starfield, 1992). Αξίζει βέβαια να σημειωθεί ότι η επέκταση της ΠΦΥ δεν συνεπάγεται αυτόματα μείωση των δαπανών για την υγεία, καθώς συχνά ανακλύπουν κρυφές ανεκδήλωτες ανάγκες, ενώ παράλληλα αυξάνεται η δυνατότητα πρόσβασης και χρησιμοποίησης των υπηρεσιών (Atun, 2004). Ωστόσο, είναι ευρέως αποδεκτό ότι η απουσία ενός ολοκληρωμένου συστήματος ΠΦΥ οδηγεί σε άσκοπες νοσοκομειακές εισαγωγές, παράταση των ημερών νοσηλείας και κατάχρηση εξειδικευμένων και δαπανηρών υπηρεσιών υγείας (WHO, 1995 · Λιονής, Μερκούρης, 2000).

1.2 Βασικές αρχές και προϋποθέσεις για την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Παρά τις έντονες διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται μεταξύ των υγειονομικών συστημάτων, η ΠΦΥ βασίζεται σε 5 θεμελιώδεις αρχές, οι οποίες συνιστούν τους βασικούς άξονες ανάπτυξής της. Συγκεκριμένα θα πρέπει να είναι (Τούντας, 2008 · Souliotis, Lionis, 2005):

- *Προσβάσιμη* (accessible), δηλαδή να μην υπάρχουν φραγμοί (κοινωνικοί, οικονομικοί, γεωγραφικοί, πολιτισμικοί) στη χρήση των υπηρεσιών της
- *Συνεχής* (continuous), να μην παρέχεται αποσπασματικά, αλλά να υπάρχει συνέχεια και συνέπεια στην παρακολούθηση, περίθαλψη και φροντίδα
- *Διαθέσιμη* (available), να υπάρχει η δυνατότητα παροχής υπηρεσιών όλο το 24ωρο και για 365 ημέρες το χρόνο
- *Αποδεκτή* (acceptable), να συνάδει με τα ήθη και τα έθιμα καθώς επίσης και με τις προσδοκίες των χρηστών, να σέβεται την αυτονομία και την αξιοπρέπειά τους στα πλαίσια των κανόνων της βιοηθικής και της ιατρικής δεοντολογίας
- *Ολική* (comprehensive), να λαμβάνει υπόψη τόσο τη σωματική, όσο και την ψυχική και κοινωνική διάσταση της υγείας, παρέχοντας ένα ολοκληρωμένο φάσμα υπηρεσιών

Οι προσπάθειες για την επίτευξη των παραπάνω αρχών και την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος ΠΦΥ, προϋποθέτουν (WHO, 1978):

- Την αναγνώριση από όλους τους φορείς (κοινωνικούς, πολιτικούς) της ανάγκης για ουσιαστική μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας
- Την αναγνώριση ότι η ΠΦΥ αποτελεί αναπόσπαστο χαρακτηριστικό του υγειονομικού συστήματος, με την έννοια ενός ολοκληρωμένου, συνεχούς και διακεκριμένου μέρους των υγειονομικών υπηρεσιών και όχι ενός πρόσθετου τμήματος (Bash, 1990)
- Την προώθηση των απαραίτητων νομοθετικών και διοικητικών μεταρρυθμίσεων
- Την ορθολογική κατανομή των διαθέσιμων πόρων σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού
- Τη δημιουργία υποστηρικτικών μηχανισμών και συστημάτων γύρω από τις δομές της ΠΦΥ, επιδιώκοντας τη συνεργασία όλων των φορέων (τοπικών, περιφερειακών και

εθνικών)

- Τη δημιουργία μηχανισμών που θα εξασφαλίζουν την απαραίτητη διατομεακή συνεργασία και την υποστήριξη της ΠΦΥ από το δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο
- Την παροχή συνεχούς εκπαίδευσης και την εξασφάλιση συνεργασίας μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων στην ΠΦΥ (επαγγελματίες υγείας, διοικητικό προσωπικό, τοπικοί φορείς)

1.3 Μορφές οργάνωσης της παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονιστεί η διαφορά μεταξύ ΠΦΥ και πρωτοβάθμιας περίθαλψης, καθώς έχει διαπιστωθεί μία σοβαρή εννοιολογική σύγχυση, σε διεθνή κλίμακα, σχετικά με το ουσιαστικό περιεχόμενο της ΠΦΥ. Τη σύγχυση αυτή έχουν επιτείνει οι αλλαγές που έχει επιφέρει η πρόοδος της ιατρικής και ιδιαίτερα της σύγχρονης βιοϊατρικής τεχνολογίας στον τρόπο παροχής των φροντίδων, με αποτέλεσμα συχνά να παρατηρείται ταύτιση των όρων. Επιπλέον, πολλοί θεωρούν ότι η ΠΦΥ αφορά στην παροχή υπηρεσιών στις φτωχές αγροτικές περιοχές ή τις αναπτυσσόμενες χώρες. Πολλές από αυτές τις εντυπώσεις δεν είναι απλά παρανοήσεις ή διαφορές εννοιολογικού χαρακτήρα, αλλά υποκρύπτουν σοβαρές διαφορές ιδεολογικού και πολιτικού προσανατολισμού, οι οποίες καθορίζουν ανάλογα τις πολιτικές πρωτοβάθμιας φροντίδας για την υγεία (Κυριόπουλος, 1996 · Μωραΐτης, 2009).

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη αναφέρεται στις υπηρεσίες εκείνες που παρέχονται σε άτομα τα οποία έχουν εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά συμπτώματα μίας νόσου και δεν είναι απαραίτητο να νοσηλευθούν σε νοσοκομείο προκειμένου να αντιμετωπιστεί το πρόβλημά τους. Αποτελεί ουσιαστικά το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με τις επίσημες υπηρεσίες υγείας. Η ΠΦΥ εκφράζει μία ευρύτερη έννοια, αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται και σε υγιή άτομα, είτε στο σύνολο του πληθυσμού, είτε στο επίπεδο της κοινότητας, υπερβαίνει δηλαδή το συμβατικό πλαίσιο παροχής κλινικής και φαρμακευτικής θεραπείας και περιλαμβάνει δραστηριότητες που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία, το περιβάλλον και τη διατροφή (Θεοδώρου, Σαρρής & συν., 2001 · Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Σουρτζή, 2005). Η διαφορά αυτή είναι εύκολα αντιληπτή σε θεωρητικό επίπεδο, ωστόσο στην πράξη η ΠΦΥ και η πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι δυνατό να συνυπάρξουν. "Η έννοια της φροντίδας εμπεριέχει την έννοια της περίθαλψης χωρίς να ταυτίζεται με αυτήν"

(Λιαρόπουλος, 1989).

Οι υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονται κυρίως από γιατρούς γενικής ιατρικής (οικογενειακούς), από γιατρούς άλλων ειδικοτήτων και από άλλους επαγγελματίες υγείας. Οι γιατροί προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στα ιδιωτικά τους ιατρεία, σε κέντρα υγείας, σε ενισχυμένα κρατικά ιατρεία (αγροτικές περιοχές), πολυϊατρεία και πολυκλινικές, καθώς επίσης και στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων (Θεοδώρου, Σαρρής & συν., 2001).

1.3.1 Γενικός - Οικογενειακός γιατρός

Αποτελεί την παλαιότερη και συνηθέστερη μορφή παροχής υπηρεσιών υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο. Ως οικογενειακοί γιατροί μπορούν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους γιατροί άνευ ειδικότητας, γενικοί γιατροί, παθολόγοι, παιδίατροι, γυναικολόγοι κ.ά. Ωστόσο, εδώ και αρκετά χρόνια στα περισσότερα προηγμένα υγειονομικά συστήματα, το θεσμό του οικογενειακού γιατρού υπηρετούν γιατροί με την ειδικότητα της γενικής ιατρικής, καθώς κυριαρχεί η αντίληψη ότι η ανάθεση του ρόλου αυτού σε γιατρούς άλλων ειδικοτήτων οδηγεί σε ανορθολογική χρησιμοποίηση των πόρων (Λιαρόπουλος, 2007 · Μωραΐτης, Γεωργούση & συν., 1995). Η διεθνής εμπειρία υποδεικνύει ότι κάθε γενικός-οικογενειακός γιατρός αναλαμβάνει τη φροντίδα 1800-2000 ατόμων με εξαίρεση περιπτώσεις αραιοκατοικημένων ημιαστικών και αγροτικών περιοχών, όπου ο καλυπτόμενος πληθυσμός μπορεί να είναι μικρότερος (Κυριόπουλος, Λιονής & συν., 2000).

1.3.1.1 Ιστορική εξέλιξη και περιεχόμενο της γενικής - οικογενειακής ιατρικής

Η έννοια του οικογενειακού γιατρού εντοπίζεται στα χρόνια της Αθηναϊκής Δημοκρατίας, στα τέλη του 6ου π.χ. αιώνα, όπου και οργανώθηκε το πρώτο δημόσιο σύστημα εξωνοσοκομειακής φροντίδας και καθιερώθηκε ο θεσμός του "δημοσιεύοντος γιατρού". Οι γιατροί αυτοί προσλαμβάνονταν από την εκκλησία του Δήμου, με πάγια αντιμισθία, προκειμένου να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στους πολίτες δωρεάν, σε δημόσια ιατρεία ή κατ' οίκον, ενώ οι ίδιοι δεν είχαν το δικαίωμα άσκησης ιδιωτικού έργου. Ο θεσμός αυτός διατηρήθηκε και την περίοδο της Βυζαντινής Αυτοκρατορίας από τους "αρχιάτρους πόλεων" ή "περιοδευτές γιατρούς", όπως αποκαλούνταν τότε οι γιατροί που προσέφεραν δωρεάν περίθαλψη και διδασκαλία στους πολίτες (Μωραΐτης, Γεωργούση & συν., 1995).

Ο θεσμός του γενικού-οικογενειακού γιατρού στη σημερινή του μορφή παρουσιάστηκε αρχικά στη Μ. Βρετανία, όπου και καθιερώθηκε ο όρος "general practitioner" στις αρχές του 20ου αιώνα και στη συνέχεια επεκτάθηκε με διάφορες παραλλαγές σε όλες σχεδόν τις

Ευρωπαϊκές χώρες και τον υπόλοιπο κόσμο (Ανδριώτη, Γεωργούση, & συν., 1996).

Στην Ευρώπη ένας ευρύτερα αποδεκτός ορισμός της γενικής-οικογενειακής ιατρικής είναι αυτός που διατυπώθηκε το 1987 από το Leeuwenhorst Group, σύμφωνα με τον οποίο "ο γενικός γιατρός είναι ο πτυχιούχος ιατρικής που έχει άδεια να παρέχει προσωπική, πρωτοβάθμια και συνεχή φροντίδα σε άτομα, οικογένειες και πληθυσμό ανεξάρτητα από ηλικία, φύλο και ασθένεια" (Λιονής, 2007). Πιο πρόσφατα επιχειρήθηκε ένας νέος ορισμός στα πλαίσια του οποίου (Olesen, Dickinson, et al, 2000):

- Ο γενικός γιατρός βρίσκεται στην πρώτη γραμμή του συστήματος υγείας και αντιμετωπίζει σε αρχικό στάδιο κάθε πρόβλημα υγείας του ασθενή
- Ο γενικός γιατρός φροντίζει τα άτομα σε μία κοινωνία, ανεξάρτητα από το είδος της ασθένειας, ή άλλα προσωπικά ή κοινωνικά χαρακτηριστικά και αξιοποιεί τους διαθέσιμους πόρους προς όφελός τους
- Ο γενικός γιατρός συνεργάζεται με αυτόνομα άτομα σε θέματα πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, φροντίδας και ανακούφισης χρησιμοποιώντας τις επιστήμες της Βιοϊατρικής, της Κοινωνικής Ψυχολογίας και Κοινωνικής Ιατρικής, έχοντας παράλληλα αποκτήσει γνώσεις και δεξιότητες από την επιδημιολογία, τη στατιστική, τη δημογραφία, την πληροφορική, την κοινωνιολογία, την οικονομία της υγείας

1.3.1.2 Πρότυπα οργάνωσης και λειτουργίας των γενικών - οικογενειακών γιατρών και ο ρόλος τους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Ο γενικός-οικογενειακός γιατρός στα πλαίσια της ΠΦΥ λειτουργεί είτε μόνος (solo practice, single-handed doctor), είτε σε ομάδες γιατρών (group practice). Στην πρώτη περίπτωση συμβάλλεται με τον αντίστοιχο ασφαλιστικό φορέα ή το σύστημα υγείας και εργάζεται μόνος στο ιδιωτικό του ιατρείο. Μπορεί να υποστηρίζεται από άλλο προσωπικό (νοσηλεύτρια, γραμματέα) με δική του όμως ευθύνη. Ο παραδοσιακός αυτός τρόπος άσκησης της οικογενειακής ιατρικής παρουσιάζει ορισμένες αδυναμίες. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι η "απομόνωση" του γιατρού από τους συναδέλφους του, αφενός δυσχεραίνει την πληροφόρησή του γύρω από τις τρέχουσες επιστημονικές εξελίξεις του κλάδου του και αφετέρου δεν προάγει τη σύγχρονη ολιστική αντίληψη για τον πολυπαραγοντικό και πολυδιάστατο χαρακτήρα της υγείας και της ασθένειας που προϋποθέτει τη συμμετοχή και συνεργασία όλων των επαγγελματιών υγείας (Χιωτάκης, 1994). Επίσης, η "ψευδαίσθηση" της επιστημονικής και επαγγελματικής κυριαρχίας μπορεί να οδηγήσει σε υπερεκτίμηση των δυνατοτήτων του με δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία του ασθενή (π.χ. καθυστέρηση

παραπομπής σε γιατρούς άλλων ειδικοτήτων κ.ά.). Τέλος, η αδυναμία αξιοποίησης σε ικανοποιητικό βαθμό σύγχρονων διαγνωστικών και θεραπευτικών μέσων και παροχής φροντίδας σε καθημερινή 24ωρη βάση όλο το χρόνο, λόγω επαγγελματικής εξουθένωσης, θα οδηγήσουν στη διάσπαση της συνέχειας της φροντίδας και την υποβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών οικογενειακής ιατρικής (Μωραΐτης, Γεωργούση & συν., 1995 · Θηραΐος, 2005).

Στη δεύτερη περίπτωση, οι γιατροί εργάζονται σε ομάδες, σε ενιαίο δημόσιο ή ιδιωτικό χώρο και υποστηρίζονται από άλλο προσωπικό (υγειονομικό, διοικητικό). Το πρότυπο αυτό αποτελεί διεθνώς την πλέον επιθυμητή μορφή άσκησης οικογενειακής ιατρικής, καθώς εξασφαλίζει καλύτερη κάλυψη των προβλημάτων υγείας των ατόμων (αλληλοσυμπλήρωση γνώσεων, ποικιλία γνωστικών αντικειμένων και δραστηριοτήτων), ευχερέστερη αντιμετώπιση εκτάκτων περιστατικών με την καθιέρωση "συστήματος εφημερίας", μείωση του κόστους λειτουργίας, ιδιαίτερα στην περίπτωση ιδιωτικού ιατρείου, δυνατότητα εξοπλισμού με σύγχρονα μηχανήματα βιοϊατρικής τεχνολογίας σε επίπεδο βασικής μονάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας. Βέβαια, αρκετοί υποστηρίζουν ότι η οργάνωση και παροχή υπηρεσιών σε πιο συγκεντρωτικές και κατ' επέκταση απρόσωπες δομές, αποδυναμώνουν την παραδοσιακή στενή σχέση του ασθενή με το γενικό-οικογενειακό του γιατρό (Μωραΐτης, Γεωργούση & συν., 1995 · Κυριόπουλος, Λιονής & συν., 2007).

Ανεξάρτητα όμως από το οργανωτικό και λειτουργικό πρότυπο οικογενειακής ιατρικής που υιοθετεί κάθε σύστημα υγείας, ο γενικός-οικογενειακός γιατρός σύμφωνα με τις σύγχρονες απαιτήσεις οφείλει να είναι (Μπέλος, Κυριόπουλος, & συν., 1995 · Κυριόπουλος, Λιονής & συν., 2000 · Θηραΐος, 2005):

Γενικός: Αντιμετωπίζει όλα τα είδη προβλημάτων υγείας και καλύπτει όλο το εύρος των πολιτών, ανεξάρτητα από φύλο, φυλή, ηλικία, κοινωνική τάξη, θρησκεία ή οποιοδήποτε άλλο χαρακτηριστικό του ενδιαφερόμενου ατόμου.

Προσβάσιμος: Παρέχει ανοικτή και απεριόριστη πρόσβαση στους χρήστες του με τη λιγότερη δυνατή καθυστέρηση.

Ολοκληρωμένος: Ασχολείται πέρα από τις κλασικές μεθόδους διάγνωσης και θεραπείας, με την αναζήτηση των αιτιών της ασθένειας, την πρόληψη και την αποκατάσταση. Διαχειρίζεται ταυτόχρονα και οξεία και χρόνια προβλήματα υγείας. Ιδιαίτερα σήμερα που τα χρόνια νοσήματα ευθύνονται για το 80% των επισκέψεων στην ΠΦΥ, ο γενικός-οικογενειακός γιατρός λόγω της θέσης του και της φύσης της σχέσης του με τον ασθενή φέρει το

μεγαλύτερο μερίδιο ευθύνης για την αποτελεσματική αντιμετώπιση ασθενών με χρόνια νοσήματα (Beaglehole, Ebrahim et al, 2007).

Συνεχόμενος: Είναι υπεύθυνος για την παροχή μακροχρόνιας συνέχειας στη φροντίδα, σύμφωνα πάντα με τις ανάγκες του ασθενή. Η τήρηση ιατρικού φακέλου (αρχείο) είναι η απόδειξη αυτής της σταθερότητας. Εξασφαλίζει επίσης την παροχή φροντίδας υγείας όλο το 24ωρο, συντονίζοντάς την όταν δεν είναι σε θέση να την παρέχει προσωπικά.

Πολύπλευρος: Ως ένας επιστήμονας με ευρύτατο φάσμα γνώσεων, λαμβάνει υπόψη τόσο τη φυσική, όσο και την ψυχική και κοινωνική διάσταση των προβλημάτων υγείας που καλείται να αντιμετωπίσει.

Προσωπικός - Εμπιστευτικός: Αναπτύσσει μία προσωποκεντρική και ολιστική προσέγγιση, επικεντρωμένη στο άτομο, τις πεποιθήσεις, τους φόβους, τις προσδοκίες και τις ανάγκες του. Ο θεσμός της γενικής-οικογενειακής ιατρικής βασίζεται κυρίως στη διαπροσωπική σχέση και αποτελεσματική επικοινωνία γιατρού-ασθενή. Η καλλιέργεια κλίματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας προϋποθέτει, εκτός των άλλων, την πλήρη εχεμύθεια του γιατρού όσον αφορά στα ευαίσθητα δεδομένα του ασθενή.

Προσανατολισμένος στην οικογένεια και την κοινότητα: Τα προβλήματα υγείας εξετάζονται όχι μόνο σε ατομικό επίπεδο, αλλά και σε συσχετισμό με το οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο του ασθενή. Ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να γνωρίζει τις ανάγκες υγείας της κοινότητας, της οποίας έχει την ευθύνη, και να συνεργάζεται με άλλους επαγγελματίες και παράγοντες (τοπικούς, περιφερειακούς, εθνικούς) για την αποτελεσματική αντιμετώπιση τοπικών προβλημάτων υγείας.

Συντονιστικός - Συμβουλευτικός - Συνήγορος: Είναι ο συντονιστής μίας πολυδύναμης και πολυεπιστημονικού χαρακτήρα "ομάδας υγείας", που απαρτίζεται από εκπροσώπους πολλών επαγγελμάτων υγείας και των κοινωνικών επιστημών και ταυτόχρονα λειτουργεί ως συνήγορος του ασθενή, όταν αυτό χρειασθεί. Δεν υποκαθιστά, ούτε "διοικεί" τους άλλους επαγγελματίες με τους οποίους συνεργάζεται, αλλά διαχειρίζεται την επικοινωνία μεταξύ τους εξασφαλίζοντας την αποδοτική χρήση (cost effectiveness) και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Επίσης, είναι και σύμβουλος σε προβλήματα υγείας του ατόμου και της οικογένειας. Μπορεί να παρακολουθεί την πορεία του ασθενή και να τον καθοδηγεί μέσα από τις πολυπλοκότητες του συστήματος υγείας (WHO, 1991 · Φιλαλήθης, 1996).

Η γενική-οικογενειακή ιατρική αντιμετωπίζει τις εκφρασμένες ανθρώπινες ανάγκες σε θέματα υγείας και περίθαλψης, επανατοποθετεί την ιατρική πράξη στα πλαίσια της

καθημερινής κοινωνικής ζωής και αποδίδει την προσωπική και κοινωνική της διάσταση (Κυριόπουλος, Λιονής & συν., 2000).

1.3.2 Κέντρο Υγείας

Το κέντρο υγείας εμφανίζεται στις αρχές του 20ου αιώνα και αποτελεί τη βασική μονάδα παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης, κυρίως στις αστικές και ημιαστικές περιοχές. Ανάλογα με τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας του, αλλά και τις ανάγκες υγείας που αποσκοπεί να καλύψει, είναι δυνατό να προσφέρει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, όπως και υπηρεσίες ΠΦΥ. Η έννοια του κέντρου υγείας διαφοροποιήθηκε τόσο μεταξύ των χωρών, όσο και διαχρονικά μέσα στην ίδια χώρα (Λιαρόπουλος, 2007 · Μωραΐτης, 2009).

1.3.2.1 Ιστορική Αναδρομή

Ο θεσμός του κέντρου υγείας ξεκίνησε στην Αγγλία το 1920, όταν ο Λόρδος Dawson χρησιμοποίησε αυτόν τον όρο προκειμένου να προσδιορίσει τις μονάδες που θα παρείχαν υπηρεσίες πρόληψης και πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Ωστόσο, το πρώτο κέντρο υγείας λειτούργησε στο Λονδίνο 15 χρόνια μετά, το 1935. Μετά την εφαρμογή του Αγγλικού Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) και ενώ προβλεπόταν η δημιουργία ολοκληρωμένου δικτύου κέντρων υγείας, όπου θα παρείχαν τις υπηρεσίες τους γιατροί γενικής ιατρικής, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό, ελάχιστα κέντρα λειτούργησαν στην πραγματικότητα και μόνο μετά τη δεκαετία του '60 άρχισαν να αναπτύσσονται περισσότερο, κυρίως ως χώροι συστέγασης των δραστηριοτήτων των γενικών γιατρών (group practice). Στη συνέχεια, οι δημόσιες αρχές σε κεντρικό και τοπικό επίπεδο, συνεργάστηκαν με τις ομάδες γενικών γιατρών και τα κέντρα υγείας εξαπλώθηκαν γρήγορα σε όλη τη Μ. Βρετανία (Θεοδώρου, Σαρρής & συν., 2001 · Μωραΐτης, 2009).

Στην Αμερική, μέχρι και τη δεκαετία του '60, υπήρχαν ελάχιστα κέντρα υγείας που λειτουργούσαν είτε σαν πανεπιστημιακά, είτε σαν δημοτικά κέντρα και στα οποία παρείχαν τις υπηρεσίες τους γιατροί διαφόρων ειδικοτήτων. Μετά τη δεκαετία του '70 αναπτύχθηκαν κυρίως στις φτωχογειτονιές των μεγαλουπόλεων, υπό τον έλεγχο της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και χρηματοδοτούμενα κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό, προκειμένου να βελτιώσουν το επίπεδο υγείας του φτωχού αστικού πληθυσμού. Στη συνέχεια, στα πλαίσια του ιδιωτικού τομέα, αναπτύχθηκαν ραγδαία οι Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας (Health Maintenance Organizations - HMOs), οι οποίοι έδωσαν μεγαλύτερη βαρύτητα σε υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της υγείας, επιδιώκοντας τη μείωση των δαπανών για θεραπεία και νοσηλεία (Θεοδώρου, Σαρρής & συν., 2001).

Η έννοια του ολοκληρωμένου κέντρου υγείας άρχισε να κυριαρχεί στις Σκανδιναβικές χώρες μετά τη Διακήρυξη της Alma - Ata. Ενώ τις δεκαετίες '50 και '60 η υγειονομική ανάπτυξη βασιζόταν κυρίως στο νοσοκομειακό τομέα, από τη δεκαετία του '70 το πρότυπο οργάνωσης και λειτουργίας των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης προέβλεπε τη λειτουργική διασύνδεση των κέντρων υγείας με τη δευτεροβάθμια περίθαλψη με αντίστοιχη αναδιανομή των πόρων (Θεοδώρου, Σαρρής & συν., 2001 · Μωραΐτης, 2009).

1.3.2.2 Σύγχρονα κέντρα υγείας

Το κέντρο υγείας σήμερα, ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες κάθε συστήματος υγείας και τους σκοπούς που καλείται να επιτελέσει, μπορεί να λειτουργήσει ως (Kohn, 1983 · Μωραΐτης, Κουρή-Ζαραφονίτη & συν., 1986):

- Ένας χώρος παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας από γιατρούς γενικής ιατρικής μόνο
- Ένας χώρος παροχής ιατρικών και ιατροκοινωνικών υπηρεσιών από γενικούς γιατρούς, γιατρούς άλλων ειδικοτήτων, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό, χωρίς συντονισμό και λειτουργική μεταξύ τους διασύνδεση
- Ένα ολοκληρωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, το οποίο διαθέτει υποσυστήματα διαφόρων δραστηριοτήτων με πλήρη συντονισμό και λειτουργική διασύνδεση μεταξύ τους

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., η τρίτη μορφή θεωρείται ως η πλέον αποδοτική και κατάλληλη για τη δημιουργία σύγχρονων συστημάτων ΠΦΥ, που θα προσανατολίζονται κυρίως στην προστασία και προαγωγή της υγείας. Υπό αυτό το πρίσμα τα κέντρα υγείας είναι δυνατό να προσφέρουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών και συγκεκριμένα (Ζηλίδης, 1995 · Λιονής, 2002):

Πρωτοβάθμια Ιατρική Περίθαλψη: Περιλαμβάνει διάγνωση και θεραπεία κοινών νοσημάτων, τραυματισμών καθώς και επαγγελματικών νοσημάτων, συμπεριλαμβανομένων και των εργαστηριακών εξετάσεων, κλινικο-εργαστηριακή παρακολούθηση χρόνιων ασθενών, πρώτες βοήθειες σε έκτακτες περιπτώσεις και διακομιδή ασθενών σε νοσοκομεία, βραχεία νοσηλεία για λόγους διαγνωστικούς (αποσαφήνιση κλινικής εικόνας, αναμονή εργαστηριακών εξετάσεων κ.ά) ή θεραπευτικούς (ανάληψη από μικροεπέμβαση, χημειοθεραπεία κ.ά), σύστημα παραπομπών σε ειδικές υπηρεσίες υγείας, αποθεραπεία και αποκατάσταση (φυσική και κοινωνική) ασθενών μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, οδοντιατρική περίθαλψη σε όλες τις ηλικίες, τήρηση ιατρικού φακέλου.

Υπηρεσίες Προληπτικής Ιατρικής: Στοχεύουν τόσο στην καταπολέμηση και εξάλειψη γνωστών

νοσογόνων αιτιολογικών παραγόντων (πρωτογενής πρόληψη), όσο και στην πρόωμη και έγκαιρη ανίχνευση της αρρώστιας που βασίζεται στον προσυμπτωματικό έλεγχο (δευτερογενής πρόληψη). Το κέντρο υγείας σε συνεργασία με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας και κοινωνικής ιατρικής μπορεί να εφαρμόσει προγράμματα προληπτικής ιατρικής που θα αφορούν στον πληθυσμό ευθύνης του και θα περιλαμβάνουν: εμβολιασμούς παιδιών και ενηλίκων, προσυμπτωματικό έλεγχο, παρακολούθηση εγκύων και προετοιμασία για τον τοκετό, παροχή συμβουλών σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού, πρόληψη και αντιμετώπιση τοπικών χρόνιων και ενδημικών νοσημάτων, προσχολική και σχολική υγιεινή, υγιεινή της εργασίας, δημόσια και περιβαλλοντική υγιεινή, αγωγή υγείας με τη συμμετοχή της κοινότητας.

Κοινωνική Φροντίδα: Περιλαμβάνει νοσηλεία κατ' οίκον σε χρόνιους ασθενείς, ενημέρωση του πληθυσμού γύρω από θέματα ψυχικής υγείας, ενδο-οικογενειακών σχέσεων και ομαλής κοινωνικής ζωής, μελέτη και διάγνωση δυσμενών κοινωνικο-οικονομικών και ψυχολογικών καταστάσεων ατόμων και ομάδων, υποστήριξη του ασθενή και της οικογένειάς του (ψυχολογική και κοινωνική), τόσο στο στάδιο της αρρώστιας, όσο και στο στάδιο της αποθεραπείας, αποκατάστασης και επαναπροσαρμογής του στο οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.

Στα πλαίσια της σύγχρονης πολιτικής για την πρωτοβάθμια φροντίδα, το κέντρο υγείας θα πρέπει να έχει σαφώς έναν *πολυδύναμο χαρακτήρα* και να λειτουργεί σαν *αυτοδύναμη μονάδα* που θα μπορεί να καλύψει πλήρως τις πρωτοβάθμιες ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Αυτό προϋποθέτει αφενός τη διεξαγωγή επιδημιολογικών και ιατροκοινωνικών ερευνών, προκειμένου να ληφθούν υπόψη οι τοπικές ιδιαιτερότητες και οι δείκτες νοσηρότητας της περιοχής της οποίας θα έχει την ευθύνη και αφετέρου τη στελέχωσή του με το απαραίτητο προσωπικό (ιατρικό, υγειονομικό, διοικητικό), τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά. Το δεύτερο σημαίνει ότι το προσωπικό εκτός από επιστημονικά καταρτισμένο, θα πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο να εργάζεται ομαδικά (team work), στοιχείο που προϋποθέτει τον αλληλοσεβασμό των ρόλων, και να διαθέτει τις ικανότητες και δεξιότητες που απαιτούνται για την εφαρμογή προγραμμάτων ΠΦΥ. Τέλος, απαραίτητη είναι η υποστήριξη και η ενεργός συμμετοχή των κοινωνικών και οικονομικών τομέων, καθώς και της κοινότητας, στο σχεδιασμό, την οργάνωση και την αξιολόγηση των προγραμμάτων υγείας, ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι που έχουν τεθεί και να εξασφαλιστεί ένα όσο το δυνατόν υψηλότερο επίπεδο υγείας (Ζηλίδης, 1995 · Θεοδώρου, Σαρρής & συν., 2001)

1.3.3 Άλλες μορφές πρωτοβάθμιας περίθαλψης

1.3.3.1 Ενισχυμένο ιατρείο

Λειτουργεί κυρίως σε αγροτικές περιοχές και αποτελεί την πρώτη βαθμίδα περίθαλψης με τη μορφή της υγειονομικής "ομάδας". Απαρτίζεται συνήθως από ένα γιατρό άνευ ειδικότητας, νοσηλεύτρια και συχνά μαία. Μπορεί να αντιμετωπίσει ένα σχετικά ευρύ φάσμα προβλημάτων υγείας και να αποτελέσει το συνδετικό κρίκο με τα ανώτερα επίπεδα περίθαλψης. Έχει εφαρμοσθεί αποδοτικά στη Γιουγκοσλαβία και το Ισραήλ. Το αδύνατο σημείο αυτής της μορφής πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι η ελλιπής κατάρτιση του γιατρού, κυρίως όταν δεν συνοδεύεται από προγράμματα συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης (Λιαρόπουλος, 2007 · Υφαντόπουλος, 1988).

1.3.3.2 Πολυκλινική ή Πολυϊατρείο

Σε ορισμένες χώρες και κυρίως σε μεγάλα αστικά κέντρα, το κέντρο υγείας μπορεί να πάρει τη μορφή πολυκλινικής ή πολυϊατρείου. Είναι στελεχωμένο με γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων και άλλους επαγγελματίες υγείας και παρέχει επιπλέον, υπηρεσίες πρόληψης, οικογενειακού προγραμματισμού, αιμοδοσίας κ.ά. Σε αυτή την κατηγορία εντάσσονται και ορισμένες μορφές κέντρων υγείας που λειτουργούν από ομάδες γιατρών με τη μορφή της ομαδικής άσκησης ιατρικής (group medicine). Το πρότυπο αυτό οργάνωσης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης μπορεί να εξασφαλίσει αποδοτική αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων, εμπεριέχει όμως κινδύνους όπως χαμηλό επίπεδο εξυπηρέτησης των χρηστών, ανάπτυξη του φαινομένου της "ουράς" κ.ά (OECD, 2000).

1.3.3.3 Κινητή νοσηλευτική μονάδα

Αποτελεί την πιο χαρακτηριστική μορφή πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε αναπτυσσόμενες χώρες ή σε χώρες με ειδικά γεωγραφικά προβλήματα. Συναντάται κυρίως στην Κένυα, Γκάνα, Ινδία, Κίνα, Ρωσία. Απαρτίζεται συνήθως από νοσηλευτικό και άλλο βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό, το οποίο είναι σε θέση να προσφέρει περιορισμένες υπηρεσίες δημόσιας υγείας, πρωτοβάθμιας φροντίδας και επείγουσας βασικής νοσηλευτικής φροντίδας. Η μονάδα αυτή συνδέεται με ένα ενισχυμένο πρωτοβάθμιο ή δευτεροβάθμιο κέντρο και κατά διαστήματα γενικοί γιατροί του κέντρου επισκέπτονται χωριά και περιοχές που αποτελούν τον τομέα ευθύνης της κινητής νοσηλευτικής μονάδας (Υφαντόπουλος, 1988).

1.3.3.4 Εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου

Ο θεσμός τους άρχισε να λειτουργεί από το 18ο και 19ο αιώνα και εφαρμόστηκε σε πολλές

Ευρωπαϊκές χώρες. Λειτουργούν καθημερινά στο πλαίσιο των νοσοκομείων και απαρτίζονται από διάφορες κλινικές (παθολογική, χειρουργική, παιδιατρική, γυναικολογική, κ.ά). Ο ασθενής μπορεί να τα επισκεφθεί κατόπιν συνεννόησης, γεγονός που τα διαφοροποιεί από τα έκτακτα εξωτερικά ιατρεία, τα οποία αντιμετωπίζουν επείγοντα περιστατικά και αποτελούν τμήμα της νοσοκομειακής περίθαλψης. Ωστόσο, πολλοί υποστηρίζουν ότι ο ρόλος των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων δεν είναι η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας, αλλά η διαλογή των ασθενών που παραπέμπονται από την πρωτοβάθμια φροντίδα και η παρακολούθηση εκείνων που εξέρχονται από τα νοσοκομεία (Σπάρος, 2001 · Κατοστάρας, 2005).

1.4 Η Διεθνής εμπειρία στην παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: παρατηρήσεις και ερευνητικά δεδομένα.

Τα τελευταία χρόνια τα συστήματα υγείας των περισσότερων αναπτυγμένων χωρών έχουν διαμορφώσει νέες πολιτικές υγείας που αφορούν κυρίως στην αλλαγή των σχέσεων κράτους και αγοράς, την ανάπτυξη αποκεντρωμένων μορφών διοίκησης, την ενδυνάμωση της εξουσίας και των επιλογών των ασθενών και ιδιαίτερα τη βελτίωση του τομέα της ΠΦΥ και την αξιοποίηση των υπηρεσιών των γενικών-οικογενειακών γιατρών (Τούντας, 2001 · Saltman, Rico et al, 2006 · WHO, 2005). Ιδιαίτερα σήμερα, εξαιτίας της οικονομικής κρίσης που πλήττει την παγκόσμια κοινότητα, αρκετές χώρες προσπαθούν να "προστατεύσουν" τους προϋπολογισμούς για την υγεία και επιχειρούν σύγχρονες μεθόδους διοίκησης, διαχείρισης και χρηματοδότησης των υπηρεσιών, στοχεύοντας στην εξοικονόμηση και την καλύτερη κατανομή των σπάνιων υγειονομικών πόρων (Stuckler, Basu et al, 2010). Βέβαια, οι αλλαγές που συντελούνται και ο τρόπος οργάνωσης και προσφοράς των υπηρεσιών υγείας διαφέρουν από χώρα σε χώρα, καθώς σχετίζονται με το συγκεκριμένο κάθε φορά κοινωνικο-πολιτικό στάδιο ανάπτυξης, τις γεωγραφικές συνθήκες, το μορφωτικό και πολιτιστικό επίπεδο, τους πόρους που διατίθενται στον υγειονομικό τομέα. Ωστόσο, μέσα από τη συγκριτική ανάλυση συστημάτων υγείας διαφορετικών χωρών είναι δυνατό να προκύψουν χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με τις εξελίξεις και τις τάσεις που διαφαίνονται σε διεθνές επίπεδο (Λιαρόπουλος, 2007 · Τούντας, 2003).

1.4.1 Διαφορές στην οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας - ο ρόλος των γενικών-οικογενειακών γιατρών

Στην οργάνωση και παροχή της ΠΦΥ παρατηρούνται σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών, αλλά και διαχρονικά μέσα στην ίδια χώρα. Κοινό χαρακτηριστικό αποτελεί τα τελευταία χρόνια η προσπάθεια των περισσότερων χωρών (Σουηδία, Ιταλία, Γαλλία, Γερμανία, Μ. Βρετανία, Πορτογαλία κ.ά) για αποκεντρωμένη οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών ΠΦΥ. Ο ρόλος της κεντρικής κυβέρνησης διαφοροποιείται ανάλογα με το βαθμό αποκέντρωσης του συστήματος και μπορεί να είναι ισχυρός και ελεγκτικός ως προς τη χρηματοδότηση, την οργάνωση, το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών και το κόστος ή περισσότερο συμβουλευτικός και ρυθμιστικός όσον αφορά στο θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας του υγειονομικού συστήματος.

Για παράδειγμα, στη Μ. Βρετανία η παροχή ΠΦΥ ελέγχεται απευθείας από το κράτος, υπό την έννοια του υποσυστήματος του εθνικού συστήματος υγείας. Σε άλλες χώρες (π.χ. Ισπανία, Σουηδία), τόσο η χρηματοδότηση, όσο και η διοίκηση των υπηρεσιών ΠΦΥ ελέγχονται από εκλεγμένα περιφερειακά ή δημοτικά συμβούλια, τα οποία χωρίζονται σε περιοχές υγειονομικής περίθαλψης, με το ρόλο του κράτους σε ανώτερο, επιτελικό επίπεδο. Ένα μικρότερο βαθμό ανεξαρτησίας παρουσιάζει η Ιταλία, όπου οι υγειονομικές περιφέρειες έχουν την πλήρη δικαιοδοσία στον τρόπο οργάνωσης και παροχής των υπηρεσιών υγείας, όχι όμως και σε θέματα χρηματοδότησης (Saltman, Busse et al, 2004 · Glenngaard, Hjalte et al, 2005). Στη Γερμανία επίσης, η κεντρική κυβέρνηση θέτει τους γενικούς κανόνες για την πολιτική της δημόσιας υγείας, οι αυτοδιοικούμενοι οργανισμοί όμως σε περιφερειακό επίπεδο έχουν την ευθύνη για την οργάνωση, τη χρηματοδότηση και την παροχή των υπηρεσιών. Στη Γαλλία, μία από τις σημαντικότερες αλλαγές που σημειώθηκαν τη δεκαετία του '90, ήταν η μεταβίβαση εξουσιών από τα ταμεία υγειονομικής ασφάλισης στο κράτος, με παράλληλη αποκέντρωση σε περιφερειακό επίπεδο. Στη Δανία η ΠΦΥ αποτελεί ευθύνη της τοπικής αυτοδιοίκησης, των δήμων και των κοινοτήτων, ενώ το Υπουργείο υγείας έχει το ρόλο του νομοθέτη και ρυθμιστή του γενικότερου πολιτικού πλαισίου (Vallgarda, Krasnik et al, 2001 · Sandier, Paris et al, 2004).

Στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες η σχέση της ΠΦΥ με την κοινότητα εξελίσσεται όλο και πιο ουσιαστική τα τελευταία χρόνια, με διάφορες μορφές σύνδεσης και συνεργασίας. Αυτό οφείλεται κυρίως στην αναγνώριση της σπουδαιότητας και του ρόλου που διαδραματίζει το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, καθώς επίσης και η ανθρώπινη

συμπεριφορά στη διατήρηση της υγείας και την πρόκληση της αρρώστιας (Τούντας, 2010).

Σε ορισμένες χώρες κυριαρχεί ο θεσμός των κέντρων υγείας (Ισπανία, Σουηδία κ.ά), σε άλλες ο θεσμός των γενικών γιατρών (Μ. Βρετανία, Δανία, Ολλανδία κ.ά), σε κάποιες (π.χ. Ιταλία) συνυπάρχουν και οι δύο θεσμοί, ενώ σε χώρες όπως η Γερμανία, η Γαλλία, οι ΗΠΑ κ.ά, η ΠΦΥ παρέχεται κυρίως από ιδιώτες γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων (Philalithis, 2004 · Wieners, 2001). Σε χώρες που στηρίζονται κυρίως στην κοινωνική ασφάλιση (μοντέλο Bismark), η γενική ιατρική ασκείται ως επί το πλείστον από ιδιώτες γιατρούς σε ατομική βάση (solo practice), ενώ σε εκείνες με εθνικά συστήματα υγείας (μοντέλο Beveridge) (Μ. Βρετανία, Σουηδία, Πορτογαλία, Φινλανδία κ.ά) οι ιδιώτες γιατροί δεν ξεπερνούν το 20%, με εξαίρεση την Ιταλία, όπου η πλειοψηφία των γιατρών που ασκούν έλεγχο στη χρήση των υπηρεσιών είναι ιδιώτες (Saltman, Rico et al, 2006).

Στις περισσότερες χώρες χαρακτηριστική είναι η αύξηση του αριθμού των "ομάδων υγείας" (Health team) που λειτουργούν σε ενιαίους δημόσιους ή ιδιωτικούς χώρους προκειμένου να παρέχεται πλήρως και αποκλειστικά όλο το φάσμα των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών περίθαλψης, πρόληψης και φροντίδας. Ο αριθμός των μελών και η σύνθεση των ομάδων διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Κυρίως απαρτίζονται από γενικούς γιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό (Μ. Βρετανία, Πορτογαλία, Φινλανδία, Ισπανία κ.ά) και δευτερευόντως από μαίες, κοινωνικούς λειτουργούς, και επισκέπτες υγείας (Τούντας, 2010). Έρευνες έδειξαν ότι οι ασθενείς προτιμούν περισσότερο μικρές ομάδες ΠΦΥ και γενικούς γιατρούς πλήρους απασχόλησης, καθεστώς το οποίο αποτελεί τη σύγχρονη τάση σε αρκετές Ευρωπαϊκές χώρες (Schers, Webster et al, 2002).

Στην Πορτογαλία χαρακτηριστικά, οι ομάδες υγείας ή μονάδες υγείας (Μ.Υ.) όπως αναφέρονται, αποτέλεσαν τα πρότυπα για την αναμόρφωση της ΠΦΥ και την αύξηση της αποτελεσματικότητας, αξιοπιστίας και αυτοεκτίμησης των γενικών γιατρών. Οι μονάδες αυτές αποτελούνται από γενικούς γιατρούς που ανήκουν ήδη στο εθνικό σύστημα υγείας, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό και δεσμεύονται να αναπτύξουν στρατηγικές αυτονομίας, ομαδικής συνεργασίας και να παρέχουν καλύτερες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας στον πληθυσμό ευθύνης τους. Η προσπάθεια αυτή συνδέεται παράλληλα με την προσφορά ευνοϊκών οικονομικών κινήτρων για τους εργαζόμενους που συμμετέχουν (Οικονομίδου, 2008).

Το νοσηλευτικό προσωπικό διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη σύγχρονη αντίληψη για την ΠΦΥ. Σε πολλές περιπτώσεις είναι εξειδικευμένο με γεωγραφικά κριτήρια, διενεργεί κατ'

οίκον επισκέψεις, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένα άτομα, και όπως έδειξε μελέτη του ΟΟΣΑ το 2004, σε αρκετές χώρες πλέον (Αγγλία, Ισπανία, Καναδάς, ΗΠΑ, Αυστραλία κ.ά) έχει δικαίωμα συνταγογράφησης κάποιων απλών φαρμάκων και παραπομπής των ασθενών σε ειδικούς γιατρούς (Buchan, Calman, 2004).

Ο ρόλος των γενικών γιατρών μέσα σε μια πανσπερμία διαφορετικών δομών ΠΦΥ, συνίσταται σε μια σειρά από διαφορετικές λειτουργίες. Μελέτες έδειξαν ότι η άσκηση της γενικής ιατρικής στην καθημερινή πρακτική και η επαγγελματική πρόσληψη των γενικών γιατρών από τον πληθυσμό ευθύνει τους, σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με τη θέση τους μέσα στο συγκεκριμένο σύστημα υγείας και τον τρόπο οργάνωσης των υπηρεσιών που προσφέρουν, το νομοθετικό πλαίσιο, το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, τις μεθόδους αποζημίωσής τους, την προσπελασιμότητα και τις προσδοκίες των χρηστών, την προσωπικότητα και τις επαγγελματικές τους απαιτήσεις (Boerma, 1994).

Το 2006, οι χώρες με τους περισσότερους γενικούς γιατρούς ανά 100.000 κατοίκους ήταν το Βέλγιο, η Γαλλία, η Αυστρία, η Φινλανδία και η Πορτογαλία. Η αναλογία των γενικών γιατρών στο σύνολο του ιατρικού σώματος σε ορισμένες χώρες (Γαλλία, Βέλγιο), έφτανε περίπου το 50%, ενώ σε άλλες (Φινλανδία, Γερμανία, Μ. Βρετανία, Ιταλία, Νορβηγία), το ποσοστό αυτό κυμαινόταν 20-40%. Στη Σουηδία ήταν περίπου 17% και στην Ολλανδία κάτω του 15%. Οι ελλείψεις που παρατηρούνται σε ορισμένες χώρες μπορεί να οφείλονται στην απροθυμία των γιατρών να ακολουθήσουν τη συγκεκριμένη ειδικότητα, εξαιτίας των περιορισμένων οικονομικών προοπτικών που αυτή προσφέρει συγκριτικά με άλλες (π.χ. χειρουργικές) (WHO, 2009).

Η Μ. Βρετανία, η Δανία, η Ολλανδία και η Ιρλανδία διαθέτουν ένα ισχυρό σύστημα γενικών γιατρών που ασκούν έλεγχο στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και ακολουθούν η Νορβηγία, η Ισπανία και η Πορτογαλία (Τούντας, 2010). Συγκεκριμένα στη Μ. Βρετανία οι γενικοί γιατροί προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε 24ωρη βάση, στο σύνολο σχεδόν του πληθυσμού (97%), ενώ ταυτόχρονα παίζουν το ρόλο του "φύλακα" (gatekeeper) για τα ανώτερα επίπεδα περίθαλψης. Οι ασθενείς κατευθύνονται σε ειδικούς γιατρούς και νοσοκομεία μόνο μετά από παραπομπή των γενικών γιατρών (Wolper, 2001). Η Δανία επίσης διαθέτει ένα ισχυρό σύστημα ΠΦΥ με καθολική κάλυψη του πληθυσμού και ευκολία στην πρόσβαση. Οι γενικοί γιατροί αποτελούν και εδώ το πρώτο σημείο επαφής του ασθενή με το σύστημα υγείας και αναλαμβάνουν την ευθύνη της συγκράτησης της ζήτησης για εξειδικευμένες υπηρεσίες και νοσοκομειακές φροντίδες. Τις τελευταίες δεκαετίες παρέχουν επιπλέον συμβουλευτικές υπηρεσίες και κατευθύνουν τον ασθενή ως προς την επιλογή

κατάλληλου νοσοκομείου (Vallgarda, Krasnik et al, 2001 · Davis, 2000). Αν και οι πολίτες έχουν το δικαίωμα επιλογής ανάμεσα στη χρήση του θεσμού του γενικού γιατρού ή στην απευθείας προσφυγή σε γιατρούς ειδικοτήτων με κάποια οικονομική επιβάρυνση, μόνο το 3% του πληθυσμού έχει επιλέξει τη δεύτερη λύση (Saltman, Rico et al, 2006). Έρευνα που έγινε μεταξύ των πολιτών των 15 κρατών μελών της ΕΕ (πριν τη διεύρυνση), έδειξε τους Δανούς περισσότερο ικανοποιημένους όσον αφορά στην πρόσβαση, την παροχή υπηρεσιών υγείας και το σύστημα παραπομπών των γενικών γιατρών (Mossialos, 1997). Στην Ολλανδία οι γενικοί γιατροί ασκούν έλεγχο στη χρήση των υπηρεσιών υγείας, αλλά οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν τον ειδικό γιατρό ή το νοσοκομείο που θα απευθυνθούν μετά την παραπομπή τους από το γενικό γιατρό. Η Ολλανδία έχει τις λιγότερες παραπομπές σε νοσοκομεία για επείγουσα νοσηλεία (Paul, 1995).

Σε χώρες με συστήματα παραπομπών, ο γενικός γιατρός αναλαμβάνει μεγαλύτερο εύρος θεραπευτικών υπηρεσιών, η δραστηριότητά του στη διαχείριση της αρρώστιας είναι εντονότερη και γενικότερα απολαμβάνει μεγαλύτερου κύρους και αξιοπιστίας από ότι σε εκείνες που υπάρχει ελεύθερη πρόσβαση σε εξειδικευμένες ή νοσοκομειακές ιατρικές υπηρεσίες (π.χ. Γαλλία, Γερμανία, Σουηδία). Επιπλέον, οι χώρες αυτές εμφανίζουν σημαντικά μικρότερη κατά κεφαλή δαπάνη για την υγεία σε απόλυτα ποσά, συγκριτικά με τις άλλες χώρες, αλλά και μικρότερη συνολική δαπάνη για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ (Boerma, 1994). Από την άλλη πλευρά, στα συστήματα υγείας όπου οι υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονται κυρίως από γιατρούς ειδικοτήτων και υπάρχει ελευθερία επιλογών και πρόσβασης, όπως συμβαίνει και στην περίπτωση των ΗΠΑ, παρατηρείται σημαντική αύξηση των συνολικών δαπανών για την υγεία, μειωμένη δυνατότητα πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, διεύρυνση των ανισοτήτων στην πρόσβαση σε βάρος κυρίως των ευπαθών κοινωνικών ομάδων και εντονότερα προβλήματα συντονισμού στην παρεχόμενη φροντίδα (Rivo, Satcher, 1993 · Weiner, Starfield, 1983 · Wieners, 2001).

Στη Γερμανία, μία πρόσφατη νομοθετική ρύθμιση στοχεύει στην αναβάθμιση του ρόλου του οικογενειακού γιατρού και τον περιορισμό των άσκοπων επισκέψεων σε γιατρούς ειδικοτήτων. Συγκεκριμένα, τα μέλη των ασφαλιστικών ταμείων έχουν έκπτωση στις εισφορές τους, αν δέχονται τον οικογενειακό τους γιατρό ως "gatekeeper". Στη Γαλλία επίσης παρατηρείται εκτεταμένη συνταγογράφηση και υπερβολικός αριθμός διαγνωστικών εξετάσεων και επισκέψεων στα ιδιωτικά ιατρεία. Οι πρόσφατες προσπάθειες ελέγχου και συγκράτησης της ζήτησης για εξειδικευμένες υπηρεσίες, με την παροχή οικονομικών κινήτρων σε γιατρούς και ασθενείς, δεν κρίθηκαν ιδιαίτερα επιτυχείς αν και αξίζει να

σημειωθεί ότι το 2000, το σύστημα υγείας της Γαλλίας αξιολογήθηκε ως το καλύτερο μεταξύ των υγειονομικών συστημάτων των κρατών που μετέχουν στον Π.Ο.Υ. Οι λόγοι ήταν κυρίως το υψηλό επίπεδο υγείας των πολιτών, ο μεγάλος βαθμός ελευθερίας επιλογών ασθενών και γιατρών, η δυνατότητα εύκολης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, η έλλειψη γραφειοκρατίας με μεγάλες λίστες αναμονής και η καθολική κάλυψη του πληθυσμού (Wolper, 2001 · Sandier, Paris et al, 2004).

Στη Σουηδία επίσης, το οργανωτικό πρότυπο του κέντρου υγείας μπορεί να διευκολύνει την αντιμετώπιση περιστατικών σε διεπιστημονική βάση, σύμφωνα όμως με έγκυρους Σουηδούς αναλυτές, αφενός περιορίζει την ελευθερία επιλογής του ασθενή και την ανάπτυξη προσωπικής σχέσης με το γενικό-οικογενειακό γιατρό, αφετέρου αδυνατεί να παίζει το ρόλο του "φύλακα" του συστήματος, επομένως δεν υφίσταται σύστημα ελέγχου στη χρήση των υπηρεσιών με αρνητικές συνέπειες στη συγκράτηση του κόστους και τη συνέχεια στη φροντίδα. Εντούτοις, οι πρωτοβάθμιες επισκέψεις κατά κεφαλή είναι σημαντικά λιγότερες από το μέσο όρο των υπόλοιπων Ευρωπαϊκών χωρών, κυρίως γιατί το μεγαλύτερο μέρος αυτών πραγματοποιείται στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων (Ματσαγγάνης, 1995 · Glenngaerd, Hjalte et al, 2005).

Στον τομέα της πρόληψης, η κοινοτική δράση των γενικών γιατρών σε οργανωμένα προγράμματα αγωγής της υγείας και προληπτικής ιατρικής είναι σχετικά περιορισμένη σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες, με εξαίρεση δραστηριότητες που αφορούν στην προγεννητική φροντίδα και τον οικογενειακό προγραμματισμό. Ωστόσο, όλες σχεδόν οι χώρες κατευθύνονται στην ανάπτυξη νέων μορφών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης (κλινικές και χειρουργεία ημέρας, κατ' οίκον νοσηλεία, κέντρα αποκατάστασης, ξενώνες χρόνιας νοσηλείας, μονάδες Γηριατρικής, Τηλεϊατρική κ.ά) δημιουργώντας ένα νέο τοπίο στο χώρο της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας, όπου τα παραδοσιακά όρια μεταξύ νοσοκομειακής περίθαλψης και ΠΦΥ θα αμβλυνθούν (Ανδριώτη, Γεωργούση & συν., 1996 · Τούντας, 2001 · Λιαρόπουλος, 2007).

1.4.2 Πολιτικές συγκράτησης του κόστους και διασφάλισης της ποιότητας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Εκτός από το σύστημα των παραπομπών που υιοθετούν πολλές χώρες, ο έλεγχος στη χρήση της εξειδικευμένης και νοσοκομειακής ιατρικής και κατ' επέκταση η συγκράτηση του κόστους επιχειρούνται και με άλλους τρόπους. Στη Μ. Βρετανία όπου ο γενικός-οικογενειακός γιατρός αποτελεί αναπόσπαστο χαρακτηριστικό του υγειονομικού της

συστήματος επιχειρήθηκε, στα πλαίσια διαμόρφωσης ενός ελεγχόμενου, αποδοτικού και ανταγωνιστικού συστήματος υγείας, η ανάθεση διαχείρισης ειδικών ετήσιων προϋπολογισμών σε ομάδες γενικών-οικογενειακών γιατρών, οι οποίοι "αγοράζουν" υπηρεσίες υγείας από δημόσια ή ιδιωτικά νοσοκομεία και κοινοτικές υπηρεσίες, διαμεσολαβούν και διαπραγματεύονται με κριτήρια κόστους και ποιότητας για λογαριασμό των χρηστών-καταναλωτών και αναλαμβάνουν τις οικονομικές συνέπειες των αποφάσεών τους (Williams, Calnan et al, 1993 · Saltman, Figueras, 1997).

Παρά την επαγγελματική ανεξαρτησία και αυτονομία που προσδίδει αυτή η πολιτική στους γενικούς γιατρούς, αρκετοί είναι αυτοί που αντιδρούν υποστηρίζοντας ότι δεν είναι εύκολη η ανάληψη τέτοιων υποχρεώσεων στα πλαίσια άσκησης της γενικής ιατρικής. Σχετικές μελέτες έδειξαν ότι ο αυξανόμενος διαχειριστικός ρόλος των γενικών γιατρών μειώνει το βαθμό ικανοποίησης από την εργασία τους και είναι δυνατό να υποβαθμίσει την ποιότητα της σχέσης τους με τον ασθενή (Calnan, Corney, 1991 · Williams, Calnan et al, 1993). Από την άλλη πλευρά, η ενεργός συμμετοχή του ιατρικού σώματος στη διαχείριση και τον έλεγχο των εισροών και εκροών μέσα στο σύστημα υγείας εντάσσεται στις πιο σύγχρονες πολιτικές συγκράτησης των δαπανών για την υγεία, καθώς φαίνεται να επιφέρει μεγαλύτερη ευελιξία, ευχέρεια προγραμματισμού, οικονομική και διαχειριστική σταθερότητα, ορθολογική αξιοποίηση των διαθέσιμων υγειονομικών πόρων και έλεγχο του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών (Harrison, Hunter et al, 1990).

Στις αρχές της δεκαετίας του '90, η βρετανική αυτή καινοτομία μεταφέρθηκε στο επίκεντρο του διαλόγου για τη μεταρρύθμιση του υγειονομικού συστήματος στη Σουηδία. Ωστόσο, μετά από πολλές συζητήσεις, η ομάδα ειδικών που είχε κληθεί να γνωμοδοτήσει, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι μία τέτοια πρακτική δεν θα ήταν εύκολο να ευοδώσει στη Σουηδία, δεδομένου ότι στερείται της παράδοσης του προτύπου του γενικού-οικογενειακού γιατρού που έχει κερδίσει την εμπιστοσύνη των πολιτών, όπως στη Μ. Βρετανία (Ματσαγγάνης, 1995).

Επίσης, αρκετές Ευρωπαϊκές χώρες με πιο χαρακτηριστική την Ολλανδία, εφαρμόζουν την πολιτική της υποκατάστασης δημόσιων πόρων με ιδιωτικούς, με τη μορφή κυρίως της ίδιας οικονομικής συμμετοχής του χρήστη (co-payments). Το σύστημα αυτό συναντάται στις μισές τουλάχιστον χώρες της Δυτικής Ευρώπης κατά την πρώτη επαφή, ενώ σε άλλες εφαρμόζεται κυρίως σε εκείνους που επισκέπτονται γιατρό ειδικότητας ή νοσοκομείο χωρίς παραπομπή από το γενικό τους γιατρό. Από τις πολιτικές αυτές συνήθως εξαιρούνται τα φτωχότερα οικονομικά στρώματα (Saltman, Figueras, 1997 · Geschwind, 1999).

Ο ιδιωτικός τομέας στην ΠΦΥ αναπτύσσεται σε όλες τις προηγμένες χώρες, ακόμα και σε εκείνες με ισχυρό εθνικό σύστημα υγείας, όπως η Μ. Βρετανία και η Σουηδία. Χαρακτηριστικά, τα τελευταία χρόνια λειτουργούν σε κεντρικούς σιδηροδρομικούς σταθμούς του Λονδίνου, αλλά και παλαιότερα σε ορισμένες σουηδικές πόλεις, κέντρα άμεσης πρόσβασης (walk-in clinics) με σκοπό την παροχή ιατρικών συμβουλών αντί συγκεκριμένης αμοιβής, κυρίως σε άτομα που δεν έχουν χρόνο να προγραμματίσουν κάποιο ραντεβού με το γενικό τους γιατρό. Άλλες μορφές ιδιωτικής πρωτοβουλίας αποτελούν οι ιατρικοί συνεταιρισμοί με τη συμμετοχή συχνά και άλλων επαγγελματιών υγείας, καθώς επίσης και εθελοντικών οργανώσεων στο πλαίσιο ανάπτυξης "εικονικών" (virtual) δικτύων, με σκοπό την παροχή ιατρικών, παραϊατρικών, νοσηλευτικών και κοινωνικών υπηρεσιών. Η ιδιωτικοποίηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας μπορεί να διευκολύνει τη χρηματοδότησή τους, είναι πιθανό όμως να διευρύνει τις κοινωνικές ανισότητες στην πρόσβαση και τη χρήση της ΠΦΥ, να δημιουργήσει προβλήματα συντονισμού στην παρεχόμενη φροντίδα και τελικά να εμποδίσει τη χάραξη κοινωνικών πολιτικών υγείας (Κυριόπουλος, Λιονής & συν., 2007 · Τούντας, 2010).

Ο τρόπος αμοιβής των γιατρών στην ΠΦΥ διαφοροποιείται ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες κάθε συστήματος υγείας, το καθεστώς απασχόλησης του ιατρικού προσωπικού και το γενικότερο κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον κάθε χώρας. Στα ασφαλιστικά μοντέλα τύπου Bismark (Γερμανία, Ολλανδία κ.ά) αλλά και στις ΗΠΑ όπου κυριαρχεί η ιδιωτική ασφάλιση, οι γιατροί που παρέχουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας αμείβονται κυρίως κατά πράξη και περίπτωση, ενώ στα εθνικά συστήματα υγείας τύπου Beveridge (Μ. Βρετανία, Σουηδία, Δανία, Ιταλία, κ.ά) αμείβονται κυρίως βάσει ενός καθορισμένου ποσού ανά ασθενή εγγεγραμένου στη λίστα τους. Στις περισσότερες περιπτώσεις συναντάται συνδυασμός των τριών βασικών μεθόδων αποζημίωσης (μισθός, κατά κεφαλή, κατά πράξη) προκειμένου να αξιοποιηθούν τα πλεονεκτήματα που έχει κάθε μία (Saltman, Figueras, 1997).

Έχει διαπιστωθεί ότι η αμοιβή κατά πράξη στην ΠΦΥ συνδέεται με ελευθερία επιλογής γενικού γιατρού, γεγονός που ενισχύει τα δικαιώματα του πολίτη, με ανάπτυξη ισχυρής διαπροσωπικής σχέσης και πληρέστερη αντιμετώπιση των αναγκών του αρρώστου. Δυσκολεύει όμως το συντονισμό στη ΠΦΥ, ενισχύει την ανάπτυξη προκλητής ζήτησης και την υπερκατανάλωση παρακλινικών, εργαστηριακών εξετάσεων και φαρμάκων, αυξάνοντας υπέρμετρα το κόστος της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Η αμοιβή με μισθό συμβάλλει στον έλεγχο της κατανάλωσης και κατ' επέκταση του κόστους, δεν εξασφαλίζει όμως την αναγκαία διαπροσωπική σχέση γιατρού - ασθενή και τη συνέχεια στη φροντίδα, αυξάνει σημαντικά τον

αριθμό των παραπομπών σε γιατρούς ειδικοτήτων και οδηγεί συχνά σε διόγκωση των ιδιωτικών δαπανών για υπηρεσίες ΠΦΥ λόγω της μειωμένης ικανοποίησης του χρήστη-καταναλωτή. Ο τρόπος αμοιβής κατά κεφαλήν ασφαλισμένου περιορίζει την ελευθερία επιλογής του ασθενή και τον όγκο των υπηρεσιών που καταναλώνονται, υπερτερεί όμως τόσο από την κατά πράξη, όσο και από την αμοιβή με μισθό, ως προς τη συγκράτηση του κόστους και την παροχή ολοκληρωμένης και καλά συντονισμένης ΠΦΥ αντίστοιχα. Στα υποχρηματοδοτούμενα συστήματα υγείας, οι γιατροί στη ΠΦΥ που αμείβονται με μισθό ή κατά κεφαλή, έχουν περισσότερους λόγους να προσελκύουν ασθενείς σε ιδιωτική βάση ή να επιδιώκουν επιπρόσθετες άτυπες αμοιβές. Η καθιέρωση σύγχρονων μεθόδων αποζημίωσης των γιατρών στην ΠΦΥ που ενσωματώνουν στοιχεία και από τους τρεις τρόπους πληρωμής, με παράλληλη εφαρμογή πολιτικών κινήτρων και αντικινήτρων, αποτελεί σταθερό σημείο αναζήτησης και προβληματισμού για όλα τα υγειονομικά συστήματα (Γείτονα, Κυριόπουλος, 1991 · Μωραΐτης, 1995 · Υφαντόπουλος, 2006 · Τούντας, 2010).

Επίσης, τα θέματα του ιατρικού ελέγχου και της αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας παρουσιάζουν ιδιαίτερη κινητικότητα τα τελευταία χρόνια σε Ευρώπη και Αμερική. Η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Γενικής Ιατρικής και το δίκτυό της για τη Διασφάλιση της Ποιότητας στη Γενική Ιατρική έχουν κατατάξει την αξιολόγηση και βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας στις υψηλής προτεραιότητας δραστηριότητές τους (Engels, Campbell et al, 2005).

Η χώρα που πρωτοπορεί στη διασφάλιση της ποιότητας είναι η Ολλανδία. Η κινητήριος δύναμη στην ανάπτυξή της ήταν κάποιοι επαγγελματικοί οργανισμοί, όπως ο Ολλανδικός Σύλλογος Γενικών Γιατρών, η Εθνική Ένωση Οικογενειακών Γιατρών, τα τμήματα Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας σε διάφορα πανεπιστήμια της χώρας κ.ά. Οι κύκλοι ποιότητας, η ερευνητική ανασκόπηση, η έκδοση κατευθυντήριων οδηγιών, οι διαδικασίες ελέγχου και επαναπιστοποίησης των γιατρών, είναι μερικές από τις δράσεις των Οργανισμών στην Ολλανδία. Μελέτες αξιολόγησης της εφαρμογής τους κατέγραψαν σημαντική βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας (Grol, Baker et al, 1994 · Grol, Thomas et al, 1995 · Hulscher, Wensing et al, 1999).

Στη Γαλλία, από τα μέσα της δεκαετίας του '90, ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται σε θέματα κατευθυντήριων οδηγιών, συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης, ελέγχου και αξιολόγησης των ιατρικών πράξεων (Κυριόπουλος, Λιονής & συν., 2007). Επίσης, στις Ηνωμένες Πολιτείες η εφαρμογή ιατροασφαλιστικών σχημάτων ελεγχόμενης φροντίδας (managed care), συνδέεται με την εισαγωγή της τεκμηριωμένης φροντίδας για την υγεία (evidence-based care) και την

προώθηση μηχανισμών συστηματικού και αυστηρού ελέγχου της κλινικής πρακτικής, με στόχο την προαγωγή της ποιότητας στις ιατρικές υπηρεσίες (White, 1995 · Κυριόπουλος, Λιονής, 2000).

Στη Μ. Βρετανία, η έννοια της κλινικής διακυβέρνησης (clinical governance) στην ΠΦΥ βρίσκεται στο κέντρο της πολιτικής για την υγεία και περιλαμβάνει όλο το φάσμα των δραστηριοτήτων που απαιτούνται για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας υγείας. Με την ανάπτυξη των Ομάδων ή Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (Primary Health Care Groups) και τη συνδρομή οργανωτικών και διαχειριστικών υποστηρικτικών μέτρων, επιχειρείται η εφαρμογή τεκμηριωμένης ιατρικής (evidence-based medicine), ο ιατρικός έλεγχος (medical audit) και η διαχείριση του κινδύνου (risk management), η βελτίωση της διαχείρισης των ασθενών (patient management) και η αποτελεσματική και ποιοτική αντιμετώπιση της αρρώστιας (disease management). Μέσα σε αυτό το πλαίσιο η Γενική Ιατρική αναλαμβάνει ένα σημαντικό ρόλο συνεχούς παρακολούθησης της ποιότητας της φροντίδας και ανάπτυξης τεχνικών και μεθόδων για τη βελτίωσή της (Rosen, 2000 · McColl, Ronald, 2000).

Για την αξιολόγηση της ποιότητας σημαντικό ρόλο παίζει η τήρηση ιατρικού φακέλου. Στη Φινλανδία, Γερμανία, Λουξεμβούργο, Ελβετία κ.ά., πάνω από το 90% των γενικών γιατρών τηρούν πλέον συστηματικά αρχείο. Μέσα από τις καταγραφές που περιέχουν τα ιατρικά αρχεία είναι δυνατόν να προκύψουν διάφοροι δείκτες αξιολόγησης, όπως το ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης, η επάρκεια των διαγνωστικών διαδικασιών, δείκτες συνταγογραφίας κ.ά. (Τούντας, 2010).

Πρόσφατα, πάνω από 20 χώρες του ΟΟΣΑ έλαβαν την πρωτοβουλία να αναπτύξουν δείκτες ποιότητας, κοινά αποδεκτούς, προκειμένου να είναι εφικτή τόσο η αξιολόγηση, όσο και η σύγκριση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Οι δείκτες αυτοί διαμορφώθηκαν από μία ομάδα εμπειρογνομόνων, από όλες τις χώρες που συμμετείχαν και αφορούν στην πρόληψη, την προαγωγή της υγείας και την πρωτοβάθμια φροντίδα (Marshall, Klazinqa et al, 2006). Επιπλέον, ομάδα ερευνητών και γενικών γιατρών από διάφορες χώρες της Ευρώπης, στα πλαίσια του προγράμματος EQUIP (European Quality Improvement Programme), διαμόρφωσε σταθμισμένο ερωτηματολόγιο 23 ερωτήσεων για την αξιολόγηση της γενικής ιατρικής από τους ασθενείς (EUROPEP), δεδομένου ότι η ικανοποίηση των χρηστών αποτελεί βασική διάσταση της ποιότητας. Το ερωτηματολόγιο αυτό μεταφράστηκε σε πολλές γλώσσες, μεταξύ των οποίων και η ελληνική (Grol, Wensing, 2000).

Στην Ελλάδα, η ΠΦΥ και η ειδικότητα της γενικής ιατρικής δεν έχουν ενσωματωθεί πλήρως στις μεταρρυθμίσεις που κατά καιρούς επιχειρήθηκαν στον υγειονομικό τομέα. Η γνώση και η εμπειρία από δοκιμές και εφαρμογές σε άλλα συστήματα υγείας, μπορεί να συμβάλουν στην υγειονομική ανασυγκρότηση που επιχειρείται την παρούσα περίοδο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

2.1 Ιστορική Αναδρομή

Η ανάπτυξη των υπηρεσιών ΠΦΥ στη χώρα μας ακολούθησε χρονικά την πορεία της γενικότερης οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος υγείας και των εκάστοτε πολιτικών, κοινωνικών, οικονομικών και ιστορικών συνθηκών και βασίστηκε κυρίως στο θεσμό της κοινωνικής ασφάλισης. Την περίοδο μέχρι το 1983 δεν γίνεται λόγος για σύστημα ΠΦΥ, αλλά για πρωτοβάθμια περίθαλψη την οποία παρείχαν αποσπασματικά και περιστασιακά τα πολυϊατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών, τα αγροτικά ιατρεία και οι υγειονομικοί σταθμοί, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και τα ιδιωτικά ιατρεία. Τα μηνύματα της Alma-Ata και η αντίληψη για την οργάνωση ενιαίου και ολοκληρωμένου συστήματος ΠΦΥ παρέμεναν μόνο σε θεωρητικό επίπεδο (Θεοδώρου, 1992 · Μωραΐτης, Γεωργούση & συν., 1995 · Μωραΐτης, 2002).

Το 1983 η νέα κυβέρνηση του ΠΑΣΟΚ, έχοντας δεσμευτεί προεκλογικά, ψήφισε το Ν. 1397 "Για το Εθνικό Σύστημα Υγείας" με σκοπό την ανάπτυξη ενός σύγχρονου, ολοκληρωμένου υγειονομικού συστήματος με επίκεντρο την ΠΦΥ. Κύριοι στόχοι της νέας πολιτικής για την υγεία ήταν η καθολικότητα στην ασφαλιστική κάλυψη, η ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, η ανάπτυξη όλων των επιπέδων περίθαλψης από το ΕΣΥ, η ποιοτική και ποσοτική αύξηση των επενδύσεων καθώς επίσης και του ανθρώπινου δυναμικού στο δημόσιο υγειονομικό τομέα (Αδαμακίδου, Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008). Συγκεκριμένα ο νόμος προέβλεπε τη σύσταση 400 κέντρων υγείας (190 σε μη αστικές και 210 σε αστικές περιοχές), τα οποία θα λειτουργούσαν ως αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων και θα προσέφεραν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών ΠΦΥ ξεφεύγοντας από την παραδοσιακή εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (Μωραΐτης, 2009). Για πρώτη φορά σε νομοθετικό κείμενο γινόταν αναφορά στην έννοια και την επιστημονική σημασία του γενικού ή οικογενειακού γιατρού (άρθρα 17-18), που θα αποτελούσε τη βάση στελέχωσης των κέντρων υγείας, ενώ η καθιέρωση των τομέων της κοινωνικής ιατρικής στα νοσοκομεία στόχευε στη λειτουργική σύνδεση πρωτοβάθμιας με δευτεροβάθμια φροντίδα, τη μελέτη των αιτιών νοσηρότητας και θνησιμότητας του πληθυσμού, την εφαρμογή μέτρων πρόληψης και προαγωγής της υγείας, την καλύτερη οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών και τη σύνδεσή τους με την κοινότητα και κατ' επέκταση τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού (Μωραΐτης, 2002 ·

Κυριόπουλος, Λιονής & συν., 2007). Μολονότι συστάθηκε Ειδική Επιτροπή για την πρωτοβάθμια φροντίδα και ιδρύθηκαν περίπου 170 κέντρα υγείας στις μη αστικές περιοχές, η προσπάθεια σύντομα ατόνησε και κατ' ουσίαν εκφυλίστηκε, καθώς δεν υλοποιήθηκαν ποτέ οι διατάξεις του άρθρου 16 του νόμου σχετικά με τη δημιουργία κέντρων υγείας αστικού τύπου και την ενοποίηση και ένταξη στο ΕΣΥ των μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης των ασφαλιστικών οργανισμών. Επιπλέον, τα ελλείμματα στην εκπαίδευση των γενικών γιατρών, η μη εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, η άσκηση κυρίως θεραπευτικής ιατρικής και η απουσία σαφούς και συστηματικής πολιτικής δημόσιας υγείας, αποστέρησαν από το σύστημα μία προοπτική ολοκλήρωσης και προαγωγής της ΠΦΥ, ενώ επίκεντρο των νομοθετικών αλλαγών παρέμεινε το νοσοκομείο (Μωραΐτης, 2003 · Κοντιάδης, Σουλιώτης, 2005 · Κυριόπουλος, Λιονής & συν., 2007).

Το 1992, ο Ν. 2071 "*Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση του Συστήματος Υγείας*" διεύρυνε την έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας, καθιερώνοντας τον θεσμό της κατ' οίκον νοσηλείας και τη λειτουργία κινητών μονάδων. Επίσης, αναγνώρισε τα κέντρα υγείας (πλην εκείνων στα νησιά) ως αποκεντρωμένες μονάδες παροχής ΠΦΥ, η ευθύνη λειτουργίας των οποίων περιήλθε απευθείας στις Διευθύνσεις Υγιεινής των κατά τόπους Νομαρχιών, καταργώντας έτσι τη στενή εξάρτησή τους από τα νοσοκομεία, ενώ τα περιφερειακά και αγροτικά ιατρεία μετονομάστηκαν σε υγειονομικούς σταθμούς υπό την ίδια εποπτεύουσα αρχή. Η πρακτική όμως αυτή δεν απέδωσε τα προσδοκώμενα και οδήγησε σε επαναφορά του προηγούμενου καθεστώτος των κέντρων υγείας με το Ν. 2194/1994 "*Περί αποκατάστασης του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις*" (Μητροσύλη, 1999 · Μωραΐτης, 2002 · Σουλιώτης, Μαριόλης, 2004).

Το 1994, ο τότε Υπουργός Υγείας Δ. Κρεμαστινός συγκρότησε δύο επιτροπές, μία από ξένους και μία από Έλληνες εμπειρογνώμονες, με σκοπό την οριοθέτηση ενός νέου πλαισίου λειτουργίας του ΕΣΥ. Τόσο οι ξένοι, όσο και οι Έλληνες Ειδικοί επισήμαναν τις ανεπάρκειες του υγειονομικού συστήματος και την εξαιρετικά αδύναμη οργάνωση της ΠΦΥ και πρότειναν μία σειρά βελτιωτικών αλλαγών και μέτρων, με έμφαση στη δημιουργία Ενιαίου Δημόσιου Συστήματος ΠΦΥ και άμεση εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού σε όλους τους ασφαλιστικούς φορείς. Ειδικότερα οι ξένοι εμπειρογνώμονες πρότειναν τη μετάβαση στο θεσμό με την καθιέρωση της ελεύθερης επιλογής γιατρού από τους χρήστες, την κατά κεφαλήν αποζημίωση των γιατρών ανάλογα με τους εγγεγραμμένους στη λίστα τους και παράλληλα την ανάθεση διαχείρισης προϋπολογισμών για τη φαρμακευτική και παρακλινική συνταγογραφία, σύμφωνα με το βρετανικό πρότυπο. Ωστόσο, οι θέσεις αυτές

αντιμετωπίστηκαν με επιφύλαξη, τόσο ως προς τη δυνατότητα προσαρμογής τους στην ελληνική πραγματικότητα, όσο και ως προς τους επιδιωκόμενους στόχους τους (Abel-Smith, Calltorp et al, 1994 · Κυριόπουλος, 1996 · Θεοδώρου, Σαρρής & συν., 2001).

Τα κενά επιχείρησε να καλύψει Ειδική Επιτροπή του Υπουργείου Υγείας υπό τον Ε. Μωραΐτη (1995), όπου η πλειοψηφία των μελών της κατέληξε στη σύσταση ενός ενιαίου ανεξάρτητου οργανισμού ΠΦΥ, υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας, με έντονα αποκεντρωτικό χαρακτήρα και ισχυρή περιφερειακή διάρθρωση, ο οποίος συνεργαζόμενος με τις υπόλοιπες υπηρεσίες και δομές του ΕΣΥ θα εξασφάλιζε την παροχή επαρκούς δέσμης πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας σε όλη την επικράτεια. Στις αγροτικές περιοχές, τις υπηρεσίες θα παρείχαν τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά τους ιατρεία και στις αστικές, τα πολυϊατρεία και τα περιφερειακά-οικογενειακά ιατρεία. Η στελέχωση των κέντρων υγείας και των πολυϊατρείων θα γινόταν με γιατρούς βασικών ειδικοτήτων, ενώ στα περιφερειακά ιατρεία θα προσέφεραν τις υπηρεσίες τους γιατροί γενικής ιατρικής (οικογενειακοί), οι οποίοι θα παρέμεναν με το ίδιο εργασιακό καθεστώς (πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης) και το ίδιο σύστημα αποζημίωσης (με μισθό). Για τους νέους οικογενειακούς γιατρούς που εντάσσονταν στο σύστημα, η Επιτροπή πρότεινε τη δημιουργία ομάδων γιατρών, σε ιδιωτικούς χώρους, με λίστα ασφαλισμένων και κατά κεφαλήν αμοιβή. Η προσπάθεια αυτή απέτυχε λόγω αιφνίδιας ασθένειας του τότε πρωθυπουργού Α. Παπανδρέου και της κυβερνητικής μεταβολής τον Ιανουάριο του 1996 (Μωραΐτης, Γεωργούση & συν., 1995 · Θεοδώρου, Σαρρής & συν., 2001 · Μωραΐτης, 2009).

Λίγο αργότερα, το 1997, ο Ν. 2519 "*Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις*", προέβλεπε με σειρά άρθρων τη δημιουργία ενός Ενιαίου Φορέα Υγείας (ΕΦΥ), την αναβάθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας στις αγροτικές περιοχές, το σχεδιασμό ανάπτυξης δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΔΠΦΥ) στις αστικές και ημιαστικές περιοχές και τη ρύθμιση θεμάτων σχετικών με τους οικογενειακούς γιατρούς (Κυριόπουλος, Λιονής & συν., 2007). Συγκεκριμένα τα ΔΠΦΥ αποτελούσαν κοινοπρακτικά σχήματα του ΕΣΥ, των Ασφαλιστικών Οργανισμών και της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, που θα προσέφεραν ένα ολοκληρωμένο φάσμα υπηρεσιών ΠΦΥ στους δικαιούχους, των οποίων τα ασφαλιστικά ταμεία συμβάλονταν με το δίκτυο, καταβάλλοντας σε αυτό μία κατά κεφαλήν αμοιβή. Μολονότι θα λειτουργούσαν με ευθύνη και εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, στην ουσία δίνονταν αρμοδιότητες και δικαιώματα σε φορείς δημόσιου χαρακτήρα για την ανάπτυξη υπηρεσιών υγείας εκτός ΕΣΥ. Η νεωτεριστική αυτή αντίληψη, διαφορετική από την

έντονα "κρατικίστικη" της δεκαετίας του '80, κρίθηκε από πολλούς ανεπαρκής, καθώς δεν υπολόγιζε καθόλου τον ιδιωτικό τομέα (Θεοδώρου, 2000). Ωστόσο, τα ΔΠΦΥ ήταν δυνατό να αποκαταστήσουν τη συνέχεια στη φροντίδα, να εξασφαλίσουν υψηλή ποιότητα, καλύτερη προσπελασιμότητα, 24ωρη διαθεσιμότητα και να προσφέρουν εκτός των άλλων, υπηρεσίες ιατροκοινωνικού και προνοιακού χαρακτήρα. Επιπλέον, ο νόμος καθιέρωνε το θεσμό του οικογενειακού γιατρού προσδίδοντάς του κυρίαρχο προληπτικό, θεραπευτικό και οργανωτικό ρόλο μέσα στο υγειονομικό σύστημα. Το καινοτόμο αυτό σχέδιο, αν και ψηφίστηκε, δεν υλοποιήθηκε εξαιτίας κυρίως των αντικρουόμενων προσδοκιών και συμφερόντων των εμπλεκόμενων φορέων, της προαιρετικής συμμετοχής των ασφαλιστικών ταμείων και της απουσίας ενιαίου συστήματος ασφαλιστικών παροχών υγείας (Θεοδώρου, 2000 · Μωραΐτης, 2000).

Μετά τη νέα εκλογική νίκη του ΠΑΣΟΚ (Απρίλιος 2000), ο Υπουργός Υγείας Α. Παπαδόπουλος εξήγγειλε ένα εκσυγχρονιστικό πρόγραμμα με 200 στόχους και τίτλο "*Υγεία για τον Πολίτη*", που αναφερόταν στην άσκηση εθνικής πολιτικής με ιδιαίτερη έμφαση στην ΠΦΥ και τη Δημόσια Υγεία, ως βασικούς πυλώνες του υγειονομικού συστήματος. Οι προτεινόμενες παρεμβάσεις αφορούσαν κυρίως (Ζηλίδης, 2005):

- Στην περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ, με τη δημιουργία των ΠεΣΥ (Περιφερειακά Συστήματα Υγείας)
- Στη μετεξέλιξη των πολυιατρείων των ασφαλιστικών οργανισμών (κυρίως του ΙΚΑ) και των δημοτικών ιατρείων σε αστικά κέντρα υγείας και την ένταξή τους στο ΕΣΥ
- Στη σύσταση Οργανισμού Διαχείρισης Πόρων Υγείας (ΟΔΠΥ) των μεγάλων ασφαλιστικών φορέων και ενιαίου κανονισμού παροχών ΠΦΥ για όλους τους δικαιούχους
- Στην ίδρυση Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας, με επιμέρους κέντρα, με σκοπό την αξιολόγηση και διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών μέσα από ερευνητικά και εκπαιδευτικά προγράμματα
- Στην καθιέρωση του θεσμού του προσωπικού (οικογενειακού) γιατρού, για όλους τους πολίτες, ο οποίος μπορούσε να είναι παθολόγος, παιδίατρος, γενικός γιατρός ή άλλης ειδικότητας μετά από ειδική εκπαίδευση, θα κατεύθυνε τους ασθενείς μέσα στο σύστημα υγείας και θα αμειβόταν με πάγια ετήσια αποζημίωση, ανάλογα με τον αριθμό των εγγεγραμμένων στη λίστα του

Η ξαφνική παραίτηση όμως του Υπουργού τον Ιούνιο του 2002, είχε σαν αποτέλεσμα το ολοκληρωμένο ήδη νομοσχέδιο να μην προωθηθεί στη Βουλή, καθώς ο νέος Υπουργός Κ. Στεφανής δεν το αποδέχτηκε και έτσι χάθηκε μία ακόμη μεγάλη ευκαιρία για την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου και αποδοτικού συστήματος ΠΦΥ. Ωστόσο, το 2001 με το Ν. 2889 "*Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις*" επιτεύχθηκε η σύσταση των ΠεΣΥ, τα οποία ανέλαβαν την εποπτεία των μονάδων υγείας του ΕΣΥ και δύο χρόνια αργότερα με το Ν. 3106/2003 "*Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις*" μετονομάστηκαν σε ΠεΣΥΠ (Περιφερειακά Συστήματα Υγείας Πρόνοιας) (Μωραΐτης, 2009).

Με δεδομένα τα παραπάνω "εκκρεμή ζητήματα", το 2004 ψηφίστηκε ο Ν. 3235 "*Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*" που επιχείρησε να εξορθολογίσει και να προσδώσει έναν πλουραλιστικό χαρακτήρα στο σύστημα της ΠΦΥ, χωρίς να επιφέρει μεγάλες θεσμικές μεταβολές και εκτεταμένη ανακατανομή ρόλων και αρμοδιοτήτων. Η φιλοσοφία και το πνεύμα του νόμου βασιζόνταν στην αντίληψη ότι το κράτος οφείλει να παρέχει μία επαρκή δέσμη υπηρεσιών υγείας, εξασφαλίζοντας ταυτόχρονα τις αρχές της ισότητας στην πρόσβαση, της ολοκληρωμένης φροντίδας και της συνέχειας στη φροντίδα (Κοντιάδης, Σουλιώτης, 2005). Αρχικά ο νόμος προέβλεπε την ενοποίηση όλων των υπηρεσιών ΠΦΥ και τη μετονομασία των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας των ασφαλιστικών οργανισμών σε κέντρα υγείας, τα οποία θα λειτουργούσαν σε ολοήμερη βάση υπό την εποπτεία των ΠεΣΥΠ. Επίσης καθιέρωνε το θεσμό του προσωπικού και οικογενειακού γιατρού για όλους τους πολίτες της χώρας, καθώς και το θεσμό του νοσηλευτή/τριας πρωτοβάθμιας φροντίδας σύμφωνα με το βρετανικό πρότυπο. Κάθε πολίτης μπορούσε να επιλέξει ελεύθερα τον οικογενειακό του γιατρό (παθολόγο, παιδίατρο ή γενικό γιατρό) από τους υπάρχοντες στην περιοχή του, ο οποίος μεταξύ άλλων ήταν αρμόδιος για την παραπομπή του ασθενή σε ειδικούς γιατρούς ή σε νοσοκομεία. Επιπλέον, ο νόμος όριζε την παροχή πρόσθετων υπηρεσιών στα κέντρα υγείας με την εφαρμογή συστήματος ηλεκτρονικής και τηλεφωνικής επικοινωνίας, τηλεϊατρική υποστήριξη για τις απομακρυσμένες και δυσπρόσιτες περιοχές, μετανοσοκομειακή φροντίδα, κατ' οίκον νοσηλεία, υπηρεσίες φυσικής αποκατάστασης και αποθεραπείας και διαμόρφωνε το γενικό πλαίσιο για την καθιέρωση του ηλεκτρονικού φακέλου και της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας των πολιτών. Ο νόμος ψηφίστηκε λίγο πριν τις εκλογές του 2004 και έκτοτε δεν υπήρξε καμία πρωτοβουλία για την ενεργοποίηση και εφαρμογή του (Κοντιάδης, Σουλιώτης, 2005 · Κυριόπουλος, Λιονής & συν., 2007).

Τα επόμενα χρόνια, η κυβέρνηση της Ν. Δημοκρατίας, παρά τις προεκλογικές δεσμεύσεις της

για άμεση εφαρμογή ολοκληρωμένου προγράμματος ανάπτυξης της ΠΦΥ, δεν σημείωσε καμία ουσιαστική πρόοδο. Συγκεκριμένα, τον Ιούνιο του 2005, ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ν. Κακλαμάνης, παρουσίασε στην ιστοσελίδα του υπουργείου μία *"Πρόταση για την ανάπτυξη της ΠΦΥ και την ολοκλήρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα"* με κύριο στόχο την εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού και την οργάνωση δημόσιου συστήματος ΠΦΥ.

Όμως μετά την αποχώρησή του, ο νέος Υπουργός Δ. Αβραμόπουλος έθεσε σε δημόσια διαβούλευση τη δική του πρόταση με τίτλο *"Σχέδιο Νόμου για την οργάνωση και λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας"* (Φεβρουάριος 2008). Αφειρητική του θέση αποτελούσε η δημιουργία "Εθνικού Δικτύου ΠΦΥ", το οποίο περιλάμβανε κάθε υπηρεσία που προσφέρει "ανοικτή φροντίδα" (μη νοσοκομειακή), έως και φαρμακεία, καταστήματα ιατρικών μηχανημάτων και υλικών, δημόσιες και ιδιωτικές μονάδες ημερήσιας και βραχείας νοσηλείας και φορείς όπως το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) και το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (ΕΚΕΠΥ). Επίσης καθιέρωνε την εφαρμογή "Συστήματος Ηλεκτρονικής Κάρτας Πληρωμών ΠΦΥ", σύμφωνα με το οποίο κάθε ασφαλιστικός οργανισμός καθόριζε το ύψος ετήσιας δαπάνης για κάθε δικαιούχο, λαμβάνοντας υπόψη παραμέτρους όπως, φύλο και ηλικία ασφαλισμένου, την πολιτική που ακολουθεί σχετικά με τη συμμετοχή των ασφαλισμένων του και το μέσο όρο των δαπανών του για αντίστοιχες παροχές υγείας. Σε ότι αφορά στους οικογενειακούς γιατρούς, το προτεινόμενο σχέδιο νόμου όριζε ότι κάθε ασφαλισμένος μπορούσε να επιλέξει ελεύθερα, χωρίς χωροταξικούς ή άλλους περιορισμούς, τον οικογενειακό του γιατρό από γιατρούς όλων των ειδικοτήτων του δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα που εντάσσονταν στο Εθνικό Δίκτυο ΠΦΥ. Το κείμενο αυτό, αντίθετο με τις αρχές και τις προτάσεις του Π.Ο.Υ. και αναφερόμενο κυρίως στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και όχι την ΠΦΥ, προκάλεσε ισχυρές αντιδράσεις και σύντομα αντικαταστάθηκε. Και οι προτάσεις όμως που ακολούθησαν, παρέμειναν στην ιστοσελίδα του υπουργείου και τελικά δεν κατατέθηκε στη Βουλή νομοσχέδιο για την ΠΦΥ (Μωραΐτης, 2009 · Μερκούρης, Μαριόλης, 2009).

Βασική διαπίστωση της παραπάνω ιστορικής αναδρομής αποτελεί το γεγονός ότι η εθνική πολιτική υγείας, μέσα από αλλεπάλληλα εγχειρήματα ατελέσφορων μεταρρυθμίσεων, χαρακτηρίζεται από ασυνέπεια και ασυνέχεια στην οργάνωση και στήριξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος ΠΦΥ στη χώρα μας.

2.2 Αποτύπωση Υφιστάμενης Κατάστασης

Σήμερα, οι υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονται μέσω μίας πλειάδας οργανωτικών σχηματισμών και φορέων, η ευθύνη των οποίων επιμερίζεται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς, την Τοπική Αυτοδιοίκηση και τον ιδιωτικό τομέα (Σουλιώτης, Λιονής, 2003).

2.2.1 Παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από το ΕΣΥ

Η ΠΦΥ παρέχεται μέσω των 200 περίπου κέντρων υγείας στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές, των 1458 περιφερειακών τους ιατρείων, καθώς επίσης και των εξωτερικών ιατρείων 132 νοσοκομείων. Κύρια πηγή χρηματοδότησης είναι ο κρατικός προϋπολογισμός και σε μικρότερο βαθμό τα ασφαλιστικά ταμεία. Πρόσβαση έχουν όλοι οι ασφαλισμένοι πολίτες, αλλά και οι ανασφάλιστοι σε περιπτώσεις έκτακτων περιστατικών (Κομματάς, Παπανότη & συν., 2008).

Τα κέντρα υγείας σχεδιάστηκαν με σκοπό να καλύπτουν όλο το φάσμα της πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας στον πληθυσμό ευθύνης τους, να πραγματοποιούν επιπλέον προγράμματα πρόληψης, προαγωγής και αγωγής της υγείας με απήχηση στην κοινότητα και να αποτελούν σημείο σύνδεσης μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Λειτουργούν από τα μέσα της δεκαετίας του '80 με ευθύνη και εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και απαρτίζονται κυρίως από γιατρούς γενικής ιατρικής, παθολόγους, παιδίατρους, ακτινολόγους, οδοντίατρους, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό, οι οποίοι είναι υπάλληλοι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης (Θεοδώρου, Σαρρής & συν., 2001 · Κυριόπουλος, Λιονής & συν., 2007).

Τα περιφερειακά ιατρεία στελεχώνονται κυρίως από αποφοίτους των ιατρικών σχολών, οι οποίοι είναι υποχρεωμένοι να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε κάποιο περιφερειακό ιατρείο για διάστημα ενός έτους μετά την ολοκλήρωση των σπουδών τους. Στις ακριτικές ή γεωγραφικά δυσπρόσιτες περιοχές και στα νησιά, ορισμένα περιφερειακά ιατρεία λειτουργούν σε 24ωρη βάση, ενώ εκτός από τον αγροτικό γιατρό, υπάρχει και γιατρός του ΕΣΥ, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό (Θεοδώρου, Σαρρής & συν., 2001 · Θεοδώρου, Σίσκου & συν., 2005 · Κυριόπουλος, Λιονής & συν., 2007).

Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί ότι στα πλαίσια ανάπτυξης δομών αστικών κέντρων υγείας, το 2005 λειτούργησε στην Αθήνα και συγκεκριμένα στο Δήμο Βύρωνα, το πρώτο κέντρο υγείας

αστικού τύπου, το οποίο περιλάμβανε ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών ΠΦΥ όπως: διάγνωση και θεραπεία κοινών νοσημάτων και τραυματισμών, διαχείριση χρόνιων νοσημάτων, άμεση αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών, υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής και προαγωγής της υγείας, κατ' οίκον νοσηλεία, εμβολιασμούς παιδιών και ευπαθών ομάδων του πληθυσμού ευθύνης του, ενημέρωση γύρω από θέματα οικογενειακού προγραμματισμού, αγωγή υγείας σε σχολεία, εφαρμογή επιδημιολογικών ερευνών με σκοπό την εκτίμηση των τοπικών αναγκών υγείας και την παροχή κατευθυνόμενων (patient-oriented) υπηρεσιών υγείας σε συνεργασία με άλλους φορείς. Τα πρώτα χρόνια λειτουργίας του εξυπηρετούσε περίπου 5.500 άτομα/μήνα, σε 24ωρη βάση, ενώ το ποσοστό παραπομπών σε νοσοκομεία δεν ξεπέρασε το 2,5%, γεγονός που αποδεικνύει την αποτελεσματικότητά του (Mariolis, Merkouris et al, 2004 · Μερκούρης, 2007).

Έκτοτε, οι προσπάθειες ανάπτυξης αντίστοιχων δομών στην ευρύτερη περιοχή της Αττικής και τη Θεσσαλονίκη (π.χ. κέντρο υγείας αστικού τύπου Καλυβίων Αττικής, Περιστερίου Αττικής, Ευόσμου Θεσσαλονίκης κ.ά) δεν απέδωσαν τα προσδοκώμενα, εξαιτίας της ελλιπούς στελέχωσής τους από ιατρικό κυρίως, καθώς και άλλο υγειονομικό προσωπικό. Ανάλογα προβλήματα αντιμετωπίζει σήμερα και το κέντρο υγείας στο Βύρωνα, η πορεία του οποίου φθίνει καθημερινά.

Επίσης, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα, κατά τις πρωινές ώρες, ύστερα από τηλεφωνικό ραντεβού, καλύπτουν όλες σχεδόν τις ιατρικές ειδικότητες, ενώ ο ασθενής πληρώνει το αντίτιμο των 5€ για κάθε εξέταση. Από το 2002 σε ορισμένα νοσοκομεία λειτουργούν τακτικά απογευματινά εξωτερικά ιατρεία, στα οποία ασκούν ιδιωτικό έργο οι πανεπιστημιακοί και νοσοκομειακοί γιατροί του ΕΣΥ. Η χρηματοδότηση προέρχεται από τις άμεσες πληρωμές των χρηστών, που κυμαίνονται από 25-90€ ανάλογα με τη βαθμίδα του γιατρού και τη γεωγραφική περιοχή που βρίσκεται το νοσοκομείο. Το 40% των ιδιωτικών αυτών πληρωμών κατευθύνεται στο νοσοκομείο και το 60% είναι η αμοιβή του γιατρού (Θεοδώρου, Σαρρής & συν., 2001 · Θεοδώρου, Σίσκου & συν., 2005).

Τέλος, έχουν δημιουργηθεί 17 Κέντρα Ψυχικής Υγείας, ορισμένα από τα οποία συνιστούν αποκεντρωμένες μονάδες μεγάλων περιφερειακών νοσοκομείων, ενώ τα υπόλοιπα βρίσκονται υπό την εποπτεία των κατά τόπους Νομαρχιών. Ωστόσο, αναφέρεται ότι δεν επαρκούν για την κάλυψη των αναγκών πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας του πληθυσμού και υποστηρίζεται ότι χρειάζονται επιπλέον, 65 τουλάχιστον ανάλογα κέντρα (Μωραΐτης, Γεωργούση & συν., 1995 · Θεοδώρου, Σίσκου & συν., 2005).

2.2.2 Παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς

Τα δημόσια ασφαλιστικά ταμεία λειτουργούν με ευθύνη δική τους και εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και χρηματοδοτούνται κυρίως από τις εισφορές εργαζομένων, εργοδοτών και συνταξιούχων. Τόσο το ποσοστό των ασφαλιστικών εισφορών, όσο και το εύρος των υπηρεσιών που προσφέρουν στους δικαιούχους διαφέρουν μεταξύ των ταμείων. Η ασφάλιση γίνεται βάσει επαγγέλματος και είναι υποχρεωτική με αποτέλεσμα να μην υφίσταται ελευθερία επιλογής και ανταγωνισμός μεταξύ τους (Κυριόπουλος, Οικονόμου & συν., 2003).

Το ΙΚΑ (Ιδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων), διαθέτει δική του υγειονομική υποδομή μέσα από ένα ευρύ και αποκεντρωμένο δίκτυο πολυϊατρείων και διαγνωστικών εργαστηρίων στις αστικές και ημιαστικές περιοχές σε όλη την επικράτεια. Απασχολούνται γιατροί όλων σχεδόν των ειδικοτήτων, οι περισσότεροι εκ των οποίων είναι έμμισθοι υπάλληλοι μερικής απασχόλησης και διατηρούν παράλληλα το δικαίωμα άσκησης ιδιωτικού έργου. Στις περιπτώσεις εκείνες που οι υποδομές του ΙΚΑ σε ακτινοδιαγνωστικό κυρίως εξοπλισμό ή/και σε ανθρώπινους πόρους δεν επαρκούν για την κάλυψη των αναγκών υγείας των ασφαλισμένων, το ταμείο συμβάλλεται με ιδιωτικούς φορείς που αμείβονται κατά πράξη και με συμφωνημένο τιμολόγιο (Θεοδώρου, Σαρρής & συν., 2001 · Κυριόπουλος, Λιονής & συν., 2007).

Ο ΟΠΑΔ (Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου) παρέχει πρωτοβάθμια φροντίδα στους πάνω από 1.500.000 ασφαλισμένους του, μέσω ενός δικτύου 20.000 περίπου συμβεβλημένων ιδιωτών γιατρών, καθώς και συμβεβλημένων διαγνωστικών κέντρων που αποζημιώνονται κατά πράξη και περίπτωση, βάσει κρατικού τιμολογίου, απευθείας από τον ασφαλιστικό φορέα. Ο ΟΠΑΔ παρουσιάζει τις υψηλότερες κατά κεφαλή δαπάνες για πρωτοβάθμια και φαρμακευτική περίθαλψη συγκριτικά με τα άλλα ασφαλιστικά ταμεία. Κατά ανάλογο τρόπο λειτουργεί και ο ΟΑΕΕ (Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών), με τη διαφορά ότι οι συμβεβλημένοι γιατροί αμείβονται με μισθό ανάλογο με τον αριθμό των ασφαλισμένων που είναι εγγεγραμμένοι στη λίστα τους. Οι ασφαλισμένοι του ΟΓΑ (Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων) εξυπηρετούνται σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης από τα κέντρα υγείας, τους αγροτικούς γιατρούς, τα δημόσια νοσοκομεία και ιδρύματα κοινωφελούς χαρακτήρα και από ιδιώτες συμβεβλημένους γιατρούς, οι οποίοι έχουν το δικαίωμα της συνταγογράφησης. Στην τελευταία περίπτωση, ο ασφαλισμένος καταβάλλει ο ίδιος τη δαπάνη της επίσκεψης στο γιατρό, καθώς ο ΟΓΑ δεν έχει καμία οικονομική υποχρέωση απέναντι στο συμβαλλόμενο ιδιώτη γιατρό και τον ασφαλισμένο. Τα τέσσερα

αυτά μεγάλα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν περίπου το 95% του πληθυσμού. Στα υπόλοιπα μικρότερα ταμεία (ΔΕΗ, ΟΤΕ, ΗΣΑΠ κ.ά), οι ασφαλισμένοι εξυπηρετούνται ως επί το πλείστον μέσω συμβεβλημένων ή μη, ιδιωτών γιατρών, η αποζημίωση των οποίων γίνεται με άμεση καταβολή της αμοιβής από τον ίδιο τον ασθενή, ο οποίος εκ των υστέρων εισπράττει όλο ή μέρος του ποσού από τον αντίστοιχο ασφαλιστικό φορέα (Θεοδώρου, Σίσκου & συν., 2005).

2.2.3 Παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από την Τοπική Αυτοδιοίκηση

Τα τελευταία χρόνια η Τοπική Αυτοδιοίκηση διαδραματίζει πιο ενεργό ρόλο στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας, υιοθετώντας τη σύγχρονη αντίληψη περί συμμετοχής της κοινότητας στην οργάνωση της ΠΦΥ. Χαρακτηριστική είναι η σταδιακή ανάπτυξη των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ), τα περισσότερα εκ των οποίων προσφέρουν στα άτομα της τρίτης ηλικίας υπηρεσίες πρόληψης, προαγωγής και αγωγής της υγείας (μέτρηση αρτηριακής πίεσης και σακχάρου, εμβολιασμούς, ενημέρωση για σωστή διατροφή, αποφυγή ατυχημάτων, ατομική υγιεινή, καθώς και ψυχολογική υποστήριξη, ψυχαγωγία κ.ά), ενώ αρκετά πραγματοποιούν προγράμματα φυσικοθεραπείας και εργοθεραπείας. Στελεχώνονται κυρίως με νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ πολύ συχνά υπάρχει και γιατρός που συνταγογραφεί προκειμένου να αποφεύγουν οι ηλικιωμένοι την ταλαιπωρία μίας πολύωρης επίσκεψης στα πολυϊατρεία ή στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων (Θεοδώρου, Σαρρής & συν., 2001 · Daniilidou, Economou, et al, 2003 · Κομματάς, Παπανότη & συν., 2008).

Από το 1998, με ευθύνη των Δήμων ξεκίνησαν προγράμματα "Βοήθεια στο Σπίτι", τα οποία απευθύνονται σε άτομα με ιδιαίτερα προβλήματα υγείας και ηλικιωμένους που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν, ζουν μόνοι ή το οικογενειακό περιβάλλον αδυνατεί να τους φροντίσει. Σήμερα, λειτουργούν στη χώρα μας περισσότερες από 1000 τέτοιες δομές, οι οποίες απαρτίζονται κυρίως από γιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, φυσιοθεραπευτές και οικιακούς βοηθούς, με κύριο στόχο την παραμονή των ατόμων αυτών στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, την αποφυγή χρήσης ιδρυματικής φροντίδας ή καταστάσεων κοινωνικού αποκλεισμού, την εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης και κατ' επέκταση τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους (Δημαρέλου, 2005 · Πόζιος, 2005).

Επιπλέον, ορισμένοι μεγάλοι Δήμοι έχουν αναπτύξει τοπικές μονάδες παροχής ιατρικής φροντίδας, οι οποίες λειτουργούν σε εθελοντική βάση ορισμένες ημέρες και ώρες την εβδομάδα, με κάποιες βασικές ιατρικές ειδικότητες (παθολόγο, καρδιολόγο, παιδίατρο,

γυναικολόγο, οφθαλμίατρο) και υγειονομικό προσωπικό και παρέχουν δωρεάν στους δημότες υπηρεσίες πρόληψης, συνταγογράφησης κ.ά. Στοιχεία από το Δήμο Αθηναίων δείχνουν ότι οι κύριοι χρήστες αυτών των υπηρεσιών είναι οι ανασφάλιστοι και οι μετανάστες (Κυριόπουλος, Λιονής & συν., 2007).

2.2.4 Παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από Ιδιωτικούς Φορείς

Σε αυτή την περίπτωση, η παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας δεν αφορά μόνο στους γιατρούς που ασκούν εν μέρει ή αποκλειστικά ιδιωτική ιατρική, αλλά περιλαμβάνει και όλες τις ιδιωτικές μονάδες παροχής υπηρεσιών πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης. Η χρηματοδότηση προέρχεται είτε από εισφορές της κοινωνικής ασφάλισης, είτε από το ατομικό και οικογενειακό εισόδημα των ασθενών, συμπεριλαμβανομένης της ιδιωτικής ασφάλισης. Οι ανεπάρκειες του δημόσιου τομέα στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ, οι νομοθετικές ρυθμίσεις, ο υπερπληθωρισμός του ιατρικού σώματος στη χώρα μας και η ολοένα αυξανόμενη ζήτηση για υψηλής ποιότητας υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής φροντίδας, δημιούργησαν σημαντικές ευκαιρίες ιδιωτικών επενδύσεων (Σισσούρας, Καρόκης & συν., 1995 · Siskou, Gounaris, 2004 · Κυριόπουλος, Λιονής & συν., 2007).

Επιπλέον, η ραγδαία ανάπτυξη υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας και η αδυναμία του δημόσιου τομέα να την παρακολουθήσει, είχε σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία πολλών ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, η πλειοψηφία των οποίων είναι εξοπλισμένα με τεχνολογία αιχμής και μπορούν να προσφέρουν ακόμη και τις πιο σπάνιες εξετάσεις. Σήμερα, όλα σχεδόν τα κέντρα αυτά είναι συμβεβλημένα με ασφαλιστικά ταμεία και αμείβονται κατά πράξη. Ο ιδιωτικός τομέας στη χώρα μας, τόσο στην πρωτοβάθμια, όσο και στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, είναι ιδιαίτερα αναπτυγμένος και εξακολουθεί να αναπτύσσεται με γοργούς ρυθμούς εξαιτίας της σημαντικής αύξησης που παρατηρείται στον αριθμό των ασφαλισμένων που προσφεύγουν σε αυτόν (Θεοδώρου, Σαρρής & συν., 2001 · Κοντιάδης, Σουλιώτης, 2005).

2.3 Ο Γενικός - Οικογενειακός Γιατρός στην Ελλάδα

2.3.1 Η Ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής

Η γενική ιατρική ως ειδικότητα θεσμοθετήθηκε για πρώτη φορά στην Ελλάδα το 1960 με το Ν.Δ 4111/60 και καθορίστηκε 18μηνη διάρκεια εκπαίδευσης για την απόκτησή της που περιλάμβανε άσκηση στην Παθολογία, Παιδιατρική, Γενική Χειρουργική, Μαιευτική-Γυναικολογία, Οφθαλμολογία, Ουρολογία, Ωτορινολαρυγγολογία, Ακτινολογία και Μικροβιολογία. Το 1981 η ειδικότητα αυξήθηκε σε 2 χρόνια με ανάλογη προσαρμογή του εκπαιδευτικού προγράμματος, ενώ σύμφωνα με υπουργική απόφαση, καθώς δεν υπήρχε αντίστοιχη πανεπιστημιακή έδρα, η πρακτική άσκηση στη γενική ιατρική (6 μήνες) θα έπρεπε να γίνεται στα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου ή στα κέντρα υγείας που επρόκειτο να συσταθούν (Μωραΐτης, Γεωργούση & συν., 1995 · Γεωργούση, Κυριόπουλος, 1996).

Το 1985 (Π.Δ 80/85) η διάρκεια της ειδίκευσης αυξήθηκε πάλι σε 3 χρόνια και το 1994 (Π.Δ 415/94) οριστικοποιήθηκε στα 4 χρόνια καλύπτοντας τα ακόλουθα γνωστικά αντικείμενα (Μωραΐτης, Γεωργούση & συν., 1995 · Λιαρόπουλος, 2007):

- Παθολογία (6 μήνες)
- Παιδιατρική / Γενική Χειρουργική (4 μήνες έκαστη)
- Μαιευτική - Γυναικολογία / Ορθοπαιδική - Τραυματιολογία / Καρδιολογία / Κλινική - Κοινωνική Ψυχιατρική (3 μήνες έκαστη)
- Δερματολογία / Οφθαλμολογία / Ωτορινολαρυγγολογία / Μικροβιολογία - Αιματολογία - Βιοχημεία / Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (2 μήνες έκαστη)
- Ακτινολογία (1 μήνα)
- Θεωρητική άσκηση στην Κοινωνική Ιατρική (σεμινάριο Επιδημιολογίας, Στατιστικής και Μεθοδολογίας της Έρευνας) (1 μήνα)
- 10μηνη άσκηση σε κέντρο υγείας στο τέλος της εκπαίδευσης

Σαν ειδικότητα η γενική ιατρική προσελκύει το ενδιαφέρον όλων όσων ασχολούνται με την ιατρική εκπαίδευση, το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και επισημαίνεται η σημασία και η αναγκαιότητά της, ως βασικού εκφραστή της πρωτοβάθμιας φροντίδας, σε όλες σχεδόν τις εισηγήσεις, εκθέσεις και προτάσεις που κατά καιρούς

διατυπώθηκαν και αφορούσαν στη μεταρρύθμιση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος (Γεωργούση, Κυριόπουλος, 1996).

Από το 1945, ο Ν. Λούρος στη μελέτη του για την "*υγειονομική οργάνωση της χώρας*" αναφερόταν στην αναδιοργάνωση της ιατρικής εκπαίδευσης, τονίζοντας τη σημασία της γενικής ιατρικής, αλλά και αργότερα το σχέδιο "*Εθνικής Πολιτικής Υγείας*" του Λ. Πάτρα (1970), η μελέτη του ΚΕΠΕ για τη μεταρρύθμιση του υγειονομικού τομέα (1976) και το Νομοσχέδιο Δοξιάδη "*Μέτρα Προστασίας της Υγείας*" (1980), επικεντρώνονταν στην αναγκαιότητα της γενικής ιατρικής και το θεσμό του οικογενειακού γιατρού. Το Ν.Δ 1204 "*περί θεραπόντων γιατρών ΙΚΑ*" ανέφερε ότι οικογενειακοί γιατροί, εκτός από παθολόγοι και γιατροί άνευ ειδικότητας, μπορούσαν να είναι και εκείνοι με την ειδικότητα της γενικής ιατρικής και στη συνέχεια ο Ν. 1397/83 για το ΕΣΥ, έδωσε τη δυνατότητα υποκατάστασης του οικογενειακού γιατρού από παθολόγο, παιδίατρο ή γενικό γιατρό (Μωραΐτης, Γεωργούση & συν., 1995 · Σολωμός, 1996 · Θεοδώρου, Σαρρής & συν., 2001).

Ωστόσο, στην πορεία του χρόνου οι εισροές στελεχών ειδικευμένων στη γενική ιατρική δεν φαίνονται ιδιαίτερα ικανοποιητικές. Μέχρι το 1985 είχαν καταγραφεί περίπου 70 γενικοί γιατροί, ο αριθμός των οποίων ανήλθε στους 560 δέκα χρόνια μετά, ενώ το 2003 σύμφωνα με την Ελληνική Εταιρεία Γενικής Ιατρικής (ΕΛΕΓΕΙΑ), οι ειδικευμένοι γενικοί γιατροί ήταν μόλις 1100-1200, όταν για την κάλυψη των αναγκών του συστήματος απαιτούντο τουλάχιστον 7000 (Γεωργούση, Κυριόπουλος, 1996 · Θεοδώρου, Σίσκου & συν., 2005). Τα πιο πρόσφατα στοιχεία της ΕΣΥΕ δείχνουν, ότι το 2009 η χώρα διέθετε συνολικά 69.030 γιατρούς (πλην των οδοντιάτρων), εκ των οποίων μόνο 1930 είχαν την ειδικότητα της γενικής ιατρικής, ποσοστό που αναλογεί στο 2,79% του συνόλου του ιατρικού σώματος και είναι κατά πολύ μικρότερο από το ήμισυ του μέσου όρου του αντίστοιχου ποσοστού των Ευρωπαϊκών χωρών (ΕΣΥΕ, 2011 · WHO, 2009).

Στην Ελλάδα, η γενική ιατρική εξακολουθεί να αποτελεί ειδικότητα χαμηλού κοινωνικού, επιστημονικού και επαγγελματικού κύρους και δύσκολα προσελκύει αποφοίτους της ιατρικής, οι περισσότεροι εκ των οποίων έχουν αυξημένες επιστημονικές και επαγγελματικές προσδοκίες. Οι λόγοι που αναφέρονται κυρίως είναι (Μωραΐτης, Γεωργούση & συν., 1995 · Σολωμός, 1996):

- Το περιορισμένο ενδιαφέρον της πολιτείας να στηρίξει τη συγκεκριμένη ειδικότητα, ως πρωταρχικής σημασίας για το υγειονομικό σύστημα της χώρας, εξασφαλίζοντας την απαραίτητη υποδομή (κυρίως στον τομέα της εκπαίδευσης) και παρέχοντας τα

κατάλληλα κίνητρα (οικονομικά, επαγγελματικά και ηθικά)

- Η κουλτούρα των Ελλήνων γιατρών που αντιμετωπίζουν την ιατρική κυρίως ως επάγγελμα και όχι ως λειτούργημα, με αποτέλεσμα να προτιμούν ειδικότητες που αποφέρουν υψηλές οικονομικές απολαβές
- Η αδυναμία της ίδιας της ειδικότητας να ενσωματώσει και να αφομοιώσει τα υψηλά ιδανικά που στην ουσία υπηρετεί

2.3.2 Αδυναμίες και Δυνατότητες στην Άσκηση της Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής στην Ελλάδα

Την περίοδο μετά την Εθνική Ανεξαρτησία και μέχρι το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, τα οργανωτικά σχήματα πρωτοβάθμιας περίθαλψης που αναπτύχθηκαν στην Ελλάδα, όπως το σύστημα της *κοντόττας* και οι *αγροτικοί υγειονομικοί συνεταιρισμοί*, θα μπορούσαν να θεωρηθούν πρόδρομες μορφές λειτουργίας του θεσμού της οικογενειακής ιατρικής. Σύμφωνα με το πρώτο σύστημα, οι κάτοικοι ενός ή δύο γειτονικών χωριών συμβάλλονταν με ένα γιατρό, ο οποίος προσέφερε τις υπηρεσίες του σε όλα τα μέλη των οικογενειών που ήταν εγγεγραμμένα στη λίστα του, έναντι συμφωνημένης ετήσιας αμοιβής. Στη δεύτερη περίπτωση, που συναντάται κυρίως στη Μακεδονία, τη Θράκη και την Αιτωλοακαρνανία, κάθε αγροτικός υγειονομικός συνεταιρισμός είχε σαν μέλη του μέχρι 500 οικογένειες, στις οποίες και εξασφάλιζε υπηρεσίες γιατρού ή/και αδελφής νοσοκόμου ή μαίας, έναντι ετήσιας αμοιβής (Ζηλίδης, 1989 · Μωραΐτης, Γεωργούση & συν., 1995).

Μεταπολεμικά, η καθιέρωση του θεσμού του αγροτικού γιατρού αποτέλεσε επίσης μία χαλαρή μορφή άσκησης της οικογενειακής ιατρικής. Ο αγροτικός γιατρός προσέφερε τις υπηρεσίες του στο σύνολο των κατοίκων μίας συγκεκριμένης γεωγραφικής περιφέρειας και παρά την έλλειψη ειδικής εκπαίδευσης, στις περισσότερες περιπτώσεις ανέπτυξε ικανοποιητικού επιπέδου σχέσεις με τον πληθυσμό ευθύνης του, εξασφαλίζοντας ως ένα βαθμό τη συνέχεια στη φροντίδα (Υφαντόπουλος, 1988 · Μωραΐτης, Γεωργούση & συν., 1995).

Το 1960, το ΙΚΑ επιχείρησε για πρώτη φορά την καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού σύμφωνα με το βρετανικό πρότυπο, προσπάθεια όμως που δεν συνοδεύτηκε από την αντίστοιχη διοικητική και επιστημονική υποστήριξη. Αντίστοιχα, τη δεκαετία του '80 με τη συγκρότηση του ΕΣΥ, η φιλόδοξη εθνική στρατηγική για την ανάπτυξη της ΠΦΥ και την καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού απέτυχε, καθώς στηρίχθηκε σε

επαγγελματίες υγείας των οποίων η γνώση και η εμπειρία ήταν νοσοκομειακού κυρίως χαρακτήρα, ενώ η εκπαίδευση και η κατάρτιση σχετικά με τη φύση και την πολιτική της ΠΦΥ ήταν σχεδόν μηδενική. Έκτοτε, ο θεσμός εφαρμόζεται μερικώς, τόσο στο ΙΚΑ, όσο και στα κέντρα υγείας του ΕΣΥ, παρά το γεγονός ότι σε όλες σχεδόν τις προτάσεις και τα νομοθετικά κείμενα που αφορούν στην υγεία και τις υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας, αναφέρεται ο ρόλος του γενικού-οικογενειακού γιατρού ως ρυθμιστή του συστήματος της ΠΦΥ που μπορεί να οδηγήσει στη βελτίωση της ποιότητας και αποδοτικότητας του υγειονομικού τομέα και την επίτευξη του στόχου "Υγεία για όλους" (Hubrick, 1992 · Κυριόπουλος, 1996 · Μπένος, 1996 · Δημολιάτης, Καλαμπαλίκης, 1996).

Αν και η διεθνής εμπειρία είναι εξαιρετικά επωφελής στην προώθηση σχετικών πολιτικών, στην Ελλάδα οι γιατροί της ΠΦΥ στην πλειοψηφία τους έχει αποδειχθεί ότι (Κυριόπουλος, Γεωργούση & συν., 1995 · Γεωργούση, Ανδριώτη & συν., 1999 · Κυριόπουλος, Λιονής, 2000 · Λιονής, Μερκούρης, 2000):

- Αφιερώνουν τον περισσότερο χρόνο τους στην περίθαλψη και τη συνταγογράφηση φαρμάκων για χρόνια κυρίως νοσήματα και δεν ενδιαφέρονται για την εκπαίδευση των ασθενών τους
- Συμμετέχουν σε μικρό βαθμό στην παροχή φροντίδας στο σπίτι
- Χρησιμοποιούν ελάχιστα διαγνωστικές κλίμακες και κατευθυντήριες οδηγίες για την αποτελεσματική διαχείριση συχνών χρόνιων και άλλων νοσημάτων
- Αδυνατούν συχνά να διαγνώσουν ψυχικές διαταραχές και άλλες παθήσεις (Νόσος Alzheimer και συναφή νευροεκφυλιστικά νοσήματα, οστεοπόρωση κ.ά) για τις οποίες τα άτομα δεν απευθύνονται συνήθως στις υπηρεσίες υγείας, αν και βιώνουν τις αρνητικές συνέπειές τους
- Δεν συμμετέχουν σε ικανοποιητικό βαθμό σε δραστηριότητες πρόληψης και προαγωγής της υγείας, με εξαίρεση περιορισμένες παρεμβάσεις
- Δεν λειτουργούν ως ομάδα υγείας, κυρίως λόγω διαφορετικών αντιλήψεων και τεχνικών, καθώς και ελλείψεων βασικών επαγγελματιών υγείας

Θεωρώντας δεδομένο το βασικό πρόβλημα της έλλειψης γιατρών γενικής ιατρικής, που οδήγησε αρχικά το ΙΚΑ και στη συνέχεια το ΕΣΥ στη στελέχωση των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας με παθολόγους και γιατρούς άνευ ειδικότητας, η αδυναμία της γενικής-οικογενειακής ιατρικής να ανταποκριθεί στους αρχικούς της στόχους και τις

προκλήσεις της σύγχρονης εποχής, οφείλεται κυρίως (Σολωμός, 1996 · Λιονής, Μερκούρης, 2000 · Λιονής, 2007):

- Στις ανεπάρκειες που παρουσιάζει η βασική εκπαίδευση των γενικών-οικογενειακών γιατρών σε θέματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας
- Στην απουσία κατευθυντήριων συστάσεων και πρακτικών οδηγιών, καθώς και μεταπτυχιακής εκπαίδευσης και έρευνας στην ΠΦΥ και τη γενική ιατρική, που θα διευκόλυναν την ανάπτυξη δραστηριοτήτων δημόσιας υγείας
- Στην έλλειψη οργανωτικής και λειτουργικής σύνδεσης και συνεργασίας μεταξύ των διαφόρων επιπέδων περίθαλψης, που θα εξασφάλιζε την επιστημονική και οικονομική υποστήριξη ανάλογων παρεμβάσεων σε κεντρικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο
- Στην περιορισμένη εμπλοκή της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και αξιολόγηση προγραμμάτων πρόληψης, προαγωγής και αγωγής της υγείας
- Στην έλλειψη οικονομικών πόρων από κρατικούς και επιστημονικούς φορείς για την ανάπτυξη έρευνας στην ΠΦΥ, σε συνδυασμό με την απροθυμία των περισσότερων φαρμακοβιομηχανιών να χρηματοδοτήσουν τέτοιου είδους δραστηριότητες
- Στην απουσία οικονομικών κινήτρων που θα βελτίωναν την αποδοτικότητα των γιατρών. Οι οικογενειακοί γιατροί εντάχθηκαν σταδιακά στο σύστημα με χαμηλό μηνιαίο μισθό, ενώ η κατά κεφαλήν αμοιβή που εμπεριέχει τη δυναμική του κινήτρου σχεδόν εγκαταλείφθηκε

Τα τελευταία χρόνια η εικόνα φαίνεται να αλλάζει, καθώς έχουν καταγραφεί σημαντικές πρωτοβουλίες και εξελίξεις στο πεδίο της εκπαίδευσης και της έρευνας στη γενική-οικογενειακή ιατρική (Mariolis, Merkouris et al, 2004). Ο Τομέας της Κοινωνικής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, σε συνεργασία με το ΠεΣΥΠ Κρήτης, εισήγαγε μετά από συστηματικές έρευνες στην ΠΦΥ και τη γενική-οικογενειακή ιατρική συγκεκριμένα μέτρα και προτάσεις για την κλινική διακυβέρνηση και την εφαρμογή συμβολαίων αποδοτικότητας με γενικούς γιατρούς και επαγγελματίες υγείας, μέσω επιλεγμένων δεικτών αξιολόγησης, την ανάπτυξη μέσων και μεθόδων για την ανάλυση και εκτίμηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού και τη διαχείριση του κινδύνου, τα οποία έχουν παρουσιαστεί σε αρκετές ελληνικές και ξένες δημοσιεύσεις. Παράλληλα, το ερευνητικό δυναμικό της Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής στην Κρήτη, έχει επενδύσει σημαντική ενέργεια και

χρόνο στην ανάπτυξη διαγνωστικών εργαλείων και μεθόδων αξιολόγησης της ποιότητας φροντίδας και ζωής, με τη μετάφραση και προσαρμογή στα ελληνικά κλιμάκων από το εξωτερικό, που αναμένεται να συμβάλλουν τόσο στη διεξαγωγή επιδημιολογικών ερευνών στη χώρας μας, όσο και στην εκτίμηση της διαγνωστικής πιθανότητας στη γενική ιατρική (Lionis, Trell, 1999 · Λιονής, 2004 · Λιονής, 2005).

Τα πρώτα αποτελέσματα από τη μακρόχρονη εμπειρία στην Κρήτη, έδειξαν ότι οι γενικοί-οικογενειακοί γιατροί μετά από κατάλληλη και συστηματική εκπαίδευση καθίστανται ικανοί:

- Να χρησιμοποιούν ικανοποιητικά διαγνωστικές κλίμακες για την άνοια και την κατάθλιψη και να διαγιγνώσκουν έγκαιρα νοσήματα και καταστάσεις που μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά (Argyriadou, Melissaropoulou et al, 2001 · Lionis, Tzagournissakis et al, 2001)
- Να διενεργούν εμβολιασμούς, όχι μόνο σε μαθητές, αλλά και σε ομάδες ενηλίκων υψηλού κινδύνου εκτιμώντας τις αντίστοιχες ανάγκες (Lionis, Chatziarsenis et al, 1998 · Chatziarsenis, Miyakis et al, 1999)
- Να ακολουθούν και να χρησιμοποιούν κατάλληλα πρακτικές οδηγίες για τη διάγνωση και την αποτελεσματική διαχείριση του βρογχικού άσθματος και της Ηπατίτιδας C (Lionis, Frangoulis et al, 1999)
- Να εφαρμόζουν προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου για συγκεκριμένα χρόνια νοσήματα και να παρακολουθούν ομάδες ατόμων υψηλού κινδύνου (Lionis, Frantzeskakis, 1996 · Chatziarsenis, Miyakis et al, 1999)
- Να διαχειρίζονται επείγοντα περιστατικά και να τα αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις περισσότερες των περιπτώσεων (Ερευνίδου, Μυλωνάκης & συν., 2000)

Τέλος, το 2008 στο Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, ξεκίνησε ένα μεταπτυχιακό πρόγραμμα ειδικά προσανατολισμένο στη γενική ιατρική και αντίστοιχα η Ελληνική Εταιρεία Γενικής Ιατρικής (ΕΛΕΓΕΙΑ) καθιέρωσε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και επιλεγμένες εκπαιδευτικές δραστηριότητες, τόσο για τον εκπαιδευτή, όσο και για τον ερευνητή στη γενική-οικογενειακή ιατρική (Λιονής, 2009).

Παρά τα επιτεύγματα αυτά και τις προτάσεις που έχουν διατυπωθεί για την ανάπτυξη της γενικής-οικογενειακής ιατρικής στην Ελλάδα, υπάρχει ακόμη μεγάλη διαδρομή σε επίπεδο πρακτικής εφαρμογής μέτρων και υποδομών για τη βελτίωση του επιπέδου της (Λιονής, Μερκούρης, 2001 · Λιονής, 2009).

2.4 Αδυναμίες και Προβλήματα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα

Τις τελευταίες δεκαετίες η "αχίλλειος πτέρνα" του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα εξακολουθεί να παραμένει η ανυπαρξία ενός οργανωμένου, αποτελεσματικού και αποδοτικού συστήματος ΠΦΥ. Η συνύπαρξη πολλών προμηθευτών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας (ΕΣΥ, Ασφαλιστικά Ταμεία, Τοπική Αυτοδιοίκηση, ιδιωτικοί φορείς) με διαφορετικό οργανωτικό και λειτουργικό πρότυπο, χωρίς συντονισμό και σύνδεση μεταξύ τους, με ξεχωριστό εποπτεύοντα φορέα (υπουργείο) και διαφορετικές πηγές χρηματοδότησης, υποδηλώνουν ένα πολυκερματισμένο και άναρχα αναπτυσσόμενο τομέα παροχής υπηρεσιών. Η πολυδιάσπαση αυτή σε συνδυασμό με την απουσία ρυθμιστικών κανόνων και αξιόπιστων χρηματοδοτικών μηχανισμών στο σύνολο αυτών των αγορών, συνεπάγονται αδυναμία σχεδιασμού και εφαρμογής ενιαίας πολιτικής στην ΠΦΥ, κατασπατάληση πόρων, διάσπαση της συνέχειας της φροντίδας, ευνοϊκές συνθήκες ανάπτυξης προκλητής ζήτησης κυρίως μέσω της μεταφοράς ζήτησης από το δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα και κατ' επέκταση περιορισμένη αποδοτικότητα του συστήματος και χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Κυριόπουλος, Μπεαζόγλου, 2000 · Γεωργούση, Κυριόπουλος, 2000 · Κυριόπουλος, Οικονόμου & συν., 2003 · Σουλιώτης, 2003 · Ζηλίδης, 2005).

Ο κατακερματισμός της ασφάλισης υγείας σε πολλούς φορείς, με διαφορές τόσο στο ύψος των εισφορών, όσο και σε επίπεδο παροχών, οδηγεί σε υγειονομικές ανισότητες στην πρόσβαση, την ποιότητα και το εύρος των φροντίδων που λαμβάνουν οι χρήστες, περιορίζει την κυριαρχία του καταναλωτή και τα θετικά και επιθυμητά στοιχεία της ελεύθερης επιλογής (λόγω του υποχρεωτικού της χαρακτήρα) και διαχωρίζει τους πολίτες σε κατηγορίες, ακυρώνοντας τις αρχές της ισότητας, της κοινωνικής δικαιοσύνης και αλληλεγγύης που πρεσβεύει το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Γεωργούση, Κυριόπουλος, 2000 · Μπουρσανίδης, 2001 · Οικονόμου, 2003 · Κυριόπουλος, Γκρέγκορν & συν., 2003).

Παράλληλα, η λειτουργία των κέντρων υγείας σήμερα στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές, με τις ελλείψεις που παρουσιάζονται σε ανθρώπινο δυναμικό και υλικοτεχνική υποδομή, έχει οδηγήσει σε κρίση τον ίδιο το θεσμό. Η απουσία ορθολογικής πολιτικής προσλήψεων, σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού και τους στόχους που έχουν τεθεί, σε συνδυασμό με την υπερπροσφορά που παρατηρείται σε ορισμένες ιατρικές ειδικότητες (γυναικολογία, χειρουργική) και τις σημαντικές ελλείψεις σε άλλες, κρίσιμες για την ΠΦΥ (γενική ιατρική, κοινωνική ιατρική κ.ά), έχουν ως αποτέλεσμα αντίστοιχα, τη γεωγραφική

ανισοκατανομή ιατρο-νοσηλευτικού και άλλου υγειονομικού προσωπικού, σε βάρος της περιφέρειας, δυσχεραίνοντας το βασικό σκοπό της παροχής φροντίδας στο χώρο διαμονής και εργασίας των πολιτών, ενώ συχνά παρατηρείται το φαινόμενο της στελέχωσης των κέντρων υγείας με επαγγελματίες ιατρο-κεντρικής κυρίως αντίληψης, κατάρτισης και εμπειρίας, οι οποίοι περιορίζονται στη στοιχειώδη εξωνοσοκομειακή περίθαλψη ή ακόμη χειρότερα στην απλή συνταγογραφία (Μπένος, 1996 · Σιγάλας, 1999 · Λιονής, Μερκούρης, 2000 · Tountas, Karnaki, 2002 · Κυριόπουλος, Λιονής & συν., 2007).

Στα αστικά κέντρα, η περιορισμένη διαθεσιμότητα των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας τις απογευματινές και βραδινές ώρες, καθώς και τις αργίες, σε συνδυασμό με την έλλειψη κέντρων υγείας αστικού τύπου, αναγκάζουν την προσφυγή των ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τα οποία υπερφορτώνονται και αποπροσανατολίζονται από την παροχή δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης που είναι ο βασικός τους στόχος, ενώ ταυτόχρονα διασπούν τη συνέχεια στη φροντίδα και ενισχύουν την άνιση κατανομή και πρόσβαση στην ΠΦΥ (Μωραΐτης, Γεωργούση & συν., 1995 · Λιονής, Μερκούρης, 2000 · Βερενίκη, Υφαντής, 2003).

Επίσης, οι χαμηλές αποδοχές των επαγγελματιών υγείας και η έλλειψη κινήτρων και μηχανισμών υποκίνησης ευθύνονται για την απροθυμία που συχνά παρατηρείται όσον αφορά στη στελέχωση δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας απομακρυσμένων ή μη περιοχών, ενώ παράλληλα μειώνουν το ενδιαφέρον του προσωπικού για το επιτελούμενο έργο και συνδέονται με χαμηλή παραγωγικότητα και αντιδεδοντολογικές συμπεριφορές (αυθαίρετο περιορισμό του ωραρίου εργασίας, προσφυγή σε παράνομες συναλλαγές κ.ά) (Θεοδώρου, 1999 · Νιάκας, 2002 · Αδαμακίδου, Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008).

Πέρα από αυτά, προβλήματα παρουσιάζονται και στη διαμόρφωση οργανωμένων υποστηρικτικών συστημάτων σε επίπεδο διοίκησης, οικονομικής διαχείρισης, τεχνολογίας, εκπαίδευσης και έρευνας. Η απουσία κατάλληλα εκπαιδευμένων διοικητικών στελεχών, η έλλειψη μηχανοργάνωσης και ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων από τις υπάρχουσες δομές και οι ατέλειωτες γραφειοκρατικές διαδικασίες με υψηλό κόστος χρόνου αναμονής και δυσκολίες στην πρόσβαση, δεν επιτρέπουν τον εκσυγχρονισμό του συστήματος και την αποτελεσματική λειτουργία του, προκαλούν τη δυσαρέσκεια των χρηστών και υποβαθμίζουν ακόμη περισσότερο την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Μωραΐτης, Γεωργούση & συν., 1995 · Φιλαλήθης, 1996).

Την ίδια στιγμή, ο δημόσιος τομέας αδυνατεί να ανταποκριθεί στις σύγχρονες απαιτήσεις της

ιατρικής επιστήμης και της βιοϊατρικής τεχνολογίας για την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας και περιορίζεται σε κάποιες βασικές μόνο υπηρεσίες, ενώ απουσιάζουν από το σύστημα αξιόπιστοι μηχανισμοί ελέγχου, ιδιαίτερα στη συνταγογραφία και τις παραπομπές για υψηλού κόστους εξετάσεις. Τα παραπάνω, σε συνδυασμό με την ταχεία ανάπτυξη και εμπλοκή του ιδιωτικού τομέα στην παροχή ΠΦΥ, οδηγούν σε φαινόμενα πλασματικής ζήτησης και υπερκατανάλωσης υπηρεσιών, επιβαρύνουν οικονομικά τα ασφαλιστικά ταμεία, ευνοούν την παραοικονομία και αυξάνουν τις συνολικές δαπάνες υγείας (Θεοδώρου, Σαρρής & συν., 2001 · Tountas, Karnaki, 2002 · Οικονόμου, 2003 · Κοντιάδης, Σουλιώτης, 2005).

Από την άλλη πλευρά, η έλλειψη επιδημιολογικών ερευνών και στοιχείων σχετικά με την εκτίμηση των αναγκών υγείας των κατά τόπους πληθυσμών και η αδυναμία συνεχούς αξιολόγησης της λειτουργίας των μονάδων παροχής ΠΦΥ, δεν επιτρέπουν το σχεδιασμό και την ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας, καθώς και άλλων παρεμβάσεων για την αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος (Κυριόπουλος, Λιονής & συν., 2007). Οι δραστηριότητες πρόληψης των περισσότερων πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας περιορίζονται στους εμβολιασμούς, χωρίς συστηματική εκτίμηση του ποσοστού κάλυψης, ενώ αποσπασματικά διενεργούνται προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού και εξετάσεις ανίχνευσης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και του μαστού. Η κατ' οίκον νοσηλεία έχει σχεδόν εγκαταλειφθεί και απουσιάζουν συστηματικές παρεμβάσεις για την πρόληψη συγκεκριμένων χρόνιων νοσημάτων και την προαγωγή υγείας του πληθυσμού γενικότερα. Επιπλέον, η έλλειψη συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των επαγγελματικών υγείας και κατευθυντήριων οδηγιών σχετικά με τη διαχείριση συχνών χρόνιων παθήσεων, έχουν ως αποτέλεσμα η φροντίδα αυτών των ασθενών να παρέχεται περιστασιακά και αποσπασματικά από ανεκπαίδευτο συνήθως νοσηλευτικό προσωπικό (Κυριόπουλος, Λιονής & συν., 2000 · Λιονής, Μερκούρης, 2000).

Προβλήματα εντοπίζονται και στην παροχή οδοντιατρικής φροντίδας, που αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της ΠΦΥ. Παρατηρούνται σημαντικές ανισότητες στο είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών, τη συμμετοχή των χρηστών και την κατανομή των οδοντιάτρων, τόσο γεωγραφικά, όσο και μεταξύ των φορέων παροχής ΠΦΥ, ενώ τα περισσότερα ασφαλιστικά ταμεία καταβάλλουν πολύ μικρή αποζημίωση και για συγκεκριμένες μόνο θεραπείες, με αποτέλεσμα ο ασθενής να επωμίζεται σχεδόν όλο το κόστος (Μωραΐτης, Γεωργούση & συν., 1995 · Θεοδώρου, Σίσκου & συν., 2005 · Κυριόπουλος, Λιονής & συν., 2007).

Σημαντική αδυναμία του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας αποτελεί επίσης η αποτυχία

ανάπτυξης του θεσμού του οικογενειακού γιατρού και η απουσία συστήματος παραπομπών σε ανώτερες και υψηλού κόστους μορφές περίθαλψης. Παρά τις προτάσεις που κατά καιρούς διατυπώθηκαν, ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού παραμένει ασαφής σχετικά με τις δραστηριότητες και υπηρεσίες που είναι σε θέση να προσφέρει, με αποτέλεσμα την άσκοπη, ανεξέλεγκτη και χωρίς περιορισμούς περιπλάνηση του ασθενή μέσα στο σύστημα υγείας, χωρίς σταθερό σημείο αναφοράς και συνέχεια στη φροντίδα, τον πληθωρισμό επισκέψεων και εξετάσεων υψηλού συνήθως κόστους, τη μη ορθολογική αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων και τελικά τη μείωση της αποτελεσματικής και αποδοτικής λειτουργίας του υγειονομικού τομέα γενικότερα (Νικολάκης, Οικονόμου & συν., 2000 · Θεοδώρου, Σαρρής & συν., 2001 · Θεοδώρου, Σίσκου & συν., 2005).

Τα προβλήματα αυτά ενισχύονται ακόμη περισσότερο από τη μη υλοποίηση νομοθετικών ρυθμίσεων σχετικά με την τήρηση ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου και ηλεκτρονικής κάρτας υγείας των πολιτών, ευθύνη που κυρίως αποδίδεται στην αδυναμία της πλειοψηφίας του ιατρικού προσωπικού να την εφαρμόσουν. Συγκεκριμένα, έρευνες που πραγματοποιήθηκαν από το Παρατηρητήριο για την Κοινωνία της Πληροφορίας και την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, έδειξαν αντίστοιχα ότι μόλις το 27% των γιατρών διατηρούν ηλεκτρονικό μητρώο ασθενών, ενώ το 23,4% δηλώνουν ότι δεν έχουν εξοικειωθεί με τη χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή και διαδικτύου (Κυριόπουλος, Λιονής & συν., 2007).

Σε ότι αφορά τις δαπάνες υγείας, δημόσιες και ιδιωτικές, η σύνθεσή τους αντανακλά αφενός τη νοσοκομειοκεντρική κατεύθυνση του συστήματος και αφετέρου τις ανεπάρκειες των δημόσιων φορέων παροχής ΠΦΥ και την κυριαρχία του ιδιωτικού τομέα στις υπηρεσίες αυτές. Ειδικότερα, η Ελλάδα τα τελευταία χρόνια παρουσιάζει το μικρότερο ποσοστό δημόσιων δαπανών για την υγεία (42,8%), συγκριτικά με τις χώρες του ΟΟΣΑ και το μεγαλύτερο ποσοστό ιδιωτικών δαπανών (57,2%), πλησιάζοντας μεγέθη ιδιωτικών συστημάτων υγείας και ακυρώνοντας το χαρακτήρα της δωρεάν περίθαλψης. Από τις δημόσιες δαπάνες υγείας, το μεγαλύτερο ποσοστό (56%) απορροφά η δευτεροβάθμια περίθαλψη και το 42,5% δαπανάται για ιατρο-φαρμακευτικές και λοιπές υπηρεσίες, ενώ η δημόσια συμμετοχή για οδοντιατρική περίθαλψη ανέρχεται μόλις στο 1,5%. Η υποχρηματοδότηση της ΠΦΥ από το δημόσιο τομέα, αναπληρώνεται από τις ιδιωτικές δαπάνες, το μεγαλύτερο ποσοστό των οποίων (64%) κατευθύνεται στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και κυρίως σε υπηρεσίες γιατρών (31%) και οδοντιάτρων (33%) (Σουλιώτης, 2002 · Σουλιώτης, Μαριόλης, 2004 · Κυριόπουλος, Λιονής & συν., 2007).

Η σύνθεση αυτή αποτυπώνει τη χαμηλή αξιοπιστία και ανταποκρισιμότητα του δημόσιου

συστήματος ΠΦΥ στις προσδοκίες των πολιτών, οι περισσότεροι εκ των οποίων επιβαρύνονται τελικά με άτυπες ιδιωτικές πληρωμές, σε μία προσπάθεια εξασφάλισης ικανοποιητικών υπηρεσιών υγείας. Η χαμηλή ικανοποίηση των χρηστών και η δυσαρέσκεια που εκφράζουν, οφείλονται αφενός στο γραφειοκρατικό χαρακτήρα του συστήματος που καθιστά δυσχερή την πρόσβαση και αφετέρου στην παρουσία προβλημάτων που σχετίζονται με τις δημόσιες υποδομές και το ξενοδοχειακό περιβάλλον, τη λειτουργία, τη στελέχωση, τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας και κατ' επέκταση την έλλειψη μηχανισμών ελέγχου και διασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Κυριόπουλος, Λιονής & συν., 2000 · Σουλιώτης, Μαριόλης, 2004). Σύμφωνα με μελέτες, οι Έλληνες χρήστες υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας, είναι οι πιο δυσαρεστημένοι ανάμεσα στους Ευρωπαίους πολίτες, ενώ η πλειοψηφία αυτών απευθύνεται στις πρωτοβάθμιες δομές κυρίως για την αναγραφή συνταγών (Health Statistics, 2002 · Σουλιώτης, Δόλγερας & συν., 2003 · Κυριόπουλος, Λιονής & συν., 2007).

Είναι ευρέως αποδεκτό, ότι οι αδυναμίες που παρουσιάζει σήμερα το ελληνικό σύστημα υγείας και ιδιαίτερα ο τομέας της ΠΦΥ, είναι απόρροια κυρίως της έλλειψης ισχυρής πολιτικής βούλησης, διοικητικής και διαχειριστικής κουλτούρας και ωριμότητας με τις παλινωδίες που ακολουθούν τις κυβερνητικές ή/και υπουργικές εναλλαγές, της κομματικοκρατίας και των οργανωμένων συνδικαλιστικών συμφερόντων και της απουσίας ενεργητικής συμμετοχής της κοινωνίας των πολιτών (Μπένος, 1996 · Νιάκας, 2002 · Μωραΐτης, 2009).

Ωστόσο, η ανάγκη αναδόμησης του δημόσιου υγειονομικού τομέα καθίσταται άμεση και επιτακτική την παρούσα περίοδο και δεν αφήνει άλλα περιθώρια για μακρόχρονους επιστημονικούς διαλόγους και παλινδρομήσεις, δεδομένης της ισχυρής οικονομικής κρίσης που πλήττει τη χώρα και ασκεί ασφυκτικές πιέσεις στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών παροχής υγειονομικής φροντίδας, απειλεί τη βιωσιμότητα των συστημάτων ασφαλιστικής κάλυψης και κοινωνικής προστασίας και επιβάλλει την εφαρμογή μέτρων και κανόνων για την αποδοτική αξιοποίηση των περιορισμένων διαθέσιμων υγειονομικών πόρων (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2010).

2.5 Μια Νέα Μεταρρυθμιστική Προσπάθεια

Οι παραπάνω διαπιστώσεις οδήγησαν το Μάρτιο του 2011 στην ψήφιση του Ν. 3918 "*Διαρθρωτικές Αλλαγές στο Σύστημα Υγείας και Άλλες Διατάξεις*", ο οποίος επιχειρεί την ανασυγκρότηση και τον εξορθολογισμό του υγειονομικού τομέα με έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα και τη δημόσια υγεία. Συγκεκριμένα, μεταξύ άλλων προβλέπει:

- Τη σύσταση Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) στον οποίο μεταφέρονται και εντάσσονται πρωτίστως, ως υπηρεσίες, αρμοδιότητες και προσωπικό, οι κλάδοι υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ (με τις μονάδες υγείας του και το σύνολο του εξοπλισμού τους), του ΟΠΑΔ, του ΟΑΕΕ και του ΟΓΑ, σε ότι αφορά τις παροχές ασθένειας σε είδος. Οι παροχές ασθένειας σε χρήμα εξακολουθούν να χορηγούνται από τους ως άνω φορείς. Επιπλέον, στον ΕΟΠΥΥ είναι δυνατό να ενταχθούν και άλλοι Ασφαλιστικοί Οργανισμοί παροχής υγείας που λειτουργούν ως ΝΠΔΔ ή ΝΠΙΔ, καθώς και ιδιώτες γιατροί και οδοντίατροι που θα συνάψουν σύμβαση μίσθωσης έργου με τον Οργανισμό, ανάλογα με τις ανάγκες που θα προκύψουν, με σκοπό την απρόσκοπτη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων. Οι υπηρεσίες που εντάσσονται στον ΕΟΠΥΥ λειτουργούν ως αυτοτελείς οργανικές μονάδες και κατανέμονται σε 7 υγειονομικές περιφέρειες, όπως αυτές προβλέπονται στο Ν.3329/2005
- Την ένταξη των νοσοκομείων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ με το σύνολο σχεδόν του προσωπικού τους
- Τη διαμόρφωση ενιαίων κανόνων αγοράς υπηρεσιών υγείας σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα και ενιαίου κανονισμού παροχών υγείας για όλους τους ασφαλισμένους
- Την ένταξη όλων των ελεγκτικών μηχανισμών, που σήμερα είναι διάσπαρτοι στα ταμεία, κάτω από μία ενιαία υπηρεσία ΥΠ.Ε.Δ.Υ.Φ.Κ.Α (Υπηρεσία Ελέγχου Δαπανών Υγείας Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης), η οποία υπάγεται απευθείας στο Διοικητή του Οργανισμού
- Την εξέλιξη και ανάπτυξη ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, με βάση την καθολική εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης
- Την εφαρμογή ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων για την καλύτερη εξυπηρέτηση των χρηστών και τη συστηματική αξιολόγηση της απόδοσης των

μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας

- Την παρακολούθηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και τον καθορισμό κριτηρίων (ποιοτικών και ποσοτικών) για τη διασφάλιση και βελτίωσή της, μέσω της σύστασης αυτοτελούς Διεύθυνσης Διασφάλισης Ποιότητας
- Τη διαμόρφωση νέου Υγειονομικού Χάρτη ΠΦΥ, με σκοπό το σχεδιασμό κάλυψης των αναγκών υγείας των κατά τόπους πληθυσμών και την παροχή ενιαίας και επαρκούς δέσμης υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες

Σύμφωνα με τον ως άνω νόμο, ο ΕΟΠΥΥ λειτουργεί υπό την εποπτεία των Υπουργείων Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης & Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και χρηματοδοτείται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό και τις ασφαλιστικές εισφορές εργαζομένων, εργοδοτών και συνταξιούχων.

Σε ότι αφορά τη Δημόσια Υγεία, ο νόμος προβλέπει τη σύσταση Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και Ποιότητας Ζωής, με επιμέρους υπηρεσίες και τμήματα, με σκοπό μεταξύ άλλων:

- Την εκτίμηση και καταγραφή του επιπέδου υγείας του πληθυσμού μέσα από τη συστηματική παρακολούθηση και συλλογή δημογραφικών και πρωτογενών επιδημιολογικών στοιχείων, καθώς και άλλων γενικότερων που σχετίζονται με το περιβάλλον, τα κοινωνικά και οικονομικά δεδομένα και επηρεάζουν την υγεία των πολιτών
- Το σχεδιασμό και τη χάραξη προτεραιοτήτων για την προαγωγή και βελτίωση της δημόσιας υγείας
- Τη συνεχή αξιολόγηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών δημόσιας υγείας των ΟΤΑ και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης και την εξασφάλιση συντονισμού και συνεργασίας μεταξύ τους, καθώς και με άλλες Διευθύνσεις του Υπουργείου Υγείας
- Την εισαγωγή προγραμμάτων εκπαίδευσης, μετεκπαίδευσης και συνεχιζόμενης κατάρτισης των λειτουργών της δημόσιας υγείας
- Την υποστήριξη και επέκταση προγραμμάτων πρόληψης, προαγωγής και αγωγής της υγείας σε όλη την επικράτεια, με έμφαση στη στοματική υγεία και την προληπτική οδοντιατρική, τη διατροφή, την άθληση, την εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες, καπνό, αλκοόλ, καθώς και άλλες μορφές ψυχικών εξαρτήσεων

Επίσης, Ειδική Επιτροπή του Υπουργείου Υγείας προτείνει συμπληρωματικά, μία σειρά βελτιωτικών αλλαγών και μέτρων μεταξύ των οποίων, την παροχή ειδικών κινήτρων σε όσους φοιτητές τις ιατρικής επιλέγουν ειδικότητες που παρουσιάζουν ελλείψεις (π.χ. γενική ιατρική, ιατρική της εργασίας, ογκολογία), την κατοχύρωση της ειδικότητας της γηριατρικής και τον άμεσο σχεδιασμό, στο πλαίσιο και του ΕΟΠΥΥ, ενός δικτύου οικογενειακών γιατρών σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, με γιατρούς γενικής ιατρικής ή όπου δεν επαρκούν με ειδικούς παθολόγους. Η υλοποίηση του νόμου, παρά τις αντιδράσεις και καθυστερήσεις που και εδώ παρατηρούνται, βρίσκεται σε εξέλιξη.

2.6 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο ΙΚΑ και ο Ρόλος του Οικογενειακού Γιατρού

2.6.1 Η Παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας από το ΙΚΑ

Το ΙΚΑ συστάθηκε ως ΝΠΔΔ το 1934 με την ψήφιση του Ν.6298 "*Περί Ίδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων*", ο οποίος τέθηκε σε ισχύ το Δεκέμβριο του 1937 και αφορούσε στην ασφάλιση των εργαζομένων του ιδιωτικού δικαίου (πλην των απασχολούμενων σε αγροτικές επιχειρήσεις) σε περιπτώσεις ασθένειας, μητρότητας, αναπηρίας, ατυχήματος και γήρατος. Το 1938, στο καταστατικό του για την αντιμετώπιση της ασθένειας, όριζε τους κύριους άξονες για την οργάνωση, λειτουργία και ανάπτυξη ενός δικτύου εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας, καλύπτοντας αρχικά τον αστικό πληθυσμό που αποτελούσε το 32,8% του συνολικού πληθυσμού (Υφαντόπουλος, 1988 · Σκουτέλης, 1990 · Θεοδώρου, 1992).

Το 1982, η επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης του ΙΚΑ σε όλη τη χώρα (Ν.1305/82, άρθρο 3) αποτέλεσε σταθμό στην ιστορία της κοινωνικής ασφάλισης και την εξέλιξη του υγειονομικού συστήματος, καθώς αφενός αποκαταστάθηκε το έλλειμμα κοινωνικής πολιτικής σχετικά με μεγάλες ανασφάλιστες πληθυσμιακές ομάδες χαμηλού εισοδήματος, που μειονεκτούσαν στη χρήση υπηρεσιών υγείας και αφετέρου ενισχύθηκε η χρηματοδότηση του συστήματος (Μπεντενιώτης, 2004).

Με τις διατάξεις του Ν.3029/2002 "*Μεταρρύθμιση Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης*", το ΙΚΑ μετονομάστηκε σε Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων - Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ - ΕΤΑΜ). Σήμερα, αποτελεί το μεγαλύτερο ασφαλιστικό φορέα της χώρας, δεδομένου ότι καλύπτει περίπου το 54% του πληθυσμού (Ζάβρας, Τσάκος & συν., 2001). Συνολικά οι δικαιούχοι περίθαλψης, ανέρχονταν το 2009 σε 5.614.664 (πίνακας 2.1).

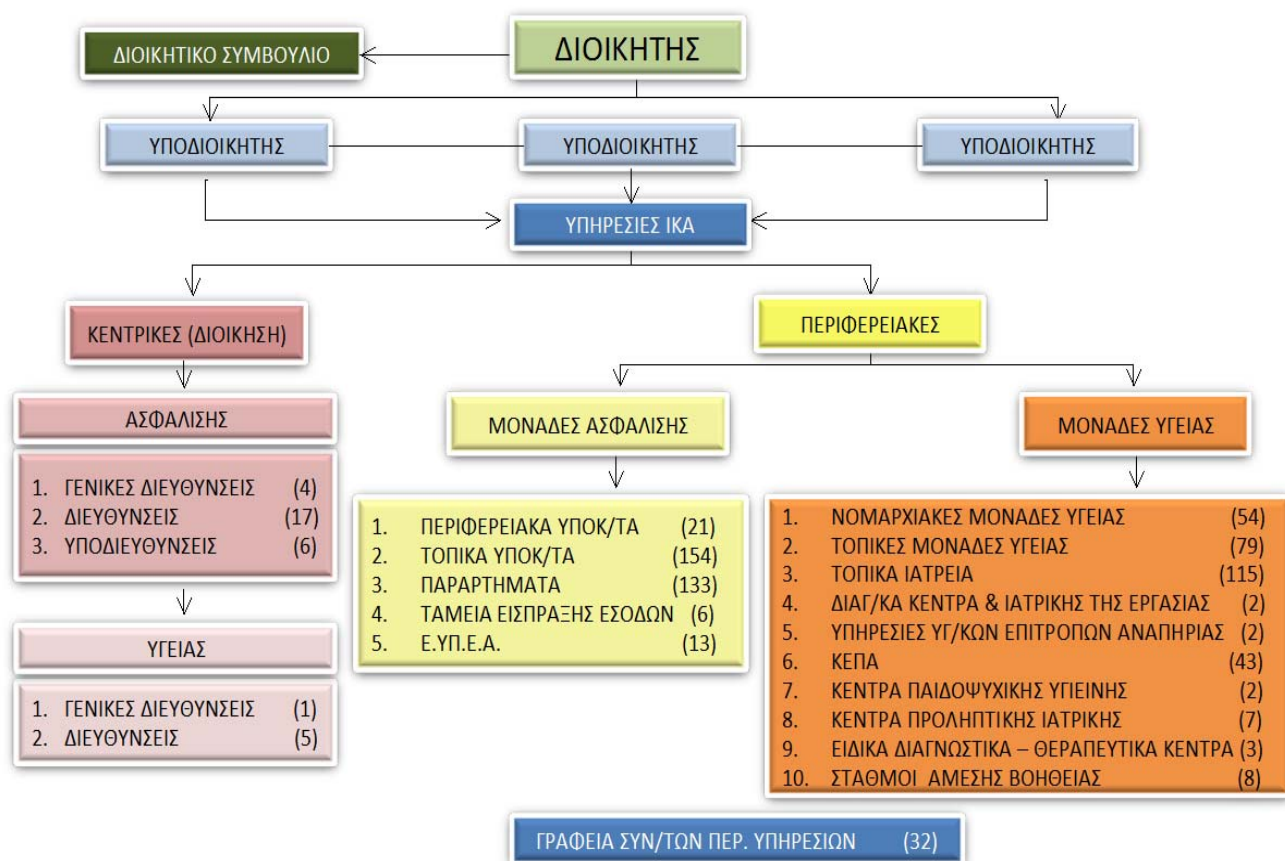
Πίνακας 2.1: Δικαιούχοι περίθαλψης ΙΚΑ-ΕΤΑΜ (2009)

Κατηγορία Δικαιούχων Περίθαλψης	Αριθμός Δικαιούχων Περίθαλψης	%
Άμεσα Ασφαλισμένοι (Ενεργοί Ασφαλισμένοι)	2.134.590	38,0%
Μέλη Οικογενείας	2.102.869	37,5%
Σύνολο	4.237.459	
Συνταξιούχοι (γήρατος, αναπηρίας, θανάτου)	1.035.560	18,4%
Μέλη Οικογενείας	341.645	6,1%
Σύνολο	1.377.205	
ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	5.614.664	100,0%

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία ΙΚΑ, 2011

Όλες οι υπηρεσίες παρέχονται στους δικαιούχους δωρεάν, εκτός από τη φαρμακευτική περίθαλψη και ορισμένες μορφές παροχών (γυαλιά, ορθοπεδικά είδη, αναλώσιμο υγειονομικό υλικό κ.ά), όπου οι ασφαλισμένοι συμμετέχουν στο κόστος (μέχρι 25%), αν και υπάρχουν πολλές εξαιρέσεις ιδιαίτερα για τους χρονίως πάσχοντες και τη μητρότητα (Υφαντόπουλος, 1988 · Θεοδώρου, Σαρρής & συν., 2001). Το ΙΚΑ είναι ίσως ο μοναδικός ασφαλιστικός φορέας στον κόσμο που ανέπτυξε σταδιακά από την ίδρυσή του και παράλληλα με την ασφαλιστική του προσπάθεια, ένα ευρύ και αποκεντρωμένο δίκτυο παραγωγής και διανομής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε όλη την επικράτεια (Σολωμός, 1996).

Σε οργανωτικό επίπεδο οι υπηρεσίες του διακρίνονται σε κεντρικές, με αρμοδιότητες κυρίως επιτελικές και σε περιφερειακές, με λειτουργικές και εκτελεστικές κυρίως αρμοδιότητες (Διάγραμμα 2.1).



Διάγραμμα 2.1: Γενικό Οργανόγραμμα Υπηρεσιών ΙΚΑ - ΕΤΑΜ* (2011)

Πηγή: ΙΚΑ, 2011 (Δ/ση Οργάνωσης και Απλούστευσης Διαδικασιών, Τμήμα Διοικητικής Οργάνωσης)

* Περιλαμβάνονται όλες οι Μονάδες του ΙΚΑ, όπως αναφέρονται στον Οργανισμό την 31.10.2011, ανεξάρτητα από το αν λειτουργούν ή υπό τη μορφή με την οποία λειτουργούν σήμερα

Ειδικότερα, στις 31.10.2011, το ΙΚΑ διέθετε 248 Μονάδες Υγείας, εκ των οποίων οι 54 σε νομαρχιακό και οι υπόλοιπες σε τοπικό επίπεδο (79 Τοπικές Μονάδες Υγείας και 115 Τοπικά Ιατρεία).

Οι *Νομαρχιακές Μονάδες Υγείας* είναι στελεχωμένες με γιατρούς όλων των ειδικοτήτων, διοικητικό και υγειονομικό προσωπικό (νοσηλεύτες, μαίες, φυσικοθεραπευτές, επισκέπτες υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς, χειριστές ιατρικών μηχανημάτων κ.ά), διαθέτουν εργαστηριακές υποδομές (βιοπαθολογικά, ακτινοδιαγνωστικά, οδοντοπροσθητικά εργαστήρια κ.ά) και προσφέρουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας στον πληθυσμό του Νομού ευθύνης τους.

Οι *Τοπικές Μονάδες Υγείας* περιλαμβάνουν τις περισσότερες ιατρικές ειδικότητες, διοικητικό και νοσηλευτικό κυρίως προσωπικό, προσφέρουν ιατρική και οδοντιατρική περίθαλψη και περιορισμένες εργαστηριακές εξετάσεις στους δικαιούχους, ενώ υποστηρίζονται από τις κατά τόπους Νομαρχιακές Μονάδες Υγείας όταν κρίνεται απαραίτητο.

Τα *Τοπικά Ιατρεία* βρίσκονται σε αποκεντρωμένες σχετικά γεωγραφικές περιοχές της περιφέρειας, απαρτίζονται από γιατρούς ορισμένων βασικών ειδικοτήτων (παθολόγο, καρδιολόγο, παιδίατρο), νοσηλεύτρια ή μαία και υποστηρίζονται λειτουργικά και διοικητικά από τις Τοπικές και Νομαρχιακές Μονάδες Υγείας στις οποίες υπάγονται.

Τα εξειδικευμένα κέντρα του Ιδρύματος περιλαμβάνουν:

- Τα *Κέντρα Διαγνωστικής και Ιατρικής της Εργασίας* (Αθήνα και Θεσ/νίκη), τα οποία είναι αρμόδια για τη διάγνωση και αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με τις συνθήκες ή τη φύση της εργασίας των ατόμων (π.χ. νεφροπάθεια από μόλυβδο, πνευμονική ίνωση από εισπνοή αργίλου κ.ά), ενώ παράλληλα παρέχονται οδηγίες και συμβουλές για την προφύλαξη εργαζομένων σε περιβάλλον αυξημένου κινδύνου
- Τις *Υπηρεσίες Υγειονομικών Επιτροπών Αναπηρίας* (Αθήνα και Θεσ/νίκη), οι οποίες είναι αρμόδιες για την εύρυθμη λειτουργία των Πρωτοβάθμιων Επιτροπών Αναπηρίας του Ιδρύματος και τη στελέχωσή τους με γιατρούς κατάλληλων ειδικοτήτων
- Τα *Κέντρα Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕΠΑ)*, τα οποία λειτουργούν πανελλαδικά από το Σεπτέμβριο του 2011 και έχουν ως έργο: α) τον καθορισμό ποσοστού αναπηρίας για σύνταξη, β) το χαρακτηρισμό ατόμων ως ΑμΕΑ (Άτομα με Ειδικές Ανάγκες) και γ) τον καθορισμό του βαθμού αναπηρίας για τις κοινωνικές και οικονομικές παροχές ή διευκολύνσεις που δικαιούνται από την πολιτεία άτομα με αναπηρίες. Στα ΚΕΠΑ μπορούν να εξετάζονται ασφαλισμένοι όλων των ασφαλιστικών ταμείων, συμπεριλαμβανομένου του Δημοσίου, καθώς και ανασφάλιστοι για τους οποίους απαιτείται η πιστοποίηση αναπηρίας
- Τα *Κέντρα Παιδοψυχικής Υγιεινής* (Αθήνα και Θεσ/νίκη), τα οποία καλύπτουν διαγνωστικά και θεραπευτικά όλο το φάσμα της ψυχικής υγείας και της ψυχοκινητικής ανάπτυξης του παιδιού και του εφήβου
- Τα *Κέντρα Προληπτικής Ιατρικής*, στα οποία εφαρμόζονται προγράμματα προληπτικού ελέγχου για AIDS, ηπατίτιδα, μεσογειακή αναιμία κ.ά. Λειτουργούν 7 πανελλαδικά και καλύπτουν όλες τις μεγάλες Διοικητικές Περιφέρειες της χώρας

- *Ειδικά Διαγνωστικά - Θεραπευτικά Κέντρα* (Αθήνα, Πάτρα, Θεσ/νίκη), τα οποία παρέχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας, πέραν εκείνων που παρέχονται στις Νομαρχιακές και Τοπικές Μονάδες Υγείας
- Τους *Σταθμούς Άμεσης Βοήθειας* (7 στο Νομό Αττικής και 1 στο Νομό Θεσ/νίκης), οι οποίοι υποστηρίζονται λειτουργικά και εποπτεύονται από τις Νομαρχιακές και Τοπικές Μονάδες Υγείας της έδρας τους και προσφέρουν άμεση βοήθεια και ιατρική φροντίδα σε επείγοντα περιστατικά

Επίσης, λειτουργούν σε όλη τη χώρα 10 *Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού* και 58 *Σταθμοί Προστασίας Μάνας, Παιδιού και Εφήβου*, στους οποίους πραγματοποιούνται εμβολιασμοί και άλλα προγράμματα πρόληψης για εγκύους, βρέφη, παιδιά και εφήβους. Όπου η υλικοτεχνική υποδομή και το ανθρώπινο δυναμικό του Ιδρύματος δεν επαρκούν για την κάλυψη των αναγκών υγείας των ασφαλισμένων, το ΙΚΑ συμβάλλεται με άλλους δημόσιους ή ιδιώτες προμηθευτές υπηρεσιών υγείας (νοσοκομεία και κλινικές, μικροβιολογικά και ακτινοδιαγνωστικά εργαστήρια, φυσικοθεραπευτήρια, ιδιωτικά ιατρεία κ.ά) που αμείβονται κατά πράξη βάσει κρατικού τιμολογίου (Σολωμός, 1999 · Θεοδώρου, Σαρρής & συν., 2001).

Για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων, η ζήτηση υπηρεσιών υγείας (επίσκεψη σε γιατρό, εκτέλεση διαγνωστικών εξετάσεων) υποστηρίζεται στις περισσότερες πλέον Μονάδες Υγείας από σύστημα τηλεφωνικού ραντεβού, με κλήση του τριψήφιου αριθμού 184. Όλες οι Μονάδες Υγείας του ΙΚΑ λειτουργούν από τις 7.00 το πρωί έως τις 7.00 το βράδυ, εκτός από τους Σταθμούς Άμεσης Βοήθειας που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε 24ωρη βάση.

Στα πλαίσια λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ (Ν.3918/11, άρθρο 18, παρ. 2), πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας θα παρέχονται επιπλέον στους ασφαλισμένους του ΙΚΑ από τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά τους ιατρεία, από τους συμβεβλημένους με τον ΟΠΑΔ και τον ΟΑΕΕ γιατρούς και από άλλους ιδιώτες γιατρούς που θα ενταχθούν στο σύστημα ανάλογα με τις ανάγκες που θα προκύψουν.

Την 30.09.2011 στις υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης του ΙΚΑ υπηρετούσαν 6.431 γιατροί όλων των ειδικοτήτων (πίνακας 2.2) και 3.108 υγειονομικοί υπάλληλοι. Για το διοικητικό προσωπικό δεν υπάρχουν ακριβή στοιχεία, καθώς μέχρι πρόσφατα οι Μονάδες Υγείας δεν ήταν αυτοτελείς με συστημένες οργανικές θέσεις, με αποτέλεσμα να υποστηρίζονται διοικητικά από τις Μονάδες Ασφάλισης του ΙΚΑ. Από τους γιατρούς το μεγαλύτερο ποσοστό είναι Παθολόγοι (14,32%) και ακολουθούν οι Οδοντίατροι (11,60%), οι

Καρδιολόγοι (8,35%) και οι Παιδίατροι (7,57%).

Πίνακας 2.2: Κατανομή Ιατρικού Προσωπικού ΙΚΑ ανά Ειδικότητα (2011)

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	Σύνολο Ιατρών	%	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	Σύνολο Ιατρών	%
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	3	0,05%	ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ	746	11,60%
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΟΣ	3	0,05%	ΟΡΘΟΟΔΟΝΤΙΚΟΣ	37	0,58%
ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΗΣ	139	2,16%	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΣ	415	6,45%
ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΟΣ	4	0,06%	ΟΥΡΟΛΟΓΟΣ	176	2,74%
ΑΛΛΕΡΓΙΟΛΟΓΟΣ	18	0,28%	ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΣ	337	5,24%
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ	3	0,05%	ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΟΣ	7	0,11%
ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΟΣ	24	0,37%	ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ	921	14,32%
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ	96	1,49%	ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ	487	7,57%
ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	154	2,39%	ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	15	0,23%
ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ (ΜΕ ΠΙΣΤΟΠ/ΚΟ)*	11	0,17%	ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	15	0,23%
ΓΝΑΘΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	10	0,16%	ΠΛΑΣΤΙΚΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	8	0,12%
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ	315	4,90%	ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΣ	231	3,59%
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΣ-ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΟΣ	201	3,13%	ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΣ-ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΟΣ	32	0,50%
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΟΣ	106	1,65%	ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΟΣ	63	0,98%
ΙΑΤΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	1	0,02%	ΦΥΣΙΑΤΡΟΣ	2	0,03%
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ	537	8,35%	ΦΥΣΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	8	0,12%
ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΟΣ	42	0,65%	ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	247	3,84%
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟΣ	190	2,95%	ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ ΘΩΡΑΚΟΣ	1	0,02%
ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ	178	2,77%	ΧΩΡΙΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	248	3,86%
ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ-ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	18	0,28%	ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	145	2,25%
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	7	0,11%	Ω.Ρ.Λ.	225	3,50%
ΝΕΦΡΟΛΟΓΟΣ	5	0,08%			

Σύνολο Ιατρών: 6.431

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία ΙΚΑ, 2011

* Αφορά γιατρούς άνευ ειδικότητας που μετά από μακρόχρονη άσκηση και εμπειρία στη γενική ιατρική έλαβαν πιστοποιητικό από τη Νομαρχία με τη σύμφωνη γνώμη του ΚΕΣΥ.

Το 51% του συνόλου (3.280 γιατροί) υπηρετεί στην Αττική και το 15% (968 γιατροί) στην Κεντρική Μακεδονία (πίνακας 2.3). Αντίθετα, οι Περιφέρειες του Βορείου Αιγαίου (1,07% των γιατρών), της Δυτικής Μακεδονίας (1,47%) και των Ιόνιων Νησιών (1,57%) εμφανίζουν τη χαμηλότερη στελέχωση. Για το σύνολο της χώρας, σε κάθε γιατρό του ΙΚΑ αντιστοιχούν 873 δικαιούχοι περίθαλψης. Αναλογίες σημαντικά καλύτερες του εθνικού μέσου όρου παρουσιάζουν η Δυτική Ελλάδα, η Ήπειρος και η Στερεά Ελλάδα, ενώ οι Περιφέρειες που υστερούν κατά πολύ είναι του Νότιου Αιγαίου, της Κρήτης και της Δυτικής Μακεδονίας.

Πίνακας 2.3: Κατανομή Ιατρικού Προσωπικού και Δικαιούχων Περίθαλψης* ΙΚΑ ανά Υγειονομική Περιφέρεια (2011)

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	Ιατροί ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	Δικαιούχοι Περίθαλψης	Δικαιούχοι ανά Ιατρό	Επί τοις % απόκλιση του Εθνικού ΜΟ
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ-ΘΡΑΚΗΣ	272	225.272	828	-5,2%
ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	968	859.118	888	1,7%
ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	95	93.346	983	12,6%
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	302	251.075	831	-4,8%
ΗΠΕΙΡΟΥ	142	108.072	761	-12,8%
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	101	87.968	871	-0,2%
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	351	219.866	626	-28,3%
ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	243	197.711	814	-6,8%
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	209	183.227	877	0,5%
ΑΤΤΙΚΗΣ	3.280	2.918.103	890	1,9%
ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	69	65.782	953	9,2%
ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	146	151.548	1.038	18,9%
ΚΡΗΤΗΣ	253	253.576	1.002	14,8%
ΣΥΝΟΛΟ ΕΛΛΑΔΑΣ	6.431	5.614.664	873	

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία ΙΚΑ, 2011

* Για τους δικαιούχους περίθαλψης τα πιο πρόσφατα στοιχεία αφορούν στο έτος 2009 και εκτιμάται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του αριθμού τους.

Από τους 6.431 γιατρούς που απασχολούνται στο ΙΚΑ, οι 952 είναι μόνιμοι υπάλληλοι, οι 4752 είναι συμβασιούχοι αορίστου χρόνου και οι 727 είναι με σύμβαση ορισμένου χρόνου. Αμείβονται με μισθό και οι περισσότεροι διατηρούν παράλληλα ιδιωτικό ιατρείο, όπου δέχονται τους ασθενείς τους με πληρωμή. Εργάζονται 5,5 ώρες την ημέρα (Δευτέρα έως Πέμπτη) σε πρωινό ή απογευματινό ωράριο και 5 ώρες την Παρασκευή. Η διάρκεια των προγραμματισμένων ραντεβού είναι δέκα λεπτά, με εξαίρεση ορισμένες ειδικότητες (ψυχίατροι, οφθαλμίατροι και γναθοχειρουργοί δέχονται ραντεβού κάθε δεκαπέντε λεπτά, ενώ οι οδοντίατροι κάθε είκοσι λεπτά). Κάθε γιατρός έχει δύο εικοσάλεπτα κενά στην αρχή και στο τέλος του ωραρίου του και δεκάλεπτα κενά κάθε ώρα εξέτασης για την αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών. Οι ασφαλισμένοι, κατά τη διάρκεια λειτουργίας των πολυιατρείων, μπορούν να επισκεφθούν γιατρό, οποιασδήποτε ειδικότητας, όποτε κρίνουν οι ίδιοι απαραίτητο και όσες φορές επιθυμούν.

Τα κύρια χαρακτηριστικά που παρουσιάζει το σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης του ΙΚΑ είναι (Θεοδώρου, 1992 · Μωραΐτης, Γεωργούση & συν., 1995 · Νικολάκης, Οικονόμου &

συν., 2000 · Τούντας, 2002α · Κυριόπουλος, Γεωργούση & συν., 2003 · Μανωλιάδης, Δημοπούλου, 2007):

- Υψηλή προσπελασιμότητα χωρίς σημαντικούς περιορισμούς (οικονομικούς, οργανωτικούς ή διοικητικούς)
- Υπερκατανάλωση υπηρεσιών, εξαιτίας της έλλειψης συστήματος παραπομπών από τον παθολόγο ή το γενικό γιατρό και μηχανισμού "φιλτραρίσματος" των επισκέψεων σε άλλες ειδικότητες
- Πελατειακού τύπου εξυπηρέτηση
- Προκλητή ζήτηση εκ μέρους των προμηθευτών των υπηρεσιών υγείας
- Διάσπαση της συνέχειας στη φροντίδα, καθώς δεν υφίσταται σύνδεση των παθολόγων του ΙΚΑ με τις άλλες ειδικότητες της πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής περίθαλψης
- Ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό
- Ανισοκατανομή ιατρικού δυναμικού στις περιφέρειες της χώρας σε σχέση με τον πληθυσμό
- Αδυναμία συντήρησης και ελέγχου κτιριακών εγκαταστάσεων και ιατρικών μηχανημάτων υψηλής τεχνολογίας
- Χαμηλός βαθμός ενημέρωσης των χρηστών
- Έλλειψη εμπιστοσύνης στις υπηρεσίες υγείας του ΙΚΑ - Αυξανόμενες τάσεις προσφυγής στην ιδιωτική ιατρική

2.6.2 Ο Οικογενειακός Γιατρός στο ΙΚΑ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, το 1960 το ΙΚΑ επιχείρησε την παροχή υπηρεσιών οικογενειακής ιατρικής στους ασφαλισμένους του, σύμφωνα με τις αρχές του βρετανικού συστήματος. Η σχετική εγκύκλιος (αριθ. 139/1972) "*Περί εφαρμογής του συστήματος του οικογενειακού (θεράποντος) ιατρού δια τους ησφαλισμένους του ΙΚΑ*" αναφέρει συγκεκριμένα ότι με την καθιέρωση του θεσμού:

- Επιτυγχάνεται η προσωπική σύνδεση γιατρού-ασθενή και η καλλιέργεια πνεύματος αμοιβαίας εμπιστοσύνης
- Διασφαλίζεται η ενότητα της θεραπευτικής αγωγής με την παροχή ιατρικών υπηρεσιών από ένα συγκεκριμένο γιατρό σε κάθε ασφαλισμένο
- Αποφεύγονται οι άσκοπες επισκέψεις σε γιατρούς ειδικοτήτων, καθώς η προσφυγή στους περισσότερους από αυτούς θα γίνεται ύστερα από υπόδειξη του οικογενειακού γιατρού

- Παρέχεται στους οικογενειακούς γιατρούς η δυνατότητα εφαρμογής προληπτικών ιατρικών προγραμμάτων
- Βελτιώνονται οι όροι παροχής υπηρεσιών υγείας τόσο για τον ασφαλισμένο, όσο και για το γιατρό

Ο νέος αυτός θεσμός εισήγαγε στο ελληνικό σύστημα υγείας σημαντικές καινοτομίες όπως (Θεοδώρου, 1992 · Μωραΐτης, Γεωργούση & συν., 1995 · Ματσαγγάνης, 1995):

- Ο οικογενειακός γιατρός (παθολόγος ή άνευ ειδικότητας) μεταφέρεται από το πολυϊατρείο του ΙΚΑ στο ιδιωτικό του ιατρείο, το οποίο βρίσκεται στη γειτονιά του ασφαλισμένου
- Προσφέρει τις υπηρεσίες του σε συγκεκριμένο αριθμό ασφαλισμένων (μέχρι 2000 και σε ειδικές περιπτώσεις έως 2500), οι οποίοι εγγράφονται στη λίστα του στις αρχές κάθε χρόνου. Ασφαλισμένοι κάτω των 7 ετών (από το 1972 κάτω των 12 ετών) εγγράφονται στη λίστα οικογενειακού παιδίατρου
- Εξασφαλίζεται η παροχή ιατρικών φροντίδων σε 24ωρη βάση. Ο οικογενειακός γιατρός δέχεται τους ασφαλισμένους στο ιατρείο του καθημερινά (τουλάχιστον 3,5 ώρες ημερησίως) παράλληλα με την ιδιωτική του πελατεία και ταυτόχρονα είναι υποχρεωμένος να ανταποκρίνεται αυθημερόν (από τις 8 το πρωί έως τις 7 το απόγευμα) σε τηλεφωνικές κλήσεις για κατ' οίκον επισκέψεις. Για τις νυκτερινές ώρες και τις αργίες ορίζεται διανυκτερεύων ή διημερεύων οικογενειακός γιατρός
- Η προσφυγή ασθενών σε γιατρούς ειδικοτήτων γίνεται μόνο μέσω του οικογενειακού γιατρού, με εξαίρεση ορισμένες ειδικότητες (γυναικολόγο, οφθαλμίατρο, οδοντίατρο και γενικό χειρουργό για σωματικές κακώσεις) όπου η πρόσβαση είναι απευθείας
- Κατοχυρώνεται νομοθετικά η υποχρέωση του οικογενειακού γιατρού να διενεργεί προληπτικούς ελέγχους στους ασφαλισμένους του και να τηρεί ιατρικό φάκελο με το ιστορικό τους
- Η απόδοσή του ελέγχεται από τις αρμόδιες αρχές του υποκαταστήματος που ανήκει και συντάσσεται κάθε μήνα σχετική έκθεση
- Η νομική σχέση μεταξύ ΙΚΑ και οικογενειακού γιατρού παύει να αποτελεί εκείνη της εξαρτημένης εργασίας
- Ο τρόπος αμοιβής του καθορίζεται "βάσει συντελεστού κατά δικαιούχο" και μπορεί να διαφέρει ανά περιοχή

Επίσης, από το 1972 με το Ν.Δ.1204 "Περί του τρόπου παροχής ιατρικών φροντίδων υπό του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων", ως οικογενειακοί γιατροί προσλαμβάνονται και εκείνοι με την ειδικότητα της γενικής ιατρικής. Η προσπάθεια ξεκίνησε δοκιμαστικά στο πολυϊατρείο του περιφερειακού υποκαταστήματος Χανίων και μέσα σε δύο χρόνια επεκτάθηκε σε άλλα πέντε υποκαταστήματα (Κέρκυρας, Βόλου, Νίκαιας, Ν. Κόσμου, Πατησίων) καλύπτοντας περίπου 250.000 ασφαλισμένους. Σήμερα, το συγκεκριμένο μοντέλο παροχής οικογενειακής ιατρικής λειτουργεί σε είκοσι υποκαταστήματα του ΙΚΑ (δεκατέσσερα στο Ν. Αττικής και έξι στην επαρχία), πέρα από κάθε σύγχρονη προσέγγιση της έννοιας του οικογενειακού γιατρού και μακριά από τους στόχους της φιλόδοξης εκείνης προσπάθειας (πίνακας 2.4).

Πίνακας 2.4: Αριθμός οικογενειακών γιατρών και δικαιούχοι περίθαλψης στις Μονάδες Υγείας ΙΚΑ που λειτουργεί ο θεσμός (2010)

Α/Α	ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΙΚΑ (αλφαβητικά)	ΑΡΙΘΜΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ	ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
1	ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ	25	96.972
2	ΑΧΑΡΝΕΣ	12	59.143
3	ΒΟΛΟΣ	30	80.579
4	ΓΑΛΑΤΣΙ	13	45.571
5	ΓΛΥΦΑΔΑ	35	98.069
6	ΔΑΦΝΗ	19	88.157
7	ΗΛΙΟΥΠΟΛΗ	13	50.077
8	ΙΛΙΟΝ	5	33.655
9	ΚΑΛΛΙΘΕΑ	53	148.360
10	ΚΑΡΔΙΤΣΑ	7	27.266
11	ΛΑΡΙΣΑ	21	67.212
12	ΜΟΣΧΑΤΟ	7	33.502
13	ΝΕΑ ΦΙΛΑΔΕΛΦΕΙΑ	7	51.843
14	ΝΕΟΣ ΚΟΣΜΟΣ	18	71.683
15	ΝΙΚΑΙΑ	34	90.485
16	ΠΑΤΗΣΙΑ	29	106.895
17	ΠΛΑΤΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	15	81.055
18	ΤΡΙΚΑΛΑ	11	33.365
19	ΧΑΝΙΑ	16	58.515
20	ΗΡΑΚΛΕΙΟ	11	86.394
	ΣΥΝΟΛΟ	381	1.408.798

Πηγή: ΙΚΑ, 2011 (Γενική Δ/ση Υγειονομικών Υπηρεσιών, Τμήμα Ανοικτής Περίθαλψης)

Ο σημερινός οικογενειακός γιατρός βρίσκεται εντελώς αποκομμένος από το υπόλοιπο σύστημα υγείας του ΙΚΑ. Το ωράριό του, μετά από συνεχείς πιέσεις του ιατρικού σώματος του Ιδρύματος, περιορίστηκε σε 5,5 ώρες ημερησίως (όπως των υπόλοιπων γιατρών του ΙΚΑ), ενώ πολλές φορές παραβιάζεται και η ιατρική δεοντολογία συχνά απουσιάζει, καθώς δεν υφίσταται οποιοσδήποτε ελεγκτικός μηχανισμός. Η εφημερία και η διανυκτέρευση έπαυσαν να ισχύουν και οι υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της υγείας, όπως και η τήρηση ιατρικού αρχείου, παρέμειναν "γράμμα κενό". Το έργο του περιορίζεται συνήθως σε απλή στοιχειώδη εξέταση του ασθενή και συνταγογράφηση και ο ίδιος σπάνια γνωρίζει τον ακριβή αριθμό των εγγεγραμμένων στη λίστα του, που τις περισσότερες φορές ξεπερνά κατά πολύ το καθορισμένο όριο. Το σύστημα παραπομπών σε γιατρούς ειδικοτήτων καταργήθηκε το 1977, ενώ οι οικογενειακοί γιατροί σταδιακά μετατράπηκαν σε μισθωτοί υπάλληλοι του ΙΚΑ. Τόσο οι οργανωτικές αδυναμίες στην ανάπτυξη του θεσμού και η έλλειψη επαρκούς στήριξης από τη διοίκηση και τα τοπικά στελέχη του ΙΚΑ, όσο και η βαθμιαία υπονόμευση και αντίσταση από τους ίδιους τους γιατρούς, αποδυνάμωσαν το ρόλο του οικογενειακού γιατρού και οδήγησαν στον εκφυλισμό και τη γραφειοκρατικοποίηση του θεσμού (Υφαντόπουλος, 1988 · Μωραΐτης, Γεωργούση & συν., 1995 · Ματσαγγάνης, 1995 · Σολωμός, 1996).

Στις περιοχές που δεν λειτουργεί το ως άνω σύστημα παροχής οικογενειακής ιατρικής στα ιδιωτικά ιατρεία, οι παθολόγοι εργάζονται εντός των πολυιατρείων του ΙΚΑ, όπως και οι άλλες ειδικότητες και δέχονται ασφαλισμένους με προγραμματισμένα συνήθως ραντεβού. Αν και σε αυτή την περίπτωση απουσιάζουν τα βασικά χαρακτηριστικά του οικογενειακού γιατρού, μπορεί να θεωρηθεί μία χαλαρή μορφή άσκησης οικογενειακής ιατρικής, εφόσον αναπτύσσεται σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ γιατρού-ασθενή και εξασφαλίζεται ως ένα βαθμό η συνέχεια στη φροντίδα.

Δεδομένου ότι το θέμα της συγκεκριμένης έρευνας αφορά στη συγκριτική διερεύνηση και τη διαχρονική αξιολόγηση δύο εναλλακτικών μορφών παροχής υπηρεσιών υγείας από τους παθολόγους-οικογενειακούς γιατρούς του ΙΚΑ, κρίνεται σκόπιμο να παρουσιαστούν κατά αντιστοιχία τα κυριότερα χαρακτηριστικά των δύο υπό εξέταση μοντέλων για την καλύτερη κατανόηση και αντίληψη κάθε επιμέρους σύγκρισης.

ΠΑΘΟΛΟΓΟΙ-ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΓΙΑΤΡΟΙ
ΣΤΑ ΠΟΛΥΪΑΤΡΕΙΑ ΙΚΑ

Εργάζονται στις μονάδες υγείας του ΙΚΑ, μαζί με άλλες ειδικότητες.

Είναι κυρίως παθολόγοι, γενικοί γιατροί ή άνευ ειδικότητας.

Κατά τη διάρκεια του ωραρίου τους χρησιμοποιούν τον υλικοτεχνικό εξοπλισμό του Ιδρύματος και υποστηρίζονται από το υπάρχον προσωπικό.

Δέχονται κυρίως το σύνολο των ασφαλισμένων του εκάστοτε υποκαταστήματος, μπορεί όμως και ασφαλισμένους άλλων υποκαταστημάτων της ίδιας ή διαφορετικής υγειονομικής περιφέρειας, καθώς σε ότι αφορά τις παροχές ασθένειας σε είδος, δεν υπάρχουν χωροταξικοί ή άλλοι περιορισμοί για όλους τους δικαιούχους του Ιδρύματος.

Εργάζονται 5,5 ώρες ημερησίως (Δευτέρα έως Πέμπτη) και 5 ώρες την Παρασκευή, σε συνεχές ωράριο, πρωινό ή απογευματινό. Οι κατ' οίκον επισκέψεις πραγματοποιούνται κυρίως από παθολόγους που τους έχουν ανατεθεί αποκλειστικά αυτά τα καθήκοντα.

ΠΑΘΟΛΟΓΟΙ-ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΓΙΑΤΡΟΙ
ΣΤΑ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ

Εργάζονται μόνοι στα ιδιωτικά τους ιατρεία.

Είναι κυρίως παθολόγοι, γενικοί γιατροί ή άνευ ειδικότητας.

Δεν υπάρχουν σαφείς προβλέψεις σχετικά με τη στελέχωση και τον εξοπλισμό των ιατρείων τους.

Καλύπτουν συγκεκριμένο αριθμό ασφαλισμένων, οι οποίοι εγγράφονται στη λίστα τους στις αρχές κάθε χρόνου. Ο αριθμός των δικαιούχων και η ισομερής κατανομή αυτών στους οικογενειακούς γιατρούς αποτελούν ευθύνη του εκάστοτε υποκαταστήματος. Λαμβάνονται πάντοτε υπόψη οι δηλώσεις προτίμησης των ασφαλισμένων και ο τόπος κατοικίας τους, ενώ σε εξαιρετικές περιπτώσεις μπορεί και ο ίδιος ο γιατρός να προτείνει (με έγγραφη αναφορά) τη διαγραφή ασφαλισμένου από την αρμοδιότητά του.

Εργάζονται 5,5 ώρες ημερησίως (Δευτέρα έως Πέμπτη) και 5 ώρες την Παρασκευή, σε διακεκομμένο συνήθως ωράριο (πρωί και απόγευμα), το οποίο επιλέγουν με τη σύμφωνη γνώμη του Διευθυντή του υποκαταστήματος και οφείλουν να αναγράφουν στην πόρτα του ιατρείου τους. Επίσης, σε προκαθορισμένες ώρες κατά τη διάρκεια του ωραρίου τους, υποχρεούνται να πραγματοποιούν κατ' οίκον επισκέψεις για τους κλινήρεις ασθενείς που είναι εγγεγραμμένοι στη λίστα τους, στην πράξη όμως σπάνια εφαρμόζεται (οι επισκέψεις αυτές δεν αφορούν ασφαλισμένους που έχουν ενταχθεί στο πρόγραμμα της τακτικής κατ' οίκον ιατρικής παρακολούθησης).

Στις περισσότερες πλέον μονάδες υγείας λειτουργεί σύστημα τηλεφωνικού ραντεβού. Οι παθολόγοι δέχονται συνήθως 25 προγραμματισμένα ραντεβού ημερησίως (Δευτέρα έως Πέμπτη) και 22 την Παρασκευή. Στα ενδιάμεσα κενά του ωραρίου τους εξετάζουν έκτακτα περιστατικά. Στα πολυϊατρεία που δεν έχουν ενταχθεί ακόμη στο σύστημα αυτό, οι ασφαλισμένοι προσέρχονται στους παθολόγους με αριθμό προτεραιότητας.

Έχουν σχέση εξαρτημένης εργασίας με το ΙΚΑ και παράλληλα διατηρούν το δικαίωμα άσκησης ιδιωτικού έργου, στα δικά τους ιατρεία, τις ώρες που δεν απασχολούνται στο Ίδρυμα.

Αμείβονται με μηνιαίο μισθό, ο οποίος καθορίζεται ανάλογα με τη σύμβαση εργασίας που έχουν συνάψει με το ΙΚΑ (μόνιμοι, συμβασιούχοι αορίστου ή ορισμένου χρόνου).

Είναι υποχρεωμένοι να τηρούν σε ημερήσια βάση κατάσταση με στατιστικά στοιχεία (αριθμό επισκέψεων, συνταγών και φαρμάκων, παραπεμπτικών για εξετάσεις και ειδικές θεραπείες, αδειών ανικανότητας κ.ά), την οποία παραδίδουν κάθε μήνα σε αρμόδιο τμήμα του υποκαταστήματος.

Ελέγχονται από τον Διευθυντή του υποκαταστήματος, στις περιπτώσεις συνήθως που αναφερθούν έντονα παράπονα από ασφαλισμένους.

Στα ιδιωτικά ιατρεία δεν λειτουργεί σύστημα τηλεφωνικού ραντεβού (μέσω 184). Οι ασθενείς προσέρχονται ελεύθερα τις ώρες που ο γιατρός δέχεται ασφαλισμένους του ΙΚΑ και εξετάζονται με σειρά προτεραιότητας. Ωστόσο, αρκετοί οικογενειακοί γιατροί, με δική τους πρωτοβουλία, δέχονται τόσο τους ασφαλισμένους του ΙΚΑ, όσο και την ιδιωτική τους πελατεία με ραντεβού, που προγραμματίζουν οι ίδιοι, για την εύρυθμη λειτουργία των ιατρείων τους.

Έχουν σχέση εξαρτημένης εργασίας με το ΙΚΑ, με δικαίωμα άσκησης ιδιωτικού έργου εκτός του υποχρεωτικού ωραρίου απασχόλησης για τους ασφαλισμένους του ΙΚΑ. Εάν κάποιοι γιατροί επιθυμούν να δέχονται παράλληλα με τους ασθενείς του ΙΚΑ και την ιδιωτική τους πελατεία, υποβάλουν εγγράφως το αίτημά τους στον Διευθυντή του υποκαταστήματος και εφόσον εγκριθεί, οφείλουν καθ' όλη τη διάρκεια λειτουργίας του ιατρείου τους να δέχονται και ασφαλισμένους του ΙΚΑ, χωρίς να εισπράττουν από αυτούς αμοιβή.

Αμείβονται με μηνιαίο μισθό, ο οποίος καθορίζεται ανάλογα με τη σύμβαση εργασίας που έχουν συνάψει με το ΙΚΑ. Επιπλέον, λαμβάνουν μηνιαίως επίδομα ιατρείου και έξοδα κινήσεως (32€ έκαστο, ανεξάρτητα από το είδος της σύμβασης).

Είναι υποχρεωμένοι να τηρούν σε ημερήσια βάση κατάσταση με στατιστικά στοιχεία (αριθμό επισκέψεων, συνταγών και φαρμάκων, παραπεμπτικών για εξετάσεις και ειδικές θεραπείες, αδειών ανικανότητας κ.ά), την οποία παραδίδουν κάθε μήνα σε αρμόδιο τμήμα του υποκαταστήματος που ανήκουν.

Τυπικά ελέγχονται από τον Διευθυντή και τους ελεγκτές γιατρούς του υποκαταστήματος που ανήκουν, στην ουσία όμως έλεγχοι πραγματοποιούνται μόνο μετά από έγγραφες καταγγελίες ασφαλισμένων.

II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1 Το "ερευνητικό εργαλείο"

Για τη συλλογή των στοιχείων εφαρμόστηκε η μέθοδος του ερωτηματολογίου που απευθύνεται στους χρήστες των υπηρεσιών οικογενειακής ιατρικής του ΙΚΑ, μέσω ατομικής συνέντευξης. Χρησιμοποιήθηκαν δύο ερωτηματολόγια (παράρτημα 1), ένα για τους ασθενείς που επισκέπτονται τον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ εντός των πολυιατρείων (Α' ερωτηματολόγιο) και ένα για εκείνους που τον επισκέπτονται στο ιδιωτικό του ιατρείο (Β' ερωτηματολόγιο). Για συγκριτικούς λόγους οι περισσότερες ερωτήσεις είναι ίδιες και στα δύο ερωτηματολόγια, ενώ στις λίγες περιπτώσεις που διαφοροποιούνται, αυτό οφείλεται στις οργανωτικές και λειτουργικές ιδιαιτερότητες που παρουσιάζουν τα δύο υπό εξέταση μοντέλα. Το Α' ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις και 20 υποερωτήσεις και το Β', 35 και 17 αντίστοιχα. Οι ερωτήσεις είναι "κλειστές", πλην εκείνης που αναφέρεται στην ηλικία του ασθενή. Κάθε ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε επτά θεματικές ενότητες. Συγκεκριμένα:

- Η πρώτη ενότητα περιλαμβάνει κάποιες γενικές-εισαγωγικές ερωτήσεις που σκοπό έχουν να αναπτυχθεί κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ ερωτώμενου και συνεντευκτή και να δημιουργηθεί μία πρώτη γενική εικόνα για τις απόψεις του ερωτώμενου
- Η δεύτερη ενότητα περιλαμβάνει ερωτήσεις που σχετίζονται με την κατανάλωση πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, τους τελευταίους 12 μήνες, (επισκέψεις σε οικογενειακό γιατρό, ειδικότητες, κατ' οίκον επισκέψεις, κ.ά) και τη συχνότητα των παραπομπών σε γιατρούς ειδικοτήτων από τον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό
- Στην τρίτη ενότητα διερευνώνται η ελευθερία επιλογής γιατρού από τον ασθενή και η συνέχεια στη φροντίδα
- Η τέταρτη ενότητα ασχολείται με τη δυνατότητα πρόσβασης στα ιατρεία και τη διαθεσιμότητα του οικογενειακού γιατρού και διατυπώνονται απόψεις σχετικά με το ωράριο εργασίας των γιατρών, τη χρησιμότητα ή μη του τηλεφωνικού ραντεβού και το χρόνο αναμονής στα ιατρεία
- Η πέμπτη ενότητα επικεντρώνεται στη συχνότητα των επισκέψεων σε ιδιώτες γιατρούς (παθολόγους ή ειδικότητες, συμπεριλαμβανομένων και των γιατρών του ΙΚΑ που ασκούν παράλληλα ελεύθερο επάγγελμα) και στους λόγους για τους οποίους οι

ασθενείς απευθύνθηκαν στον ιδιωτικό τομέα και όχι στο ΙΚΑ

- Στην έκτη ενότητα εκτιμάται η ικανοποίηση του ασθενή-χρήστη των υπηρεσιών οικογενειακής ιατρικής του ΙΚΑ, μέσα από ερωτήσεις που αφορούν στην αξιολόγηση του συστήματος από τον ίδιο και ειδικότερα στη σχέση του με τον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό και την ποιότητα της ιατρικής επίσκεψης
- Τα προσωπικά στοιχεία του ασθενή (ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, εισόδημα, οικογενειακή κατάσταση, κ.ά) σκόπιμα περιλήφθηκαν στην τελευταία ενότητα, ώστε να μην δημιουργηθεί αίσθημα καχυποψίας και επηρεαστεί ο αυθορμητισμός και η ελευθερία έκφρασης απόψεων κατά τη διάρκεια της συνέντευξης

Χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια της πρώτης αντίστοιχης ερευνητικής προσπάθειας (Θεοδώρου, 1992) προκειμένου να είναι εφικτή η σύγκριση των αποτελεσμάτων, προσαρμόζοντας μόνο κάποιες ερωτήσεις στα σημερινά δεδομένα. Ειδικότερα:

- α) Στις ερωτήσεις που αφορούν ιδιωτικές πληρωμές ασθενών στον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό, οι δραχμές μετατράπηκαν σε ευρώ (ερ. 23α, Α' ερωτ/γιο & ερ. 22α, Β' ερωτ/γιο). Ομοίως και σε ερώτημα σχετικό με την εισοδηματική κατάσταση του ασθενή (ερ. 36, 35, Α' & Β' ερωτ/για αντίστοιχα)
- β) Στις ερωτήσεις που οι ασθενείς πρέπει να δηλώσουν την προτίμησή τους σχετικά με τον τρόπο υποδοχής στα ιατρεία των παθολόγων-οικογενειακών γιατρών του ΙΚΑ, οι απαντήσεις διαφοροποιήθηκαν λαμβάνοντας υπόψη το σύστημα του τηλεφωνικού ραντεβού που ισχύει σήμερα στις περισσότερες μονάδες υγείας (ερ. 16, Α' & Β' ερωτ/για)
- γ) Τέλος, απορρίφθηκε από τη Διοίκηση του ΙΚΑ ερώτημα σχετικό με το επάγγελμα του ασθενή και των μελών της οικογένειάς του, με την αιτιολογία της παραβίασης προσωπικών δεδομένων (σχετικό έγγραφο: Γ32/854/04-08-2011 Διοίκηση ΙΚΑ - ΕΤΑΜ, Δ/νση Υγειονομικών Υπηρεσιών, Τμήμα Προγραμματισμού)

3.2 Οι περιοχές έρευνας

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε οκτώ πολυϊατρεία του ΙΚΑ στην ευρύτερη περιοχή των Αθηνών (Αλεξάνδρας, Χαλανδρίου, Αιγάλεω, Ζωγράφου, Καλλιθέας, Γλυφάδας, Πλ. Αττικής, Πατησίων). Στα πρώτα τέσσερα, οι ασθενείς επισκέπτονται τον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό εντός των πολυϊατρείων και στα υπόλοιπα, στο ιδιωτικό του ιατρείο. Πρόκειται για μεγάλα υποκαταστήματα που διαθέτουν τις περισσότερες ιατρικές ειδικότητες, μικροβιολογικά και ακτινολογικά εργαστήρια. Η επιλογή έγινε από τον προηγούμενο

ερευνητή (Θεοδώρου, 1992) με κριτήρια τέτοια, ώστε στο τελικό δείγμα να αντιπροσωπευτούν αναλογικά όλοι οι χρήστες-δικαιούχοι των υπηρεσιών υγείας του ΙΚΑ σύμφωνα με την ηλικία, την εισοδηματική κατάσταση και τις ανάγκες υγείας που έχουν. Στον πίνακα 3.1 παρουσιάζεται η δυναμικότητα των πολυϊατρείων της έρευνας σε ιατρικό προσωπικό, όπως επίσης ο αριθμός και η σύνθεση των δικαιούχων περίθαλψης.

Πίνακας 3.1. Ιατρικό Δυναμικό και Δικαιούχοι Περίθαλψης στα Πολυϊατρεία του Δείγματος (2011)

	Δικαιούχοι Περίθαλψης*	% Συμμετοχή Συνταξιούχων	Παθολόγοι Οικογενειακοί Γιατροί	Γιατροί άλλων Ειδικοτήτων	Δικαιούχοι ανά Γιατρό
<u>Παθολόγοι στα πολυϊατρεία</u>					
Χαλανδρίου	115.003	10,13	16	90	1.085
Αλεξάνδρας	130.670	13,99	34	123	832
Ζωγράφου	66.405	13,40	10	63	910
Αιγάλεω	83.843	14,23	13	58	1.181
Σύνολο	395.921	12,82	73	334	973
<u>Παθολόγοι στα ιδιωτικά ιατρεία</u>					
Γλυφάδας	98.069	18,25	33	78	884
Καλλιθέας	148.360	26,49	51	153	727
Πατησίων	106.895	30,65	24	58	1.304
Πλ. Αττικής	81.055	17,46	17	47	1.266
Σύνολο	434.379	23,97	125	336	942
Γενικό Σύνολο	830.300	18,65	198	670	957

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία ΙΚΑ, 2011 & ίδιοι υπολογισμοί

* Οι δικαιούχοι περίθαλψης αφορούν στο έτος 2010, αλλά εκτιμάται ότι δεν υπάρχει σημαντική απόκλιση.

Στον πίνακα 3.2 παρατίθενται δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά των οικογενειακών γιατρών που απασχολούνται στις περιοχές έρευνας και ενδέχεται αργότερα να βοηθήσουν στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Όπως φαίνεται από τα στοιχεία του πίνακα, οι περισσότεροι οικογενειακοί γιατροί και στα δύο μοντέλα είναι άνδρες, με την ειδικότητα του παθολόγου, έχουν σύμβαση αορίστου χρόνου και μέση ηλικία 55 έτη.

Πίνακας 3.2. Χαρακτηριστικά Οικογενειακών Γιατρών στα Πολυϊατρεία του Δείγματος (2011)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	
<u>Παθολόγοι στα πολυϊατρεία</u>											
Χαλανδρίου	16	68,8	31,2	68,8	12,5	18,7	0,0	18,8	62,5	18,7	52,6
Αλεξάνδρας	34	70,6	29,4	64,7	14,7	20,6	0,0	41,2	52,9	5,9	57,4
Ζωγράφου	10	40,0	60,0	80,0	10,0	10,0	0,0	30,0	60,0	10,0	52,9
Αιγάλεω	13	53,8	46,2	76,9	7,7	15,4	0,0	23,1	69,2	7,7	55,7
Σύνολο	73	63,0	37,0	69,9	12,3	17,8	0,0	31,5	58,9	9,6	54,7
<u>Παθολόγοι στα ιδιωτικά ιατρεία</u>											
Γλυφάδας	33	78,8	21,2	60,6	9,1	21,2	9,1	39,4	57,6	3,0	56,3
Καλλιθέας	51	74,5	25,5	70,6	7,8	21,6	0,0	23,5	68,6	7,9	55,6
Πατησίων	24	75,0	25,0	66,7	12,5	12,5	8,3	33,3	66,7	0,0	55,3
Πλ. Αττικής	17	52,9	47,1	58,8	23,5	17,7	0,0	17,6	76,5	5,9	53,1
Σύνολο	125	72,8	27,2	65,6	11,2	19,2	4,0	28,8	66,4	4,8	55,1
Γενικό Σύνολο	198	69,2	30,8	67,2	11,6	18,7	2,5	29,8	63,6	6,6	54,9

1: αριθμός οικογενειακών γιατρών, 2: άνδρες, 3: γυναίκες, 4: ειδικότητας παθολόγου, 5: γενικής ιατρικής, 6: άνευ ειδικότητας, 7: άλλης ειδικότητας, 8: μόνιμοι, 9: αορίστου χρόνου, 10: ορισμένου χρόνου, 11: μέση ηλικία.

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία ΙΚΑ, 2011 & ίδιοι υπολογισμοί

Οι συνεντεύξεις και για τα δύο ερωτηματολόγια έγιναν εντός των πολυϊατρείων προκειμένου να εξασφαλιστούν οι συνθήκες εκείνες που περιορίζουν την εισαγωγή συστηματικού σφάλματος. Στα ιδιωτικά ιατρεία αφενός δεν είναι εύκολο να διασφαλιστεί το απόρρητο της συνέντευξης, λόγω του περιορισμένου χώρου αναμονής και αφετέρου, ο ερωτώμενος αισθάνεται άμεσα εξαρτημένος από το γιατρό, γεγονός που τον καθιστά ιδιαίτερα "ευάλωτο" και αυξάνει την πιθανότητα μεροληπτικών απαντήσεων. Σε κάθε υποκατάστημα, μετά από συνεννόηση με το Διευθυντή, λαμβάνονταν τα κατάλληλα μέτρα έτσι ώστε η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων να γίνεται σε χώρους περισσότερο "ουδέτερους" και σχετικά "αποκομμένους" από τις ιατρικές υπηρεσίες του Ιδρύματος και τους χώρους αναμονής των ασθενών.

3.3 Το μέγεθος του δείγματος

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, το δείγμα προήλθε από τους ασθενείς-χρήστες των υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης του ΙΚΑ, δηλαδή από τους ασφαλισμένους που

επισκέπτονται τα πολυϊατρεία του ΙΚΑ και έχουν ηλικία άνω των 14 ετών. Οι κάτω των 14 ετών δεν εμπίπτουν στο πεδίο της συγκεκριμένης μελέτης, αφού καταναλώνουν υπηρεσίες παιδίατρου και όχι παθολόγου. Στην έρευνα συμμετείχαν 490 χρήστες, οι μισοί με παθολόγους-οικογενειακούς γιατρούς στα ιδιωτικά ιατρεία και οι υπόλοιποι με παθολόγους στα πολυϊατρεία. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε τη χρονική περίοδο από 16/01/2012 έως και 09/03/2012, όλες τις εργάσιμες ημέρες αλλά και ώρες λειτουργίας των πολυϊατρείων (πίνακας 3.3) προκειμένου να αποφευχθεί συστηματικό σφάλμα από διαφοροποιημένες ροές ασθενών κατά ημέρα ή ώρα (π.χ. συνταξιούχοι το πρωί, εργαζόμενοι το απόγευμα, κ.ά). Ο μέσος χρόνος διάρκειας κάθε συνέντευξης ήταν περίπου 20 λεπτά.

Πίνακας 3.3 Κατανομή του Δείγματος ανά Πολυϊατρείο και Ώρα Συνέντευξης

	7.30-12.00	12.00-15.00	15.00-19.30	Σύνολο
<u>Παθολόγοι στα πολυϊατρεία</u>				
Χαλανδρίου	19	13	18	50
Αλεξάνδρας	25	17	23	65
Ζωγράφου	23	20	22	65
Αιγάλεω	29	19	17	65
<u>Παθολόγοι στα ιδιωτικά ιατρεία</u>				
Γλυφάδας	19	14	17	50
Καλλιθέας	24	18	23	65
Πατησίων	28	19	18	65
Πλ. Αττικής	24	21	20	65
Σύνολο	191	141	158	490
Ποσοστό %	39,0	28,8	32,2	100,0

Η δομή των ερωτηματολογίων διευκόλυνε τον συνεντευκτή να ελέγχει σε μεγάλο βαθμό την ακρίβεια και αξιοπιστία των απαντήσεων, ενώ η διατύπωση των ερωτήσεων ήταν τέτοια, ώστε το περιεχόμενο κάθε ερώτησης γινόταν εύκολα και άμεσα κατανοητό από τον ερωτώμενο. Στην έρευνα αρνήθηκαν να λάβουν μέρος 170 άτομα. Το επιχείρημα, το οποίο συνήθως προέβαλαν, ήταν ο περιορισμένος χρόνος που διέθεταν, ενώ αρκετοί αλλοδαποί ασθενείς ισχυρίστηκαν αδυναμία κατανόησης της ελληνικής γλώσσας. Βάσει αυτού, το ποσοστό ανταπόκρισης ανέρχεται στο 74,2% (πίνακας 3.4) και βρίσκεται μέσα στα όρια (70-90%) που παρουσιάζουν συνήθως οι έρευνες ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας (Cartwright, 1983).

Πίνακας 3.4 Ανταπόκριση Ασφαλισμένων ανά Πολυϊατρείο

	Θετική ανταπόκριση	Αρνήσεις	Σύνολο
<u>Παθολόγοι στα πολυϊατρεία</u>			
Χαλανδρίου	50	29	79
Αλεξάνδρας	65	25	90
Ζωγράφου	65	20	85
Αιγάλεω	65	17	82
<u>Παθολόγοι στα ιδιωτικά ιατρεία</u>			
Γλυφάδας	50	23	73
Καλλιθέας	65	27	92
Πατησίων	65	14	79
Πλ. Αττικής	65	15	80
Σύνολο	490	170	660
Ποσοστό %	74,2	25,8	100,0

3.4 Στατιστική ανάλυση

Στα πλαίσια εκπόνησης της παρούσας διατριβής, πραγματοποιήθηκε μία ποσοτική, περιγραφική, συγχρονική έρευνα (Τριχόπουλος, Λάγιου, 2011). Για την εισαγωγή των στοιχείων στον ηλεκτρονικό υπολογιστή δημιουργήθηκε μία βάση δεδομένων σε πρόγραμμα Microsoft Excel 2007. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS v. 16.0 (Statistical Package for Social Sciences v. 16.0, Chicago, Illinois, USA). Αρχικά μελετήθηκαν οι κατανομές του συνόλου του δείγματος με σκοπό την περιγραφή των δημογραφικών και επιδημιολογικών χαρακτηριστικών. Εξετάστηκε η κανονικότητα της κατανομής της ηλικίας των ασθενών και εφαρμόστηκε, λόγω της κανονικότητας της κατανομής, η στατιστική δοκιμασία t-test (Τριχόπουλος, Τζώνου & συν., 2001) για τον έλεγχο της διαφοράς στην ηλικία των ασθενών μεταξύ ανδρών και γυναικών στα πολυϊατρεία του ΙΚΑ και στα ιδιωτικά ιατρεία, αλλά και ανάμεσα στα δύο υπό εξέταση μοντέλα, χωριστά για άνδρες και γυναίκες.

Στη συνέχεια μελετήθηκε η κατανομή των ασθενών σύμφωνα με τις διάφορες παραμέτρους κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας (και συγκεκριμένα ως προς τις επισκέψεις στον παθολόγο, σε γιατρούς ειδικοτήτων, σε ιδιώτες γιατρούς, τις κατ'οίκον επισκέψεις παθολόγου γιατρού, τη συνέχεια στη φροντίδα, την προσπελασιμότητα των υπηρεσιών, την ποιότητα και την ικανοποίηση του ασθενή) και ανάλογα με το μοντέλο παροχής υπηρεσιών υγείας (δηλαδή πολυϊατρεία έναντι ιδιωτικών ιατρείων).

Για τη διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ αυτών των ποιοτικών μεγεθών, δηλαδή του εκάστοτε χαρακτηριστικού σε σχέση με το μοντέλο παροχής υγείας και τις διαφορές των αντίστοιχων ποσοστών ανά κατηγορία μεταξύ των δύο μοντέλων, εφαρμόστηκε η δοκιμασία X^2 . Για τη σύγκριση της κατανομής του αριθμού των επισκέψεων σε γιατρούς, ανάλογα με την ειδικότητα και την ασφαλιστική κάλυψη μεταξύ των δύο μοντέλων παροχής υγείας, χρησιμοποιήθηκε η μη παραμετρική δοκιμασία Mann -Whitney (Τριχόπουλος, Τζώνου & συν., 2001).

Στη συνέχεια, εφαρμόστηκαν μοντέλα πολλαπλής λογαριθμιστικής παλινδρόμησης για τη διερεύνηση παραγόντων που επηρεάζουν τον αριθμό των επισκέψεων σε παθολόγο-οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ, το βαθμό ικανοποίησης από τις υπηρεσίες του ΙΚΑ και ειδικότερα από τον παθολόγο, την επιλογή ως προς το μοντέλο παροχής υπηρεσιών υγείας και τέλος την πιθανότητα επίσκεψης σε ιδιώτη γιατρό. Για τη μελέτη του αριθμού των επισκέψεων σε παθολόγο του ΙΚΑ, ομαδοποιήθηκαν οι ασθενείς που είχαν πραγματοποιήσει μέχρι 1 επίσκεψη τους τελευταίους 12 μήνες έναντι των υπολοίπων, ενώ όταν εξετάστηκε ο βαθμός ικανοποίησης δημιουργήθηκε μία κατηγορία για όσους δήλωσαν «πολύ» και «αρκετά» ικανοποιημένοι έναντι των υπολοίπων που δήλωσαν μικρότερο βαθμό ικανοποίησης. Η λογαριθμιστική εξάρτηση υπάγεται στα γενικευμένα γραμμικά μοντέλα (Mc Cullagh & Nedler, 1989) και αποτελούν μοντέλα σχετικού κινδύνου. Πιο αναλυτικά, αν υποθεθεί ότι ο πληθυσμός που μελετάται διπλασιαστεί, ενώ όλα τα χαρακτηριστικά του καθώς και οι παράγοντες κινδύνου παραμείνουν σταθεροί, τότε και ο αριθμός επιπλέον περιστατικών αναμένεται να διπλασιαστεί. Αυτό υποδηλώνει μοντέλο σχετικού κινδύνου.

Ανάλογα με το χαρακτηριστικό που μελετήθηκε κάθε φορά, εφαρμόστηκε διαφορετικό μοντέλο, αφού οι παράγοντες που επηρεάζουν τα χαρακτηριστικά των ασθενών ως προς τις πρακτικές και τις προτιμήσεις διαφοροποιούνται ανάλογα με το αντικείμενο της μελέτης. Αναλυτικότερα, στο μοντέλο πολλαπλής λογαριθμιστικής εξάρτησης εξετάστηκαν ως δίτιμες μεταβλητές, το φύλο του ατόμου (γυναίκα έναντι άνδρα), η ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας (όχι έναντι ναι), ο τρόπος ασφάλισης στο ΙΚΑ (έμμεσα έναντι άμεσα ασφαλισμένου) και το αν το άτομο επισκέπτεται παθολόγο του ΙΚΑ σε ιδιωτικό ιατρείο (ναι έναντι όχι), ενώ η αυτοαξιολόγηση της υγείας μελετήθηκε ως ποιοτική μεταβλητή με 4 επίπεδα.

Στην πολλαπλή λογαριθμιστική παλινδρόμηση, που διερευνήθηκαν παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης από τις υπηρεσίες του ΙΚΑ και από τον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό, εξετάστηκαν ως δίτιμες μεταβλητές, η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος (όχι έναντι ναι), η αξιολόγηση του γιατρού ανάλογα με το αν διαθέτει ικανοποιητικό χρόνο,

εξετάζει προσεκτικά, εξηγεί, έχει ευγενική συμπεριφορά και γράφει χωρίς δυσκολία τα φάρμακα (καλός έναντι όχι πολύ καλού), αν οι ώρες επισκεπτηρίου είναι αρκετές και βολικές (όχι έναντι ναι) και τέλος ανάλογα με τη χρήση του μοντέλου (ιδιωτικό ιατρείο έναντι πολυϊατρείου). Στην ανάλυση των παραγόντων που επηρεάζουν την προτίμηση των ατόμων στο μοντέλο παροχής υγείας μελετήθηκαν οι ως άνω παράγοντες, όπως και ο βαθμός συνολικής ικανοποίησης, εκτός από την ύπαρξη χρόνιου νοσήματος.

Τέλος, στο μοντέλο για τη διερεύνηση παραγόντων που οδηγούν τους ασθενείς σε ιδιώτες γιατρούς, εξετάστηκε η κοινωνική τάξη, όπως αντανακλάται από το δηλωθέν εισόδημα (ως διατάξιμη μεταβλητή με 5 κατηγορίες), ο βαθμός ικανοποίησης του ατόμου από τις υπηρεσίες του ΙΚΑ (ποιοτική μεταβλητή με 5 κατηγορίες) και η χρήση του μοντέλου παροχής υγείας (ιδιωτικό ιατρείο έναντι πολυϊατρείου).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 Δημογραφικά, κοινωνικο-οικονομικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των ατόμων του δείγματος

Το δείγμα αποτελείται από 155 (31,6%) άνδρες και 335 (68,4%) γυναίκες. Στον Πίνακα 4.1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος ανάλογα με το φύλο. Όπως προκύπτει από τα στοιχεία, το 71,2% των ερωτηθέντων είναι πάνω από 50 ετών.

Πίνακας 4.1. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

	Ανδρες		Γυναίκες		Σύνολο	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Ηλικία (έτη)						
18-19	1	0,6	1	0,3	2	0,4
20-29	2	1,3	16	4,8	18	3,7
30-39	14	9,0	40	11,9	54	11,0
40-49	25	16,1	42	12,5	67	13,7
50-59	22	14,2	65	19,4	87	17,8
60-69	33	21,3	79	23,6	112	22,8
70-79	44	28,4	67	20,0	111	22,6
80+	14	9,0	25	7,5	39	8,0
Οικογενειακή Κατάσταση						
Έγγαμοι	120	77,4	186	55,5	306	62,4
Άγαμοι	17	11,0	45	13,4	62	12,7
Χήροι/ες	9	5,8	81	24,2	90	18,4
Διαζ/νοι-χωρ/νοι	9	5,8	23	6,9	32	6,5
Εκπαίδευση						
Λιγότερο	6	3,9	21	6,3	27	5,5
Δημοτικό	49	31,6	89	26,6	138	28,2
Γυμνάσιο-Λύκειο	85	54,8	164	49,0	249	50,8
Ανωτέρα	3	1,9	22	6,6	25	5,1
Ανωτάτη	12	7,7	39	11,6	51	10,4

Η ηλικιακή κατανομή δεν διαφέρει κατά φύλο σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ($p=0,078$). Οι περισσότεροι άνδρες που επισκέπτονται το ΙΚΑ είναι έγγαμοι (77,4%). Το ποσοστό αυτό διαφέρει από το αντίστοιχο των γυναικών σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ($p<0,001$) και οφείλεται στο υψηλό ποσοστό χήρων γυναικών (24,2%) σε σχέση με το αντίστοιχο των ανδρών (5,8%). Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ φύλων ($p=0,067$), με την πλειοψηφία και των δύο να είναι απόφοιτοι Γυμνασίου και Λυκείου (54,8% για άνδρες και 49,0% για τις γυναίκες).

Μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα για την ηλικιακή κατανομή του δείγματος παρουσιάζεται στον Πίνακα 4.2, που περιγράφει την κατανομή κατά φύλο και ανάλογα με το μοντέλο παροχής υγείας που ακολουθούν, δηλαδή ανάλογα με το αν επισκέπτονται τον παθολόγο στα πολυϊατρεία ή στα ιδιωτικά ιατρεία. Η διαφορά στη μέση ηλικία των ανδρών και στη μέση ηλικία των γυναικών στα δύο μοντέλα δεν είναι στατιστικά σημαντική, δηλαδή η μέση ηλικία των ανδρών που επισκέπτονται τον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό στο πολυϊατρείο (62,6 έτη) και εκείνων που τον επισκέπτονται στο ιδιωτικό του ιατρείο (58,2 έτη), δεν διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους ($p=0,084$). Το ίδιο ισχύει και για τις γυναίκες (57,8 έναντι 58,0 έτη αντίστοιχα) ($p=0,939$). Εμφανίζεται όμως μία στατιστικά σημαντική διαφορά στην ηλικία μεταξύ ανδρών και γυναικών που επισκέπτονται τα πολυϊατρεία, με τις γυναίκες να είναι νεότερες (62,6 έτη για τους άντρες και 57,8 για τις γυναίκες, $p=0,031$). Αντίθετα, η ηλικία των ασθενών που επισκέπτονται τα ιδιωτικά ιατρεία δεν παρουσιάζει διαφορά κατά φύλο.

Πίνακας 4.2. Ηλικιακή κατανομή του δείγματος κατά φύλο και μοντέλο παροχής υγείας που χρησιμοποιούν.

	Πολυϊατρεία			Ιδιωτικά Ιατρεία		
	Άνδρες	Γυναίκες	p-value*	Άνδρες	Γυναίκες	p-value*
Ηλικία (έτη)			0,031			0,906
Μέση τιμή	62,6	57,8		58,2	58,0	
Στ. απόκλιση	14,6	17,3		12,6	15,3	
Εύρος τιμών (ελάχιστο- μέγιστο)	18-84	18-93		29-90	23-85	

*p-value από t-test

Η πλειοψηφία των ανδρών του δείγματος είναι άμεσα ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ (97,4%) και το ποσοστό αυτό διαφέρει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ($p<0,001$) από το αντίστοιχο των γυναικών (67,8%), αφού 1 στις 3 γυναίκες είναι έμμεσα ασφαλισμένη στο ΙΚΑ (πίνακας 4.3). Το 86,9% των ατόμων του δείγματος είναι ασφαλισμένοι πάνω από 10 χρόνια και

χρησιμοποιούν πολύ συχνά (41,6%) ή συχνά (28,8%) τις υπηρεσίες υγείας του ΙΚΑ. Τα χρόνια ασφάλισης και η συχνότητα χρήσης των υπηρεσιών δεν διαφέρουν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ανάλογα με το φύλο ($p=0,231$ και $p=0,615$ αντίστοιχα).

Πίνακας 4.3. Κατανομή του δείγματος κατά φύλο και ανάλογα με την ασφαλιστική σχέση και τη συχνότητα χρήσης των υπηρεσιών υγείας του ΙΚΑ.

	Ανδρες		Γυναίκες		Σύνολο	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Ασφαλιστική Σχέση						
Άμεσα ασφαλισμένος	151	97,4	231	69,0	382	78,0
Έμμεσα ασφαλισμένος	4	2,6	104	31,0	108	22,0
Χρόνια Ασφάλισης						
<1 χρόνο	1	0,6	0	0,0	1	0,2
1-2 χρόνια	0	0,0	5	1,5	5	1,0
2-5 χρόνια	7	4,5	20	6,0	27	5,5
5-10 χρόνια	12	7,7	19	5,7	31	6,3
>10 χρόνια	135	87,1	291	86,9	426	86,9
Χρήση υπηρεσιών ΙΚΑ						
Πολύ συχνά	58	37,4	146	43,6	204	41,6
Συχνά	48	31,0	93	27,8	141	28,8
Μερικές φορές	27	17,4	56	16,7	83	16,9
Σπάνια	22	14,2	40	11,9	62	12,7

Αναφορικά με το μέγεθος των νοικοκυριών των ατόμων του δείγματος, το 24,9% είναι μονομελή και το 39,2% διμελή. Ένα ποσοστό 32,9% είναι τριμελή ή τετραμελή και τα υπόλοιπα πενταμελή και άνω (πίνακας 4.4). Ο αριθμός των ατόμων των νοικοκυριών του δείγματος ανέρχεται συνολικά στους 1133, δηλαδή 490 ερωτηθέντες και 643 μέλη των οικογενειών αυτών. Η σχέση των τελευταίων με τον ερωτώμενο είναι κυρίως αυτή του/της συζύγου / συντρόφου (49,5%) ή του παιδιού (42,9%). Σε ότι αφορά το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα του ασθενή, παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση αυτού, τόσο με το μέγεθος του νοικοκυριού, όσο και με το επίπεδο εκπαίδευσης ($p<0,001$ σε κάθε περίπτωση) (πίνακας 4.4). Εισόδημα κάτω των 1000 ευρώ έχουν κυρίως τα μονομελή νοικοκυριά, ενώ υψηλότερα εισοδήματα (άνω των 1500 ευρώ) έχουν τα νοικοκυριά από 3 μέλη και πάνω. Υψηλά

εισοδήματα εμφανίζονται σε ποσοστό 35,6% μεταξύ αποφοίτων ανωτάτων σχολών, σε αντίθεση με εισοδήματα της τάξης 501-1000 ευρώ που εμφανίζονται κατά 41,5% σε απόφοιτους δημοτικού.

Πίνακας 4.4. Κατανομή νοικοκυριών κατά εισόδημα, μέγεθος και επίπεδο εκπαίδευσης

	Εισόδημα ανά μήνα										Σύνολο	
	≤500 €		501-1000€		1001-1500€		1501-2000€		>2000€			
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Αριθμός μελών νοικοκυριού												
1	19	63,3	75	41,0	22	15,5	5	6,6	1	1,7	122	24,9
2	6	20,0	72	39,3	67	47,2	30	39,5	17	28,8	192	39,2
3	0	0,0	20	10,9	30	21,1	20	26,3	25	42,4	95	19,4
4	3	10,0	13	7,1	19	13,4	19	25,0	12	20,3	66	13,5
5	2	6,7	3	1,6	4	2,8	1	1,3	2	3,4	12	2,4
6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,3	2	3,4	3	0,6
Εκπαίδευση												
Αγράμματος	3	10,0	18	9,8	6	4,2	0	0,0	0	0,0	27	5,5
Δημοτικό	11	36,7	76	41,5	44	31,0	7	9,2	0	0,0	138	28,2
Γυμνάσιο-Λύκειο	14	46,7	79	43,2	74	52,1	47	61,8	35	59,3	249	50,8
Ανωτέρα	0	0,0	6	3,3	6	4,2	10	13,2	3	5,1	25	5,1
Ανωτάτη	2	6,7	4	2,2	12	8,5	12	15,8	21	35,6	51	10,4
Σύνολο	30	6,1	183	37,3	142	29,0	76	15,5	59	12,0	490	100

Τέλος, το 68,4% των ατόμων του δείγματος, σύμφωνα με την προσωπική τους εκτίμηση, πάσχουν από κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας, ενώ το 60% των ερωτηθέντων χαρακτηρίζουν την κατάσταση της υγείας τους καλή ή πολύ καλή (πίνακας 4.5). Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ φύλων στα ποσοστά των χρονίως πασχόντων ($p=0,212$) ή ανάλογα με την αυτο-αξιολόγηση της υγείας τους ($p=0,776$).

Πίνακας 4.5. Κατανομή των ατόμων του δείγματος κατά φύλο και κατάσταση υγείας.

	Ανδρες		Γυναίκες		Σύνολο	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Χρόνια Πάσχοντες						
Ναι	100	64,5	235	70,1	335	68,4
Όχι	55	35,5	100	29,9	155	31,6
Κατάσταση Υγείας						
Κακή	7	4,5	20	6,0	27	5,5
Μέτρια	57	36,8	112	33,4	169	34,5
Καλή	63	40,6	134	40,0	197	40,2
Πολύ καλή	28	18,1	69	20,6	97	19,8

4.1.1 Συμπεράσματα

Με βάση τα παραπάνω ευρήματα, οι ασφαλισμένοι που επισκέπτονται τα πολυϊατρεία του ΙΚΑ παρουσιάζουν τα εξής χαρακτηριστικά:

- Έχουν μέση ηλικία 59 έτη
- Οι επτά στους δέκα είναι γυναίκες και οι έξι στους δέκα έγγαμοι
- Έχουν κυρίως διμελή ή μονομελή νοικοκυριά
- Το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα στις περισσότερες περιπτώσεις κυμαίνεται μεταξύ 501-1500€
- Το 78% είναι άμεσα ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ
- Οι μισοί έχουν απολυτήριο Λυκείου ή δτάξιου Γυμνασίου, ενώ οι τρεις στους δέκα Δημοτικού ή έχουν φοιτήσει σε μερικές τάξεις του Δημοτικού
- Οι επτά στους δέκα δηλώνουν ότι πάσχουν από κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας

4.2 Κατανάλωση υπηρεσιών υγείας

4.2.1 Επισκέψεις στον παθολόγο - οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ

Ο πίνακας 4.6 παρουσιάζει την κατανομή των ατόμων του δείγματος, ανάλογα με τον αριθμό των επισκέψεων που πραγματοποίησαν κατά φύλο, τους τελευταίους 12 μήνες, στους παθολόγους-οικογενειακούς γιατρούς στα δύο υπό εξέταση μοντέλα. Το ποσοστό των ατόμων που επισκέφθηκαν παθολόγο-οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ μία ή περισσότερες φορές τους τελευταίους 12 μήνες στα πολυϊατρεία (71,4%) είναι ελαφρώς μικρότερο από το αντίστοιχο ποσοστό στα ιδιωτικά ιατρεία (75,1%), αλλά σε βαθμό μη στατιστικά σημαντικό ($p=0,358$). Πιο αναλυτικά, ενώ οι άντρες επισκέφθηκαν τουλάχιστον μια φορά παθολόγο σε πολυϊατρείο σε μεγαλύτερο ποσοστό (74,4%) από ότι σε ιδιωτικό ιατρείο (72,5%), η σχέση αυτή είναι αντίστροφη στις γυναίκες (69,8% έναντι 76,1% αντίστοιχα). Οι διαφορές σε αυτά τα ποσοστά δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($p=0,784$ για τους άντρες και $p=0,192$ για τις γυναίκες).

Πίνακας 4.6. Ετήσιες επισκέψεις ασφαλισμένων σε οικογενειακούς γιατρούς του ΙΚΑ ανάλογα με το μοντέλο παροχής υπηρεσιών υγείας και το φύλο.

Αριθμός Επισκέψεων	Πολυϊατρεία						Ιδιωτικά Ιατρεία						Γεν. Σύνολο	
	Άνδρες		Γυναίκες		Σύνολο		Άνδρες		Γυναίκες		Σύνολο			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
0	22	25,6	48	30,2	70	28,6	19	27,5	42	23,9	61	24,9	131	26,7
1	10	11,6	19	11,9	29	11,8	11	15,9	21	11,9	32	13,1	61	12,4
2	13	15,1	20	12,6	33	13,5	7	10,1	24	13,6	31	12,7	64	13,1
3	6	7,0	14	8,8	20	8,2	5	7,2	18	10,2	23	9,4	43	8,8
4 – 6	17	19,8	27	17,0	44	18,0	14	20,3	30	17,0	44	18,0	88	18,0
7 – 9	3	3,5	7	4,4	10	4,1	1	1,4	17	9,7	18	7,3	28	5,7
10 +	15	17,4	24	15,1	39	15,9	12	17,4	24	13,6	36	14,7	75	15,3

Οι Πίνακες 4.7 και 4.8 παρουσιάζουν τις ετήσιες επισκέψεις των ασφαλισμένων του δείγματος σε παθολόγο-οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ, ανάλογα με το μοντέλο παροχής υγείας και την κατάσταση υγείας του ασθενή. Όσοι έχουν χρόνια πρόβλημα υγείας ή χαρακτηρίζουν την κατάσταση της υγείας τους κακή ή μέτρια, έχουν μεγαλύτερο αριθμό επισκέψεων και στα δύο μοντέλα. Γενικά, ανεξάρτητα από το μοντέλο, η κατάσταση της υγείας (ως αυτο-αξιολόγηση ή ύπαρξη χρόνιου νοσήματος) σχετίζεται σε βαθμό ισχυρά στατιστικά σημαντικό με τον αριθμό των επισκέψεων ($p < 0,001$). Ο αριθμός των επισκέψεων δεν σχετίζεται με το μοντέλο όταν εξετάζουμε κάθε κατηγορία κατάστασης υγείας χωριστά ($p > 0,400$ σε κάθε περίπτωση) (πίνακας 4.7). Έτσι, το 70,6% όσων χαρακτηρίζουν την υγεία τους ως κακή, έχουν επισκεφθεί παθολόγο στα πολυιατρεία του ΙΚΑ περισσότερες από 4 φορές τους τελευταίους 12 μήνες και το αντίστοιχο ποσοστό στα ιδιωτικά ιατρεία είναι 90% ($p = 0,241$), έναντι 2,6% και 1,7% αντίστοιχα, για όσους χαρακτηρίζουν την υγεία τους ως πολύ καλή ($p = 0,751$).

Πίνακας 4.7. Ετήσιες επισκέψεις ασφαλισμένων σε οικογενειακούς γιατρούς του ΙΚΑ στα δύο μοντέλα, ανάλογα με την κατάσταση της υγείας.

		Πολυιατρεία								Ιδιωτικά Ιατρεία							
		Κατάσταση Υγείας								Κατάσταση Υγείας							
		Κακή		Μέτρια		Καλή		Πολύ καλή		Κακή		Μέτρια		Καλή		Πολύ καλή	
		(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%		
Αριθμός Επισκέψεων	0	4	23,5	23	24,2	26	27,4	17	44,7	1	10,0	12	16,2	20	19,6	258	47,5
	1	1	5,9	7	7,4	10	10,5	11	28,9	0	0,0	8	10,8	11	10,8	13	22,0
	2	0	0,0	7	7,4	19	20,0	7	18,4	0	0,0	5	6,8	16	15,7	10	16,9
	3	0	0,0	5	5,3	13	13,7	2	5,3	0	0,0	5	6,8	11	10,8	7	11,9
	4-6	4	23,5	23	24,2	16	16,8	1	2,6	4	40,0	18	24,3	21	20,6	1	1,7
	7-9	1	5,9	4	4,2	5	5,3	0	0,0	0	0,0	9	12,2	9	8,8	0	0,0
	10	7	41,2	26	27,4	6	6,3	0	0,0	5	50,0	17	23,0	14	13,7	0	0,0

Πάνω από το 50% των ατόμων με χρόνια πρόβλημα υγείας, πραγματοποίησαν περισσότερες από 4 επισκέψεις σε παθολόγο-οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ, έναντι του 40% των μη χρόνιων πασχόντων που δεν πραγματοποίησαν ούτε μία επίσκεψη στο σύνολο του δείγματος (πίνακας 4.8). Ενώ ο αριθμός των επισκέψεων δεν διαφοροποιείται σε βαθμό στατιστικά σημαντικό ανάμεσα στα δύο μοντέλα στους χρόνια πάσχοντες ($p=0,056$), διαφέρει σε βαθμό στατιστικά σημαντικό στους μη χρόνια πάσχοντες ($p=0,023$). Συγκεκριμένα, το 50% των τελευταίων δεν επισκέφθηκε καμία φορά παθολόγο του ΙΚΑ σε ιδιωτικό ιατρείο τον τελευταίο χρόνο, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στα πολυϊατρεία είναι 31,8%.

Πίνακας 4.8. Κατανομή ασφαλισμένων σε χρονίως και μη χρονίως πάσχοντες ανάλογα με τον αριθμό των επισκέψεων στους οικογενειακούς γιατρούς στα δύο μοντέλα.

Αριθμός Επισκέψεων	Πολυϊατρεία				Ιδιωτικά Ιατρεία				Σύνολο			
	Χρόνια Πάσχοντες				Χρόνια Πάσχοντες				Χρόνια Πάσχοντες			
	Ναι		Όχι		Ναι		Όχι		Ναι		Όχι	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
0	43	26,9	27	31,8	26	14,9	35	50,0	69	20,6	62	40,0
1	12	7,5	17	20,0	14	8,0	18	25,7	26	7,8	35	22,6
2	11	6,9	22	25,9	21	12,0	10	14,3	32	9,6	32	20,6
3	8	5,0	12	14,1	16	9,1	7	10,0	24	7,2	19	12,3
4-6	38	23,8	6	7,1	44	25,1	0	0,0	82	24,5	6	3,9
7-9	10	6,3	0	0,0	18	10,3	0	0,0	28	8,4	0	0,0
10+	38	23,8	1	1,2	36	20,6	0	0,0	74	22,1	1	0,6

Ο Πίνακας 4.9 παρουσιάζει την κατανομή του αριθμού των επισκέψεων σε οικογενειακούς γιατρούς του ΙΚΑ, κατά τους τελευταίους 12 μήνες, ανάλογα με την ασφαλιστική κάλυψη του ασθενή και το μοντέλο παροχής υγείας. Ενώ δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένων στον αριθμό των επισκέψεων που πραγματοποιήθηκαν σε πολυϊατρεία ($p=0,364$), η αντίστοιχη σχέση είναι στατιστικά σημαντική στα ιδιωτικά ιατρεία ($p=0,027$), αφού το 44,1% των άμεσα ασφαλισμένων πραγματοποίησε καμία ή μία επίσκεψη έναντι του 22,1% των έμμεσα ασφαλισμένων. Για τους τελευταίους παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο μοντέλων στον αριθμό των επισκέψεων στους οικογενειακούς γιατρούς του ΙΚΑ ($p=0,023$), με περισσότερες επισκέψεις στο μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων, κάτι που δε συμβαίνει στους άμεσα ασφαλισμένους ($p=0,517$).

Πίνακας 4.9. Ετήσιες επισκέψεις ασφαλισμένων σε οικογενειακούς γιατρούς του ΙΚΑ στα δύο μοντέλα, ανάλογα με την ασφαλιστική κάλυψη.

Αριθμός Επισκέψεων	Πολυϊατρεία				Ιδιωτικά Ιατρεία				Σύνολο			
	Άμεσα Ασφαλισμένοι				Άμεσα Ασφαλισμένοι				Άμεσα Ασφαλισμένοι			
	Ναι		Όχι		Ναι		Όχι		Ναι		Όχι	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
0	56	27,3	14	35,0	51	28,8	10	14,7	107	28,0	24	22,2
1	23	11,2	6	15,0	27	15,3	5	7,4	50	13,1	11	10,2
2	32	15,6	1	2,5	17	9,6	14	20,6	49	12,8	15	13,9
3	18	8,8	2	5,0	14	7,9	9	13,2	32	8,4	11	10,2
4-6	37	18,0	7	17,5	33	18,6	11	16,2	70	18,3	18	16,7
7-9	8	3,9	2	5,0	11	6,2	7	10,3	19	5,0	9	8,3
10+	31	15,1	8	20,0	24	13,6	12	17,6	55	14,4	20	18,5

4.2.2 Επισκέψεις σε γιατρούς ειδικοτήτων του ΙΚΑ

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται στοιχεία που αφορούν στη συχνότητα των επισκέψεων των ατόμων του δείγματος σε ειδικούς γιατρούς του ΙΚΑ, ανάλογα με το φύλο, την ασφαλιστική κάλυψη και το μοντέλο παροχής υγείας (πίνακες 4.10 & 4.11).

Οι επισκέψεις σε γιατρούς ειδικοτήτων δεν διαφέρουν σημαντικά ανάλογα με το φύλο ($p>0,30$) ή την ασφαλιστική κάλυψη ($p>0,10$), τόσο ανάμεσα στους ασθενείς των πολυϊατρείων, όσο και ανάμεσα σε εκείνους των ιδιωτικών ιατρείων. Όμως υπάρχει

στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο μοντέλων, σχετικά με τον αριθμό των επισκέψεων σε ειδικούς γιατρούς ($p=0,003$), καθώς φαίνεται ότι οι ασθενείς με τους οικογενειακούς γιατρούς στα ιδιωτικά ιατρεία επισκέπτονται γιατρό ειδικότητας στο ΙΚΑ περισσότερες φορές, συγκριτικά με τους ασθενείς του άλλου μοντέλου (κατά μέσο όρο 5,2 επισκέψεις έναντι 4,3 αντίστοιχα). Η διαφορά αυτή αντανακλάται και στα ποσοστά των ατόμων που επισκέπτονται ειδικότητες ανάμεσα στα δύο μοντέλα (πίνακας 4.10). Συγκεκριμένα, το 52,3% των ασθενών στα πολυϊατρεία έχουν δει γιατρούς ειδικοτήτων περισσότερες από 4 φορές τους τελευταίους 12 μήνες, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στο δεύτερο μοντέλο είναι 58,7%.

Πίνακας 4.10. Ετήσιες επισκέψεις ασφαλισμένων σε γιατρούς ειδικοτήτων του ΙΚΑ στα δύο μοντέλα, ανάλογα με το φύλο.

Αριθμός Επισκέψεων	Πολυϊατρεία						Ιδιωτικά Ιατρεία						Γενικό Σύνολο	
	Άνδρες		Γυναίκες		Σύνολο		Άνδρες		Γυναίκες		Σύνολο		(n)	(%)
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
0	13	15,1	21	13,2	34	13,9	5	7,2	6	3,4	11	4,5	45	9,2
1	10	11,6	13	8,2	23	9,4	3	4,3	6	3,4	9	3,7	32	6,5
2	10	11,6	21	13,2	31	12,7	10	14,5	21	11,9	31	12,7	62	12,7
3	9	10,5	20	12,6	29	11,8	19	27,5	31	17,6	50	20,4	79	16,1
4-6	25	29,1	44	27,7	69	28,2	14	20,3	49	27,8	63	25,7	132	26,9
7-9	8	9,3	13	8,2	21	8,6	10	14,5	31	17,6	41	16,7	62	12,7
10+	11	12,8	27	17,0	38	15,5	8	11,6	32	18,2	40	16,3	78	15,9

Αν εξετάσουμε τις επισκέψεις σε ειδικότητες μεταξύ των δύο μοντέλων ανάλογα με την ασφαλιστική κάλυψη του ασθενή (πίνακας 4.11), το 52,7% των άμεσα ασφαλισμένων στο μοντέλο των πολυϊατρείων έχουν επισκεφθεί κάποιο γιατρό ειδικότητας περισσότερες από 4 φορές τον τελευταίο χρόνο και το αντίστοιχο ποσοστό στο μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων είναι 53,7%, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($p=0,847$). Η διαφορά μεγαλώνει σημαντικά στους έμμεσα ασφαλισμένους, αφού το 72,1% εκείνων στα ιδιωτικά ιατρεία έχουν πραγματοποιήσει τουλάχιστον 4 επισκέψεις σε ειδικούς γιατρούς, έναντι του 50% στο μοντέλο των πολυϊατρείων ($p=0,021$).

Πίνακας 4.11. Ετήσιες επισκέψεις ασφαλισμένων σε γιατρούς ειδικοτήτων του ΙΚΑ στα δύο μοντέλα, ανάλογα με την ασφαλιστική κάλυψη.

Αριθμός Επισκέψεων	Πολυϊατρεία				Ιδιωτικά Ιατρεία				Σύνολο			
	Άμεσα Ασφαλισμένοι				Άμεσα Ασφαλισμένοι				Άμεσα Ασφαλισμένοι			
	Ναι		Όχι		Ναι		Όχι		Ναι		Όχι	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
0	31	15,1	3	7,5	8	4,5	3	4,4	39	10,2	6	5,6
1	18	8,8	5	12,5	6	3,4	3	4,4	24	6,3	8	7,4
2	24	11,7	7	17,5	26	14,7	5	7,4	50	13,1	12	11,1
3	24	11,7	5	12,5	42	23,7	8	11,8	66	17,3	13	12,0
4-6	60	29,3	9	22,5	42	23,7	21	30,9	102	26,7	30	27,8
7-9	17	8,3	4	10,0	24	13,6	17	25,0	41	10,7	21	19,4
10+	31	15,1	7	17,5	29	16,4	11	16,2	60	15,7	18	16,7

Σύμφωνα με τον πίνακα 4.12, υπάρχει ισχυρά στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στη συχνότητα των επισκέψεων σε παθολόγο-οικογενειακό γιατρό και σε γιατρό ειδικότητας ($p=0,003$), αφού όσοι έχουν πραγματοποιήσει 4 ή περισσότερες επισκέψεις σε παθολόγο, επισκέφθηκαν τουλάχιστον 4 φορές και κάποια ειδικότητα σε ποσοστό 63,9%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό σε όσους έχουν πραγματοποιήσει λιγότερες επισκέψεις (0-3) σε παθολόγο είναι 50,2%. Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο μοντέλα, όσον αφορά τον αριθμό των επισκέψεων σε ειδικότητες ανά κατηγορία δείκτη επισκεψιμότητας σε παθολόγο (για χαμηλό $p=0,148$ και για υψηλό $p=0,672$).

Πίνακας 4.12. Κατανομή του αριθμού των επισκέψεων σε γιατρούς ειδικοτήτων του ΙΚΑ ανάλογα με το δείκτη επισκεψιμότητας* στους παθολόγους - οικογενειακούς γιατρούς στα δύο μοντέλα.

Αριθμός Επισκέψεων σε Ειδικότητες	Δείκτης επισκέψεων στους Παθολόγους - Οικογενειακούς γιατρούς											
	Πολυϊατρεία				Ιδιωτικά Ιατρεία				Σύνολο			
	Χαμηλός		Υψηλός		Χαμηλός		Υψηλός		Χαμηλός		Υψηλός	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
0 – 3	82	53,9	35	37,6	67	45,6	34	34,7	149	49,8	69	36,1
4+	70	46,1	58	62,4	80	54,4	64	65,3	150	50,2	122	63,9

*χαμηλός δείκτης = 0-3 επισκέψεις, υψηλός=4+ επισκέψεις

4.2.3 Κατ' οίκον επισκέψεις παθολόγου γιατρού και επισκέψεις σε ιδιώτες

Ο πίνακας 4.13 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος στα δύο μοντέλα ανάλογα με τον αριθμό των κατ' οίκον επισκέψεων από παθολόγους-οικογενειακούς γιατρούς του ΙΚΑ και των επισκέψεων σε ιδιώτες γιατρούς. Η συντριπτική πλειοψηφία και στα δύο μοντέλα (>88%) δεν δέχτηκε κατ' οίκον επίσκεψη, ενώ το ποσοστό των ερωτηθέντων που είχαν έστω και μία κατ' οίκον επίσκεψη οικογενειακού γιατρού του ΙΚΑ, τους τελευταίους 12 μήνες, είναι 10,6%. Επίσης, από το σύνολο των ατόμων του δείγματος, το 61,4% δήλωσε ότι τους τελευταίους 12 μήνες πραγματοποίησε μία ή περισσότερες επισκέψεις σε ιδιώτη γιατρό εκτός ΙΚΑ. Από τα στοιχεία του πίνακα φαίνεται, ότι οι ασθενείς στο μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων έχουν πραγματοποιήσει επίσκεψη σε ιδιώτη γιατρό σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους χρήστες των πολυϊατρείων (64,9% έναντι 58% αντίστοιχα). Από το σύνολο των ασφαλισμένων που δήλωσαν μία ή περισσότερες επισκέψεις σε ιδιώτες γιατρούς, το 1% επισκέφθηκε μόνο παθολόγο, το 95,3% άλλη ειδικότητα και το υπόλοιπο 3,7% και παθολόγο

και ειδικότητα. Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο μοντέλων όσον αφορά τις κατ' οίκον επισκέψεις ($p=0,093$) ή τις επισκέψεις σε ιδιώτη γιατρό ($p=0,115$) ή ανάλογα με την ειδικότητα του ιδιώτη, σε περίπτωση που πραγματοποίησαν κάποια επίσκεψη ($p=0,613$).

Πίνακας 4.13. Κατανομή των ατόμων του δείγματος στα δύο μοντέλα ανάλογα με τον αριθμό των κατ' οίκον επισκέψεων από παθολόγους-οικογενειακούς γιατρούς του ΙΚΑ και των επισκέψεων σε ιδιώτες γιατρούς.

	Πολυϊατρεία		Ιδιωτικά Ιατρεία		Σύνολο	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Κατ'οίκον επισκέψεις						
0	217	88,6	221	90,2	438	89,4
1	13	5,3	16	6,5	29	5,9
2	9	3,7	8	3,3	17	3,5
3+	6	2,4	0	0,0	6	1,2
Επίσκεψη σε ιδιώτη γιατρό						
Ναι	142	58,0	159	64,9	301	61,4
Όχι	103	42,0	86	35,1	189	38,6
Ειδικότητα Ιδιώτη						
Παθολόγος*	2	1,4	1	0,6	3	1,0
Άλλη ειδικότητα	136	95,8	151	95,0	287	95,3
Και τα δύο	4	2,8	7	4,4	11	3,7

*ανάμεσα σε 3 άτομα που επισκέφθηκαν ιδιώτη παθολόγο

Αν η κατανομή γίνει κατά φύλο (πίνακας 4.14), παρουσιάζεται στατιστικά σημαντικά ($p<0,001$) υψηλότερο το ποσοστό των γυναικών (68,1%) που επισκέφθηκαν ιδιώτη γιατρό (παθολόγο ή άλλη ειδικότητα), συγκριτικά με το αντίστοιχο των ανδρών (47,1%). Το ίδιο ισχύει αν εξετάσουμε κατά φύλο κάθε μοντέλο ξεχωριστά. Στα πολυϊατρεία, το 48,8% των ανδρών δήλωσε μία ή περισσότερες επισκέψεις σε ιδιώτη γιατρό, ενώ για τις γυναίκες το αντίστοιχο ποσοστό είναι 62,9%. Στο άλλο μοντέλο, τα ποσοστά ανδρών και γυναικών που επισκέφθηκαν τον τελευταίο χρόνο ιδιώτη γιατρό είναι 44,9% και 72,7% αντίστοιχα. Οι διαφορές των ποσοστών και στις δύο περιπτώσεις είναι στατιστικά σημαντικές ($p=0,033$ και $p<0,001$ αντίστοιχα). Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο μοντέλων, τόσο ανάμεσα στους άνδρες ($p=0,628$), όσο και ανάμεσα στις γυναίκες ($p=0,054$) που επισκέφθηκαν ιδιώτες γιατρούς.

Πίνακας 4.14. Κατανομή των ατόμων του δείγματος κατά φύλο και ανάλογα με το αν επισκέφθηκαν ιδιώτες γιατρούς τους τελευταίους 12 μήνες στα δύο μοντέλα.

	Πολυϊατρεία				Ιδιωτικά Ιατρεία				Σύνολο			
	Άνδρες		Γυναίκες		Άνδρες		Γυναίκες		Άνδρες		Γυναίκες	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
ΝΑΙ	42	48,8	100	62,9	31	44,9	128	72,7	73	47,1	228	68,1
ΟΧΙ	44	51,2	59	37,1	38	55,1	48	27,3	82	52,9	107	31,9
Σύνολο	86	100,0	159	100,0	69	100,0	176	100,0	155	100,0	335	100,0

Εκτός όμως από τις επισκέψεις σε ιδιώτες γιατρούς, οι ασφαλισμένοι μπορούν εάν επιθυμούν να επισκεφθούν σε ιδιωτική βάση (επ' αμοιβή, εκτός ωραρίου ΙΚΑ) και τον παθολόγο - οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ. Στο μοντέλο με τους παθολόγους στα πολυϊατρεία, αυτό ισχύει εφόσον ο γιατρός διαθέτει ιδιωτικό ιατρείο και οι ασφαλισμένοι το γνωρίζουν. Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα 4.15, το 7,1% των ερωτηθέντων πραγματοποίησαν τους τελευταίους 12 μήνες μία ή περισσότερες τέτοιες επισκέψεις. Το μέγεθος αυτό μπορεί να θεωρηθεί υποεκτιμημένο, δεδομένου ότι πολλοί ασθενείς δυσκολεύτηκαν να απαντήσουν ευθέως στη συγκεκριμένη ερώτηση. Ενώ ο αριθμός των επισκέψεων σε ιδιώτη παθολόγο ή ιδιώτη άλλης ειδικότητας δεν διαφέρει σημαντικά ανάμεσα στους ασθενείς των δύο μοντέλων, παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,002$) μεταξύ των δύο μοντέλων στα ποσοστά των ατόμων που επισκέφθηκαν τον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ σε ιδιωτική βάση. Συγκεκριμένα, εάν δεν έχει υπεισελθεί συστηματικό σφάλμα το οποίο διαμόρφωσε αυτή τη διαφορά, φαίνεται ότι τα ποσοστά αυτών που είχαν μία ή περισσότερες

επισκέψεις τον τελευταίο χρόνο στον παθολόγο του ΙΚΑ σε ιδιωτική βάση, είναι στο μοντέλο των πολυϊατρείων 13,7%, ενώ στο μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων 3,6%.

Πίνακας 4.15 Κατανομή των ατόμων του δείγματος στα δύο μοντέλα ανάλογα με τον αριθμό των επισκέψεων στους παθολόγους-οικογενειακούς γιατρούς του ΙΚΑ σε ιδιωτική βάση και των επισκέψεων σε ιδιώτες γιατρούς.

	Πολυϊατρεία		Ιδιωτικά Ιατρεία		Σύνολο	
	(n)*	%	(n)	%	(n)	%
Αριθμός επισκέψεων στον παθολόγο του ΙΚΑ σε ιδιωτική βάση						
0	107	86,3	236	96,3	343	93,0
1	12	9,7	6	2,4	18	4,9
2	3	2,4	2	0,8	5	1,4
3-5	1	0,8	1	0,4	2	0,5
6+	1	0,8	0	0,0	1	0,3
Αριθμός επισκέψεων σε ιδιώτη παθολόγο**						
1	3	50,0	4	50,0	7	50,0
2	3	50,0	3	37,5	6	42,9
3-5	0	0,0	1	12,5	1	7,1
6+	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Αριθμός επισκέψεων σε ιδιώτη πλην παθολόγου**						
1	28	20,1	31	19,6	59	19,9
2	50	36,0	61	38,6	111	37,4
3-5	50	36,0	51	32,3	101	34,0
6+	11	7,9	15	9,5	26	8,8

* ανάμεσα στους 124 (50,6%) που γνώριζαν ότι ο παθολόγος έχει ιδιωτικό ιατρείο.

** ανάμεσα σε όσους πραγματοποίησαν τέτοια επίσκεψη.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι λόγοι για τους οποίους οι ασθενείς απευθύνονται συχνά σε ιδιώτες γιατρούς (πίνακας 4.16). Τα ποσοστά του πίνακα υπερβαίνουν το 100% καθώς οι ερωτώμενοι μπορούσαν να επιλέξουν μέχρι και τρεις λόγους.

Πίνακας 4.16 Λόγοι προσφυγής σε ιδιώτες γιατρούς.

Λόγοι προσφυγής	(n)	%
Σας τον σύστησαν ως πολύ καλό γιατρό	55	18,3
Δεν είχατε πολύ εμπιστοσύνη στο γιατρό του ΙΚΑ	151	50,2
Δεν σας βόλευαν οι ώρες των γιατρών του ΙΚΑ	4	1,3
Θέλατε και μία δεύτερη γνώμη εκτός ΙΚΑ	51	16,9
Το πρόβλημα της υγείας σας ήταν πολύ σοβαρό	37	12,3
Το ΙΚΑ δεν είχε την ειδικότητα που θέλατε	14	4,7
Το ΙΚΑ δεν προσέφερε τις υπηρεσίες που θέλατε (π.χ. οδον/κές)	72	23,9
Δεν μπορούσατε να περιμένετε το ΙΚΑ (π.χ. μακρινό ραντεβού)	90	29,9
Το πολυϊατρείο του ΙΚΑ ήταν κλειστό, το περιστατικό ήταν επείγον	17	5,6
Άλλοι λόγοι	151	50,2

Οι ερωτώμενοι επικαλέστηκαν κυρίως την έλλειψη εμπιστοσύνης στο γιατρό του ΙΚΑ (50,2%), το μεγάλο χρόνο αναμονής για ραντεβού (29,9%) και την αδυναμία του Ιδρύματος να προσφέρει ορισμένες υπηρεσίες υγείας (κυρίως οδοντιατρικές) (23,9%). Από τους "άλλους λόγους" που επικαλέστηκε το 50,2% των ερωτηθέντων, οι κυριότεροι ήταν η αποφυγή της ταλαιπωρίας που ενδεχομένως θα υποστούν στο ΙΚΑ ή ότι παρακολουθούνται επί σειρά ετών από συγκεκριμένο ιδιώτη γιατρό, τον οποίο δεν επιθυμούν να αλλάξουν.

Τέλος, ο Πίνακας 4.17 παρουσιάζει κατά μέσο όρο τις κατά κεφαλήν ετήσιες επισκέψεις των ατόμων του δείγματος σε γιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στα δύο μοντέλα. Φαίνεται και εδώ ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο μοντέλων, όσον αφορά τις επισκέψεις σε γιατρούς ειδικοτήτων του ΙΚΑ (με περισσότερες επισκέψεις στο μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων).

Πίνακας 4.17 Μέσος όρος επισκέψεων σε γιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης από ασφαλισμένους του ΙΚΑ τους τελευταίους 12 μήνες.

	Πολυϊατρεία	Ιδιωτικά ιατρεία	p-value*
Είδος επίσκεψης			
Σε παθολόγους του ΙΚΑ	3,5	3,6	0,489
Σε άλλες ειδικότητες του ΙΚΑ	4,3	5,2	0,003
Κατ'οίκον από παθολόγους του ΙΚΑ	0,2	0,1	0,487
Σε ιδιώτες παθολόγους	0,0	0,1	0,586
Σε ιδιώτες άλλων ειδικοτήτων	1,6	1,8	0,130
Σε παθολόγους του ΙΚΑ ιδιωτικά	0,1	0,1	0,108
Σύνολο	9,7	10,8	0,007

* p-value από Mann-Whitney test

4.2.4 Συμπεράσματα

- Δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο μοντέλων σχετικά με τον αριθμό των επισκέψεων στους παθολόγους-οικογενειακούς γιατρούς του ΙΚΑ. Ελαφρώς μικρότερο παρουσιάζεται το ποσοστό των ατόμων που επισκέπτονται τον παθολόγο στα πολυϊατρεία (71,4% έναντι 75,1% στα ιδιωτικά ιατρεία), αλλά σε βαθμό μη στατιστικά σημαντικό
- Όσοι χαρακτηρίζουν την κατάσταση της υγείας τους κακή ή μέτρια, έχουν μεγαλύτερο αριθμό επισκέψεων στον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ και στα δύο μοντέλα, συγκριτικά με όσους την χαρακτηρίζουν καλή ή πολύ καλή
- Τα άτομα με χρόνια πρόβλημα υγείας πραγματοποιούν περισσότερες επισκέψεις στον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ, σε σχέση με τους μη χρόνια πάσχοντες και στα δύο μοντέλα
- Οι ασθενείς με τους παθολόγους-οικογενειακούς γιατρούς στα ιδιωτικά ιατρεία επισκέπτονται γιατρούς ειδικοτήτων στο ΙΚΑ περισσότερες φορές, συγκριτικά με τους

ασθενείς του μοντέλου των πολυϊατρείων (κατά μέσο όρο 5,2 επισκέψεις έναντι 4,3 αντίστοιχα)

- Τα άτομα με υψηλό δείκτη επισκέψεων (4+) στους παθολόγους-οικογενειακούς γιατρούς του ΙΚΑ πραγματοποιούν περισσότερες επισκέψεις σε γιατρούς ειδικοτήτων και στα δύο μοντέλα, σε σχέση με όσους έχουν χαμηλό δείκτη αντίστοιχων επισκέψεων (0-3)
- Μόνο ένας στους δέκα ερωτηθέντες δέχτηκε έστω και μία κατ' οίκον επίσκεψη παθολόγου-οικογενειακού γιατρού του ΙΚΑ τους τελευταίους 12 μήνες
- Οι έξι στους δέκα ερωτηθέντες δήλωσαν ότι τον τελευταίο χρόνο επισκέφθηκαν μία ή περισσότερες φορές ιδιώτη γιατρό. Μεταξύ των δύο μοντέλων δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τις επισκέψεις σε ιδιώτες γιατρούς (παθολόγους ή άλλης ειδικότητας), ωστόσο φαίνεται ότι οι ασθενείς στο μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων προσφεύγουν σε ιδιώτες γιατρούς σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους ασθενείς του μοντέλου των πολυϊατρείων (64,9% έναντι 58% αντίστοιχα)
- Και στα δύο μοντέλα, αυξημένο παρουσιάζεται το ποσοστό των γυναικών που επισκέπτονται ιδιώτες γιατρούς σε σχέση με τους άνδρες
- Επισκέψεις στον παθολόγο του ΙΚΑ σε ιδιωτική βάση πραγματοποιούν σε μεγαλύτερο ποσοστό οι ασθενείς των πολυϊατρείων, σε σχέση με τους ασθενείς του άλλου μοντέλου
- Ο ετήσιος κατά κεφαλήν αριθμός των επισκέψεων σε γιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρουσιάζεται στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερος στο μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων (10,8 έναντι 9,7 στα πολυϊατρεία), γεγονός που οφείλεται αποκλειστικά στον αυξημένο αριθμό επισκέψεων σε ειδικούς γιατρούς του ΙΚΑ στο συγκεκριμένο μοντέλο, συγκριτικά με το άλλο

4.3 Η συνέχεια στη φροντίδα και το δικαίωμα επιλογής γιατρού

4.3.1 Χρόνος παραμονής στον ίδιο παθολόγο - οικογενειακό γιατρό

Ο πίνακας 4.18 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μοντέλο παροχής υγείας και το χρονικό διάστημα που επισκέπτονται τον ίδιο παθολόγο. 141 ασθενείς (57,6%) από τους 245 στο μοντέλο των πολυϊατρείων, δήλωσαν ότι επισκέπτονται τον ίδιο παθολόγο

και για αυτούς συλλέχθηκε και η σχετική πληροφορία. Στο μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων, όλοι οι ασφαλισμένοι υποχρεούνται εκ των πραγμάτων να επισκέπτονται μόνο τον οικογενειακό τους γιατρό. Για μεγαλύτερη αξιοπιστία κρίθηκε σκόπιμο η σύγκριση των δύο μοντέλων να γίνει και με βάση τα άτομα που τον τελευταίο χρόνο πραγματοποίησαν περισσότερες από δύο επισκέψεις στον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό (πίνακας 4.19). Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,001$) μεταξύ των δύο μοντέλων όσον αφορά τη συνέχεια στη φροντίδα, ανεξάρτητα από το αν λάβουμε υπ' όψη μας το σύνολο του δείγματος ή όσους έχουν πραγματοποιήσει περισσότερες από 2 επισκέψεις τους τελευταίους 12 μήνες. Οι ασθενείς δηλαδή στα πολυϊατρεία, παραμένουν στον ίδιο παθολόγο για περισσότερα από 10 χρόνια σε ποσοστό 34,8% (ή 38,9% για εκείνους με > 2 επισκέψεις). Το αντίστοιχο ποσοστό στο μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων είναι 24,1% (ή 26,4% για εκείνους με > 2 επισκέψεις).

Πίνακας 4.18 Κατανομή ασφαλισμένων ανάλογα με το χρονικό διάστημα που επισκέπτονται τον ίδιο παθολόγο-οικογενειακό γιατρό στα δύο μοντέλα.

	Πολυϊατρεία		Ιδιωτικά ιατρεία		Σύνολο	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Χρονικό διάστημα						
< 1 χρόνο	8	5,7	3	1,2	11	2,8
1-2 χρόνια	14	9,9	53	21,6	67	17,4
2-5 χρόνια	32	22,7	46	18,8	78	20,2
5-10 χρόνια	38	27,0	84	34,3	122	31,6
10+ χρόνια	49	34,8	59	24,1	108	28,0

Πίνακας 4.19 Κατανομή ασφαλισμένων με περισσότερες από 2 επισκέψεις τον τελευταίο χρόνο, ανάλογα με το χρονικό διάστημα που επισκέπτονται τον ίδιο παθολόγο-οικογενειακό γιατρό στα δύο μοντέλα.

	Πολυϊατρεία		Ιδιωτικά ιατρεία		Σύνολο	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Χρονικό διάστημα						
< 1 χρόνο	5	5,6	0	0,0	5	2,4
1-2 χρόνια	8	8,9	22	18,2	30	14,2
2-5 χρόνια	19	21,1	25	20,7	44	20,9
5-10 χρόνια	23	25,5	42	34,7	65	30,8
10+ χρόνια	35	38,9	32	26,4	67	31,8

4.3.2 Η συχνότητα αλλαγής παθολόγου - οικογενειακού γιατρού

104 ασθενείς (42,4%) στο μοντέλο των πολυϊατρείων δήλωσαν ότι δεν επισκέπτονται πάντα τον ίδιο παθολόγο. Οι λόγοι που επικαλέστηκαν παρουσιάζονται στον πίνακα 4.20.

Πίνακας 4.20 Λόγοι που οι ασφαλισμένοι δεν επισκέπτονται τον ίδιο παθολόγο-οικογενειακό γιατρό (πολυϊατρεία).

Λόγοι	(n)	%
Ο γιατρός σας παραιτήθηκε, συνταξιοδοτήθηκε, πέθανε, άλλαξε υπ/μα	28	26,9
Δεν ξέρετε κανένα παθολόγο του υποκαταστήματος προσωπικά	37	35,6
Ο παθολόγος που θέλετε δεν είναι πάντα διαθέσιμος	12	11,5
Δεν σας ενδιαφέρει να είναι πάντα ο ίδιος	13	12,5
Πολύ σπάνια χρειάζεστε παθολόγο και έτσι δεν τον θυμάστε	19	18,3
Πηγαίνετε σε αυτόν που σας δέχεται πιο σύντομα	66	63,5
Αλλάξατε υποκατάστημα και έτσι αλλάξατε παθολόγο.	3	2,9
Άλλοι λόγοι	46	44,2

Όπως προκύπτει από τα στοιχεία, περισσότεροι από τους μισούς (63,5%) δήλωσαν ότι προτιμούν τον παθολόγο που τους δέχεται πιο σύντομα. Το 44,2% των ερωτηθέντων ισχυρίστηκαν "άλλους λόγους", οι κυριότεροι εκ των οποίων είναι: α) δεν μένουν συνήθως ευχαριστημένοι από ένα συγκεκριμένο παθολόγο και αναγκάζονται να αλλάζουν συχνά, β) απευθύνονται συνήθως σε νοσοκομεία και στον παθολόγο του ΙΚΑ προσέρχονται μόνο για συνταγογράφηση. Ένα ποσοστό 35,6% των ασθενών δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν κάποιο παθολόγο του υποκαταστήματος προσωπικά.

Η σχετική ερώτηση για τους ασφαλισμένους του άλλου μοντέλου (παθολόγοι στα ιδιωτικά ιατρεία) κατέγραψε τους λόγους για τους οποίους άλλαξαν τον οικογενειακό τους γιατρό την τελευταία πενταετία (πίνακας 4.21). Και στους δύο πίνακες το άθροισμα των ποσοστών είναι μεγαλύτερο του 100% διότι οι ερωτώμενοι μπορούσαν να επιλέξουν περισσότερους από έναν λόγους.

Πίνακας 4.21 Λόγοι που οι ασφαλισμένοι άλλαξαν παθολόγο-οικογενειακό γιατρό την τελευταία πενταετία (ιδιωτικά ιατρεία).

Λόγοι	(n)	%
Ο γιατρός σας παραιτήθηκε, συνταξιοδοτήθηκε, πέθανε, άλλαξε υπ/μα	35	39,3
Συμπληρώθηκε η λίστα του πριν προλάβετε να εγγραφείτε σε αυτή	6	6,7
Δε σας άρεσε, δεν σας εξυπηρετούσε, ήταν μακριά	18	20,2
Αλλάξατε εσείς διεύθυνση ή υποκατάστημα	21	23,6
Άλλοι λόγοι	20	22,5

88 ασθενείς (35,9%) στο δεύτερο μοντέλο δήλωσαν ότι άλλαξαν την τελευταία πενταετία τον οικογενειακό τους γιατρό μία ή περισσότερες φορές. Οι περισσότεροι (39,3%) οδηγήθηκαν σε αυτή την αλλαγή γιατί ο γιατρός τους παραιτήθηκε, συνταξιοδοτήθηκε, πέθανε ή άλλαξε υποκατάστημα. Ένα ποσοστό 23,6% των ερωτηθέντων άλλαξαν οι ίδιοι διεύθυνση κατοικίας ή υποκατάστημα και συνεπώς και οικογενειακό γιατρό, ενώ ο επικρατέστερος από τους "άλλους λόγους" που επικαλέστηκε το 22,5% των ατόμων, ήταν ότι έληξε η σύμβαση του οικογενειακού τους γιατρού με το ΙΚΑ. Αξίζει να σημειωθεί ότι μόνο το 20,2% των ατόμων του δείγματος άλλαξε παθολόγο με δική του ευθύνη για προσωπικούς λόγους.

Η συνέχεια στη φροντίδα εξετάζεται επίσης στα δύο μοντέλα μέσα από τη σύγκριση: α) του αριθμού των διαφορετικών παθολόγων που ο ασθενής επισκέφθηκε στο ΙΚΑ την τελευταία πενταετία (μοντέλο πολυϊατρειών) και β) του αριθμού των αλλαγών παθολόγου-οικογενειακού γιατρού που ο ασθενής πραγματοποίησε την τελευταία πενταετία (μοντέλο ιδιωτικών ιατρειών) (πίνακες 4.22 και 4.23 αντίστοιχα).

Πίνακας 4.22 Κατανομή ασφαλισμένων σύμφωνα με τον αριθμό των διαφορετικών παθολόγων-οικογενειακών γιατρών που επισκέφθηκαν στο ΙΚΑ την τελευταία πενταετία (πολυϊατρεία).

Αριθμός παθολόγων	Πολυϊατρεία	
	(n)	%
Στον ίδιο παθολόγο	109	44,5
Σε έναν	11	4,5
Σε δύο	63	25,7
Σε τρεις	41	16,7
Σε τέσσερις	15	6,1
Σε περισσότερους από τέσσερις	6	2,4

Πίνακας 4.23 Κατανομή ασφαλισμένων σύμφωνα με τον αριθμό των αλλαγών του παθολόγου-οικογενειακού γιατρού που πραγματοποίησαν την τελευταία πενταετία (ιδιωτικά ιατρεία).

Αριθμός αλλαγών	Ιδιωτικά Ιατρεία	
	(n)	%
Καμία φορά	157	64,1
Μία φορά	77	31,4
Δύο φορές	9	3,7
Τρεις ή περισσότερες	2	0,8

Από τη σύγκριση των ως άνω στοιχείων προκύπτει ότι το 55,5% των ασθενών στο μοντέλο των πολυιατρείων άλλαξαν μία ή περισσότερες φορές τον παθολόγο τους την τελευταία πενταετία, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στο μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων είναι 35,9%. Η διαφορά των ποσοστών μεταξύ των δύο μοντέλων είναι στατιστικά σημαντική ($p < 0,001$).

4.3.3 Οι παραπομπές σε γιατρούς ειδικότητων

Ο αριθμός των παραπομπών σε γιατρό ειδικότητας από τον αντίστοιχο παθολόγο-οικογενειακό γιατρό δεν διαφοροποιείται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ($p = 0,127$) ανάμεσα στα δύο μοντέλα (πίνακας 4.24). Συγκεκριμένα, στο πρώτο μοντέλο το 75,4% των ασθενών που τον τελευταίο χρόνο πραγματοποίησαν μία ή περισσότερες επισκέψεις σε γιατρό ειδικότητας, δήλωσαν ότι το έκαναν με δική τους πρωτοβουλία, ενώ οι υπόλοιποι (24,6%) παραπέμφθηκαν μία ή περισσότερες φορές από τον οικογενειακό τους γιατρό. Τα αντίστοιχα ποσοστά στο μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων είναι 81,5% και 18,5%.

Πίνακας 4.24 Κατανομή των ασφαλισμένων ανάλογα με τον αριθμό των παραπομπών από τον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό σε ειδικότητες στα δύο μοντέλα.

Αριθμός παραπομπών	Πολυιατρεία (n=142)		Ιδιωτικά Ιατρεία (n=173)		Σύνολο	
	(n)	%	(n)	%		
Καμία	107	75,4	141	81,5	248	78,7
1	18	12,7	17	9,8	35	11,1
2	11	7,7	7	4,1	18	5,7
3	4	2,8	1	0,6	5	1,6
4	0	0,0	0	0	0	0,0
5+	2	1,4	7	4	9	2,9

Επίσης, πάνω από το 50% των ασθενών και στα δύο μοντέλα που επισκέφθηκαν τον τελευταίο χρόνο γιατρό ειδικότητας στο ΙΚΑ, δεν ενημέρωσαν στη συνέχεια τον παθολόγο-οικογενειακό τους γιατρό για τα αποτελέσματα αυτής της επίσκεψης (πίνακας 4.25). Τα ποσοστά εκείνων που ενημέρωσαν είναι για το μοντέλο των πολυϊατρείων 47,2% και για το άλλο μοντέλο 44,5%. Η διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική ($p=0,635$).

Πίνακας 4.25 Κατανομή ασφαλισμένων που επισκέφθηκαν ειδικούς γιατρούς του ΙΚΑ ανάλογα με το αν ενημέρωσαν τον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό για τα αποτελέσματα της επίσκεψης στα δύο μοντέλα.

	Πολυϊατρεία		Ιδιωτικά ιατρεία		Σύνολο		p-value
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	
Ενημερώθηκε ο παθολόγος							0,635
Ναι	67	47,2	77	44,5	144	45,7	
Όχι	75	52,8	96	55,5	171	54,3	
Σύνολο	142	100,0	173	100,0			

Αν η κατανομή γίνει ανάμεσα σε όσους δήλωσαν τουλάχιστον μία παραπομπή από τον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό (πίνακας 4.26), εκείνοι που στη συνέχεια τον ενημέρωσαν παρουσιάζονται σε ποσοστό 74,3% στα πολυϊατρεία και 84,4% στα ιδιωτικά ιατρεία. Και σε αυτή την περίπτωση η διαφορά στα ποσοστά μεταξύ των δύο μοντέλων δεν είναι στατιστικά σημαντική ($p=0,239$).

Πίνακας 4.26 Κατανομή ασφαλισμένων που επισκέφθηκαν ειδικούς γιατρούς του ΙΚΑ, με τουλάχιστον μία παραπομπή από τον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό, ανάλογα με το αν τον ενημέρωσαν για τα αποτελέσματα της επίσκεψης στα δύο μοντέλα.

	Πολυϊατρεία		Ιδιωτικά ιατρεία		Σύνολο		p-value
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	
Ενημερώθηκε ο παθολόγος							0,239
Ναι	26	74,3	27	84,4	53	79,1	
Όχι	9	25,7	5	15,6	14	20,9	
Σύνολο	35	100,0	32	100,0	67	100,0	

4.3.4 Η συνέχεια στη φροντίδα για τα μέλη του νοικοκυριού των ατόμων του δείγματος

Στην ενότητα αυτή εξετάζεται κατά πόσο όλα τα μέλη του νοικοκυριού των ατόμων του δείγματος επισκέπτονται τον ίδιο οικογενειακό γιατρό (πίνακας 4.27). Ο πίνακας αναφέρεται σε 368 νοικοκυριά με περισσότερα από ένα μέλη. Από την επεξεργασία των στοιχείων προέκυψε ότι στο μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων το ποσοστό των ατόμων άνω των 14 ετών που μένουν μαζί με τον ερωτώμενο και επισκέπτονται τον ίδιο παθολόγο-οικογενειακό γιατρό με αυτόν, είναι υψηλότερο από το αντίστοιχο ποσοστό στο μοντέλο των πολυιατρείων (58,1% έναντι 33,4% αντίστοιχα). Η στατιστική σημαντικότητα της διαφοράς είναι υψηλή ($p < 0,001$) και σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα οφείλεται κυρίως στην επιλογή, από τα μέλη του νοικοκυριού, διαφορετικού παθολόγου στο μοντέλο των πολυιατρείων και δευτερευόντως στη διαφορετική ασφαλιστική κάλυψη των μελών του νοικοκυριού. Ειδικότερα, το ποσοστό όσων επιλέγουν διαφορετικό παθολόγο από εκείνον που συνήθως επισκέπτεται ο ερωτώμενος, είναι στατιστικά σημαντικά ($p < 0,001$) υψηλότερο στο μοντέλο των πολυιατρείων (34,0%) συγκριτικά με το άλλο μοντέλο (8,4%). Ομοίως, σημαντικά υψηλότερο στο μοντέλο των πολυιατρείων παρουσιάζεται και το ποσοστό των ατόμων που μένουν μαζί με τον ερωτώμενο και έχουν άλλο ασφαλιστικό ταμείο από εκείνον (22,6% έναντι 10,7% στα ιδιωτικά ιατρεία, $p < 0,001$). Αξίζει να σημειωθεί ότι το ποσοστό των ανασφάλιστων, όπως φαίνεται στο πίνακα, ανέρχεται συνολικά στο 3,3%, ακυρώνοντας τους ισχυρισμούς για καθολική κάλυψη του πληθυσμού.

Πίνακας 4.27 Κατανομή των μελών των νοικοκυριών του δείγματος ανάλογα με τον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ που επισκέπτονται.

	Πολυιατρεία		Ιδιωτικά ιατρεία		Σύνολο		p-value
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	
Ίδιος παθολόγος	111	33,4	180	58,1	291	45,3	<0,001
Άλλος παθολόγος	113	34,0	26	8,4	139	21,6	<0,001
Άλλο ασφαλιστικό ταμείο	75	22,6	33	10,7	108	16,8	<0,001
Ανασφάλιστοι	12	3,6	9	2,9	21	3,3	0,613
Ανεπαρκείς απαντήσεις / παιδιά	22	6,5	62	20,0	84	13,1	<0,001
Σύνολο	333		310		643		

4.3.5 Το δικαίωμα επιλογής γιατρού

Οι ερωτήσεις που εξετάζουν τον τρόπο επιλογής του οικογενειακού γιατρού στα δύο μοντέλα δεν έχουν ακριβώς τις ίδιες προκαθορισμένες απαντήσεις. Προκειμένου η σύγκριση να είναι περισσότερο αξιόπιστη, κρίθηκε σκόπιμο να ληφθούν υπόψη μόνο οι ασθενείς που τον τελευταίο χρόνο επισκέφθηκαν τέσσερις ή περισσότερες φορές τον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ (πίνακας 4.28). Αν και στο μοντέλο των πολυιατρείων οι ασφαλισμένοι έχουν θεωρητικά μεγαλύτερα περιθώρια να επιλέξουν το γιατρό τους, ένα ποσοστό 32,0% το αφήνει στην τύχη, ενώ στο μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων η τυχαία επιλογή γιατρού περιορίζεται στο 3,1%. Η διαφορά των δύο ποσοστών είναι στατιστικά σημαντική ($p < 0,001$). Τα ποσοστά εκείνων που επιλέγουν τον οικογενειακό τους γιατρό αξιολογώντας κάποια "ποιοτικά" χαρακτηριστικά, που το κάνουν δηλαδή ύστερα από κάποιες πληροφορίες ή συστάσεις, είναι 66,7% στο μοντέλο των πολυιατρείων και 33,7% στο μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων. Και εδώ παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο μοντέλων ($p < 0,001$). Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι στο δεύτερο μοντέλο, ένα μεγάλο ποσοστό ασφαλισμένων (36,7%) δεν έχει δικαίωμα επιλογής γιατρού, αφού εγγράφεται υποχρεωτικά από το ΙΚΑ στους οικογενειακούς γιατρούς που έχουν κενά στη λίστα τους.

Πίνακας 4.28 Κατανομή ασφαλισμένων με 4 ή περισσότερες επισκέψεις σύμφωνα με τον τρόπο επιλογής του παθολόγου-οικογενειακού γιατρού στα δύο μοντέλα.

Τρόπος επιλογής	Πολυιατρεία		Ιδιωτικά ιατρεία		Σύνολο	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Τυχαία	24	32,0	3	3,1	27	15,6
Ύστερα από συστάσεις	50	66,7	33	33,7	83	48,0
Τον όρισε το ΙΚΑ*	-		36	36,7	36	20,8
Ήταν κοντά στο σπίτι μου*	-		25	25,5	25	14,5
Άλλοι λόγοι	1	1,3	1	1,0	2	1,2
Σύνολο	75		98		173	

* μόνο για το μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων

4.3.6 Συμπεράσματα

- Οι ασφαλισμένοι στο μοντέλο των πολυιατρείων αλλάζουν συχνότερα παθολόγο-οικογενειακό γιατρό από τους ασφαλισμένους του άλλου μοντέλου, ωστόσο τα ποσοστά αυτών που παραμένουν στον ίδιο παθολόγο-οικογενειακό γιατρό, για

περισσότερα από 10 χρόνια, παρουσιάζονται στατιστικά σημαντικά υψηλότερα στο μοντέλο των πολυϊατρείων

- Και στα δύο μοντέλα, άνω του 70% των ασθενών επισκέπτονται γιατρούς ειδικοτήτων με δική τους πρωτοβουλία, χωρίς δηλαδή να παραπεμφθούν από τον αντίστοιχο παθολόγο-οικογενειακό γιατρό
- Η συνέχεια στη φροντίδα για τα μέλη των νοικοκυριών των ατόμων του δείγματος διασφαλίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό στο μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων, αφού ένα σημαντικό ποσοστό αυτών επισκέπτεται τον ίδιο παθολόγο-οικογενειακό γιατρό με τον ερωτώμενο
- Το μοντέλο των πολυϊατρείων εξασφαλίζει μεγαλύτερη ελευθερία επιλογής γιατρού από τον ασθενή, σε σχέση με το άλλο μοντέλο, αν και αρκετές φορές η επιλογή αυτή γίνεται στην τύχη

4.4 Η προσπελασιμότητα των υπηρεσιών

Στη συνέχεια εξετάζονται ορισμένες παράμετροι, που έχουν σχέση με την προσπελασιμότητα των υπηρεσιών οικογενειακής ιατρικής του ΙΚΑ, όπως ο τρόπος μετάβασης των ασθενών στους παθολόγους-οικογενειακούς γιατρούς, ο απαιτούμενος χρόνος μετάβασης αλλά και αναμονής στα ιατρεία, καθώς και οι απόψεις των ασφαλισμένων για το ωράριο εργασίας των παθολόγων και τις ώρες που οι ίδιοι προτιμούν να τον επισκέπτονται.

4.4.1 Τρόπος μετάβασης των ασθενών στους παθολόγους - οικογενειακούς γιατρούς

Τα ποσοστά αυτών που επιλέγουν να περπατήσουν μέχρι το ιατρείο του οικογενειακού τους γιατρού είναι για το μοντέλο των πολυϊατρείων 55,9% και των ιδιωτικών ιατρείων 84,9% (πίνακας 4.29). Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική ανάμεσα στα δύο μοντέλα ($p < 0,001$). Επίσης, στο μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων το ποσοστό των ασθενών που προσέρχονται στον οικογενειακό τους γιατρό με τα πόδια, είναι στατιστικά σημαντικά υψηλότερο ($p < 0,001$) από το ποσοστό όσων χρησιμοποιούν κάποιο μεταφορικό μέσο (84,9% έναντι 15,1% αντίστοιχα). Όταν η ανάλυση γίνει ανά υποκατάστημα, παρουσιάζονται κάποιες παρεκκλίσεις που αξίζει να σημειωθούν. Έτσι στη Γλυφάδα, που ανήκει στο μοντέλο με τους παθολόγους-οικογενειακούς γιατρούς στα ιδιωτικά ιατρεία, ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών (56,8%) προσέρχεται στα ιατρεία με κάποιο μεταφορικό μέσο. Το ποσοστό αυτό είναι υψηλότερο, όχι μόνο από τα αντίστοιχα της ομάδας του, αλλά και από εκείνα των τεσσάρων

υποκαταστημάτων του άλλου μοντέλου με τους παθολόγους στα πολυϊατρεία. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι η συγκεκριμένη περιοχή είναι εκτεταμένη και αραιοκατοικημένη, με αποτέλεσμα η απόσταση των ιατρείων των οικογενειακών γιατρών από τα σπίτια των ασφαλισμένων να είναι μεγαλύτερη σε σχέση με άλλες περιοχές.

Πίνακας 4.29 Τρόπος μετάβασης των ασφαλισμένων στους παθολόγους-οικογενειακούς γιατρούς ανά υποκατάστημα στα δύο μοντέλα.

Υποκατάστημα	Πολυϊατρεία				Ιδιωτικά Ιατρεία				
	Περπατώντας		Μετφ. μέσο		Περπατώντας		Μετφ. μέσο		
	(n)	%	(n)	%	Υποκατάστημα	(n)	%	(n)	%
Αλεξάνδρας	33	24,1	32	29,6	Γλυφάδας	29	13,9	21	56,8
Αιγάλεω	38	27,7	27	25,0	Καλλιθέας	55	26,4	10	27,0
Ζωγράφου	44	32,1	21	19,4	Πατησίων	62	29,8	3	8,1
Χαλανδρίου	22	16,1	28	25,9	Πλ. Αττικής	62	29,8	3	8,1
Σύνολο	137		108			208		37	

4.4.2. Χρόνος μετάβασης και αναμονής στα ιατρεία

Ο χρόνος μετάβασης των ασθενών στον παθολόγο τους είναι σημαντικά μικρότερος στο μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων ($p < 0,001$), ενώ αντίθετα ο χρόνος αναμονής στα ιατρεία είναι στατιστικά σημαντικά πολύ μεγαλύτερος στο συγκεκριμένο μοντέλο, σε σχέση με το χρόνο αναμονής στα πολυϊατρεία ($p < 0,001$) (πίνακας 4.30). Συγκεκριμένα, το 61,3% των ασθενών του πρώτου μοντέλου που προσέρχονται στον παθολόγο τους με τα πόδια, δήλωσαν ότι φτάνουν σε δέκα λεπτά ή και λιγότερο, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στο μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων είναι 75%. Σχετικά με το χρόνο αναμονής στα ιατρεία, οι ασθενείς του πρώτου μοντέλου σε ποσοστό 24% εξυπηρετούνται σε λιγότερο από 15 λεπτά και κανείς (0,0%) δεν περιμένει περισσότερο από μία ώρα, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά στα ιδιωτικά ιατρεία είναι 7,6% (για < 15 λεπτά χρόνο αναμονής) και 39,1% (για περισσότερο από μία ώρα).

Πίνακας 4.30 Κατανομή των ασφαλισμένων ανάλογα με τον χρόνο μετάβασης και αναμονής στα ιατρεία των παθολόγων-οικογενειακών γιατρών στα δύο μοντέλα.

	Πολυϊατρεία		Ιδιωτικά ιατρεία		p-value
	(n)	%	(n)	%	
Χρόνος μετάβασης					< 0,001
< 5 min	15	10,9	54	26,0	
5-10 min	69	50,4	102	49,0	
10-20 min	29	21,1	49	23,6	
> 20 min	24	17,5	3	1,4	
Χρόνος αναμονής					< 0,001
< 15 min	42	24,0	14	7,6	
15-30 min	98	56,0	47	25,5	
30-45 min	30	17,1	28	15,2	
45-60 min	5	2,9	23	12,5	
> 60 min	0	0,0	72	39,1	

Παρατηρείται μία σχετική συνέπεια μεταξύ του χρόνου αναμονής στα ιατρεία των παθολόγων-οικογενειακών γιατρών του ΙΚΑ και της αξιολόγησης αυτού από τους ίδιους τους ασθενείς (πίνακας 4.31). Το 54,3% εκείνων που επισκέπτονται παθολόγο στα πολυϊατρεία θεωρεί ότι ο χρόνος αναμονής είναι κανονικός (έναντι 40,2 % στα ιδιωτικά ιατρεία), ενώ το 45,1% υποστηρίζει ότι ο χρόνος αναμονής είναι πολύς (έναντι 54,9% στα ιδιωτικά ιατρεία). Οι διαφορές των ποσοστών και στις δύο περιπτώσεις είναι στατιστικά σημαντικές ($p=0,003$).

Πίνακας 4.31 Αξιολόγηση του χρόνου αναμονής των ασθενών στα δύο μοντέλα.

	Πολυϊατρεία		Ιδιωτικά ιατρεία		Σύνολο		p-value
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	
Χρόνος Αναμονής							0,003
Πολύς	79	45,1	101	54,9	180	50,1	
Κανονικός	95	54,3	74	40,2	169	47,1	
Λίγος	1	0,6	9	4,9	10	2,8	
Σύνολο	175	100,0	184	100,0	359	100,0	

Στη συνέχεια, ζητήθηκε από τους ασθενείς να δηλώσουν την προτίμησή τους σχετικά με τον τρόπο υποδοχής στα ιατρεία των παθολόγων-οικογενειακών γιατρών του ΙΚΑ (ραντεβού ή σειρά προσέλευσης) (πίνακας 4.32). Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων και στα δύο μοντέλα υποστήριξε το σύστημα του τηλεφωνικού ραντεβού, αν και εκφράστηκαν παράπονα για το χρονικό διάστημα που συχνά μεσολαβεί από τον προγραμματισμό μέχρι την πραγματοποίηση της επίσκεψης. Οι ασθενείς στο μοντέλο των πολυιατρείων, που χρησιμοποιούν τα τελευταία χρόνια το σύστημα του τηλεφωνικού ραντεβού (μέσω 184), το επικρότησαν σε στατιστικά σημαντικά ($p < 0,001$) υψηλότερο ποσοστό από τους ασθενείς στα ιδιωτικά ιατρεία, όπου το σύστημα αυτό δεν εφαρμόζεται (91,4% έναντι 60,8% αντίστοιχα).

Πίνακας 4.32 Οι προτιμήσεις των ατόμων του δείγματος σχετικά με τον τρόπο υποδοχής στα ιατρεία των παθολόγων-οικογενειακών γιατρών του ΙΚΑ στα δύο μοντέλα.

	Πολυιατρεία		Ιδιωτικά ιατρεία		Σύνολο		p-value
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	
Τρόπος Υποδοχής							<0,001
Με ραντεβού	224	91,4	149	60,8	373	76,1	
Χωρίς ραντεβού	21	8,6	96	39,2	117	23,9	

4.4.3 Ώρες εργασίας των παθολόγων - οικογενειακών γιατρών

Ο πίνακας 4.33 παρουσιάζει τις απόψεις των ασφαλισμένων για τις ώρες εργασίας των παθολόγων-οικογενειακών γιατρών στα δύο μοντέλα και το χρονικό διάστημα της ημέρας που οι ίδιοι προτιμούν να πραγματοποιήσουν κάποια επίσκεψη. Και στα δύο μοντέλα, υψηλά εμφανίζονται τα ποσοστά των ασθενών που πιστεύουν ότι οι ώρες εργασίας των οικογενειακών γιατρών είναι ανεπαρκείς για να καλύψουν τις ανάγκες των ασφαλισμένων. Ειδικότερα, οι έξι στους δέκα ασφαλισμένους στα πολυιατρεία εξέφρασαν την ως άνω άποψη, ενώ στο μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων οι οκτώ στους δέκα, που προφανώς αντανακλά και τη μεγαλύτερη διάρκεια αναμονής στα ιατρεία του συγκεκριμένου μοντέλου, όπως παρουσιάστηκε προηγουμένα. Αντίθετα, η πλειοψηφία των ασφαλισμένων και στα δύο μοντέλα (83,3% στα πολυιατρεία και 67,8% στα ιδιωτικά ιατρεία) υποστηρίζει ότι είναι βολικές οι ώρες εργασίας των παθολόγων-οικογενειακών γιατρών. Αν η σύγκριση μεταξύ των δύο μοντέλων γίνει ανάμεσα σε εκείνους που θεωρούν ότι το ωράριο εργασίας των παθολόγων-οικογενειακών γιατρών είναι επαρκές και βολικό για τους χρήστες των υπηρεσιών, στατιστικά σημαντικά ($p < 0,001$) υψηλότερα ποσοστά και στις δύο περιπτώσεις

παρουσιάζει το μοντέλο των πολυϊατρείων, συγκριτικά με το άλλο μοντέλο.

Πίνακας 4.33 Οι απόψεις των ασφαλισμένων για το ωράριο εργασίας των παθολόγων-οικογενειακών γιατρών στα δύο μοντέλα και οι ώρες που οι ίδιοι προτιμούν να επισκέπτονται το γιατρό τους.

	Πολυϊατρεία		Ιδιωτικά ιατρεία		p-value
	(n)	%	(n)	%	
Ώρες εργασίας					< 0,001
Είναι αρκετές για τους ασφαλισμένους	96	39,2	45	18,4	< 0,001
Δεν είναι αρκετές για τους ασφαλισμένους	149	60,8	200	81,6	
Είναι βολικές για τους ασφαλισμένους	204	83,3	166	67,8	
Δεν είναι βολικές για τους ασφαλισμένους	41	16,7	79	32,2	
Βολική ώρα επίσκεψης στον Παθολόγο					< 0,001
Πρωί	121	49,4	71	29,0	
Απόγευμα	48	19,6	90	36,7	
Πρωί και απόγευμα	48	19,6	54	22,0	
Εξαρτάται	28	11,4	30	12,2	

Στο ερώτημα για το ποια θεωρούν βολική ώρα επίσκεψης στον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό, οι ασθενείς στο μοντέλο των πολυϊατρείων απάντησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι τους βολεύει η πρωινή επίσκεψη (49,4% έναντι 29% στο δεύτερο μοντέλο), ενώ οι ασθενείς στο μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων εξυπηρετούνται καλύτερα τις απογευματινές ώρες (36,7% έναντι 19,6% στο μοντέλο των πολυϊατρείων). Οι διαφορές στα ποσοστά μεταξύ των δύο μοντέλων είναι στατιστικά σημαντικές ($p < 0,001$).

4.4.4 Συμπεράσματα

- Στο μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων διασφαλίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό η προσπελασιμότητα των υπηρεσιών, όσον αφορά τον τρόπο (περπατώντας) και το χρόνο (< 5-10 λεπτά) μετάβασης των ασθενών στα ιατρεία, όμως ο χρόνος αναμονής στα ιατρεία των οικογενειακών γιατρών είναι σημαντικά μεγαλύτερος στο συγκεκριμένο μοντέλο, σε σχέση με το χρόνο αναμονής στα πολυϊατρεία
- Το μοντέλο των πολυϊατρείων υπερέχει ως προς την ημερήσια χρονική διάρκεια της παρεχόμενης ιατρικής κάλυψης, γι' αυτό και οι ασφαλισμένοι που το ακολουθούν

παρουσιάζονται ικανοποιημένοι σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους ασφαλισμένους του άλλου μοντέλου, όσον αφορά την καταλληλότητα και την επάρκεια των ωρών που εργάζονται οι παθολόγοι-οικογενειακοί γιατροί του ΙΚΑ

- Οι εννέα στους δέκα ασθενείς στα πολυϊατρεία και οι έξι στους δέκα στα ιδιωτικά ιατρεία υποστηρίζουν το σύστημα του τηλεφωνικού ραντεβού προκειμένου να επισκεφθούν τον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ

4.5 Η ποιότητα των υπηρεσιών και η ικανοποίηση του ασθενή

Στην ενότητα που ακολουθεί εξετάζονται ορισμένοι από τους παράγοντες που χαρακτηρίζουν την ποιότητα της ιατρικής επίσκεψης και την ικανοποίηση του χρήστη-καταναλωτή.

4.5.1 Η εξέταση στην επίσκεψη

Ο πίνακας 4.34 παρουσιάζει το είδος της εξέτασης που έγινε από τους παθολόγους-οικογενειακούς γιατρούς του ΙΚΑ στους ασθενείς που τους επισκέφθηκαν τους τελευταίους 12 μήνες στα δύο μοντέλα (175 ασθενείς στο μοντέλο των πολυιατρείων και 184 στα ιδιωτικά ιατρεία). Τα ποσοστά του πίνακα υπερβαίνουν το 100%, αφού ο ασθενής μπορούσε να δηλώσει μέχρι και τρία είδη εξέτασης. Όπως προκύπτει από τα στοιχεία του πίνακα και στα δύο μοντέλα η εξέταση της καρδιάς είναι η πιο συνηθισμένη (> 50%), ενώ φαίνεται ότι σε στατιστικά σημαντικά ($p < 0,001$) υψηλότερο ποσοστό οι παθολόγοι στα πολυιατρεία μετρούν την πίεση (45,1% έναντι 23,4% στα ιδιωτικά ιατρεία). Επίσης, και στα δύο μοντέλα αρκετά υψηλά εμφανίζονται τα ποσοστά εκείνων που δεν είχαν καμία εξέταση από τις αναφερθείσες (30,3% στα πολυιατρεία έναντι 36,4% στα ιδιωτικά ιατρεία), χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους.

Πίνακας 4.34 Είδος εξέτασης των ασθενών από τους παθολόγους-οικογενειακούς γιατρούς του ΙΚΑ στα δύο μοντέλα.

Είδος εξέτασης	Πολυιατρεία		Ιδιωτικά ιατρεία		p-value
	(n)	%	(n)	%	
Πήρε πίεση	79	45,1	43	23,4	< 0,001
Άκουσε την καρδιά	96	54,9	107	58,2	0,529
Είδε το λαιμό	28	16,0	43	23,4	0,080
Τίποτα από αυτά	53	30,3	67	36,4	0,219

4.5.2 Τα χαρακτηριστικά της επίσκεψης

Οι ασθενείς που επισκέφθηκαν τουλάχιστον μία φορά τον τελευταίο χρόνο τον οικογενειακό τους γιατρό, ρωτήθηκαν αν είναι "καλός" ή "όχι πολύ καλός" σε μία σειρά από θέματα που έχουν σχέση με το χρόνο της επίσκεψης, τη συμπεριφορά και το ενδιαφέρον του γιατρού προς τον ασθενή και τη συνταγογράφηση (πίνακας 4.35). Οι ασθενείς εμφανίζονται

ικανοποιημένοι σε υψηλά ποσοστά και στα δύο μοντέλα, αλλά εκείνοι που επισκέπτονται τον παθολόγο στα πολυϊατρεία έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης, όσον αφορά τη διάρκεια της εξέτασης ($p=0,038$), τη συμπεριφορά του γιατρού ($p<0,001$) και τη συνταγογράφηση ($p=0,021$).

Πίνακας 4.35 Κατανομή ασθενών σύμφωνα με τις απαντήσεις που έδωσαν σε θέματα που έχουν σχέση με τον παθολόγο-οικογενειακό τους γιατρό στα δύο μοντέλα.

	Πολυϊατρεία		Ιδιωτικά ιατρεία		p-value
	(n)	%	(n)	%	
Διαθέτει αρκετό χρόνο όταν σας δέχεται στο ιατρείο;					0,038
Καλός	113	64,6	99	53,8	
Όχι πολύ καλός	62	35,4	85	46,2	
Σας ακούει και σας εξετάζει προσεκτικά;					0,590
Καλός	121	69,1	132	71,7	
Όχι πολύ καλός	54	30,9	52	28,3	
Απαντά στις ερωτήσεις σας και σας μιλά για την πορεία της αρρώστιας σας;					0,047
Καλός	147	84,0	139	75,5	
Όχι πολύ καλός	28	16,0	45	24,5	
Σας συμπεριφέρεται ευγενικά και ανθρώπινα;					<0,001
Καλός	156	89,1	135	73,4	
Όχι πολύ καλός	19	10,9	49	26,6	
Γράφει τα φάρμακα που χρειάζεστε χωρίς δυσκολία;					0,021
Καλός	164	93,7	159	86,4	
Όχι πολύ καλός	11	6,3	25	13,6	
Θα είχατε το θάρρος να συζητήσετε ένα προσωπικό σας πρόβλημα μαζί του;					0,133
Ναι	32	18,3	22	12,0	
Όχι	112	64,0	118	64,1	
Μπορεί	31	17,7	44	23,9	

Εντούτοις, όταν οι ασθενείς ρωτήθηκαν εάν θα μπορούσαν να συζητήσουν με τον οικογενειακό τους γιατρό κάποιο προσωπικό τους πρόβλημα, χαρακτηριστικά είναι τα υψηλά ποσοστά (64%) των αρνητικών απαντήσεων και στα δύο μοντέλα, ενώ τα ποσοστά εκείνων που δήλωσαν ότι θα το συζητούσαν, είναι ελαφρώς υψηλότερα στο μοντέλο των πολυϊατρείων (18,3% έναντι 12% στα ιδιωτικά ιατρεία) έστω κι αν οι διαφορές δεν είναι

στατιστικά σημαντικές μεταξύ τους (πίνακας 4.35).

4.5.3 Η ικανοποίηση του ασθενή - καταναλωτή

Ο πίνακας 4.36 παρουσιάζει τις απόψεις των ασθενών ως προς το Ταμείο Ασφάλισης Υγείας που θα επέλεγαν, ανάλογα με το μοντέλο παροχής υγείας, το φύλο και τον τρόπο ασφάλισης. Η πλειοψηφία επιλέγει το ΙΚΑ ανεξάρτητα από τα επιμέρους χαρακτηριστικά κατανομής, ενώ ακολουθεί το ταμείο των δημοσίων υπαλλήλων και μετά των τραπεζικών. Στο επίπεδο του 10% είναι στατιστικά σημαντική η διαφορά ανάμεσα σε όσους επισκέπτονται τον οικογενειακό γιατρό στα ιδιωτικά ιατρεία ή είναι έμμεσα ασφαλισμένοι, αφού προτιμούν το ΙΚΑ σε υψηλότερα ποσοστά (63,3% και 69,4% αντίστοιχα) συγκριτικά με τους ασθενείς στα πολυιατρεία ή τους άμεσα ασφαλισμένους (51,4% και 53,9% αντίστοιχα).

Πίνακας 4.36 Το Ταμείο Ασφάλισης Υγείας που προτιμούν οι ασφαλισμένοι του δείγματος ανάλογα με το μοντέλο παροχής υγείας, το φύλο και τον τρόπο ασφάλισης.

	Ασφαλιστικό Ταμείο										p-value
	Δημοσίων Υπ/λων.		Τραπεζικών		ΟΤΕ		ΔΕΗ		ΙΚΑ		
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	
Μοντέλο											0,060
Πολυιατρεία	61	24,9	50	20,4	2	0,8	6	2,4	126	51,4	
Ιδιωτικά ιατρεία	53	21,6	33	13,5	2	0,8	2	0,8	155	63,3	
Φύλο											0,535
Άντρες	33	21,3	30	19,4	2	1,3	1	0,6	89	57,4	
Γυναίκες	81	24,2	53	15,8	2	0,6	7	2,1	192	57,3	
Τρόπος ασφάλισης											0,062
Άμεσα	96	25,1	71	18,6	3	0,8	6	1,6	206	53,9	
Έμμεσα	18	16,7	12	11,1	1	0,9	2	1,9	75	69,4	

Στη συνέχεια καταγράφεται ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, τόσο από τις υπηρεσίες υγείας του ΙΚΑ (πίνακας 4.37), όσο και από τον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό (πίνακας 4.38), σύμφωνα με το μοντέλο παροχής υγείας που χρησιμοποιούν, το φύλο και τον τρόπο ασφάλισης. Στην πρώτη περίπτωση η ερώτηση έγινε στο σύνολο των ατόμων του δείγματος, ενώ στη δεύτερη, για μεγαλύτερη αξιοπιστία, ρωτήθηκαν μόνο εκείνοι που επισκέφθηκαν τουλάχιστον μία φορά τον τελευταίο χρόνο τον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ (359

άτομα). Ενώ ο βαθμός ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας του ΙΚΑ είναι μέτριος (απάντηση "έτσι κι έτσι"), ανεξάρτητα από τα επιμέρους χαρακτηριστικά κατανομής, ο βαθμός ικανοποίησης από τον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό είναι υψηλός, αφού οι ασθενείς δηλώνουν κυρίως "αρκετά" ικανοποιημένοι (51,8%) αλλά και "πολύ" σε ποσοστό που κυμαίνεται κοντά στο 20%, ανεξάρτητα επίσης από τα επιμέρους χαρακτηριστικά. Ο βαθμός ικανοποίησης διαφοροποιείται σε βαθμό ισχυρά στατιστικά σημαντικό ($p < 0,001$) μεταξύ των δύο μοντέλων μόνο όσον αφορά τις υπηρεσίες υγείας του ΙΚΑ, παρουσιάζοντας τους ασθενείς που επισκέπτονται τα πολυϊατρεία σε μεγαλύτερα ποσοστά "αρκετά" και "πολύ" ικανοποιημένους (42,4% έναντι 21,6% στα ιδιωτικά ιατρεία).

Πίνακας 4.37 Βαθμός ικανοποίησης των ασφαλισμένων από τις υπηρεσίες υγείας του ΙΚΑ ανάλογα με το μοντέλο παροχής υγείας, το φύλο και τον τρόπο ασφάλισης.

	Βαθμός Ικανοποίησης										p-value
	Καθόλου		Όχι πολύ		Έτσι κι έτσι		Αρκετά		Πολύ		
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	
Μοντέλο											< 0,001
Πολυϊατρεία	14	5,7	42	17,1	85	34,7	98	40,0	6	2,4	0,589
Ιδιωτικά ιατρεία	23	9,4	71	29,0	98	40,0	53	21,6	0	0,0	
Φύλο											0,600
Άντρες	13	8,4	30	19,4	58	37,4	51	32,9	3	1,9	0,600
Γυναίκες	24	7,2	83	24,8	125	37,3	100	29,9	3	0,9	
Τρόπος ασφάλισης											0,600
Άμεσα	30	7,9	88	23,0	137	35,9	123	32,2	4	1,0	0,600
Έμμεσα	7	6,5	25	23,1	46	42,6	28	25,9	2	1,9	

Πίνακας 4.38 Βαθμός ικανοποίησης των ασφαλισμένων από τον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ ανάλογα με το μοντέλο παροχής υγείας, το φύλο και τον τρόπο ασφάλισης

	Βαθμός Ικανοποίησης										p-value
	Καθόλου		Όχι πολύ		Έτσι κι έτσι		Αρκετά		Πολύ		
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	
Μοντέλο											0,705
Πολυϊατρεία	11	6,3	18	10,3	19	10,9	95	54,3	32	18,3	0,574
Ιδιωτικά ιατρεία	11	6,0	28	15,2	19	10,3	91	49,5	35	19,0	
Φύλο											0,574
Αντρες	8	7,0	10	8,8	11	9,6	63	55,3	22	19,3	0,884
Γυναίκες	14	5,7	36	14,7	27	11,0	123	50,2	45	18,4	
Τρόπος ασφάλισης											0,884
Άμεσα	18	6,5	35	12,7	28	10,2	145	52,7	49	17,8	0,884
Έμμεσα	4	4,8	11	13,1	10	11,9	41	48,8	18	21,4	

Ανεξάρτητα από το πόσο ικανοποιημένοι παρουσιάζονται οι ασθενείς από τον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ, κατά πλειοψηφία θεωρούν και στα δύο μοντέλα ότι μία επίσκεψη σε αυτόν ιδιωτικά έχει πλεονεκτήματα σε σχέση με μία επίσκεψη μέσω ΙΚΑ (πίνακες 4.39 και 4.40).

Πίνακας 4.39 Κατανομή ασφαλισμένων με μία ή περισσότερες επισκέψεις τον τελευταίο χρόνο στον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ, ανάλογα με το βαθμό ικανοποίησης και τα πλεονεκτήματα που υποστηρίζουν ότι έχει μία επίσκεψη σε αυτόν ιδιωτικά (μοντέλο πολυϊατρείων)

	Βαθμός Ικανοποίησης									
	Καθόλου (n=11)		Όχι πολύ (n=18)		Έτσι κι έτσι (n=19)		Αρκετά (n=95)		Πολύ (n=32)	
Πλεονεκτήματα ιδιωτικής επίσκεψης	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Κανένα	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	3,2	8	25,0
Περισσότερη προσοχή	0	0,0	15	83,3	17	89,5	75	78,9	19	59,4
Περισσότερος χρόνος	9	81,8	15	83,3	15	79,0	59	62,1	20	62,5
Καλύτερη συμπεριφορά	7	63,6	8	44,4	9	47,4	23	24,2	3	9,4
Επιλογή ώρας	2	18,2	4	22,2	3	15,8	21	22,1	5	15,6
Νιώθεις πιο άνετα	2	18,2	5	27,8	4	21,1	19	20,0	6	18,8
Άλλοι λόγοι	0	0,0	3	16,7	1	5,3	17	17,9	2	6,3

Πίνακας 4.40 Κατανομή ασφαλισμένων με μία ή περισσότερες επισκέψεις τον τελευταίο χρόνο στον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ, ανάλογα με το βαθμό ικανοποίησης και τα πλεονεκτήματα που υποστηρίζουν ότι έχει μία επίσκεψη σε αυτόν ιδιωτικά (μοντέλο ιδιωτικών ιατρείων)

Πλεονεκτήματα ιδιωτικής επίσκεψης	Βαθμός Ικανοποίησης									
	Καθόλου (n=11)		Όχι πολύ (n=28)		Έτσι κι έτσι (n=19)		Αρκετά (n=91)		Πολύ (n=35)	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Κανένα	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	14,3	25	71,4
Περισσότερη προσοχή	11	100,0	26	92,9	16	84,2	48	52,7	3	8,6
Περισσότερος χρόνος	11	100,0	25	89,3	16	84,2	51	56,0	5	14,3
Καλύτερη συμπεριφορά	10	90,9	15	53,6	4	21,1	9	9,9	0	0,0
Επιλογή ώρας	0	0,0	3	10,7	2	10,5	8	8,8	3	8,6
Νιώθεις πιο άνετα	0	0,0	0	0,0	2	10,5	5	5,5	0	0,0
Άλλοι λόγοι	0	0,0	2	7,1	3	15,8	23	25,3	4	11,4

Όπως προκύπτει από τους πίνακες, τα πλεονεκτήματα που αναφέρουν κυρίως οι ασφαλισμένοι είναι, μεγαλύτερη προσοχή γιατρού προς ασθενή, περισσότερος χρόνος εξέτασης, ενώ σχετικά συχνά αναφέρεται και η καλύτερη συμπεριφορά του γιατρού. Ωστόσο, από εκείνους που δήλωσαν αρκετά ή πολύ ευχαριστημένοι από τον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ, ένα στατιστικά σημαντικά ($p < 0,001$) υψηλότερο ποσοστό στο μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων, συγκριτικά με το άλλο μοντέλο, υποστήριξε ότι μία επίσκεψη ιδιωτικά σε αυτόν δεν έχει κανένα πλεονέκτημα σε σχέση με μία επίσκεψη μέσω ΙΚΑ (85,7% έναντι 28,2% στα πολυϊατρεία). Τα ποσοστά στους πίνακες υπερβαίνουν το 100%, καθώς ο ερωτώμενος μπορούσε να επιλέξει έως και τρία πλεονεκτήματα.

Όταν οι ασφαλισμένοι ρωτήθηκαν ποιο από τα δύο υπό εξέταση μοντέλα παροχής οικογενειακής ιατρικής προτιμούν, το 67,5% (n=331) του συνόλου του δείγματος δήλωσε ότι προτιμά το μοντέλο με τους παθολόγους-οικογενειακούς γιατρούς στα ιδιωτικά ιατρεία, το 9,6% (n=47) τους παθολόγους στα πολυϊατρεία και το 22,9% (n=112) δεν ήξερε τι να απαντήσει. Οι απαντήσεις κατά μοντέλο παρουσιάζονται στον πίνακα 4.41, όπου γίνεται διαχωρισμός ανάμεσα σε εκείνους που γνώριζαν τον τρόπο λειτουργίας και των δύο μοντέλων (ΝΑΙ) και σε εκείνους που δήλωσαν ότι εκτός από το δικό τους δεν γνώριζαν το δεύτερο μοντέλο (ΟΧΙ).

Πίνακας 4.41 Μοντέλο Προτίμησης Ασφαλισμένων

	Πολυϊατρεία						Ιδιωτικά Ιατρεία					
	Ναι		Όχι		Σύνολο		Ναι		Όχι		Σύνολο	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Ιδιωτικά ιατρεία	108	61,4	31	44,9	139	56,7	131	81,9	61	71,8	192	78,4
Πολυϊατρεία	25	14,2	3	4,3	28	11,4	12	7,5	7	8,2	19	7,8
Δεν ξέρει	43	24,4	35	50,7	78	31,8	17	10,6	17	20,0	34	13,9
Σύνολο	176		69		245		160		85		245	

Στο μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων οι ασθενείς τάσσονται υπέρ του δικού τους μοντέλου με μεγάλη πλειοψηφία (78,4%), ενώ από εκείνους που επισκέπτονται τα πολυϊατρεία το 56,7% δήλωσε ότι προτιμά το μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων. Οι διαφορές στα ποσοστά αυτά μεταξύ των δύο μοντέλων είναι στατιστικά σημαντικές ($p < 0,001$). Επίσης, εκείνοι που δεν ήξεραν τι να απαντήσουν παρουσιάζονται σε μεγαλύτερο ποσοστό στο μοντέλο των πολυϊατρείων (31,8% έναντι 13,9% στα ιδιωτικά ιατρεία). Και σε αυτή την περίπτωση, οι διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές ανάμεσα στα δύο μοντέλα ($p < 0,001$).

Ο βασικός λόγος που επιλέγεται το μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων (πίνακας 4.42) από τους ασθενείς των πολυϊατρείων, είναι η πεποίθηση ότι αναπτύσσονται καλύτερες σχέσεις μεταξύ γιατρού-ασθενή, αφού ο ασθενής γνωρίζει καλύτερα το γιατρό του στο συγκεκριμένο μοντέλο και αντίστροφα. Από τους "άλλους λόγους" που επικαλέστηκαν για να δικαιολογήσουν αυτή την προτίμησή τους, οι κυριότεροι είναι: α) σε έκτακτες ή επείγουσες περιπτώσεις ο γιατρός μπορεί να έρθει στο σπίτι και β) ο ασθενής αποφεύγει το μακρινό ραντεβού των πολυϊατρείων. Από την άλλη πλευρά, οι ασθενείς των ιδιωτικών ιατρείων

υποστηρίζουν το δικό τους μοντέλο, κυρίως γιατί πιστεύουν ότι αποφεύγουν την ταλαιπωρία που ενδεχομένως συνεπάγεται μία επίσκεψη στα πολυϊατρεία του ΙΚΑ. Επίσης, οι έξι στους δέκα θεωρούν ότι ο παθολόγος στο ιδιωτικό ιατρείο γνωρίζει καλύτερα τον ασθενή του, ενώ οι πέντε στους δέκα δηλώνουν ότι το ιδιωτικό ιατρείο είναι πιο κοντά στο σπίτι τους. Τα ποσοστά του πίνακα υπερβαίνουν το 100% καθώς οι ερωτώμενοι μπορούσαν να επιλέξουν έως και τρεις λόγους.

Πίνακας 4.42 Λόγοι επιλογής του μοντέλου των ιδιωτικών ιατρείων.

	Πολυϊατρεία		Ιδιωτικά ιατρεία	
	(n)	%	(n)	%
Λόγος επιλογής				
Είναι πιο κοντά στο σπίτι του ασφαλισμένου	65	26,5	127	51,8
Ο ασθενής γνωρίζει καλύτερα το γιατρό του	88	35,9	38	15,5
Ο γιατρός γνωρίζει καλύτερα τον ασθενή του	112	45,7	152	61,9
Αποφεύγει την ταλαιπωρία του ΙΚΑ	65	26,5	166	67,7
Άλλοι λόγοι	20	8,2	0	0,0

4.5.4 Συμπεράσματα

- Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων και στα δύο μοντέλα προτιμά το ΙΚΑ από άλλα Ταμεία Ασφάλισης Υγείας
- Και στα δύο μοντέλα οι ασφαλισμένοι εμφανίζονται ικανοποιημένοι από τον παθολόγο-οικογενειακό τους γιατρό σε υψηλά ποσοστά, ωστόσο οι ασθενείς στο μοντέλο των πολυϊατρείων παρουσιάζουν σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης όσον αφορά τη χρονική διάρκεια της επίσκεψης, τη συμπεριφορά του γιατρού και τη συνταγογράφηση
- Κανένα από τα δύο υπό εξέταση μοντέλα δεν εξασφαλίζει την ανάπτυξη υψηλού επιπέδου σχέσεων μεταξύ γιατρού-ασθενή
- Οι ασθενείς των πολυϊατρείων εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας του ΙΚΑ, συγκριτικά με τους ασθενείς του άλλου μοντέλου
- Παρά τις ως άνω διαπιστώσεις, το μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων υπερέχει στις προτιμήσεις των ασφαλισμένων και στα δύο μοντέλα

4.6 Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης

Ο Πίνακας 4.43 παρουσιάζει τους σχετικούς λόγους (ΣΛ) και τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (95% ΔΕ) των παραγόντων που εισήχθησαν σε πολλαπλή λογαριθμική εξάρτηση με σκοπό τη διερεύνηση της επίδρασής τους στον αριθμό των επισκέψεων σε παθολόγο-οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ (0-1 επίσκεψη το τελευταίο έτος έναντι περισσότερες). Όπως είναι φυσικό, ο παράγοντας που σχετίζεται πιο ισχυρά με τις επισκέψεις σε παθολόγο-οικογενειακό γιατρό, είναι η κατάσταση της υγείας, είτε με την ύπαρξη χρόνιου νοσήματος ($p=0,013$), είτε με την αξιολόγησή της από τον ίδιο τον ασθενή (για παράδειγμα κακή κατάσταση υγείας έναντι πολύ καλής έχει σχεδόν 4-πλάσιο κίνδυνο αυξημένων επισκέψεων, $p=0,028$). Το μοντέλο παροχής υπηρεσιών υγείας δεν σχετίζεται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τον αριθμό των επισκέψεων στον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ, αν και το μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων σχετίζεται θετικά με μεγαλύτερο αριθμό επισκέψεων ($\Sigma\Lambda=1,16$, 95%ΔΕ: 0,77-1,75).

Πίνακας 4.43 Αποτελέσματα πολλαπλής λογαριθμικής εξάρτησης για τη διερεύνηση παραγόντων που σχετίζονται με τον αριθμό των επισκέψεων σε παθολόγο-οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ (0-1 επίσκεψη τον τελευταίο χρόνο έναντι >1 επισκέψεις).

	Σχετικός λόγος	95% Δ.Ε.	p-value
Φύλο	0,97	0,62 – 1,50	0,874
Χρόνιο πρόβλημα υγείας	0,45	0,23 – 0,85	0,013
Κατάσταση υγείας	Κατηγορία αναφοράς		
Πολύ καλή			
Καλή	2,85	1,45 – 5,63	0,002
Μέτρια	2,71	1,15 – 6,37	0,023
Κακή	3,89	1,16 – 13,1	0,028
Έμμεσα ασφαλισμένος	1,22	0,73 – 2,04	0,445
Μοντέλο ιδιωτικών ιατρείων	1,16	0,77 – 1,75	0,483

Οι πίνακες 4.44 και 4.45 παρουσιάζουν τα αποτελέσματα από την πολλαπλή λογαριθμιστική εξάρτηση για τη διερεύνηση παραγόντων που σχετίζονται με το βαθμό ικανοποίησης ("πολύ" και "αρκετά" ικανοποιημένος έναντι "έτσι κι έτσι" ή και λιγότερο) από τις υπηρεσίες υγείας του ΙΚΑ και από τον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ αντίστοιχα. Ο βαθμός ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας του ΙΚΑ σχετίζεται σε βαθμό στατιστικά σημαντικό με το μοντέλο παροχής υγείας ($p=0,001$), αφού οι ασθενείς που επισκέπτονται τον οικογενειακό γιατρό στα ιδιωτικά ιατρεία παρουσιάζουν χαμηλότερη πιθανότητα ικανοποίησης κατά 54% (95%ΔΕ: 28%-71%) συγκριτικά με τους ασθενείς του άλλου μοντέλου. Αντίστοιχα, μικρότερη πιθανότητα ικανοποίησης υπάρχει, όταν οι ασθενείς θεωρούν ότι οι ώρες που οι γιατροί δέχονται τους ασφαλισμένους του ΙΚΑ δεν είναι αρκετές ή βολικές ($\Sigma\Lambda=0,28$, 95%ΔΕ:0,18-0,45, $p<0,001$ και $\Sigma\Lambda=0,33$, 95%ΔΕ:0,17-0,64, $p=0,001$ αντίστοιχα).

Πίνακας 4.44 Αποτελέσματα πολλαπλής λογαριθμιστικής εξάρτησης για τη διερεύνηση παραγόντων που σχετίζονται με το βαθμό ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας του ΙΚΑ ("πολύ" και "αρκετά" ικανοποιημένος έναντι "έτσι κι έτσι" ή και λιγότερο).

	Σχετικός λόγος	95% Δ.Ε.	p-value
Χρόνιο πρόβλημα υγείας	0,72	0,44 – 1,18	0,194
Διαθεσιμότητα χρόνου	0,51	0,25 – 1,07	0,077
Προσεκτική εξέταση	0,51	0,18 – 1,44	0,203
Ενημέρωση για την πορεία της νόσου	0,92	0,28 – 3,04	0,891
Ευγενική και ανθρώπινη συμπεριφορά	1,18	0,39 – 3,51	0,773
Συνταγογράφηση	3,50	1,36 – 9,00	0,009
Βολικές οι ώρες επισκεπτηρίου	0,33	0,17 – 0,64	0,001
Αρκετές οι ώρες επισκεπτηρίου	0,28	0,18 – 0,45	< 0,001
Μοντέλο ιδιωτικών ιατρείων	0,46	0,29 – 0,72	0,001

Ο βαθμός ικανοποίησης από τον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ (πίνακας 4.45) δεν φαίνεται να επηρεάζεται από του παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας του ΙΚΑ, αφού δεν σχετίζεται σε βαθμό στατιστικά σημαντικό με καμία από τις προηγούμενες παραμέτρους, αλλά σχετίζεται με την αξιολόγηση του γιατρού από τον ασθενή σε σχέση με το χρόνο που του διαθέτει, το πόσο προσεκτικά τον εξετάζει, την ενημέρωση που του παρέχει και τη συμπεριφορά του γιατρού. Όταν ο ασθενής θεωρεί ότι ο παθολόγος δεν τον εξετάζει προσεκτικά ή δεν είναι ευγενική και ανθρώπινη η συμπεριφορά του, τότε η πιθανότητα να είναι ικανοποιημένος ουσιαστικά μηδενίζεται ($p < 0,001$ και $p = 0,002$ αντίστοιχα). Η ανάλυση έγινε ανάμεσα σε 359 άτομα που πραγματοποίησαν τουλάχιστον μία επίσκεψη στον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ τους τελευταίους 12 μήνες.

Πίνακας 4.45 Αποτελέσματα πολλαπλής λογαριθμιστικής εξάρτησης για τη διερεύνηση παραγόντων που σχετίζονται με το βαθμό ικανοποίησης από τον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ ("πολύ" και "αρκετά" ικανοποιημένος έναντι "έτσι κι έτσι" ή και λιγότερο).

	Σχετικός λόγος	95% Δ.Ε.	p-value
Χρόνιο πρόβλημα υγείας	0,17	0,01 – 2,29	0,180
Διαθεσιμότητα χρόνου	0,03	0,00 – 0,37	0,007
Προσεκτική εξέταση	0,00	0,00 – 0,02	< 0,001
Ενημέρωση για την πορεία της νόσου	0,01	0,00 – 0,33	0,012
Ευγενική και ανθρώπινη συμπεριφορά	0,01	0,00 – 0,19	0,002
Συνταγογράφηση	0,04	0,00 – 1,31	0,070
Βολικές οι ώρες επισκεπτηρίου	0,22	0,03 – 1,88	0,166
Αρκετές οι ώρες επισκεπτηρίου	6,19	0,32 – 120,33	0,229
Μοντέλο ιδιωτικών ιατρείων	0,35	0,03 – 4,73	0,426

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής λογαριθμιστικής εξάρτησης για τη διερεύνηση παραγόντων που σχετίζονται με την προτίμηση ως προς το μοντέλο παροχής οικογενειακής ιατρικής, ανάμεσα σε 289 άτομα που πραγματοποίησαν τους τελευταίους 12 μήνες τουλάχιστον μία επίσκεψη στον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ και δήλωσαν κάποια προτίμηση (πίνακας 4.46). Οι μόνοι παράγοντες που σχετίζονται με την προτίμηση που δήλωσε ο ασθενής σε βαθμό στατιστικά σημαντικό, είναι το μοντέλο ($p=0,021$) που ακολουθεί ο ίδιος τώρα και η επάρκεια των ωρών επισκεπτηρίου του παθολόγου-οικογενειακού γιατρού ($p=0,021$). Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα στο μοντέλο των ιδιωτικών ιατρειών και όσοι πιστεύουν ότι οι ώρες επισκεπτηρίου του παθολόγου-οικογενειακού γιατρού στο μοντέλο που ακολουθούν δεν είναι αρκετές για να καλύψουν τις ανάγκες των ασφαλισμένων, έχουν σχεδόν παραπάνω από διπλάσια πιθανότητα επιλογής του μοντέλου των ιδιωτικών ιατρειών ($\Sigma\Lambda=2,43$ 95% $\Delta\text{E}:1,14-5,18$, $p=0,021$ και $\Sigma\Lambda=2,59$ 95% $\Delta\text{E}:1,16-5,80$, $p=,021$ αντίστοιχα)

Πίνακας 4.46 Αποτελέσματα πολλαπλής λογαριθμιστικής εξάρτησης για τη διερεύνηση παραγόντων που σχετίζονται με την προτίμηση των ασθενών ως προς το μοντέλο παροχής οικογενειακής ιατρικής.

	Σχετικός λόγος	95% Δ.Ε.	p-value
Διαθεσιμότητα χρόνου	1,32	0,41 – 4,28	0,640
Προσεκτική εξέταση	4,04	0,55 – 29,99	0,172
Ενημέρωση για την πορεία της νόσου	0,18	0,03 – 1,20	0,076
Ευγενική και ανθρώπινη συμπεριφορά	0,48	0,12 – 2,00	0,315
Συνταγογράφηση	0,90	0,23 – 3,59	0,881
Βολικές οι ώρες επισκεπτηρίου	0,93	0,33 – 2,57	0,884
Αρκετές οι ώρες επισκεπτηρίου	2,59	1,16 – 5,80	0,021
Μοντέλο ιδιωτικών ιατρειών	2,43	1,14 – 5,18	0,021

Τέλος, ο Πίνακας 4.47 παρουσιάζει τα αποτελέσματα από την πολλαπλή λογαριθμική εξάρτηση για τη διερεύνηση παραγόντων που σχετίζονται με τις επισκέψεις σε ιδιώτες γιατρούς (παθολόγους ή άλλης ειδικότητας). Η οικονομική κατάσταση του ασθενή, όπως προκύπτει από τον πίνακα, σχετίζεται θετικά σε ισχυρά στατιστικά σημαντικό βαθμό με την πιθανότητα να επισκεφθεί κάποιον ιδιώτη γιατρό ($\Sigma\Lambda=1,48$ 95% $\Delta\text{E}:1,22-1,78$, $p<0,001$).

Πίνακας 4.47 Αποτελέσματα πολλαπλής λογαριθμικής εξάρτησης για τη διερεύνηση παραγόντων που σχετίζονται με τις επισκέψεις σε ιδιώτες γιατρούς.

	Σχετικός λόγος	95% Δ.Ε.	p-value
Οικονομική κατάσταση	1,48	1,22 – 1,78	< 0,001
Βαθμός ικανοποίησης από τις Υπηρεσίες Υγείας του ΙΚΑ	Κατηγορία αναφοράς		
Πολύ			
Αρκετά	0,71	0,14 – 3,76	0,690
Έτσι κι έτσι	1,34	0,25 – 7,07	0,732
Όχι πολύ	4,06	0,73 – 22,49	0,109
Καθόλου	5,15	0,77 – 34,43	0,091
Μοντέλο ιδιωτικών ιατρείων	1,19	0,79 – 1,80	0,398

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ - ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΗΣ ΠΑΛΛΑΙΟΤΕΡΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η ενότητα που ακολουθεί, αφορά στη συζήτηση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από την παρούσα ερευνητική διαδικασία και τη σύγκρισή τους με τα ευρήματα αντίστοιχης μελέτης που πραγματοποιήθηκε πριν από 20 χρόνια (Θεοδώρου, 1992), προκειμένου να αναδειχθούν οι τάσεις βελτίωσης ή επιδείνωσης που σημειώθηκαν τη χρονική αυτή περίοδο στο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης του ΙΚΑ και ειδικότερα στην παροχή υπηρεσιών οικογενειακής ιατρικής.

5.1 Το προφίλ του χρήστη των υπηρεσιών υγείας του ΙΚΑ

Η χρήση της πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας καθορίζεται περισσότερο από τον ίδιο τον ασθενή και λιγότερο από τους γιατρούς. Έχει διαπιστωθεί ότι παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η οικογενειακή και κοινωνικο-οικονομική κατάσταση του ατόμου επηρεάζουν τόσο την υποκειμενική του εκτίμηση για την υγεία και την αρρώστια, όσο και την τελική του απόφαση για χρήση ή μη των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας (Τσελέπη, 2000).

Σύμφωνα με τα στοιχεία των ερωτηματολογίων, το 53,4% των ατόμων του δείγματος είναι άνω των 60 ετών και η μέση ηλικία του συνόλου είναι 59 έτη. Οι επτά στους δέκα ερωτηθέντες ισχυρίζονται ότι πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια, αναφέροντας κυρίως καρδιαγγειακές παθήσεις, διαταραχές των αρθρώσεων και των οστών, σακχαρώδη διαβήτη, νευρολογικά και αναπνευστικά νοσήματα. Έπειτα από πολλές έρευνες έχει αποδειχθεί ότι οι περισσότεροι χρήστες των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών είναι ηλικιωμένοι, συνταξιούχοι που αντιμετωπίζουν αυξημένα προβλήματα υγείας (Γεωργούση, Γεννηματά & συν., 1994).

Το δείγμα αντιπροσωπεύεται κυρίως από γυναίκες (68,4% έναντι 31,6% οι άνδρες). Σύμφωνα με επιδημιολογικές και οικονομετρικές μελέτες, οι γυναίκες εκδηλώνουν ευκολότερα από τους άνδρες τις ανάγκες υγείας που έχουν και συνεπώς καταναλώνουν περισσότερη ιατρική φροντίδα. Αυτό αποδίδεται στο γεγονός, ότι ο γυναικείος πληθυσμός είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένος σε θέματα υγείας, ασθένειας και πρόληψης, ενώ οι άνδρες αποφεύγουν την επίσκεψη στο γιατρό προκειμένου να μην έρθουν αντιμέτωποι με μία πιθανή δυσμενή διάγνωση (Μάντη, 2000 · Κατοστάρας, 2005).

Το 62,4% των ερωτηθέντων είναι έγγαμοι, ενώ αξιοσημείωτο είναι το υψηλό ποσοστό χήρων γυναικών (24,2%) συγκριτικά με το αντίστοιχο των ανδρών (5,8%). Παρά το γεγονός ότι σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες το προσδόκιμο επιβίωσης έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία εκατό χρόνια και για τους άνδρες και για τις γυναίκες, το μέσο προσδόκιμο επιβίωσης για τις γυναίκες είναι μεγαλύτερο (Μάντη, 2000).

Τα νοικοκυριά των ατόμων του δείγματος σε ποσοστό 64,1% είναι διμελή ή μονομελή και ακολουθούν τα τριμελή και άνω (35,9%) και το οικογενειακό τους εισόδημα κυμαίνεται μεταξύ 501-1500€ το μήνα. Εφόσον η πλειοψηφία των χρηστών είναι άτομα μεγάλης ηλικίας, είναι αναμενόμενο να παρουσιάζονται κυρίως νοικοκυριά χήρων ή ζευγαριών ηλικιωμένων που τα παιδιά τους έχουν φύγει από το πατρικό σπίτι και έχουν δημιουργήσει δικές τους οικογένειες.

Οι οκτώ στους δέκα ασθενείς είναι άμεσα ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ. Οι μισοί είναι απόφοιτοι Λυκείου ή δτάξιου Γυμνασίου και οι τρεις στους δέκα Δημοτικού. Χαμηλό παρουσιάζεται το ποσοστό των πτυχιούχων ανώτερων ή ανώτατων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων (15,5%). Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι το ΙΚΑ δεν ασφαλίζει ορισμένες ομάδες επαγγελματιών απόφοιτων πανεπιστημίου (γιατρούς, δικηγόρους, μηχανικούς κ.ά), καθώς και στο ότι ένα μεγάλο ποσοστό αυτής της κατηγορίας ασφαλισμένων είναι άτομα νεαρά που δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα υγείας.

Σε ότι αφορά τα δημογραφικά, κοινωνικο-οικονομικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του ασθενή-χρήστη των υπηρεσιών υγείας του ΙΚΑ, σημαντικές διαφορές από την πρώτη αντίστοιχη έρευνα (Θεοδώρου, 1992) εντοπίζονται στη μέση ηλικία των ατόμων που επισκέπτονται τα πολυϊατρεία και το επίπεδο εκπαίδευσης αυτών. Αν και στην πρώτη μελέτη διαπιστώθηκε ότι οι περισσότεροι χρήστες είναι ηλικιωμένα άτομα, η μέση ηλικία του συνόλου παρουσιάζεται μικρότερη σε σχέση με αυτήν στην παρούσα μελέτη (53 έναντι 59 έτη αντίστοιχα). Είναι λογικό, αφού αυξάνεται σταθερά ο μέσος όρος ζωής τις τελευταίες δεκαετίες, να παρατηρείται αύξηση και στη μέση ηλικία των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας και χρήζουν ιατρικής φροντίδας.

Στη διαφορά αυτή που παρουσιάζεται ανάμεσα στις δύο έρευνες, μπορεί να αποδοθεί και το υψηλότερο ποσοστό των ατόμων με χρόνια νοσήματα, όπως προκύπτει από τα σημερινά δεδομένα (68,4% έναντι 54,3% στην πρώτη έρευνα), όπως και το χαμηλότερο ποσοστό εκείνων με τριμελή ή πολυμελή νοικοκυριά (35,9% έναντι 52,8% στην πρώτη έρευνα). Το τελευταίο, εκτός των όσων προαναφέρθηκαν, μπορεί να οφείλεται και στη μείωση της

γεννητικότητα που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια, καθώς ο οικογενειακός προγραμματισμός επηρεάζεται ολόενα και περισσότερο από νέα στοιχεία αντίληψης για τη ζωή (έντονος καταναλωτισμός, αύξηση του αριθμού των διαζυγίων, υψηλά ποσοστά ανεργίας από τη μία πλευρά, πολλές ώρες εργασίες από την άλλη κ.ά) (Λώλης, 2001).

Το επίπεδο εκπαίδευσης του ασθενή φαίνεται υψηλότερο σήμερα, σε σχέση με εκείνο 20 χρόνια πριν. Μειώθηκαν σημαντικά τα ποσοστά των αγράμματων / αναλφάβητων και των απόφοιτων δημοτικού και αυξήθηκαν περισσότερο τα ποσοστά των ατόμων μέσης εκπαίδευσης και λιγότερο των πτυχιούχων ανώτερων και ανώτατων σχολών. Η άνοδος του βιοτικού επιπέδου στην πορεία του χρόνου, συνεπάγεται μεταξύ άλλων (βελτίωση εισοδήματος, διατροφής, συνθηκών κατοικίας, κ.ά) και βελτίωση του μορφωτικού επιπέδου του πληθυσμού (Σαρρής, Χρυσάκης & συν., 2002 · Λώλης, 2001).

Σχετικά με το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα του ασθενή, παρατηρείται και στις δύο έρευνες θετική συσχέτιση αυτού, τόσο με το μέγεθος του νοικοκυριού, όσο και με το επίπεδο εκπαίδευσης. Χαμηλότερα δηλαδή εισοδήματα εμφανίζουν τα ολιγομελή νοικοκυριά και τα άτομα κατώτερης εκπαίδευσης, ενώ υψηλότερα εισοδήματα παρουσιάζουν τα νοικοκυριά από τρία μέλη και πάνω και τα άτομα δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Είναι λογικό αυτό το αποτέλεσμα, καθώς τα ολιγομελή νοικοκυριά αποτελούνται κυρίως από ηλικιωμένα άτομα, το εισόδημα των οποίων προέρχεται συνήθως μόνο από τη σύνταξη που συχνά είναι ιδιαίτερα χαμηλή, ενώ στα πολυμελή νοικοκυριά είναι πιθανό να εργάζονται περισσότεροι από ένας μέσα στην οικογένεια, αυξάνοντας έτσι το συνολικό εισόδημα του νοικοκυριού. Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης, τα άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο κατέχουν συνήθως καλύτερες θέσεις εργασίας και αμείβονται περισσότερο από εκείνους με χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο.

5.2 Η Κατανάλωση Υπηρεσιών Παροχής Φροντίδας Υγείας

Ως κατανάλωση αναφέρεται η ποσότητα των αγαθών που χρησιμοποιούνται για την ικανοποίηση των αναγκών του ανθρώπου. Η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας εξαρτάται εκτός από το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και από δημογραφικούς, γεωγραφικούς, κοινωνικο-οικονομικούς, πολιτικούς και πολιτιστικούς παράγοντες. Υποστηρίζεται, ότι η έλλειψη σωστής ενημέρωσης του πολίτη, οι επιδιώξεις των γιατρών, η μη συμμετοχή του ασθενή στο κόστος, οι τεχνολογικές καινοτομίες στον τομέα της υγείας και η διοχέτευση στην αγορά ολόενα και περισσότερων φαρμακευτικών προϊόντων, η προσπελασιμότητα στις υπηρεσίες

υγείας και η διαθεσιμότητα αυτών των υπηρεσιών, είναι ορισμένοι από τους παράγοντες που ευθύνονται για την αύξηση της κατανάλωσης ιατρικών υπηρεσιών (Σισσούρας, Καρόκης, 1997 · Κατοστάρας, 2005).

Στην παρούσα μελέτη, η κατανάλωση εξετάζεται στα δύο οργανωτικά μοντέλα μέσα από τον αριθμό των επισκέψεων που πραγματοποίησαν τον τελευταίο χρόνο οι ασθενείς του δείγματος στους παθολόγους-οικογενειακούς γιατρούς του ΙΚΑ, σε άλλες ειδικότητες και σε ιδιώτες γιατρούς. Επιπλέον, καταγράφονται οι κατ'οίκον επισκέψεις που δέχτηκε ο ερωτώμενος από τον οικογενειακό του γιατρό.

5.2.1 Η κατανάλωση υπηρεσιών οικογενειακής ιατρικής στο ΙΚΑ

Ανάμεσα στα δύο υπό εξέταση μοντέλα δεν διαπιστώνονται σημαντικές διαφορές όσον αφορά τις ετήσιες κατά κεφαλήν επισκέψεις των ασφαλισμένων στους παθολόγους-οικογενειακούς γιατρούς του ΙΚΑ. Ελαφρώς υψηλότερο εμφανίζεται το ποσοστό των ατόμων που επισκέπτεται τον παθολόγο στα ιδιωτικά ιατρεία (75,1% έναντι 71,4% στα πολυϊατρεία), αλλά σε βαθμό που δεν επιτρέπει την εξαγωγή κάποιων συμπερασμάτων. Στην πρώτη έρευνα, η αντίστοιχη διαφορά μεταξύ των δύο μοντέλων (76,2% στα ιδιωτικά ιατρεία έναντι 67,4% στα πολυϊατρεία) παρουσιάζει στατιστική σημαντικότητα. Το μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων, πριν 20 χρόνια, φαίνεται ότι εξασφάλιζε μεγαλύτερη προσπελασιμότητα στους χρήστες των υπηρεσιών οικογενειακής ιατρικής συγκριτικά με το άλλο μοντέλο. Κάτι ανάλογο δεν μπορεί να υποστηριχθεί ότι ισχύει σήμερα, όπως θα φανεί στη συνέχεια.

Όπως είναι αναμενόμενο, οι χρόνια πάσχοντες και εκείνοι που χαρακτηρίζουν την υγεία τους κακή ή μέτρια επισκέπτονται περισσότερες φορές τους παθολόγους-οικογενειακούς γιατρούς του ΙΚΑ και στα δύο υπό εξέταση μοντέλα, σε σχέση με τους μη χρόνια πάσχοντες και εκείνους που θεωρούν ότι η υγεία τους είναι πολύ καλή ή καλή. Το ίδιο προκύπτει και από τα στοιχεία της πρώτης μελέτης. Η χρονιότητα και η σοβαρότητα της ασθένειας έχουν ως αποτέλεσμα την αυξημένη ζήτηση και επομένως κατανάλωση φροντίδων υγείας (Κατοστάρας, 2005), αν και σύμφωνα με τα λεγόμενα των ασθενών, ο κύριος λόγος της επίσκεψης στις περισσότερες των περιπτώσεων είναι η αναγραφή φαρμάκων.

5.2.2 Επισκέψεις ασφαλισμένων στους ειδικούς γιατρούς του ΙΚΑ

Σημαντικές διαφορές παρουσιάζονται μεταξύ των δύο μοντέλων σε ότι αφορά τις επισκέψεις σε γιατρούς ειδικότητων. Οι ασθενείς των ιδιωτικών ιατρείων επισκέπτονται ειδικούς γιατρούς στο ΙΚΑ περισσότερες φορές σε σύγκριση με τους ασθενείς των πολυϊατρείων (5,2

έναντι 4,3 επισκέψεις αντίστοιχα). Εντούτοις, δεν μπορεί να υποστηριχθεί ότι το μοντέλο των πολυϊατρείων είναι περισσότερο αποτελεσματικό όσον αφορά τον περιορισμό των επισκέψεων στις ειδικότητες, καθώς παρατηρείται και στα δύο οργανωτικά πρότυπα, ότι η μεγαλύτερη συχνότητα επισκέψεων στον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό συνδέεται θετικά με υψηλότερο δείκτη επισκεψιμότητας (4+) σε γιατρούς ειδικοτήτων. Ο τρόπος λειτουργίας και των δύο μοντέλων φαίνεται να ευνοεί την υπερκατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών.

Συνθήκες υπερκατανάλωσης διαπιστώνονται και στην πρώτη έρευνα, με τη διαφορά ότι εκεί εμφανίζεται το μοντέλο των πολυϊατρείων να παράγει περισσότερες κατά κεφαλήν επισκέψεις στους ειδικούς γιατρούς συγκριτικά με το άλλο μοντέλο (5,1 έναντι 4,9 επισκέψεις αντίστοιχα). Εφόσον η πρόσβαση στις ειδικότητες είναι ελεύθερη, ο βαθμός προσπελασιμότητας και διαθεσιμότητας των παθολόγων-οικογενειακών γιατρών στα δύο υπό εξέταση μοντέλα επηρεάζει κατά ένα μέρος και τη συχνότητα προσφυγής των ασφαλισμένων αντίστοιχα στους ειδικούς γιατρούς του ΙΚΑ.

Ο γενικός δείκτης των κατά κεφαλήν επισκέψεων σε γιατρούς ειδικοτήτων δεν παρουσιάζει σημαντική διαφορά από εκείνον στην πρώτη έρευνα (4,75 έναντι 5 αντίστοιχα), είναι όμως και στις δύο μελέτες υψηλότερος από το γενικό δείκτη επισκέψεων στους παθολόγους-οικογενειακούς γιατρούς (3,55 έναντι 3,6 στην πρώτη έρευνα), γεγονός που υποδηλώνει τον περιορισμένο ρόλο των τελευταίων και την αδυναμία να συγκρατήσουν την άσκοπη συχνά περιπλάνηση των ασθενών στο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης του ΙΚΑ.

Επιπρόσθετα, ο πληθωρισμός ιατρικών ειδικοτήτων και εξειδικεύσεων που σημειώνεται τις τελευταίες δεκαετίες φαίνεται ότι έχει επηρεάσει τη συνείδηση των χρηστών-καταναλωτών υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι αναζητούν εξειδικευμένη ιατρική φροντίδα και πιθανόν αμφισβητούν την επιστημονική επάρκεια του παθολόγου ή γενικού γιατρού για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων προβλημάτων υγείας.

5.2.3 Κατ'οίκον επισκέψεις παθολόγου-οικογενειακού γιατρού

Το ποσοστό των ατόμων του δείγματος που δέχτηκε τον τελευταίο χρόνο τουλάχιστον μία κατ'οίκον επίσκεψη από τον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ, είναι 10,6%. Το αντίστοιχο ποσοστό στην πρώτη έρευνα ήταν 8,7%. Η μικρή αύξηση που παρατηρείται σήμερα είναι μεν ενθαρρυντική, αλλά όχι σε βαθμό που να υποδεικνύει κάποια βελτίωση στο σύστημα της κατ'οίκον περίθαλψης του ΙΚΑ.

Στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο μοντέλων δεν παρουσιάζονται, σε αντίθεση

με την πρώτη έρευνα όπου τα πολυϊατρεία φαίνεται ότι παρείχαν κατ'οίκον ιατρική φροντίδα σε μεγαλύτερο ποσοστό ασφαλισμένων σε σχέση με τα ιδιωτικά ιατρεία. Ωστόσο, οποιαδήποτε σύγκριση μεταξύ των δύο οργανωτικών σχημάτων θα πρέπει να γίνει με επιφύλαξη, δεδομένου ότι στα πολυϊατρεία ορίζονται παθολόγοι που εκτελούν αποκλειστικά κατ'οίκον επισκέψεις, ενώ στα ιδιωτικά ιατρεία είναι πιο εύκολη η τηλεφωνική επικοινωνία γιατρού-ασθενή και είναι πολύ πιθανό οι παθολόγοι, προκειμένου να περιορίσουν τις κατ'οίκον επισκέψεις, να παρέχουν συχνά ιατρικές συμβουλές τηλεφωνικά.

Τα τελευταία χρόνια, σε διεθνές επίπεδο, παρατηρείται μία συνεχής ύφεση στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών στο σπίτι, που αποδίδεται κυρίως στη βελτίωση της διακομιδής με ασθενοφόρο, στις αναβαθμισμένες και αποδοτικές νοσοκομειακές εγκαταστάσεις με τις μονάδες εντατικής θεραπείας, στο πολυάσχολο πρόγραμμα εργασίας των γιατρών και την απροθυμία που συχνά εκδηλώνουν για επισκέψεις στα σπίτια των ασθενών κ.ά (Ingram, O'Brien-Gonzales et al, 1999 · Landers, Gunn et al, 2005).

5.2.4 Επισκέψεις ασφαλισμένων σε ιδιώτες γιατρούς

Οι ανεπάρκειες του συστήματος υγείας του ΙΚΑ αντανακλώνται στα υψηλά ποσοστά των ασφαλισμένων που στρέφονται στην ιδιωτική ιατρική. Το 61,4% των ατόμων του δείγματος δήλωσαν ότι τους τελευταίους 12 μήνες επισκέφθηκαν τουλάχιστον έναν ιδιώτη γιατρό. Το αντίστοιχο ποσοστό στην πρώτη έρευνα ήταν 40,4%. Φαίνεται ότι στην πορεία του χρόνου, ο ιδιωτικός τομέας υγείας στη χώρα μας καταλαμβάνει ολοένα και μεγαλύτερη έκταση, γεγονός που υποδηλώνει τη σταθερή, σταδιακή υποβάθμιση της ποιότητας του δημόσιου υγειονομικού τομέα και ειδικότερα των υπηρεσιών υγείας του ΙΚΑ. Παλαιότερες μελέτες έχουν δείξει, ότι η υψηλή κατανάλωση εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών από τον ιδιωτικό τομέα συνδέεται κυρίως με τα δομικά / οργανωτικά χαρακτηριστικά του συστήματος. Η ανεπαρκής χρηματοδότηση του δημόσιου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ενισχύει την αύξηση της ζήτησης και κατανάλωσης υπηρεσιών στον ιδιωτικό εξωνοσοκομειακό τομέα για την έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας (Ζηλίδης, Φιλαλήθης, 1994 · Mossialos, Allin et al, 2005).

Και στις δύο έρευνες δεν παρουσιάζονται αξιοσημείωτες διαφορές μεταξύ των δύο μοντέλων στον αριθμό των ατόμων που επισκέπτονται ιδιώτες γιατρούς (παθολόγους ή άλλης ειδικότητας). Σημαντικές διαφορές παρουσιάζονται μεταξύ φύλων. Συγκεκριμένα, αυξημένο εμφανίζεται το ποσοστό των γυναικών που προσφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα (68,1%) σε σχέση με το αντίστοιχο των ανδρών (47,1%). Το ίδιο διεπιστώθη και στην πρώτη έρευνα και

μπορεί να αποδοθεί στο ότι οι γυναίκες για γυναικολογικά προβλήματα και θέματα μητρότητας απευθύνονται κυρίως σε γυναικολόγους γιατρούς εκτός ΙΚΑ.

Ο κύριος όγκος των επισκέψεων σε ιδιώτες γιατρούς αφορά ειδικότητες, ενώ οι επισκέψεις σε ιδιώτες παθολόγους είναι περιορισμένες. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι ο παθολόγος αντιπροσωπεύει μόνο μία ειδικότητα, ενώ οι άλλοι πολύ περισσότερες. Ωστόσο, από τους ασθενείς που επισκέφθηκαν ιδιώτες γιατρούς, ενδιαφέρον παρουσιάζει το χαμηλό ποσοστό εκείνων που επισκέφθηκαν τον τελευταίο χρόνο ιδιώτη παθολόγο (4,7%) σε σχέση με το αντίστοιχο στην πρώτη έρευνα (23,7%). Από τη μία πλευρά μπορεί να θεωρηθεί ότι σήμερα οι παθολόγοι του ΙΚΑ ικανοποιούν περισσότερο τις ανάγκες υγείας των ασφαλισμένων και έτσι οι τελευταίοι δεν χρειάζεται να προσφεύγουν σε αντίστοιχους ιδιώτες, από την άλλη όμως, η διαφορά αυτή στα ποσοστά είναι πιθανό να ενισχύει προηγούμενες εκτιμήσεις για ολοένα και μεγαλύτερη ζήτηση εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας, τόσο στο δημόσιο, όσο και στον ιδιωτικό τομέα.

Οι ειδικότητες που αναφέρουν οι ασθενείς ότι επισκέπτονται συχνότερα ιδιωτικά, είναι οδοντίατροι, γυναικολόγοι, οφθαλμίατροι και χειρουργοί. Οι περισσότεροι ισχυρίζονται ότι δεν έχουν πολύ εμπιστοσύνη στους αντίστοιχους γιατρούς του ΙΚΑ ή ότι τα ραντεβού είναι πολύ μακρινά, ενώ αρκετοί θεωρούν ότι το ΙΚΑ δεν διαθέτει τον αναγκαίο υλικοτεχνικό εξοπλισμό για την επαρκή υποστήριξη των ως άνω ειδικοτήτων.

Τέλος, εξετάζεται η περίπτωση όπου οι ασφαλισμένοι προσφεύγουν στον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ σε ιδιωτική όμως βάση. Στην παρούσα εργασία, το 7,1% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι πραγματοποίησαν τουλάχιστον μία τέτοια επίσκεψη. Οι ασθενείς των πολυιατρείων φαίνεται ότι επισκέπτονται τον παθολόγο του ΙΚΑ ιδιωτικά σε υψηλότερο ποσοστό σε σχέση με τους ασθενείς των ιδιωτικών ιατρείων (13,7% έναντι 3,6% αντίστοιχα). Τα ευρήματα εδώ συμφωνούν με εκείνα της πρώτης μελέτης. Ενδεχομένως, οι συνθήκες επίσκεψης στο μοντέλο όπου ο παθολόγος-οικογενειακός γιατρός δέχεται ασφαλισμένους του ΙΚΑ στο ιδιωτικό του ιατρείο προσομοιάζουν περισσότερο με εκείνες μιας ιδιωτικής επίσκεψης, σε αντίθεση με το ψυχρό και συχνά απρόσωπο περιβάλλον των πολυιατρείων που ενθαρρύνει τους ασθενείς για μια επίσκεψη στον παθολόγο τους ιδιωτικά, προκειμένου να αναπτύξουν καλύτερες σχέσεις επικοινωνίας μαζί του.

5.3 Η Συνέχεια στη Φροντίδα Υγείας & Η Ελευθερία Επιλογής Γιατρού

Η διασφάλιση της συνέχειας στη φροντίδα υγείας και η καλλιέργεια κλίματος αμοιβαίας εμπιστοσύνης και επικοινωνίας μεταξύ γιατρού-ασθενή που αυτή προϋποθέτει, αποτελούν σημαντικό στόχο κάθε πολιτικής υγείας και ποιοτικό χαρακτηριστικό της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Στη χώρα μας, όπως είναι γνωστό, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δεν συνδέεται με τη δευτεροβάθμια κατά το πρότυπο "πρόληψη - διάγνωση - θεραπεία - αποκατάσταση", η διασύνδεση με κέντρα αναφοράς και η λειτουργία ηθμού είναι ανεπαρκής, απέτυχε η καθολική εφαρμογή του θεσμού του γενικού-οικογενειακού γιατρού και δεν υφίσταται σύστημα διακίνησης ιατρικών πληροφοριών για τους ασθενείς, τόσο μεταξύ των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας, όσο και εντός της ίδιας μονάδας ανάμεσα σε διαδοχικές επισκέψεις (Βραχάτης, Παπαδόπουλος, 2012).

Στην ενότητα που ακολουθεί, η συνέχεια στη φροντίδα διερευνάται μέσα από τη χρονική διάρκεια παραμονής του ασθενή στον ίδιο παθολόγο-οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ, τη συχνότητα αλλαγής παθολόγου την τελευταία πενταετία και τους λόγους για τους οποίους έγιναν τυχόν αλλαγές και παρατίθενται στοιχεία για τις παραπομπές των ασθενών στους ειδικούς γιατρούς. Τελευταία, εξετάζεται ο τρόπος με τον οποίο οι ασφαλισμένοι στα δύο υπό εξέταση μοντέλα επιλέγουν τον παθολόγο-οικογενειακό τους γιατρό.

Ένα σημαντικό οργανωτικό χαρακτηριστικό του υγειονομικού συστήματος είναι ο βαθμός ελευθερίας που εξασφαλίζει στις επιλογές, τόσο των καταναλωτών, όσο και των προμηθευτών των υπηρεσιών υγείας. Για τους πρώτους, αυτό σημαίνει ότι μπορούν οι ίδιοι να επιλέξουν τον οικογενειακό τους κυρίως γιατρό και σε δεύτερη φάση το γιατρό ειδικότητας ή το νοσοκομείο στο οποίο θα παραπεμφθούν. Στην πραγματικότητα, η ελευθερία αυτή συχνά περιορίζεται εξαιτίας της ίδιας της φύσης του αγαθού υγείας και του τρόπου με τον οποίο παρέχεται. Υποστηρίζεται, ότι ένα καλά οργανωμένο σύστημα υγείας περιορίζει ως ένα βαθμό κάποιες ελευθερίες, στοχεύοντας στη μεγιστοποίηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, τη διασφάλιση της κοινωνικής συνοχής και της βιωσιμότητας του συστήματος (Θεοδώρου, 1999 · Λιαρόπουλος, 2007).

5.3.1 Χρόνος παραμονής στον ίδιο παθολόγο-οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ - Συχνότητα αλλαγής παθολόγου - οικογενειακού γιατρού

Αρχικά, η συνέχεια στη φροντίδα εξετάζεται με βάση το χρονικό διάστημα που ο ασφαλισμένος επισκέπτεται τον ίδιο παθολόγο-οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ. Το 57,6% των ασθενών στα πολυιατρεία δήλωσε ότι επισκέπτεται κάποιο παθολόγο σε μόνιμη βάση, ενώ στα ιδιωτικά ιατρεία, όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι ασφαλισμένοι υποχρεωτικά επισκέπτονται μόνο τον οικογενειακό τους γιατρό. Από τα στοιχεία των ερωτηματολογίων προκύπτει, ότι οι ασφαλισμένοι του μοντέλου των πολυιατρείων επισκέπτονται σταθερά τον ίδιο παθολόγο, για περισσότερα από 10 χρόνια, σε υψηλότερο ποσοστό από τους ασφαλισμένους του άλλου μοντέλου (38,9% έναντι 26,4% αντίστοιχα). Αντίθετη κατεύθυνση παρουσιάζει η πρώτη έρευνα. Τα σχετικά ποσοστά είναι 15,7% για τα πολυιατρεία και 27,2% για τα ιδιωτικά ιατρεία. Θα μπορούσε να υποστηριχθεί, ότι τα πολυιατρεία σήμερα εξασφαλίζουν μεγαλύτερη συνέχεια στη φροντίδα και άρα πιο ευνοϊκές συνθήκες άσκησης οικογενειακής ιατρικής, σε σχέση με ότι συνέβαινε στο παρελθόν και συγκριτικά με το άλλο μοντέλο, όμως θα πρέπει να ληφθεί υπόψη, ότι το μέγεθος του χρονικού διαστήματος που ο ασθενής παραμένει στον ίδιο παθολόγο-οικογενειακό γιατρό δεν εξαρτάται πάντα από τον ίδιο τον ασθενή, αλλά πολύ συχνά έχει να κάνει με την κινητικότητα του γιατρού μέσα στο σύστημα υγείας.

Τα τελευταία χρόνια, σημειώνεται σταθερή μείωση του αριθμού των οικογενειακών γιατρών που εργάζονται στα ιδιωτικά τους ιατρεία, οι οποίοι επιπλέον δεν αντικαθίστανται, αφενός λόγω του περιορισμένου ενδιαφέροντος από τη Διοίκηση του ΙΚΑ για το συγκεκριμένο θέμα, αφετέρου λόγω ενδεχόμενης απροθυμίας των ίδιων των γιατρών να αναλάβουν καθήκοντα άσκησης οικογενειακής ιατρικής, σε αντίθεση με τη σχετική στασιμότητα που παρατηρείται στους παθολόγους των πολυιατρείων. Έτσι, πιθανές αιτίες για τη διαμόρφωση των ως άνω ευρημάτων θα πρέπει να αναζητηθούν και σε παράγοντες που δεν έχουν σχέση με τις προσωπικές επιλογές των ασθενών και την ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών, αλλά με τις λειτουργικές και οργανωτικές αδυναμίες που παρουσιάζει το σύστημα οικογενειακής ιατρικής του ΙΚΑ.

Από την άλλη πλευρά, το προβάδισμα των πολυιατρείων σήμερα σε ότι αφορά το χρόνο παραμονής των ασθενών στον ίδιο παθολόγο-οικογενειακό γιατρό, μπορεί ακόμη να συνδέεται με τη μεγαλύτερη προσπελασιμότητα των παθολόγων του συγκεκριμένου μοντέλου, όπως θα φανεί και στη συνέχεια.

Οι παραπάνω εκτιμήσεις επαληθεύονται από τις απαντήσεις των ίδιων των ασθενών σε

ερώτημα σχετικό με τους λόγους για τους οποίους δεν προσέρχονται πάντα στον ίδιο παθολόγο. Για το πρώτο μοντέλο, η σχετική ερώτηση αφορούσε εκείνους που δήλωσαν ότι αλλάζουν συχνά παθολόγο (42,4%), ενώ για το μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων αφορούσε εκείνους που άλλαξαν τον οικογενειακό τους γιατρό μία ή περισσότερες φορές την τελευταία πενταετία (35,9%). Φαίνεται ότι οι ασθενείς των πολυϊατρείων στην πλειοψηφία τους αλλάζουν παθολόγο με δική τους ευθύνη (π.χ. προτιμούν αυτόν που τους δέχεται πιο σύντομα ή απευθύνονται στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, θεωρώντας ότι προσφέρουν καλύτερες υπηρεσίες υγείας και τον παθολόγο του ΙΚΑ τον επισκέπτονται μόνο για συνταγογράφηση, συνεπώς δεν τους ενδιαφέρει να είναι πάντα ο ίδιος κ.ά), ενώ οι περισσότεροι ασθενείς των ιδιωτικών ιατρείων αναγκάζονται πολλές φορές να αλλάξουν τον οικογενειακό τους γιατρό, γιατί ο ίδιος συνταξιοδοτήθηκε, παραιτήθηκε, έληξε η σύμβασή του με το ΙΚΑ ή γιατί εκείνοι άλλαξαν τόπο κατοικίας και επομένως και οικογενειακό γιατρό και μόνο οι δύο στους δέκα δήλωσαν ότι άλλαξαν παθολόγο με δική τους πρωτοβουλία για προσωπικούς λόγους.

Και στις δύο έρευνες μεγαλύτερη συχνότητα αλλαγής παθολόγου, μέσα στα τελευταία πέντε χρόνια, παρουσιάζουν οι ασθενείς των πολυϊατρείων συγκριτικά με τους ασθενείς του άλλου μοντέλου. Διαπιστώνεται ότι οι ασφαλισμένοι των πολυϊατρείων εκμεταλλεύονται την ελευθερία που τους παρέχει το σύστημα, να επισκέπτονται δηλαδή περισσότερους από έναν παθολόγους του ΙΚΑ ή διαφορετικά να αλλάζουν όποτε οι ίδιοι επιθυμούν τον παθολόγο τους, σε αντίθεση με τους ασφαλισμένους των ιδιωτικών ιατρείων, οι οποίοι προκειμένου να αλλάξουν τον οικογενειακό τους γιατρό πρέπει να ακολουθήσουν συγκεκριμένη διαδικασία, μέσα σε προκαθορισμένα χρονικά όρια (συνήθως στις αρχές του χρόνου) και εφόσον υπάρχει άλλος γιατρός στην περιοχή με κενά στη λίστα του.

Αν εξετάσουμε τη συνέχεια στη φροντίδα μέσα από τη δυνατότητα που έχουν όλα τα μέλη της οικογένειας να επισκέπτονται τον ίδιο παθολόγο-οικογενειακό γιατρό, το μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων και στις δύο μελέτες φαίνεται ότι υπερέχει του άλλου. Ειδικότερα, τα ποσοστά των ατόμων άνω των 14 ετών που κατοικούν μαζί με τον ερωτώμενο και ακολουθούν τον ίδιο παθολόγο με αυτόν, είναι 58,1% στα ιδιωτικά ιατρεία έναντι 33,4% στα πολυϊατρεία. Τα αντίστοιχα ποσοστά στην πρώτη έρευνα είναι 78,8% έναντι 27,2%. Και σε αυτή την περίπτωση, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη τα ιδιαίτερα λειτουργικά και οργανωτικά χαρακτηριστικά των δύο οργανωτικών σχημάτων, δεδομένου ότι στο μοντέλο των πολυϊατρείων οι έμμεσα ασφαλισμένοι έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν τον παθολόγο της αρεσκείας τους, χωρίς να δεσμεύονται από την επιλογή του ατόμου που τους ασφαλίζει, ενώ

στα ιδιωτικά ιατρεία οι έμμεσα ασφαλισμένοι υποχρεούνται να επισκέπτονται τον ίδιο παθολόγο με εκείνον που επισκέπτεται το μέλος της οικογένειας που τους ασφαλίζει.

5.3.2 Οι παραπομπές από τον παθολόγο - οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ σε γιατρούς ειδικοτήτων

Όπως είναι γνωστό, στο ελληνικό σύστημα υγείας, η πρόσβαση σε γιατρούς ειδικοτήτων είναι εντελώς ελεύθερη. Στο ΙΚΑ λειτουργεί ένα υποτυπώδες σύστημα παραπομπών από τον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό στις ειδικότητες, χωρίς όμως καμία θεσμοθετημένη οργανωτική σύνδεση μεταξύ τους. Στην παρούσα εργασία, το 78,7% των ασθενών που επισκέφθηκαν τον τελευταίο χρόνο γιατρό ειδικότητας στο ΙΚΑ, το έκαναν με δική τους πρωτοβουλία και μόνο το 21,3% παραπέμφθηκε μία ή περισσότερες φορές από τον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό.

Από αυτούς που δήλωσαν έστω και μία παραπομπή, οι οκτώ στους δέκα ενημέρωσαν στη συνέχεια τον παθολόγο τους για τα αποτελέσματα της επίσκεψης στον ειδικό γιατρό. Σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο μοντέλων δεν παρουσιάζονται σε καμία από τις παραμέτρους που εξετάζονται. Και στην πρώτη μελέτη, πάνω από το 80% των ασθενών που επισκέφθηκαν ειδικότητες στο ΙΚΑ, δεν δήλωσαν κάποια παραπομπή από τον παθολόγο τους. Εντούτοις, από τα στοιχεία της έρευνας προέκυψε, ότι όταν οι παθολόγοι εργάζονται στα ιδιωτικά τους ιατρεία αφενός παραπέμπουν περισσότερους ασθενείς σε γιατρούς ειδικοτήτων και αφετέρου μεγαλύτερο ποσοστό εκείνων που παραπέμφθηκαν ενημερώνει στη συνέχεια τον οικογενειακό γιατρό για την εξέλιξη της επίσκεψης στον ειδικό, σε σχέση πάντα με το μοντέλο των πολυιατρείων.

Σήμερα, οι αυξημένες υποχρεώσεις των παθολόγων στα ιδιωτικά ιατρεία, εκτιμάται ότι περιορίζουν πολύ το εύρος του έργου τους. Σε κάθε παθολόγο-οικογενειακό γιατρό στο συγκεκριμένο μοντέλο αναλογούν περισσότεροι από 4000 ασφαλισμένοι, γεγονός που δημιουργεί δυσμενείς συνθήκες άσκησης της οικογενειακής ιατρικής με την έννοια της καθοδήγησης και παρακολούθησης της πορείας του ασθενή μέσα στο σύστημα υγείας.

5.3.3 Τρόπος επιλογής παθολόγου - οικογενειακού γιατρού στο ΙΚΑ

Το μοντέλο των πολυιατρείων, όπως έχει γίνει ήδη αντιληπτό, κατοχυρώνει μεγαλύτερη ελευθερία επιλογής γιατρού από τον ασθενή, αφού του επιτρέπει να επισκέπτεται κάθε φορά όποιο παθολόγο του υποκαταστήματος επιθυμεί. Από τα στοιχεία των ερωτηματολογίων προκύπτει, ότι το 32% των ερωτηθέντων του συγκεκριμένου μοντέλου επιλέγει παθολόγο

κατά τυχαίο τρόπο και το 66,7% ύστερα από κάποιου είδους αξιολογική κρίση (πληροφορίες ή συστάσεις). Τα αντίστοιχα ποσοστά στην πρώτη έρευνα είναι 45,1% και 27,8%. Αν και στις δύο μελέτες είναι αρκετοί αυτοί που αφήνουν στην τύχη την επιλογή του παθολόγου τους, ενδιαφέρον έχει η μείωση που παρατηρείται σήμερα στα ποσοστά τους και η σημαντική αύξηση στα ποσοστά εκείνων που αξιολογούν κάποια "ποιοτικά" χαρακτηριστικά, προκειμένου να αποφασίσουν σε ποιο γιατρό θα απευθυνθούν.

Η εικόνα αυτή υποδεικνύει μία κατάσταση ενδυνάμωσης της θέσης του καταναλωτή υπηρεσιών υγείας. Οι πολίτες στις μέρες μας, αποκτούν ολοένα και περισσότερες γνώσεις γύρω από θέματα που αφορούν την υγεία, σε συνδυασμό με την άνοδο του μορφωτικού επιπέδου του πληθυσμού, θέλουν να έχουν λόγο στη γενική φροντίδα που λαμβάνουν, είναι ικανοί να παίρνουν αποφάσεις και να εφαρμόζουν τις επιλογές τους και όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Kouchner (2000), απαιτούν "σαν καταναλωτές σε σούπερ μάρκετ" υπερασπίζοντας το δικαίωμα που έχουν στην υγεία (Κουτσοσίμου, 2007).

Στα ιδιωτικά ιατρεία η κατάσταση περιγράφεται διαφορετική. Οι ασφαλισμένοι δηλώνουν μία φορά το χρόνο την προτίμησή τους σχετικά με τον οικογενειακό γιατρό που επιθυμούν να επισκέπτονται και οφείλουν να την ακολουθήσουν για 12 μήνες. Όπως φαίνεται όμως από τις απαντήσεις των ασθενών και στις δύο μελέτες, η σχετική αυτή ελευθερία που τους παρέχει το σύστημα στην πράξη περιορίζεται κατά πολύ, αφού ένα σημαντικό ποσοστό ασφαλισμένων (36,7% και 38,4% στην πρώτη έρευνα) εγγράφεται υποχρεωτικά από το ΙΚΑ στους παθολόγους-οικογενειακούς γιατρούς που δεν έχουν συμπληρώσει τη λίστα τους. Παρά τους περιορισμούς αυτούς, ενθαρρυντικά κι εδώ είναι τα αυξημένα ποσοστά που παρουσιάζουν σήμερα όσοι επιλέγουν τον οικογενειακό τους γιατρό αξιολογώντας κάποιες πληροφορίες ή συστάσεις (33,7% έναντι 22% στην πρώτη έρευνα).

Επιπλέον, το 25% των ερωτηθέντων και στις δύο εργασίες, φαίνεται ότι επιλέγει τον οικογενειακό γιατρό που βρίσκεται πιο κοντά στο σπίτι του. Παλαιότερες μελέτες έχουν δείξει, ότι η απόσταση του ιατρείου από την κατοικία του ασθενή αποτελεί βασικό παράγοντα στην επιλογή του γιατρού (Κατοστάρας, 2005).

5.4 Η Προσπελασιμότητα των Παθολόγων - Οικογενειακών Γιατρών του ΙΚΑ

Ο όρος προσπελασιμότητα αναφέρεται στη δυνατότητα που έχει κάθε πολίτης να χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες υγείας χωρίς γεωγραφικούς, συγκοινωνιακούς, οικονομικούς, διοικητικούς ή άλλους περιορισμούς. Η ευκολία της πρόσβασης στις μονάδες παροχής

υπηρεσιών υγείας επηρεάζει σημαντικά το είδος και το ύψος της κατανάλωσης. Ο ιδιωτικός τομέας δημιουργεί ανισότητες στην πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών, εξαιτίας του συστήματος των τιμών, ενώ ο δημόσιος τομέας ευνοεί την ανάπτυξη γραφειοκρατίας με μεγάλες λίστες αναμονής, που έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας (Θεοδώρου, 1999 · Κατοστάρας, 2005).

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί, εξετάζεται ο τρόπος και ο χρόνος μετάβασης των ασφαλισμένων στους παθολόγους-οικογενειακούς γιατρούς του ΙΚΑ, όπως και ο χρόνος αναμονής στα ιατρεία και καταγράφονται οι απόψεις των ασθενών για την επάρκεια και την καταλληλότητα των ωρών εργασίας των παθολόγων και την εφαρμογή ή μη του συστήματος του τηλεφωνικού ραντεβού.

5.4.1 Η πρόσβαση και αναμονή των ασθενών στα ιατρεία των παθολόγων - οικογενειακών γιατρών του ΙΚΑ

Και στις δύο μελέτες πάνω από το 80% των ασφαλισμένων στο μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων προσέρχονται στον οικογενειακό τους γιατρό με τα πόδια, ενώ στα πολυϊατρεία το αντίστοιχο ποσοστό παρουσιάζεται σημαντικά χαμηλότερο (55,9% στην παρούσα και 65,7% στην πρώτη έρευνα). Είναι λογικό να συμβαίνει αυτό, αφού στην πρώτη περίπτωση τα ιατρεία των οικογενειακών γιατρών είναι συνήθως στη γειτονιά του ασφαλισμένου, ενώ στη δεύτερη, οι παθολόγοι εργάζονται όλοι μαζί σε ένα πολυϊατρείο, το οποίο καλύπτει μία εκτεταμένη ασφαλιστική περιοχή.

Για τους ίδιους ενδεχομένως λόγους και ο απαιτούμενος χρόνος μετάβασης των ασφαλισμένων στον παθολόγο εμφανίζεται μικρότερος στο μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων συγκριτικά με το άλλο μοντέλο και στις δύο έρευνες. Θα πρέπει βέβαια να σημειωθεί, ότι ο τρόπος και ο χρόνος μετάβασης των ασφαλισμένων στα ιατρεία δεν εξαρτάται μόνο από την απόσταση, αλλά και από παράγοντες όπως η ηλικία του ασθενή, η κατάσταση της υγείας του, η κατοχή ή μη ιδιωτικού αυτοκινήτου, η δυνατότητα χρησιμοποίησης των μέσων μαζικής μεταφοράς κ.ά.

Σχετικά με το χρόνο αναμονής των ασφαλισμένων στα ιατρεία των παθολόγων-οικογενειακών γιατρών, εμφανίζονται σημαντικές διαφορές τόσο μεταξύ των δύο μοντέλων, όσο και ανάμεσα στις δύο μελέτες. Ειδικότερα, στο μοντέλο των πολυϊατρείων τα ποσοστά των ασθενών που εξυπηρετούνται σε λιγότερο από 15 λεπτά, είναι 24% σήμερα έναντι 22,1% στην πρώτη έρευνα, ενώ εκείνων που χρειάζεται να περιμένουν περισσότερο από μία ώρα, είναι 0% έναντι 35,4% αντίστοιχα. Τα σχετικά ποσοστά στο μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων

παρουσιάζονται 7,6% σήμερα έναντι 13,8% στην πρώτη έρευνα (για <15 λεπτά χρόνο αναμονής) και 39,1% έναντι 14,1% αντίστοιχα (για περισσότερο από μία ώρα αναμονή).

Διαπιστώνεται ότι στην πορεία του χρόνου, ενώ μειώθηκε σημαντικά ο χρόνος αναμονής στο μοντέλο των πολυιατρείων, αυξήθηκε ιδιαίτερα στα ιδιωτικά ιατρεία των οικογενειακών γιατρών. Το πρώτο, μπορεί να αποδοθεί στην καθολική εφαρμογή του συστήματος του τηλεφωνικού ραντεβού στα πολυιατρεία. Και στην πρώτη μελέτη παρατηρείται, ότι ο χρόνος αναμονής των ασθενών στα ιατρεία των παθολόγων επιμηκύνεται κατά 20 τουλάχιστον λεπτά στα δύο από τα τέσσερα πολυιατρεία της έρευνας (Ζωγράφου και Χαλάνδρι), όπου τότε δεν λειτουργούσε το τηλεφωνικό ραντεβού. Το δεύτερο, ενδεχομένως συνδέεται με τη μείωση του αριθμού των οικογενειακών γιατρών, όπως έχει ήδη αναφερθεί, και την ταυτόχρονη αύξηση του αριθμού των ασφαλισμένων που εγγράφονται στις λίστες τους. Σύμφωνα δε με τα λεγόμενα των ασθενών του συγκεκριμένου μοντέλου, στα ιατρεία των οικογενειακών γιατρών σήμερα, δημιουργούνται πολλές φορές ατελείωτες "ουρές" και ο χρόνος αναμονής συχνά ξεπερνά και τις τρεις ώρες. Ιδιαίτερη σημασία έχει εδώ η έννοια κόστους ευκαιρίας του χρόνου. Η συμμετοχή στην "ουρά" είναι λιγότερο δαπανηρή για τους ηλικιωμένους και τους άνεργους, που έχουν αρκετό ελεύθερο χρόνο, είναι όμως δυσβάστακτη για τους εργαζόμενους που εκτός από την ταλαιπωρία που υφίστανται, έχουν πολύ περιορισμένο χρόνο και μία πολύωρη αναμονή στην "ουρά" συχνά σημαίνει για αυτούς χαμένες εργασιακές (Υφαντόπουλος, 2006).

Εκτός των όσων προαναφέρθηκαν, οι αυξημένοι χρόνοι αναμονής στο μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων, μπορεί κάποιες φορές να οφείλονται και σε αυθαίρετη παραβίαση του ωραρίου από τους παθολόγους-οικογενειακούς γιατρούς, όπως επισημάνθηκε από αρκετούς ασθενείς, αφού στην ουσία δεν υπόκεινται σε καμία μορφή ελέγχου από τη Διεύθυνση του υποκαταστήματος που ανήκουν, εκτός ακραίων καταστάσεων.

5.4.2 Απόψεις ασφαλισμένων για το ωράριο εργασίας των παθολόγων - οικογενειακών γιατρών του ΙΚΑ

Ζητήθηκε από τους ασφαλισμένους να εκφράσουν τις απόψεις τους, σχετικά με το αν θεωρούν αρκετές και βολικές τις ώρες εργασίας των παθολόγων-οικογενειακών γιατρών του ΙΚΑ. Οι ασθενείς σήμερα στην πλειοψηφία τους (75,5%) υποστηρίζουν ότι οι ώρες εργασίας των παθολόγων είναι βολικές για τους χρήστες των υπηρεσιών. Το ίδιο προκύπτει και από τα στοιχεία της πρώτης μελέτης. Είναι λογικό, αφού οι παθολόγοι και στα δύο μοντέλα εργάζονται και πρωινές και απογευματινές ώρες, οι περισσότεροι ασθενείς έχουν τη

δυνατότητα να εξυπηρετηθούν.

Όσον αφορά την επάρκεια των ωρών εργασίας των παθολόγων-οικογενειακών γιατρών, το 71,2% του συνόλου των ερωτηθέντων στην παρούσα εργασία θεωρεί ότι οι ώρες που εργάζονται ημερησίως οι παθολόγοι του ΙΚΑ δεν επαρκούν για να καλύψουν τις ανάγκες των ασφαλισμένων. Αντίθετα, στην πρώτη εργασία, την ως άνω άποψη εξέφρασε η μειοψηφία των ερωτηθέντων (44,6%). Η αύξηση που παρατηρείται σήμερα στον αριθμό των δικαιούχων περίθαλψης στις περιοχές έρευνας (της τάξης των 100.000 περίπου ασφαλισμένων), σε συνδυασμό με τη μείωση των παθολόγων-οικογενειακών γιατρών, όπως προκύπτει από τα γενικά στατιστικά στοιχεία που παρατίθενται στις δύο μελέτες, περιορίζουν την προσπελασιμότητα και διαθεσιμότητα των παθολόγων στα δύο υπό εξέταση μοντέλα και δικαιολογούν τις διαφορές που παρουσιάζονται στις απόψεις των ασφαλισμένων ανάμεσα στις δύο έρευνες.

Ωστόσο και στις δύο μελέτες, θετικές απαντήσεις στο ως άνω ερώτημα έδωσαν σε υψηλότερα ποσοστά οι ασθενείς των πολυιατρείων, σε σχέση με τους ασθενείς των ιδιωτικών ιατρείων. Αυτό μπορεί να αποδοθεί στη μεγαλύτερη σε χρονική διάρκεια ημερήσια ιατρική κάλυψη που προσφέρει εξ' ορισμού το μοντέλο των πολυιατρείων συγκριτικά με το άλλο μοντέλο. Όπως είναι γνωστό, οι ασθενείς στα πολυιατρεία, αν δεν ενδιαφέρονται για συγκεκριμένο παθολόγο, μπορούν να εξυπηρετηθούν σε 12ωρη ημερήσια βάση, ενώ για τους ασθενείς των ιδιωτικών ιατρείων, η ημερήσια κάλυψη από γιατρό παθολόγο είναι μόλις 5ωρης ή και λιγότερης διάρκειας. Παράλληλα, οι αυξημένοι χρόνοι αναμονής των ασθενών σήμερα στα ιδιωτικά ιατρεία, είναι ένας επιπρόσθετος λόγος που μπορεί να δικαιολογήσει το εξαιρετικά υψηλό ποσοστό (81,6%) των ατόμων του συγκεκριμένου μοντέλου που δήλωσαν στην παρούσα έρευνα ότι οι ώρες εργασίας των οικογενειακών γιατρών δεν είναι αρκετές, εκφράζοντας έτσι έμμεσα τη δυσαρέσκειά τους.

5.4.3 Σύστημα τηλεφωνικού ραντεβού στο ΙΚΑ

Το σύστημα του τηλεφωνικού ραντεβού στο ΙΚΑ, εφαρμόστηκε το 1985 πιλοτικά σε κάποια υποκαταστήματα και μέσα σε δύο χρόνια επεκτάθηκε σε 24 πολυιατρεία της χώρας. Σήμερα λειτουργεί σε όλες τις μονάδες υγείας του Ιδρύματος, πλην ελάχιστων εξαιρέσεων. Δεν εφαρμόζεται στα ιδιωτικά ιατρεία των οικογενειακών γιατρών. Εκεί οι ασθενείς εξυπηρετούνται με σειρά προτεραιότητας και σε ορισμένα μόνο ιατρεία που διαθέτουν γραμματειακή υποστήριξη, οι επισκέψεις πραγματοποιούνται μετά από τηλεφωνική επικοινωνία.

Στην παρούσα εργασία, η πλειοψηφία των ατόμων του δείγματος (76,1%) υποστήριξε το σύστημα του τηλεφωνικού ραντεβού, με την προϋπόθεση ότι τα ραντεβού θα είναι κοντινά και θα υπάρχει πρόβλεψη για την άμεση εξυπηρέτηση έκτακτων περιστατικών. Και αυτό γιατί, όπως ανέφεραν αρκετοί ασθενείς, τα ραντεβού σε ορισμένες περιπτώσεις έχουν αναμονή έως και δύο μήνες. Συνήθως όμως, τέτοια φαινόμενα παρατηρούνται σε ειδικότητες που παρουσιάζουν ελλείψεις (π.χ. ρευματολόγους, διαβητολόγους, νευρολόγους) ή σε γιατρούς που θεωρούνται "δημοφιλείς" από τους ασθενείς.

Αν εξετάσουμε κάθε μοντέλο ξεχωριστά, φαίνεται ότι οι ασθενείς των πολυϊατρείων που χρησιμοποιούν συστηματικά το τηλεφωνικό ραντεβού τα τελευταία χρόνια, το επικροτούν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό από τους ασθενείς του άλλου μοντέλου που το χρησιμοποιούν μόνο για τις επισκέψεις στους ειδικούς γιατρούς του ΙΚΑ (91,4% έναντι 60,8% αντίστοιχα). Και στην πρώτη μελέτη, η συνολική αποτίμηση των απόψεων των ερωτηθέντων για το σύστημα του τηλεφωνικού ραντεβού ήταν θετική (61,3%), παρά το γεγονός ότι εφαρμοζόταν μόνο σε δύο πολυϊατρεία της έρευνας (Αιγάλεω και Αλεξάνδρας) και αντιμετώπιζε αρκετά προβλήματα στη λειτουργία του. Και τότε φάνηκε ότι το υποστήριζαν σε υψηλό ποσοστό (78,4%) οι ασθενείς των πολυϊατρείων που το χρησιμοποιούσαν, ενώ ήταν περισσότερο επιφυλακτικοί εκείνοι που δεν το γνώριζαν, αφού έδειξαν θετική στάση σε ποσοστό 57,5%.

Από τα ευρήματα των δύο εργασιών γίνεται αντιληπτό ότι οι ασθενείς δύσκολα αποδέχονται και ακολουθούν κάτι καινούριο, ειδικά όταν αφορά στην υγεία τους, μόλις όμως το γνωρίσουν και το εμπιστευτούν δεν διστάζουν να εκφράσουν τη σύμφωνη γνώμη τους.

5.5 Η Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας του ΙΚΑ & η Ικανοποίηση του Χρήστη - Καταναλωτή

Τα τελευταία χρόνια, σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες, τρεις είναι οι βασικοί στόχοι των πολιτικών υγείας: εκσυγχρονισμός, χαμηλό κόστος, ποιότητα. Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας δεν είναι εύκολο να προσδιοριστεί, εξαιτίας κυρίως της πολυπλοκότητας και της ιδιομορφίας που παρουσιάζουν οι υπηρεσίες αυτές. Κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί διάφορες απόψεις και ορισμοί που οδηγούν και σε διαφορετικές προσεγγίσεις της αξιολόγησης και βελτίωσής της. Σύμφωνα με τον Donabedian, η διαφορετικότητα αυτή είναι δυνατή και δικαιολογημένη, καθώς η αντίληψη που έχει κάποιος για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας εξαρτάται αφενός από τη σχέση του με το σύστημα υγειονομικής φροντίδας

και αφετέρου από το είδος και την έκταση των ευθυνών του (Σιγάλας, 1999).

Στη διεθνή βιβλιογραφία, η εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών έχει αναδειχθεί ως μείζον ζήτημα για την αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Ενώ η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να αφορά σε διαφορετικές βαθμίδες υγειονομικής περίθαλψης, ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενή εξαρτάται άμεσα από το βαθμό κατά τον οποίο οι προσδοκίες του εκπληρώνονται. Υπό αυτό το πρίσμα, η ικανοποίηση αποτιμάται ως η διαφορά μεταξύ εκείνου που ο ασθενής προσδοκά από τις υπηρεσίες υγείας και εκείνου που τελικά απολαμβάνει (Παπαγιαννοπούλου, Πιερράκος & συν., 2008).

Στην παρούσα εργασία εξετάζεται τελευταία η συνολική ικανοποίηση του ασθενή από τις υπηρεσίες υγείας του ΙΚΑ, αλλά και ειδικότερα από τον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό μέσα από διάφορες παραμέτρους που έχουν σχέση με την ποιότητα της ιατρικής επίσκεψης.

5.5.1 Βαθμός ικανοποίησης ασφαλισμένων από τις υπηρεσίες υγείας του ΙΚΑ

Σύμφωνα με τα στοιχεία της παρούσας εργασίας οι τρεις μόνο στους δέκα ασθενείς δείχνουν φανερά ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας του ΙΚΑ. Συγκεκριμένα, το 32% των ερωτηθέντων δήλωσε πολύ ή αρκετά ικανοποιημένο, το 30,7% όχι πολύ ή καθόλου και το 37,3% έτσι κι έτσι, που μπορεί να θεωρηθεί μία "ανώδυνη" απάντηση για εκείνους που διστάζουν να εκφράσουν ευθέως τη δυσαρέσκειά τους. Τα παράπονα που εξέφρασαν οι ασθενείς αφορούσαν κυρίως τις ελλείψεις που παρουσιάζονται σε υλικοτεχνικό και τεχνολογικό εξοπλισμό για τη διενέργεια εργαστηριακών και ακτινοδιαγνωστικών εξετάσεων και τα μακρινά ραντεβού με ορισμένους γιατρούς.

Και στην πρώτη μελέτη τα σχετικά ποσοστά (37,9% πολύ ή αρκετά ικανοποιημένοι, 25,2% όχι πολύ ή καθόλου και 36,9% έτσι κι έτσι) μαρτυρούν το χαμηλό βαθμό εκτίμησης που είχαν και τότε οι ασφαλισμένοι για τις υπηρεσίες υγείας του ΙΚΑ. Αν θεωρηθεί ότι η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή συνιστά έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που πιστοποιούν την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας (Donabedian, 1997), τότε και από τις δύο μελέτες γίνεται αντιληπτό ότι στο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης του ΙΚΑ υπάρχουν τομείς που χρήζουν άμεσα ποιοτικής βελτίωσης και αναβάθμισης.

Στην πρώτη μελέτη ο βαθμός ικανοποίησης των ασφαλισμένων δεν παρουσιάζει σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο υπό εξέταση οργανωτικών σχημάτων, ενώ στην παρούσα εργασία οι ασθενείς των πολυϊατρείων εμφανίζονται αρκετά ή πολύ ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας του ΙΚΑ σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό από τους ασθενείς των ιδιωτικών ιατρείων

(42,4% έναντι 21,6% αντίστοιχα). Ενδεχομένως, η μειωμένη σήμερα προσπελασιμότητα και διαθεσιμότητα των παθολόγων-οικογενειακών γιατρών στα ιδιωτικά ιατρεία, όπως διαπιστώθηκε από προηγούμενα ευρήματα, επηρεάζει αρνητικά τη συνολική άποψη που διαμορφώνουν οι ασθενείς για τις υπηρεσίες υγείας του Ιδρύματος.

Παρά το χαμηλό βαθμό ικανοποίησης των ασφαλισμένων από το σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης του ΙΚΑ, όταν τους ζητήθηκε να δηλώσουν ποιο ταμείο ασφάλισης υγείας προτιμούν, η πλειοψηφία (57,4%) επέλεξε το ΙΚΑ, σε αντίθεση με την πρώτη έρευνα όπου οι ασφαλισμένοι επέλεξαν δύο από τα τότε αναφερόμενα ως "ευγενή" ταμεία (των τραπεζικών σε ποσοστό 39,3% και των δημοσίων υπαλλήλων σε ποσοστό 28,3%), ενώ το ΙΚΑ ήρθε τρίτο στις προτιμήσεις τους (20,6%). Είναι πολύ πιθανό το σημερινό αποτέλεσμα να μην συνδέεται τόσο με το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών, αλλά με την αβεβαιότητα που βιώνουν το τελευταίο διάστημα και την ανασφάλεια που πιθανά αισθάνονται να εμπιστευτούν κάτι διαφορετικό από εκείνο που ήδη γνωρίζουν καλά, ενόψει των διαρθρωτικών αλλαγών που επιχειρούνται στο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης της χώρας, με την ενοποίηση των ασφαλιστικών οργανισμών και τη σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Άλλωστε, ένας από τους κύριους στόχους του νέου αυτού Οργανισμού είναι όλοι οι ασφαλισμένοι να απολαμβάνουν πλέον τις ίδιες παροχές υγείας ανεξάρτητα από το ταμείο που τους ασφαρίζει.

5.5.2 Βαθμός ικανοποίησης από τον παθολόγο - οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ

Σε αντίθεση με τη χαμηλή ικανοποίηση των ασφαλισμένων από τις υπηρεσίες υγείας του ΙΚΑ, ο βαθμός ικανοποίησης από τον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό είναι υψηλός, αφού οι επτά στους δέκα ασθενείς, ανεξάρτητα από το μοντέλο που ακολουθούν, δήλωσαν πολύ ή αρκετά ικανοποιημένοι από τον παθολόγο τους. Και στην πρώτη μελέτη το σχετικό ποσοστό εμφανίζεται υψηλό (75,2%). Φαίνεται ότι οι ασθενείς εκφράζουν πιο εύκολα τα παράπονά τους όταν η ερώτηση είναι γενικού περιεχομένου, ενώ διστάζουν να δείξουν αρνητική διάθεση όταν αυτή γίνεται πιο συγκεκριμένη (Fitzpatrick, 1991). Επιπρόσθετα, υποστηρίζεται ότι διάφοροι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες είναι δυνατό να επηρεάσουν τις εκφάνσεις ικανοποίησης των χρηστών-ασθενών και να οδηγήσουν σε εσφαλμένες εκτιμήσεις. Ειδικότερα, οι περισσότεροι ερευνητές πιστεύουν ότι οι ασθενείς συνήθως αναφέρουν μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης από τον πραγματικό, προκειμένου να τύχουν ευνοϊκότερης μεταχείρισης από τους επαγγελματίες υγείας ή διαφορετικά από το φόβο μίας "δικαιολογημένα" χειρότερης φροντίδας στο μέλλον (Le Vois, Nguyen et al, 1981 · Ley,

1992).

Και στις δύο μελέτες σε υψηλά ποσοστά παρουσιάζονται ικανοποιημένοι οι ασθενείς σε θέματα που έχουν σχέση με τη χρονική διάρκεια της επίσκεψης στον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό, τον τρόπο της εξέτασης, την ενημέρωση που λαμβάνουν για την κατάσταση της υγείας τους, τη συμπεριφορά του γιατρού και τη συνταγογράφηση. Ωστόσο, οι ασθενείς των πολυιατρείων σήμερα, είναι σε μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποιημένοι, συγκριτικά με τους ασθενείς του άλλου μοντέλου, σε ότι αφορά το χρόνο που ο γιατρός διαθέτει όταν τους δέχεται στο ιατρείο (64,6% έναντι 53,8% αντίστοιχα), τη συμπεριφορά που έχει απέναντί τους (89,1% έναντι 73,4% αντίστοιχα) και τη συνταγογράφηση (93,7% έναντι 86,4% αντίστοιχα).

Ο αυξημένος φόρτος εργασίας των παθολόγων στα ιδιωτικά ιατρεία, εξαιτίας όσων έχουν αναφερθεί (λιγότεροι οικογενειακοί γιατροί, μεγάλος αριθμός ασφαλισμένων που έχουν στη δικαιοδοσία τους, έλλειψη προγραμματισμού των ημερήσιων ιατρικών επισκέψεων κλπ), αφενός περιορίζει τη χρονική διάρκεια της εξέτασης και αφετέρου συχνά προκαλεί εντάσεις και οξύθυμες συμπεριφορές, με αποτέλεσμα να χάνεται η ανθρώπινη επαφή και επικοινωνία μεταξύ γιατρού-ασθενή, που όμως συνιστά εξίσου σημαντικό παράγοντα καθορισμού της ικανοποίησης του τελευταίου, όσο η πρόσβαση και η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών (Παπαγιαννοπούλου, Πιερράκος & συν., 2008).

Από την άλλη πλευρά, στα πολυιατρεία οι παθολόγοι δέχονται έναν καθορισμένο αριθμό ασθενών ημερησίως, ο χρόνος της εξέτασης είναι συγκεκριμένος με κάποιες αποκλίσεις στα πλαίσια του εφικτού, τόσο οι γιατροί όσο και οι ασθενείς τηρούν συνήθως τη διαδικασία, έτσι όπως έχει οριστεί από το ΙΚΑ και με αυτό τον τρόπο περιορίζονται οι έκρυθμες καταστάσεις και οι ανάρμοστες συμπεριφορές, δεδομένου ότι και ο έλεγχος που υφίστανται οι παθολόγοι στα πολυιατρεία είναι μεγαλύτερος από εκείνον στο μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων.

Αναφορικά με τη συνταγογράφηση, και από τις δύο μελέτες προκύπτει ότι οι παθολόγοι στα πολυιατρεία γράφουν πιο εύκολα φάρμακα στους ασθενείς ή όπως έγινε αντιληπτό από τις συζητήσεις με τους ασφαλισμένους, είναι περισσότερο εξοικειωμένοι με το σύστημα της επαναλαμβανόμενης συνταγογράφησης (δίμηνες και τρίμηνες συνταγές), διευκολύνοντας έτσι τους χρονίως πάσχοντες που έχουν ανάγκη για συνταγογραφία σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Όταν οι ασφαλισμένοι ρωτήθηκαν αν θα είχαν το θάρρος να συζητήσουν κάποιο προσωπικό τους πρόβλημα με τον παθολόγο τους, το 64% των ερωτηθέντων και στα δύο μοντέλα έδωσε

αρνητική απάντηση, γεγονός που υποδηλώνει ότι τελικά κανένα από τα δύο οργανωτικά πρότυπα παροχής οικογενειακής ιατρικής στο ΙΚΑ δεν έχει καταφέρει να αναπτύξει υψηλού επιπέδου σχέσεις μεταξύ γιατρού-ασθενή. Το αντίστοιχο ποσοστό στην πρώτη έρευνα εμφανίζεται επίσης υψηλό (54,8%), αλλά συγκριτικά με τα σημερινά δεδομένα διαφαίνεται μία σταδιακή υποβάθμιση της ποιότητας των σχέσεων ανάμεσα στον ασθενή και τον οικογενειακό του γιατρό.

Αν και δεν παρουσιάζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο μοντέλων, θετική απάντηση στο ως άνω ερώτημα έδωσαν σε μεγαλύτερο ποσοστό οι ασθενείς των πολυϊατρείων, ενώ στη πρώτη έρευνα τα ποσοστά των θετικών απαντήσεων είναι ελαφρώς αυξημένα στο μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων. Υπό τις παρούσες συνθήκες λειτουργίας των δύο υπό εξέταση μοντέλων, είναι πιθανό στα πολυϊατρεία σήμερα να δίνονται περισσότερες ευκαιρίες για την ανάπτυξη μίας προσωπικής σχέσης εμπιστοσύνης ανάμεσα στον ασθενή και τον παθολόγο του.

Μία επιπλέον παράμετρος που εξετάζεται στην παρούσα εργασία, αφορά στα πλεονεκτήματα που θεωρούν οι ασφαλισμένοι ότι μπορεί να έχει μία επίσκεψη στον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό του ΙΚΑ, σε ιδιωτική όμως βάση. Ανεξάρτητα από το πόσο ικανοποιημένοι έχουν δηλώσει οι ασθενείς από τον παθολόγο τους, κατά πλειοψηφία υποστηρίζουν ότι αν τον επισκεφθούν ιδιωτικά, θα τους διαθέσει περισσότερο χρόνο, θα τους εξετάσει προσεκτικότερα και θα έχει καλύτερη συμπεριφορά. Διαπιστώνεται κι εδώ η χαμηλή εκτίμηση που έχουν οι ασθενείς για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας του δημόσιου τομέα, σε σχέση με τον ιδιωτικό.

Από τους "πολύ" ή "αρκετά" ικανοποιημένους από τον παθολόγο του ΙΚΑ, το 85,7% στο μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων ισχυρίστηκε ότι μία επίσκεψη σε αυτόν ιδιωτικά δεν προσφέρει κανένα πλεονέκτημα, συγκριτικά με μία επίσκεψη μέσω ΙΚΑ. Το αντίστοιχο ποσοστό στο μοντέλο των πολυϊατρείων είναι 28,2%. Φαίνεται τελικά ότι όταν ο παθολόγος, ανεξαρτήτως μοντέλου, ανταποκρίνεται στις προσδοκίες που έχει ο ασθενής από αυτόν, οι συνθήκες επίσκεψης στο μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων πλησιάζουν περισσότερο το πρότυπο μίας ιδιωτικής επίσκεψης που επιθυμεί ο ασθενής.

5.5.3 Μοντέλο προτίμησης ασφαλισμένων

Σε ερώτημα σχετικό με ποιο από τα δύο υπό εξέταση μοντέλα παθολόγου-οικογενειακού γιατρού προτιμούν οι ασφαλισμένοι, η μεγάλη πλειοψηφία του συνόλου των ερωτηθέντων και στις δύο μελέτες (67,5% στην παρούσα και 66,2% στην πρώτη έρευνα) δήλωσε ότι

προτιμά το μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων, με τους ασφαλισμένους που ήδη το ακολουθούν να το επικροτούν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό (78,4% και 76,9% στη πρώτη έρευνα) από τους ασφαλισμένους του μοντέλου των πολυϊατρείων (56,7% και 53,2% αντίστοιχα). Μάλιστα σήμερα παρατηρούνται ελαφρώς αυξημένα τα ποσοστά όσων τάσσονται υπέρ του συγκεκριμένου μοντέλου, σε σχέση με τα αντίστοιχα της πρώτης μελέτης.

Αν και τα αποτελέσματα αυτά ήταν αναμενόμενα για την πρώτη έρευνα, δεν είναι απόλυτα συμβατά με τα ευρήματα της παρούσας εργασίας. Εντούτοις, μπορεί να υποστηριχθεί ότι παρά τις λειτουργικές και οργανωτικές αδυναμίες που παρουσιάζει στην πράξη το πρότυπο με τους παθολόγους να δέχονται στο ιδιωτικό τους ιατρείο, οι περισσότεροι ασφαλισμένοι και στα δύο μοντέλα θεωρητικά πιστεύουν στο θεσμό του οικογενειακού γιατρού, έτσι όπως ξεκίνησε να λειτουργεί στο ΙΚΑ, φαίνεται ότι γνωρίζουν τα πλεονεκτήματα που μπορεί να εξασφαλίσει, έτσι όπως οι ίδιοι τα αναφέρουν (π.χ. αναπτύσσονται καλύτερες σχέσεις μεταξύ γιατρού-ασθενή, το ιδιωτικό ιατρείο είναι πιο κοντά στο σπίτι του ασφαλισμένου, σε έκτακτα περιστατικά ο γιατρός μπορεί να πραγματοποιήσει κατ' οίκον επίσκεψη κ.ά) και μέσα από αυτή τους την προτίμηση, στην ουσία εκφράζουν την επιθυμία το ΙΚΑ να δημιουργήσει τις συνθήκες εκείνες που θα επιτρέψουν την επιτυχή εφαρμογή του θεσμού και την αποτελεσματική λειτουργία του, προσφέροντας στους ασφαλισμένους το υψηλότερο δυνατό επίπεδο ποιοτικών υπηρεσιών οικογενειακής ιατρικής.

Η άποψη αυτή ενισχύεται και από το γεγονός ότι οι ασθενείς των πολυϊατρείων που δεν γνώριζαν την ύπαρξη του μοντέλου των ιδιωτικών ιατρείων, όταν ενημερώθηκαν σε γενικές γραμμές από τον συνεντευκτή για τον τρόπο λειτουργίας του, έδειξαν θετική στάση σε ποσοστό 44,9%, ενώ το 50,7% δεν το απέρριψε, απλώς απέφυγε να δηλώσει σαφή προτίμηση κάποιου εκ των δύο μοντέλων, ισχυριζόμενο ότι δεν ήξερε τι να απαντήσει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Κατανάλωση

Το σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης του ΙΚΑ παρουσιάζει συμπτώματα υπερβάλλουσας ζήτησης και κατανάλωσης. Οι περισσότερες επισκέψεις πραγματοποιούνται σε γιατρούς ειδικοτήτων, ενώ ο θεωρητικά ευρύς ρόλος του παθολόγου-οικογενειακού γιατρού στην πράξη φαίνεται ιδιαίτερα υποβαθμισμένος. Ουσιαστικά το έργο του περιορίζεται στην αντιμετώπιση απλών προβλημάτων υγείας ή ακόμα χειρότερα στην αναγραφή φαρμάκων.

Το μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων σήμερα, εμφανίζεται να παράγει περισσότερες κατά κεφαλήν επισκέψεις σε γιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης συγκριτικά με το άλλο μοντέλο (10,8 έναντι 9,7 αντίστοιχα) και αυτό αποδίδεται στην αυξημένη προσέλευση των ασθενών των ιδιωτικών ιατρείων στους ειδικούς γιατρούς του ΙΚΑ. Ωστόσο, οι δέκα και πλέον επισκέψεις (10,25) σε γιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, που αναλογούν ετησίως σε κάθε ασφαλισμένο του δείγματος, υποδεικνύουν το πρόβλημα της υπερκατανάλωσης εξονοσοκομειακών υπηρεσιών και την ιατροκεντρική ανάπτυξη του τομέα της υγείας.

Σε σχέση με την πρώτη έρευνα, αξίζει να σημειωθεί η αύξηση που παρατηρείται σήμερα στα ποσοστά των ατόμων που απευθύνονται σε ιδιώτες γιατρούς (61,4% έναντι 40,4% στην πρώτη έρευνα), γεγονός που αφενός ακυρώνει ως ένα βαθμό το χαρακτήρα της δωρεάν περίθαλψης και αφετέρου αποδεικνύει τη χαμηλή αξιοπιστία του συστήματος υγείας του ΙΚΑ και τη σταδιακή μείωση της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρει.

Συνέχεια στη φροντίδα - Ελευθερία επιλογής παθολόγου-οικογενειακού γιατρού

Το ΙΚΑ δεν έχει καταφέρει να δημιουργήσει τις συνθήκες εκείνες που θα εξασφαλίσουν τη βασική αρχή της συνέχειας στη φροντίδα υγείας. Ο παθολόγος-οικογενειακός γιατρός έχει αποκλίνει από τους αρχικούς του στόχους, που ήταν μεταξύ άλλων να κατευθύνει τον ασθενή μέσα στο σύστημα υγείας, να παρακολουθεί την πορεία του και να τον συμβουλεύει. Στην ουσία φαίνεται ότι λειτουργεί όπως και οι υπόλοιπες ειδικότητες στο ΙΚΑ, χωρίς κάποια στοιχειώδη σύνδεση τόσο μεταξύ τους, όσο και με τους γιατρούς της νοσοκομειακής περίθαλψης.

Στη συγκεκριμένη ενότητα, η σύγκριση μεταξύ των δύο οργανωτικών προτύπων παροχής οικογενειακής ιατρικής σε πολλές περιπτώσεις δεν ήταν απόλυτα εφικτή, λόγω του

διαφορετικού τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας τους. Σε γενικές γραμμές μπορεί να υποστηριχθεί ότι το δικαίωμα επιλογής παθολόγου-οικογενειακού γιατρού εξασφαλίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό στο μοντέλο των πολυϊατρείων, αφού δίνει τη δυνατότητα στους ασφαλισμένους του να προσφεύγουν κάθε φορά σε όποιο παθολόγο του υποκαταστήματος επιθυμούν. Σε σχέση με την πρώτη έρευνα, το ενθαρρυντικό είναι ότι αυξήθηκαν σήμερα τα ποσοστά των ασθενών και στα δύο μοντέλα που παρά τους όποιους περιορισμούς μπορεί να υφίστανται, όταν τους δίνεται η ευκαιρία να επιλέξουν παθολόγο το κάνουν με τα κριτήρια ενός καταναλωτή, ύστερα δηλαδή από κάποιας μορφής αξιολογική κρίση.

Σχετικά με τη συνέχεια στη φροντίδα, ενώ στην πρώτη μελέτη φαίνεται να διασφαλίζεται περισσότερο στο μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων, σήμερα δεν μπορεί να δοθεί σαφές προβάδισμα σε κανένα από τα δύο υπό εξέταση μοντέλα και στις περιπτώσεις εκείνες που κάποιο μοντέλο εμφανίζεται να υπερέχει του άλλου, αυτό δεν συνδέεται με την ποιότητα των υπηρεσιών παροχής οικογενειακής ιατρικής και την αποτελεσματικότητα του γιατρού, αλλά με τα επιμέρους ιδιαίτερα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά που παρουσιάζουν.

Προσπελασιμότητα

Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη του ΙΚΑ χαρακτηρίζεται από υψηλή προσπελασιμότητα. Κάθε ασφαλισμένος μπορεί τις ώρες λειτουργίας των πολυϊατρείων να προγραμματίσει (με τηλεφωνικό ραντεβού) επίσκεψη με όποιο γιατρό επιθυμεί, όσες φορές και όποτε ο ίδιος κρίνει απαραίτητο. Δεν λειτουργεί σύστημα παραπομπών από τον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό, έτσι ώστε να "φιλτράρονται" οι επισκέψεις των ασθενών στις άλλες ειδικότητες.

Το μοντέλο των ιδιωτικών ιατρείων εξασφαλίζει πιο εύκολη πρόσβαση στους ασφαλισμένους του, σε ότι αφορά τον τρόπο και το χρόνο μετάβασης στα ιατρεία των παθολόγων-οικογενειακών γιατρών, ενώ το μοντέλο των πολυϊατρείων υπερέχει ως προς την ημερήσια χρονική διάρκεια ιατρικής κάλυψης και το χρόνο αναμονής των ασθενών στα ιατρεία.

Σε σχέση με την πρώτη μελέτη, διαπιστώνεται ότι η καθιέρωση συστήματος τηλεφωνικού ραντεβού στα πολυϊατρεία ήταν μία θετική παρέμβαση που συνέβαλε στη μείωση των χρόνων αναμονής στα ιατρεία των παθολόγων. Αντίθετα στα ιδιωτικά ιατρεία, ο αυξημένος φόρτος εργασίας των οικογενειακών γιατρών, εξαιτίας της μείωσης του αριθμού τους και της ταυτόχρονης αύξησης των εγγεγραμμένων στις λίστες τους, σε συνδυασμό με την απουσία ελεγκτικών μηχανισμών από τη Διοίκηση του ΙΚΑ, αύξησαν τους χρόνους αναμονής των ασθενών στα ιατρεία και περιόρισαν την προσπελασιμότητα και διαθεσιμότητα των παθολόγων στο συγκεκριμένο μοντέλο.

Ικανοποίηση

Η χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας του ΙΚΑ αντανακλάται στο χαμηλό βαθμό ικανοποίησης των ασφαλισμένων από το σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης του Ιδρύματος. Από τον παθολόγο τους οι ασθενείς παρουσιάζονται ικανοποιημένοι σε υψηλά ποσοστά και στα δύο μοντέλα, αν και οι παθολόγοι των πολυιατρείων φαίνεται ότι διαθέτουν περισσότερο χρόνο στους ασθενείς, έχουν καλύτερη συμπεριφορά και γράφουν πιο εύκολα φάρμακα, συγκριτικά με τους παθολόγους-οικογενειακούς γιατρούς των ιδιωτικών ιατρείων. Αντίθετη κατεύθυνση παρουσιάζει η πρώτη μελέτη (το μοντέλο δηλαδή των ιδιωτικών ιατρείων υπερέχει ελαφρώς των πολυιατρείων, σε ότι αφορά την ικανοποίηση του ασθενή από τον παθολόγο του), αν και οι διαφορές στις περισσότερες περιπτώσεις δεν παρουσιάζουν στατιστική σημαντικότητα.

Παρά τις όποιες διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο οργανωτικών σχημάτων, οι ασφαλισμένοι κατά πλειοψηφία τάσσονται υπέρ του μοντέλου των ιδιωτικών ιατρείων, υπό προϋποθέσεις όμως που θα ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών και θα εξασφαλίσουν την αποτελεσματική λειτουργία του.

Συνοψίζοντας, διαπιστώνεται η φθίνουσα πορεία που διαγράφει ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού στο πέρασμα του χρόνου, ενώ το ΙΚΑ εκτιμάται ότι έχει εγκαταλείψει κάθε προσπάθεια για την επαρκή υποστήριξή του. Ενόψει του νεοσύστατου Οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας (ΕΟΠΥΥ) και των εξαγγελιών περί οργάνωσης ενός δικτύου οικογενειακών γιατρών σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών παροχής ΠΦΥ, καταγράφονται στη συνέχεια ορισμένες σκέψεις / προτάσεις που μαζί με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης θα μπορούσαν να φανούν χρήσιμα σε ένα τέτοιο εγχείρημα:

- Απογραφή του πληθυσμού και εκτίμηση των αναγκών υγείας ανά κοινότητα
- Μεταφορά των παθολόγων από τα πολυιατρεία στα ιδιωτικά τους ιατρεία όπου θα εργάζονται με λίστα ασφαλισμένων
- Προσδιορισμός των ελλείψεων σε οικογενειακούς γιατρούς ανά περιοχή ευθύνης
- Κάλυψη των κενών με νέους οικογενειακούς γιατρούς, οι οποίοι θα συμβάλλονται με τον Οργανισμό, θα έχουν την ειδικότητα της γενικής ιατρικής και μόνο όπου οι ανάγκες δεν καλύπτονται το έργο τους θα αναλαμβάνουν ειδικοί παθολόγοι
- Πριν την ανάληψη των καθηκόντων τους, αλλά και κατά τη διάρκεια της θητείας τους, θα παρακολουθούν εκ περιτροπής, σε προκαθορισμένα χρονικά διαστήματα,

προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, με τη συνεργασία της Ελληνικής Εταιρίας Γενικής Ιατρικής, που θα αφορούν κυρίως στη διαχείριση συχνών χρόνιων νοσημάτων, την παροχή υπηρεσιών προληπτικού χαρακτήρα και την ιατρική βασισμένη σε τεκμήρια (evidence based medicine)

- Αυστηρός καθορισμός ορίων στη λίστα κάθε οικογενειακού γιατρού (1500-2000 ασφαλισμένοι)
- Κάθε ασφαλισμένος θα εγγράφεται στη λίστα του οικογενειακού γιατρού της επιλογής του από εκείνους που υπάγονται στην ευρύτερη περιοχή κατοικίας του και θα ανανεώνεται αυτόματα κάθε χρόνο. Σε περίπτωση αλλαγής γιατρού, θα πρέπει να προηγείται έγγραφη αιτιολογημένη αναφορά του ασφαλισμένου σε αρμόδια υπηρεσία του Οργανισμού. Αντίστοιχη διαδικασία θα προβλέπεται και για τους οικογενειακούς γιατρούς που αιτούνται διαγραφή ασφαλισμένου από τη λίστα τους
- Για τους γιατρούς που επιθυμούν ομαδική άσκηση οικογενειακής ιατρικής, θα παρέχονται σαφείς προδιαγραφές και πρόσθετα οικονομικά βοηθήματα για τη στελέχωση και τον εξοπλισμό ιδιωτικών χώρων, όπου μπορούν να συστεγάζονται έως πέντε οικογενειακοί γιατροί (συμπεριλαμβανομένου και ενός παιδίατρου) με γραμματειακή και νοσηλευτική υποστήριξη
- Οι οικογενειακοί γιατροί θα δέχονται ασφαλισμένους συγκεκριμένες ώρες την ημέρα, σε διακεκομμένο ωράριο (πρωί - απόγευμα), το οποίο θα υποβάλλουν γραπτώς στη Διοίκηση του Οργανισμού και θα αναγράφουν υποχρεωτικά στην είσοδο του ιατρείου τους. Πέραν αυτού, θα μπορούν να ασκούν ιδιωτικό έργο. Τα ομαδικά ιατρεία θα παρέχουν ιατρική κάλυψη σε 12ωρη βάση, ενώ για τις βραδινές ώρες και τις αργίες θα ορίζεται σε κάθε περιοχή γιατρός εφημερίας
- Επέκταση του ηλεκτρονικού συστήματος τηλεφωνικού ραντεβού (μέσω ενός εθνικού αριθμού κλήσης) στα ιδιωτικά ιατρεία των οικογενειακών γιατρών, με πρόβλεψη του ημερήσιου αριθμού επισκέψεων και την εξυπηρέτηση έκτακτων περιστατικών, ενώ παράλληλα μέσω του συστήματος θα δίνονται πληροφορίες σε 24ωρη βάση για τους γιατρούς εφημερίας
- Τήρηση σε κάθε ιατρείο ενιαίου τύπου ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου ασθενούς σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα, λαμβάνοντας βέβαια υπόψη και τις ιδιαιτερότητες της ελληνικής πραγματικότητας, σε συνδυασμό με την καθιέρωση της χρήσης ηλεκτρονικής κάρτας υγείας που θα συνοδεύει κάθε ασθενή στις μετακινήσεις του

μέσα στο σύστημα υγείας

- Καθολική εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και αναγραφής εργαστηριακών και παρακλινικών εξετάσεων. Για τους γιατρούς με περιορισμένες γνώσεις Η/Υ, η Διοίκηση του Οργανισμού θα επιληφθεί της οργάνωσης σχετικών προγραμμάτων εκπαίδευσης
- Θέσπιση κινήτρων ή αντικινήτρων για την προώθηση συστήματος παραπομπών από τον παθολόγο-οικογενειακό γιατρό (π.χ. οι ασθενείς θα έχουν κάποια έκπτωση στις ασφαλιστικές τους εισφορές, εάν απευθύνονται στους ειδικούς γιατρούς ή στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων μόνο μετά από εντολή-παραπεμπτικό του οικογενειακού τους γιατρού ή διαφορετικά, θα επιβαρύνονται με κάποιο συγκεκριμένο χρηματικό ποσό ανά επίσκεψη σε γιατρό ειδικότητας με δική τους πρωτοβουλία)
- Για την αποζημίωση των οικογενειακών γιατρών προτείνεται, πέραν της μηνιαίας αντιμισθίας που αφορά κυρίως του ήδη υπηρετούντες, ένας συνδυασμός κατά κεφαλήν αμοιβής για κάθε ασφαλισμένο εγγεγραμμένο στη λίστα τους και αμοιβής κατά πράξη και περίπτωση για επισκέψεις κατ' οίκον, προληπτικές ιατρικές πράξεις και δραστηριότητες. Επιπλέον, οι οικογενειακοί γιατροί θα λαμβάνουν μηνιαίως ένα προκαθορισμένο ποσό για έξοδα ιατρείου και αμοιβή του προσωπικού που απασχολούν, ενώ ειδικά μισθολογικά κίνητρα θα προβλέπονται για όσους προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε απομακρυσμένες νησιωτικές, ορεινές ή αγροτικές περιοχές
- Προκειμένου να αποφευχθούν φαινόμενα προκλητής ζήτησης και ιδιοτελούς συμπεριφοράς εκ μέρους των γιατρών, θα οριστεί ένας μέσος ετήσιος προϋπολογισμός ανά ειδικότητα για την αναγραφή φαρμάκων, όπως και ένας μέσος ετήσιος αριθμός προληπτικών και διαγνωστικών εξετάσεων που παραγγέλλονται, ανά είδος εξέτασης και ειδικότητα, με απόκλιση ενός ποσοστού, σύμφωνα πάντα με διεθνή επιστημονικά τεκμηριωμένα δεδομένα. Στις περιπτώσεις που οι γιατροί υπερβαίνουν τα ποσοστά αυτά, θα επιβάλλονται κυρώσεις έως και λήξη της σύμβασης με τον Οργανισμό
- Έλεγχοι θα πραγματοποιούνται μέσω των ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων, αλλά και των περιοδικών επισκέψεων από Ειδικό Σώμα Ελεγκτών που θα οριστεί ανά περιφέρεια, θα παρακολουθεί τον τρόπο λειτουργίας των οικογενειακών ιατρείων και θα συντάσσει κάθε χρόνο σχετική έκθεση αξιολόγησης

- Οργάνωση ενημερωτικών εισηγήσεων προς τους πολίτες σχετικά με το ρόλο του οικογενειακού γιατρού μέσα στο σύστημα υγείας (π.χ. διάθεση έντυπου ενημερωτικού υλικού στις μονάδες υγείας, σχεδιασμό ιστοσελίδας με πληροφορίες για το νέο τρόπο λειτουργίας της ΠΦΥ, ενημερωτικά δελτία στην τηλεόραση, κ.ά.)
- Πραγματοποίηση περιοδικών μελετών της ικανοποίησης των ασθενών-χρηστών των υπηρεσιών οικογενειακής ιατρικής με τη χρήση σταθμισμένων ερωτηματολογίων

Εκτιμάται, ότι η υποστήριξη του θεσμού του οικογενειακού γιατρού και η παροχή κινήτρων για την αναβάθμιση του ρόλου του, απαιτεί σε πρώτη φάση αυξημένους οικονομικούς πόρους, προάγει όμως την πρόληψη και προαγωγή της υγείας, περιορίζει την άσκοπη πολλές φορές ζήτηση και κατανάλωση εξειδικευμένων και δαπανηρών υπηρεσιών υγείας και μακροπρόθεσμα εξασφαλίζει υψηλότερης ποιότητας υγειονομική φροντίδα με το χαμηλότερο δυνατό κόστος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

1. **Argyriadou S., Melissaropoulou H., Krania E., Karagiannidou A. et al** (2001), "Dementia and depression: Two frequent disorders of the aged in primary health care in Greece", *Fam Pract*, 18:87-91
2. **Atun R.** (2004), *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* London, WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN).
3. **Bash P.** (1990), *Textbook of International Health*, Oxford University Press.
4. **Beaglehole R., Ebrahim S., Reddy S., Voÿte J. et al (Chronic Disease Action Group)** (2007), "Prevention of chronic disease: A Call to Action", *Lancet*, 370:2152-2157
5. **Boerma W.** (1994), *Activity Profiles of General Practitioners in Europe*, NIVEL, Utrecht.
6. **Buchan J., Calman L.** (2004), *Skill mix and policy change in the health workforce: Nurses in advanced roles*, OECD Health Working Paper - Paris.
7. **Calnan M., Corney R.** (1991), *Changes in job Satisfaction amongst General Practitioners*, Centre for Health Services Studies, University of Kent.
8. **Cartwright A.** (1983), *Health Surveys in practice and potential*, King Edward +s Hospital Fund, London
9. **Chatziarsenis M., Miyakis S., Faresjo T., Fioretos M. et al** (1999), "Is there room for general practice in penitentiary institutions? Screening and vaccinating high risk groups against hepatitis", *Fam Pract*, 16:366-368
10. **Daniilidou N., Economou C., Zavras D., Kyriopoulos J. et al** (2003), "Health and social care in aging population: an integrated care institution for the elderly in Greece", *International Journal of Integrated Care*, 3:1-13
11. **Davis K.** (2000), "The Danish health system through an American Lens", *Health policy*, 59:119-132.
12. **Donabedian A.** (1997), "The quality of care: How can it be assessed?", *Arch Pathol Lab Med J*, 11:1145-1150

13. **Engels Y., Campbell S., Dautzenberg M., van den Hombergh P. et al** (2005), "Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe", *Fam Pract*, 22(2):215-222
14. **Fitzpatrick R.** (1991), "Surveys of patient satisfaction: II-Designing a questionnaire and conducting a survey" *BMJ*, 302:1129-1132
15. **Geschwind HJ** (1999), "Health care in France: recent developments", *Health Care Anal*, 7(4):355-362
16. **Glenngaard A., Hjalte F., Svensson M., Anell A. et al** (2005), *Health care systems in transition - Sweden*, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
17. **Grol R., Baker R., Wensing M., Jacobs A.** (1994), "Quality assurance in general practice: the state of the art in Europe", *J Fam Pract*, 11(4):460-467.
18. **Grol R., Thomas S., Roberts R.** (1995), "Development and implementation of guidelines for family practice: Lessons from the Netherlands", *J Fam Pract*, 40(5): 435-439.
19. **Grol R., Wensing M.** (2000), *Patients Evaluate General / Family Practice. The Europep Instrument*, University of Nijmegen and Wonca / Equip, WOK.
20. **Harrison S., Hunter D., Pollitt C.** (1990), *The Dynamics of British Health Policy*, Unwin Hyman, London.
21. **Health Statistics - Key Data on Health** (2002), Available at http://www.ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/reporting/eurostat_health20_02_3_en.pdf
22. **Hulscher ME, Wensing M., Grol R., van der Weijden T. et al** (1999), "Interventions to improve the delivery of preventive services in primary care", *Am J Public Health*, 89(5):737-746
23. **Ingram CJ, O' Brien-Gonzales A, Main DS, Barley G. et al** (1999), "The family physician and house calls: a survey of Colorado family physicians", *Fam Pract*, 48:62-65
24. **Kohn R.** (1983), *The health centre concept in primary health care*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
25. **Landers SH, Gunn PW, Flocke SA, Graham AV et al** (2005), "Trends in house calls to Medicare beneficiaries", *JAMA*, 294:2435-2436

26. **LeVois M, Nguyen TD, Attkisson CC** (1981), "Artifact in client satisfaction assessment: Experience in community mental health settings", *Evaluation and Program Planning*, 4:139-150
27. **Ley P.** (1992), *Communicating with patients. Improving communication, satisfaction and compliance*, Chapman & Hall, London
28. **Lionis C., Chatziarsenis M., Antonakis N., Gianoulis Y. et al** (1998), "Assessment of vaccine coverage of school children in three Primary Health Care areas in rural Crete, Greece", *Fam Pract*, 15(5):443-448.
29. **Lionis C., Frangoulis E., Skliros S., Alexandrakis G. et al** (1999), "How Greek Gps manage hepatitis C infected patients: experiences gained from a primary health care district in rural Crete", *Aust Fam Phys*, 28(3):207
30. **Lionis C., Frantzeskakis G.** (1996), "Atrial fibrillation in primary health care district in rural Crete", *Br J Gen Pract*, 46:624
31. **Lionis C., Trelle E.** (1999), "Health needs assessment in general practice: the Cretan approach", *Eur J Gen Pract*, 5(2):75-77
32. **Lionis C., Tzagournissakis M., Iatraki E., Kozyraki M. et al** (2001), "Are primary care physicians able to assess dementia? An estimation of their capacity after a short - term training program in rural Crete", *Am J Geriatr Psychiatry*, 9(3):315
33. **Macinko J., Starfield B., Shi L.** (2003), "The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries 1970-1998", *Health services research*, 38(3):831-865.
34. **Mariolis A., Merkouris B., Lionis C.** (2004), "Introducing general practice in urban Greece: focus on morbidity profile", *Eur J Gen Pract*, 10:105-106
35. **Marshall M., Klazinqu N., Leatherman S., Hardy C. et al** (2006), "OECD Health Care Quality Indicator Project. The expert panel on primary care prevention and health promotion", *Int J Qual Health Care*, 18(supp1): 21-25.
36. **Mc Cullagh P, Nedler JA.** (1989). *Generalized Linear Models*, 2nd ed., New York, NY:Chapman and Hall, Inc.
37. **McColl A., Ronald M.** (2000), "Knowledge and information for clinical governance", *BMJ*, 321:871-874

38. **Mossialos E.** (1997), "Citizens views on health care systems in the 15 member states of the European Union", *Health economics*, 6:109-116
39. **Mossialos E, Allin S, Davaki K.** (2005), "Analyzing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia" *Health Econ*, 14:S151-S168
40. **OECD** (2000), *System of Health Accounts*, Paris.
41. **Olesen F., Dickinson J., Hjortdahl P.** (2000), "General Practice: Time for a new definition", *BMJ*, 320:354-357
42. **Paul S.** (1995), *Capacity building for health sector reform*, WHO, Geneva.
43. **Philalithis AE** (2004), "Primary health care in Europe: 20+ years after Alma - Ata", in Kyriopoulos J. (ed), *Health Systems in the World: From Evidence to Policy*, 5th FICOSSER General Conference, Papazisis Publishers, Athens.
44. **Rivo ML, Satcher D.** (1993), "Improving access to health care through physician workforce reform", *Journal of the American Medical Association*, 270:1074-1078.
45. **Rosen R.** (2000), "Improving quality in the changing world of primary care", *BMJ*, 321:551-554
46. **Saltman RB, Busse R, Figueras J (eds)** (2004), *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, Berkshire/New York: Open University Press/Mc Graw-Hill Education.
47. **Saltman RB, Figueras J. (eds)** (1997), *European Health Care Reform. Analysis of current strategies*, WHO Regional Office for Europe, European Series, No 72, Copenhagen.
48. **Saltman RB, Rico A., Boerma W. (eds)** (2006), *Primary Care in the Driver's Seat? Organizational reform in European primary care*, Open University Press, Berkshire.
49. **Sandier S., Paris V., Polton D.** (2004), *Health care systems in transition - France*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies
50. **Schers H., Webster S., van den Hoogen H., Avery A. et al** (2002), "Continuity of care in general practice: a survey of patients' views", *Br J Gen Pract*, 52(479):459-462
51. **Siskou O., Gounaris Ch.** (2004), *Financial Resource Allocation. In Health Care Systems in Transition: Greece*, European Observatory on Health Care Systems (accepted for publication).

52. **Souliotis K., Lionis C.** (2005), "Creating an integrated health care system: A primary care perspective", *J Med Sys*, 29(2):187-196
53. **Starfield B.** (1992), *Primary care. Concept, evaluation and policy*, Oxford University Press, New York.
54. **Stuckler D., Basu S., McKee M., Suhrcke M.** (2010), "Responding to the economic crisis: a primer for public health professionals", *Journal of Public Health*, 32(3):298-306.
55. **Tountas Y., Karnaki P., Pavi E.** (2002), "Reforming the reform: the Greek National Health System in transition", *Health Policy*, 62(1):15-29
56. **Vallgarda S., Krasnik A., Karsten V.** (2001), *Health care systems in transition - Denmark*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
57. **Weiner J., Starfield B.** (1983), "Measurement and the primary care roles of office based physicians", *American journal of public health*, 73:666-671.
58. **White J.** (1995), *Competing Solutions*. Brooking Institution, Washington DC
59. **WHO** (1978), *Primary Health Care, Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma - Ata USSR*, Geneva.
60. **WHO** (1981), *Global Strategy for Health for all by the year 2000*, Geneva.
61. **WHO** (1982), "Primary health care. From theory to action", *Report on a WHO Symposium*, Kuopio, 30.11 - 3.12.1981, Copenhagen.
62. **WHO** (1991), *The Role of General Practitioners in the Provision of Comprehensive Primary Health Care*, Regional Office for Europe, Copenhagen.
63. **WHO** (1995), *A chapter for general practice / family medicine in Europe*, Regional Office for Europe, Copenhagen.
64. **WHO** (2005), *The Health for All Policy Framework for the European Region: 2005 updated*, Regional Office for Europe, Copenhagen.
65. **WHO** (2009), *European Health for All Database*, Geneva.
66. **Wieners WW (ed)** (2001), *Global health care markets, a comprehensive guide to regions, trends and opportunities shaping the international health arena*, Jossey-Bass Inc, San Francisco.

67. **Williams S., Calnan M., Cant S., Coyle J.** (1993), "All change in the NHS? Implications of the NHS reforms for primary care prevention. *Sociology of Health & Illness*", *Journal of Medical Sociology*, 15(1): 43-65.

Ελληνόγλωσση

1. **Abel-Smith B., Calltorp J., Dixon M., Dunning A. et al** (1994), *Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας*, Φαρμέτρικα, Αθήνα
2. **Αδαμακίδου Θ., Καλοκαιρινού - Αναγνωστοπούλου Α.** (2008), "Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα", *Νοσηλευτική*, 47(3):320-333
3. **Ανδριώτη Δ., Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ.** (1996), "Ο Γενικός Γιατρός στην Ελλάδα και στις Χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης: Συγκλίσεις και Διαφοροποιήσεις", στο Κυριόπουλος Γ., Φιλαλήθης Τ. (επιμ.), *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*, εκδ. Θεμέλιο, σελ.99-117
4. **Βερενίκη Σ., Υφαντής Χ.** (2003), "Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στα Νοσοκομεία", *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 15:82-86.
5. **Βραχάτης Δ., Παπαδόπουλος Α.** (2012), "Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και Προοπτικές", *Νοσηλευτική*, 51(1):10-17
6. **Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ.** (1991), "Η Χρηματοδότηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο διεθνή χώρο και στην Ελλάδα", *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 3(8):9-16
7. **Γεωργούση Ε., Ανδριώτη Δ., Κυριόπουλος Γ., Boerma W. & συν.** (1999), "Τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών των γενικών γιατρών στην Ελλάδα, σε σύγκριση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες", *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 11(4):193-202.
8. **Γεωργούση Ε., Γεννηματά Α., Δρίζη Α., Κυριόπουλος Γ.** (1994), "Η ικανοποίηση των χρηστών στις υπηρεσίες ανοικτής φροντίδας υγείας", *Ασθενείς & Επαγγέλματα Υγείας*, Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας
9. **Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ.** (1996), "Τα εργασιακά χαρακτηριστικά των γενικών - οικογενειακών γιατρών στην Ελλάδα: Σκιαγράφηση των διαφοροποιήσεων εντός του Συστήματος", στο Κυριόπουλος Γ., Φιλαλήθης Τ. (επιμ.), *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*, εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα, σελ.119-134.

10. **Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ.** (2000), "Τα Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας για την Υγεία: Συγκλίσεις προς μία ενιαία υγειονομική αγορά", στο Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ., Μπεαζόγλου Τ. (επιμ.), *Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας στην Υγεία*, εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα, σελ.63-78.
11. **Δημαρέλου Χ.** (2005), Βοήθεια στο Σπίτι: Συμπεράσματα για τον τρόπο λειτουργίας του - προτάσεις βελτίωσής του. Δημοτικό Δίκτυο Εθελοντών για τη στήριξη του προγράμματος. Ανάδειξη καλών πρακτικών, 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο "Βοήθεια στο Σπίτι στην 1η Γραμμή των Κοινωνικών Υπηρεσιών, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 27-29 Μαΐου 2005, Καρδίτσα.
12. **Δημολιάτης Γ., Καλαμπαλίκης Δ.** (1996), "Η συμβολή του γενικού γιατρού στην υλοποίηση των στόχων της στρατηγικής 'Υγεία για Όλους': 5+1 προτάσεις", στο Κυριόπουλος Γ., Φιλαλήθης Τ. (επιμ.), *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*, εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα, σελ. 219-233.
13. **Δικαίος Κ., Χλέτσος Μ.** (1999), "Πολιτική υγείας / Κοινωνική πολιτική: ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες" στο Δικαίος Κ., Χλέτσος Μ. (επιμ.) *Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, Πολιτική Υγείας / Κοινωνική Πολιτική*, Τόμος Β', ΕΑΠ, Πάτρα, σελ. 233-260
14. **Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος** (2011), Κατανομή των Ιατρών ανά Ειδικότητα, Γεωγραφική Περιφέρεια και Νομό.
15. **Ερευνίδου Κ., Μυλωνάκης Μ., Μήττας Ε., Βλαχονικολής Ι. & συν.** (2000), "Ιατρικές επισκέψεις σε γιατρό γενικής ιατρικής μίας τουριστικής περιοχής της Κρήτης στη διάρκεια της νύχτας", *Ιατρική*, 78(3):261-265.
16. **Ζάβρας Α., Τσάκος Γ., Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ. & συν.** (2001), "Εκτίμηση αποδοτικότητας των υγειονομικών σχηματισμών πρωτοβάθμιας περίθαλψης του ΙΚΑ", *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 13(2):59-68.
17. **Ζηλίδης Χ.** (1989), *Αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού*, Αγροτική Τράπεζα της Ελλάδος, Αθήνα.
18. **Ζηλίδης Χ.** (1995), *Τα Κέντρα Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα. Προβλήματα και δυνατότητες ανάπτυξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*, University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
19. **Ζηλίδης Χ.** (2005), *Αρχές και Εφαρμογές Πολιτικής Υγείας. Η Μεταρρύθμιση 2000-4*, εκδ. Mediforce, Αθήνα.

20. **Ζηλίδης Χ., Φιλαλήθης Τ.** (1992), "Πολιτική για την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας", *Materia Medica Greca*, 20:3-12
21. **Ζηλίδης Χ., Φιλαλήθης Τ.** (1994), "Περιφερειακές διαφοροποιήσεις των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα", *Κοινωνία, Οικονομία & Υγεία*, 3:171-183
22. **Hubrick W.** (1992), "Γενική Ιατρική και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Ο ρόλος του Γενικού Γιατρού στα επόμενα χρόνια", *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 4(3):115-117.
23. **Θεοδώρου Μ.** (1992), Η Επίδραση Εναλλακτικών Οργανωτικών Σχημάτων στη Ζήτηση και Κατανάλωση Υπηρεσιών Υγείας: Η περίπτωση του Οικογενειακού Γιατρού στο ΙΚΑ, Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής.
24. **Θεοδώρου Μ.** (1999), "Διεθνής Εμπειρία και Ελληνική Πραγματικότητα" στο Θεοδώρου Μ., Μητροσύλη Μ., *Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας (Διοικητικές και Νομικές Διαστάσεις)*, Τόμος Γ', ΕΑΠ, Πάτρα, σελ.11-99
25. **Θεοδώρου Μ.** (2000), "Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Λύση ή Υπεκφυγή;" στο Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ., Μπεαζόγλου Τ. (επιμ.), *Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας στην Υγεία*, εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα, σελ. 133-145.
26. **Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ.** (2001), *Συστήματα Υγείας*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα
27. **Θεοδώρου Μ., Σίσκου Ο., Καϊτελίδου Δ., Φαραστέλη Ο. & συν.** (2005), "Η Οργάνωση και Διοίκηση των Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα", στο Τσάμης Ν. (επιστ. υπεύθ.), *Θεωρία και Πρακτική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Γ' Πε.Σ.Υ.Π. Αττικής, εκδ. Νέα Διαφημιστική, Αθήνα, σελ. 23-44.
28. **Θηραΐος Ε.** (2005), "Οι Ιατρικές Ειδικότητες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας", στο Τσάμης Ν. (επιστ. υπευθ.), *Θεωρία και Πρακτική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Γ' Πε.Σ.Υ.Π. Αττικής, Πειραιάς, σελ. 103-112.
29. **Καλοκαιρινού - Αναγνωστοπούλου Α., Σουρτζή Π.** (2005), *Κοινωνική Νοσηλευτική*, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα

30. **Κατσάρας Θ.** (2005), "Οικονομική της Υγείας", στο Τσάμης Ν. (επιστ. υπευθ.), *Θεωρία και Πρακτική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Γ' Πε.Σ.Υ.Π. Αττικής, σελ. 45-80.
31. **Κομματάς Δ., Παπανότη Β., Γκολφινόπουλος Π., Ανδριώτη Δ.** (2008), "Το μέλλον της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας", *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 20(2):80-88.
32. **Κοντιάδης Ξ., Σουλιώτης Κ.** (2005), *Σύγχρονες Προκλήσεις στην Πολιτική Υγείας. Τέσσερις κρίσιμες νομοθετικές παρεμβάσεις*, εκδ. Α. Σάκκουλα, Αθήνα.
33. **Kouchner B.** (2000), *Η δικτατορία των γιατρών*, εκδ. Εξάντας, Αθήνα
34. **Κουτσοσίμου Μ.** (2007), "Διασφάλιση Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας" στο Μανούκας Α., Πέππα Α., Μιχιώτης Σ., Δημητριάδης Δ. & συν., Διαχείριση Ανθρώπινου Δυναμικού στις Υπηρεσίες Υγείας, Διδακτικές σημειώσεις εκπαιδευτικού προγράμματος ΕΣΠΑ 2007-2013, Εθνικό Κέντρο Δημ. Διοίκησης & Αυτοδιοίκησης
35. **Κυριόπουλος Γ.** (1996), "Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα και η Γενική Ιατρική στην Ελλάδα: Το πολιτικό πρόβλημα και οι διαστάσεις του", στο Κυριόπουλος Γ., Φιλαλήτης Τ. (επιμ.), *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*, εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα, σελ.17-43
36. **Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Ανδριώτη Δ., Boerma W. & συν.** (1995), "Η εμπλοκή των γενικών γιατρών στην Προληπτική Ιατρική", *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 7(1):21-28
37. **Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Οικονόμου Χ.** (2003), "Ποιότητα στη Φροντίδα Υγείας: Η Οπτική των Οικονομικών της Υγείας", στο Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Σουλιώτης Κ., Τσάκος Γ. (επιστ. επιμ.), *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα, σελ.115-124
38. **Κυριόπουλος Γ., Γκρέγκορυ Σ., Οικονόμου Χ. (επιστ. επιμ.)** (2003), *Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας στον Ελληνικό Πληθυσμό*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.
39. **Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ.** (2000), "Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Γενική Ιατρική: η ασφαλιστική δικλείδα για την υψηλή ποιότητα στη φροντίδα υγείας", *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 12(4):167-168
40. **Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Δημολιάτης Γ., Μερκούρης Μ.Π. & συν.** (2000), "Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης", *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 12(4):169-188

41. **Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Τσιάντου Β., Σουλιώτης Κ. & συν.** (2007), *Σχέδιο Δράσης για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα
42. **Κυριόπουλος Γ., Μπεαζόγλου Τ.** (2000), "Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας για την Υγεία: Μία απόπειρα για τη συνολική προσέγγιση της υγειονομικής μεταρρύθμισης", στο Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ., Μπεαζόγλου Τ. (επιμ.), *Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας στην Υγεία*, εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα, σελ. 15-35
43. **Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Σουλιώτης Κ.** (2003), *Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας στα Βαλκάνια*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.
44. **Κυριόπουλος Γ., Τσιάντου Β.** (2010), "Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη", *Αρχ. Ελλ. Ιατρ.*, 27(5):834-840
45. **Λιαρόπουλος Α.** (1989), "Η Ζήτηση για Υπηρεσίες Υγείας", *Ιατρική*, 56:419-425
46. **Λιαρόπουλος Α.** (2007), *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα
47. **Λιονής Χ.** (επιμ.) (2002), *Κάνοντας την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεσματική στην καθ' ημέρα πράξη: Ένα εγχειρίδιο για χρήση από τους υγειονομικούς των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων*, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Περιφερειακό Σύστημα Υγείας και Πρόνοιας Κρήτης, Ηράκλειο Κρήτης, Νοέμβριος 2002.
48. **Λιονής Χ.** (2004), "Η αναζήτηση της διαγνωστικής πιθανότητας, προτεραιότητα για την έρευνα στη Γενική Ιατρική στη χώρα μας", *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 16(4):158-159.
49. **Λιονής Χ.** (2005), Χρήση διαγνωστικών κλιμάκων και εργαλείων εκτίμησης της ποιότητας ζωής των ασθενών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Διαιτητική συζήτηση στο 31ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Έκδοση της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών και της Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης, Αθήνα, 18 Μαΐου 2005.
50. **Λιονής Χ.** (2007), "Ο Οικογενειακός Γιατρός ως Παράγων Δημόσιας Υγείας", στο Κορνάρου Ε., Ρουμेलιώτη Α. (επιστ. επιμ.), *Η Δημόσια Υγεία στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Θέματα Επιδημιολογίας, Μεθοδολογίας της Έρευνας και Στατιστικής*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, σελ. 229-243.

51. **Λιονής Χ.** (2009), "Είκοσι τρία χρόνια ζωής με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Σκέψεις στην απαρχή μιας νέας περιόδου", *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 21(1):7-8.
52. **Λιονής Χ., Μερκούρης Μ.Π.** (2000), "Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προτάσεις για τη βελτίωσή της", *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 12:7-9
53. **Λιονής Χ., Μερκούρης Μ.Π.** (2001), "Η Γενική/Οικογενειακή Ιατρική σε σταυροδρόμι: Προϋποθέσεις απαραίτητες για την εδραίωσή της στην Ελλάδα", *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 13(1):8-9.
54. **Λώλης Δ.** (2001), *Υπογεννητικότητα*, εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα
55. **Μάντη Π.** (2000), "Ανισότητες στην Υγεία" στο Μάντη Π., Τσελέπη Χ., *Κοινωνιολογική & Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων / Υπηρεσιών Υγείας, Κοινωνικές - Πολιτιστικές Πτυχές της Υγείας και της Αρρώστιας*, Τόμος Α', ΕΑΠ, Πάτρα, σελ.115-150
56. **Μανωλιάδης Ι., Δημοπούλου Σ.** (2007), "Η ποιότητα στην πρωτοβάθμια φροντίδα στην Ελλάδα", *Ιατρικά Θέματα*, 47:17-21
57. **Ματσαγγάνης Μ.** (1995), "Η Μεταφορά Τεχνογνωσίας και οι Κίνδυνοί της: Προς Εισαγωγή Συστήματος Προϋπολογισμών Οικογενειακών Γιατρών στην Ελλάδα;" στο Κυριόπουλος Γ. (επιμ.), *Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: Στο σταυροδρόμι των επιλογών*, εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα σελ. 149-172.
58. **Μερκούρης Μ.Π.** (2007), "Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στις πόλεις: Πολλές υποσχέσεις που αθετήθηκαν, ένα Σύστημα που δεν ολοκληρώθηκε", *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 19(4):152-157.
59. **Μερκούρης Μ.Π., Μαριόλης Α.** (2009), "Προτάσεις για την οργάνωση και λειτουργία του Γενικού Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας", *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 21(1):9-11.
60. **Μητροσύλη Μ.** (1999), "Νομικό πλαίσιο του υγειονομικού τομέα", στο Θεοδώρου Μ., Μητροσύλη Μ., *Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο: Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας (Διοικητικές και Νομικές Διαστάσεις)*, τόμος Γ', ΕΑΠ, Πάτρα, σελ.101-183.

61. **Μπέλος Γ., Κυριόπουλος Γ., Μερκούρης Μ.Π.** (επιστ. επιμ. - μετάφραση) (1995), *Ευρωπαϊκός Χάρτης, Γενική Οικογενειακή Ιατρική, Σχέδιο Συζήτησης*, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης, Αθήνα.
62. **Μπένος Α.** (1993), "Η εκπαίδευση στη Γενική Ιατρική, Ανάγκη για επαναπροσανατολισμό και αναδιάρθρωση", *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 5(4):214-220.
63. **Μπένος Α.** (1996), "Ο γενικός γιατρός, ηγέτης της ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ή διαχειριστής υπηρεσιών και πόρων;", στο Κυριόπουλος Γ., Φιλαλήθης Τ. (επιμ.), *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*, εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα, σελ.207-217
64. **Μπεντενιώτης Μ.** (2004), *Κοινωνική Ασφάλιση. Η Μεταρρύθμιση και η Αποκέντρωση του Συστήματος*, εκδ. Τζέϊ-Τζέϊ, Πειραιάς.
65. **Μπουρσανίδης Χ.** (2001), "Δημόσιο μανάτζμεντ ταμείων. Μία προσέγγιση κοινωνικής μεταρρύθμισης και διοικητικού εκσυγχρονισμού της κοινωνικής ασφάλισης υγείας", στο Κυριόπουλος Γ., Λιαρόπουλος Λ., Μπουρσανίδης Χ., Οικονόμου Χ. (επιστ. επιμ.), *Η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα*, εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα, σελ.48-71
66. **Μωραΐτης Ε.** (2000), "Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Εφικτή Λύση ή Ουτοπία;", στο Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ., Μπεαζόγλου Τ. (επιμ.), *Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας στην Υγεία*, εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα, σελ.36-51
67. **Μωραΐτης Ε.** (2002), "Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα στα πλαίσια της πολιτικής 'Υγεία για Όλους το 2000': Αρχές και Δεσμεύσεις, Ασυνέπεια Λόγων και Έργων", στο Δημολιάτης Γ., Κυριόπουλος Γ., Λάγγας Δ., Φιλαλήθης Τ. (επιμ.), *Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα*, εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα, σελ.183-210
68. **Μωραΐτης Ε.** (2003), "Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Από το Όραμα στην Αβεβαιότητα", *Επιθεώρηση Υγείας*, 14(85):32.
69. **Μωραΐτης Ε.** (2009), Πολιτική για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Εκπαιδευτικές Σημειώσεις, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα "Διοίκηση Μονάδων Υγείας", Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.
70. **Μωραΐτης Ε., Γεωργούση Ε., Ζηλίδης Χ., Θεοδώρου Μ. & συν.** (1995), *Μελέτη για την Οργάνωση και Λειτουργία Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας*, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.

71. **Μωραΐτης Ε., Κουρή - Ζαραφονίτη Τ., Μερκούρης Μ.Π.** (1986), "Κέντρα Υγείας. Ο νέος θεσμός για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας", *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 1(1):5-23
72. **Νιάκας Δ.** (1995), "Η Πρόταση των Ξένων Εμπειρογνομόνων: Είναι εφικτή η εφαρμογή της;" στο Κυριόπουλος Γ. (επιμ.) *Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: Στο Σταυροδρόμι των Επιλογών*, εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα, σελ. 109-135.
73. **Νιάκας Δ.** (2002), "Σύγχρονα Ζητήματα Management της Υγειονομικής Μεταρρύθμισης", στο Νιάκας Δ., Στάθης Γ. (επιμ.), *Υγειονομική Μεταρρύθμιση και Management: Προβλήματα και Προοπτικές*, εκδ. Mediforce, Αθήνα, σελ.13-28.
74. **Νικολάκης Κ., Οικονόμου Χ., Γεωργούση Ε., Τσάκος Γ. & συν.** (2000), "Περιφερειακή Κατανομή του Ιατρικού Δυναμικού στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη: Το Παράδειγμα του ΙΚΑ", *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 12(2):57-61
75. **Οικονομίδου Ε.** (2008), "Μεταρρύθμιση στην υγεία: το παράδειγμα της αναμόρφωσης της ΠΦΥ στην Πορτογαλία", *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 20(2): 91-94.
76. **Οικονόμου Χ.** (2003), *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και στις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες*, εκδ. Διόνικος, Αθήνα.
77. **Παπαγιαννοπούλου Β., Πιερράκος Γ., Σαρρής Μ., Υφαντόπουλος Ι.** (2008), "Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής", *Αρχ. Ελλ. Ιατρ.*, 25(1):73-82
78. **Παπανικολάου Β., Σιγάλας Ι.** (1995), "Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας", *Επιθεώρηση Υγείας*, Ιούλιος-Αύγουστος, 35:248-256.
79. **Πόζιος Κ.** (2005), Βοήθεια στο Σπίτι. Στόχοι - Προοπτικές, 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο "Βοήθεια στο Σπίτι στην 1η Γραμμή των Κοινωνικών Υπηρεσιών, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 27-29 Μαΐου 2005, Καρδίτσα.
80. **Σαρρής Μ., Χρυσάκης Μ., Σούλης Σ.** (2002), "Ανισότητες στην υγεία. Μία κριτική προσέγγιση", *Αρχ. Ελλ. Ιατρ.*, 19(6):672-687
81. **Σιγάλας Ι.** (1999), "Το Ανθρώπινο Δυναμικό των Οργανισμών και Υπηρεσιών Υγείας", στο Δικαίος Κ., Κουτούζης Μ., Πολύζος Ν., Σιγάλας Ι. & συν., *Βασικές Αρχές Διοίκησης - Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας*, ΕΑΠ, Πάτρα, σελ. 367-393

82. **Σιγάλας Ι.** (1999α), "Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας" στο Αλεξιάδης Α.Δ., Σιγάλας Ι., *Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες & Προκλήσεις, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας - Νοσοκομείων, Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές*, Τόμος Δ', ΕΑΠ, Πάτρα, σελ.15-96
83. **Σισσούρας Α., Καρόκης Α.** (1997), "Ενιαίος Φορέας Υγείας: Η ευκαιρία - τομή για άσκηση πολιτικής υγείας στη χώρα μας" στο Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α. (επιμ.), *Ενιαίος Φορέας Υγείας, Αναγκαιότητα & Αυταπάτη*, εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα, σελ.49-76
84. **Σισσούρας Α., Καρόκης Α., Πολύζος Ν., Θεοδώρου Μ.** (1995), *Ενιαίος Φορέας Υγείας: η Οργάνωση του Συστήματος Χρηματοδότησης και η Αποκέντρωση των Υπηρεσιών Υγείας*, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.
85. **Σκουτέλης Γ.** (1990), *Κοινωνικές Ασφαλίσεις: Ανάπτυξη και Κρίση*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας, Αθήνα.
86. **Σολωμός Γ.** (1996), "Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και η Γενική Ιατρική στην Ελλάδα", στο Κυριόπουλος Γ., Φιλαλήθης Τ (επιμ.), *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*, εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα, σελ.159-171
87. **Σολωμός Γ.** (1999), *Η κοινωνική ασφάλιση σε μετάβαση - Απολογιστικά δεδομένα της πενταετίας 1994-1998*, εκδ. Νέα Σύνορα, Αθήνα.
88. **Σουλιώτης Κ.** (2002), "Ανάλυση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα 1989-2000. Μεθοδολογικές διευκρινήσεις και διαπιστώσεις για το σύστημα υγείας", στο Κυριόπουλος Γ., Σουλιώτης Κ., *Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα. Μεθοδολογικά προβλήματα στη μέτρηση και συνέπειες για τις πολιτικές υγείας*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, σελ.65-77.
89. **Σουλιώτης Κ.** (2003), "Η Εισαγωγή Επιχειρηματικών Λογικών στην Άσκηση Πολιτικής Υγείας. Ένα Εναλλακτικό Υπόδειγμα Λειτουργικής Ανασυγκρότησης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας", στο Νιάκας Δ. (επιμ.), *Θέματα Διοίκησης και Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας*, εκδ. Mediforce, Αθήνα, σελ. 49-64.
90. **Σουλιώτης Κ., Δόλγερας Α., Κυριόπουλος Γ.** (2003), "Η ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας: Ερευνητικά αποτελέσματα από την περιοχή της Αθήνας", στο Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Σουλιώτης Κ., Τσάκος Γ. (επιμ.), *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα, σελ.279-296.

91. **Σουλιώτης Κ., Λιονής Χ.** (2003), "Λειτουργική ανασυγκρότηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Μία πρόταση για την άρση του αδιεξόδου", *Αρχ. Ελλ. Ιατρ.*, 20(5):466-476.
92. **Σουλιώτης Κ., Μαριόλης Α.** (2004), "Η διαμόρφωση ενός Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα", *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 16(2):87-93.
93. **Σπάρος Λ.** (2001), *Μετα-επιδημιολογία*, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα.
94. **Συμεωνίδης Α.** (2000), "Ανθρώπινοι Πόροι στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας", στο Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ., Μπεαζόγλου Τ. (επιμ), *Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας στην Υγεία*, εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα, σελ. 79-88.
95. **Τούντας Γ.** (2001), "Τα συστήματα υγείας τον 21ο αιώνα", *Ιατρική*, 79:215-217
96. **Τούντας Γ.** (2002), "Ο ρόλος της προαγωγής και αγωγής υγείας στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση", στο Μπεσμπέας Σ. (επιμ.), *Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση νοσημάτων φθοράς*, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα, σελ.97-104
97. **Τούντας Γ.** (2002α), *Πολιτική Υγείας*, εκδ. Οδυσσέας, Αθήνα.
98. **Τούντας Γ.** (2003), "Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών", *Αρχ. Ελλ. Ιατρ.*, 20(1):76-87
99. **Τούντας Γ.** (2008), *Υπηρεσίες Υγείας*, εκδ. Οδυσσέας / Νέα Υγεία, Αθήνα.
100. **Τούντας Γ.** (2010), "Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας" στο Λιονής Χ., Σουλιώτης Κ. (επιμ.), *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο επίκεντρο μίας διαχρονικής συζήτησης*, εκδ. Πασχαλίδης, σελ. 21-52.
101. **Τριχόπουλος Δ., Λάγιου Π.** (2011), *Γενική & Κλινική Επιδημιολογία, Αρχές, Μέθοδοι και Εφαρμογές στην Ιατρική Έρευνα και τη Δημόσια Υγεία*, εκδ. Παρισιάνου ΑΕ, Β' έκδοση, Αθήνα
102. **Τριχόπουλος Δ., Τζώνου Α., Κατσογιάννη Κ.** (2001), *Βιοστατιστική*, εκδ. Παρισιάνου ΑΕ, Αθήνα
103. **Τσελέπη Χ.** (2000), "Ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας" στο Μάντη Π., Τσελέπη Χ., *Κοινωνιολογική & Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων / Υπηρεσιών Υγείας, Κοινωνικές - Πολιτιστικές Πτυχές της Υγείας και της Αρρώστιας*, Τόμος Α', ΕΑΠ, Πάτρα, σελ.151-179

104. **Wolper LF** (2001), *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας*, Mediforce, Αθήνα.
105. **Υφαντόπουλος Ι.** (1988), *Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα. Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις*, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα.
106. **Υφαντόπουλος Ι.** (2006), *Τα Οικονομικά της Υγείας, Θεωρία και Πολιτική*, εκδ. Τυποθήτω, Αθήνα.
107. **Φιλαλήθης Τ.** (1996), "Οι Σύγχρονες Εξελίξεις στα Συστήματα Υγείας και η Γενική Οικογενειακή Ιατρική", στο Κυριόπουλος Γ., Φιλαλήθης Τ. (επιμ.), *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*, εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα, σελ. 235-249.
108. **Χιωτάκης Σ.** (1994), *Για μια Κοινωνιολογία των ελευθέρων επαγγελματιών: Επιστημονική επαγγελματοποίηση των Ιατρικών Υπηρεσιών*, εκδ. Οδυσσέας, Αθήνα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: ΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

A: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΑΘΟΛΟΓΟΥΣ ΕΝΤΟΣ ΠΟΛΥΪΑΤΡΕΙΩΝ ΙΚΑ

B: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΓΙΑΤΡΟ

**A: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΣΘΕΝΗ
ΜΕ ΠΑΘΟΛΟΓΟΥΣ ΕΝΤΟΣ ΠΟΛΥΪΑΤΡΕΙΩΝ ΙΚΑ**

α/α ερωτηματολογίου..... 1

ημερομηνία..... 2

ώρα..... 3

κωδικός υποκαταστήματος..... 4

**ΜΕΡΟΣ Α'
ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ**

1. Πόσα χρόνια είστε ασφαλισμένος/η στο ΙΚΑ;

 πιο λίγο από 1 χρόνο..... 1

 1-2 χρόνια..... 2

 2-5 χρόνια..... 3

 5-10 χρόνια..... 4

 περισσότερα από 10 χρόνια..... 5

5

2. Πόσο συχνά χρησιμοποιείτε τις υπηρεσίες υγείας του ΙΚΑ;

 πολύ συχνά..... 1

 συχνά..... 2

 μερικές φορές..... 3

 σπάνια..... 4

6

3. Πόσο είστε ευχαριστημένος/η από αυτές;

 πολύ ευχαριστημένος/η..... 1

 αρκετά ευχαριστημένος/η..... 2

 έτσι κι έτσι..... 3

 όχι πολύ ευχαριστημένος/η..... 4

 καθόλου ευχαριστημένος/η..... 5

7

4. Ταλαιπωρείστε από κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας ή από κάποια αναπηρία και χρειάζεστε να επισκέπτεστε το γιατρό σας συχνά για να σας παρακολουθεί ή να σας γράφει φάρμακα;

ΝΑΙ 1

ΟΧΙ 2

8

5. Εάν ληφθεί υπόψη η ηλικία σας, νομίζετε ότι η κατάσταση της υγείας σας είναι:

πολύ καλή..... 1

καλή..... 2

μέτρια 3

κακή 4

9

ΜΕΡΟΣ Β' **ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

6. Μπορείτε να θυμηθείτε και να μου πείτε πόσες φορές τους τελευταίους 12 μήνες επισκεφθήκατε παθολόγο γιατρό στα ιατρεία του ΙΚΑ για δική σας αρρώστια;

καμία φορά 1

1 φορά..... 2

2 φορές 3

3 φορές 4

4-6 φορές..... 5

7-9 φορές..... 6

10 ή περισσότερες 7

10

ΕΑΝ Η ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΕΙΝΑΙ "καμία φορά"
ΝΑ ΜΗΝ ΑΠΑΝΤΗΘΟΥΝ ΟΙ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΜΕ ΑΣΤΕΡΙΣΚΟ *

7*. Μπορείτε να θυμηθείτε αν τους τελευταίους 12 μήνες ο παθολόγος σας εδώ στο ΙΚΑ σας έκανε κάποια (ή κάποιες) από τις πιο κάτω εξετάσεις; (τσεκάρете από 1-3 επιλογές)

- σας πήρε πίεση..... 1
σας άκουσε την καρδιά..... 2
σας είδε στο λαιμό..... 3
τίποτε απ' αυτά..... 4

11, 12, 13

8*. Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσες φορές επισκεφθήκατε τον παθολόγο του ΙΚΑ για την ίδια αρρώστια;

- 1 φορά..... 1
2 φορές 2
3 φορές 3
4 φορές 4
5 φορές 5
περισσότερες από 5 φορές 6

14

9. Μπορείτε να θυμηθείτε πόσες φορές σας επισκέφθηκε στο σπίτι παθολόγος του ΙΚΑ τους τελευταίους 12 μήνες;

- καμία φορά 1
1 φορά..... 2
2 φορές 3
3 ή περισσότερες..... 4

15

9α. Εάν η απάντηση είναι 2, 3 ή 4: Όταν ο γιατρός σας επισκέφθηκε στο σπίτι, του δώσατε κάποια χρήματα για φιλοδώρημα;

- ΝΑΙ 1
ΟΧΙ 2

16

10. Μπορείτε να θυμηθείτε πόσες φορές τους τελευταίους 12 μήνες, επισκεφθήκατε τους ειδικούς γιατρούς στα ιατρεία του ΙΚΑ για δική σας αρρώστια;

- καμία φορά 1
- 1 φορά..... 2
- 2 φορές 3
- 3 φορές 4
- 4-6 φορές..... 5
- 7-9 φορές..... 6
- 10 ή περισσότερες φορές 7

17

ΕΑΝ Η ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΕΙΝΑΙ 2, 3, 4, 5, 6 ή 7:

10α*. Πόσες από αυτές τις επισκέψεις έγιναν κατόπιν παραπομπής του παθολόγου του ΙΚΑ;

- καμία 1
- μία..... 2
- δύο..... 3
- τρεις 4
- τέσσερις..... 5
- περισσότερες από τέσσερις..... 6

18

10β*. Μετά την επίσκεψη (ή τις επισκέψεις) θυμάστε αν έχετε ενημερώσει τον παθολόγο σας στο ΙΚΑ για το τι σας είπαν οι γιατροί αυτοί για την υγεία σας;

- ΝΑΙ 1
- ΟΧΙ 2

19

ΜΕΡΟΣ Γ'

Η ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ & ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΓΙΑΤΡΟΥ

11. Πηγαίνετε πάντα στον ίδιο παθολόγο του ΙΚΑ;

- ΝΑΙ 1
- ΟΧΙ 2

20

ΕΑΝ Η ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΕΙΝΑΙ "ΝΑΙ"

- 11α. Πόσα χρόνια έχετε τον ίδιο παθολόγο γιατρό;
- | | |
|--------------------------------|---|
| πιο πολύ από 1 χρόνο..... | 1 |
| 1-2 χρόνια..... | 2 |
| 2-5 χρόνια..... | 3 |
| 5-10 χρόνια..... | 4 |
| περισσότερα από 10 χρόνια..... | 5 |
- 21

- 11β. Πώς τον επιλέξατε;
- | | |
|------------------------------|---|
| τον επιλέξατε τυχαία..... | 1 |
| σας τον σύστησε κάποιος..... | 2 |
| άλλοι λόγοι..... | 3 |
- 22

ΕΑΝ Η ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΕΙΝΑΙ "ΟΧΙ"

- 11γ. Γιατί δεν πηγαίνετε πάντα στον ίδιο; (τσεκάρτε από 1-3 λόγους)
- | | |
|---|---|
| παραιτήθηκε, συνταξιοδοτήθηκε, πέθανε, άλλαξε υποκ/μα..... | 1 |
| δεν ξέρετε κανέναν παθολόγο του υποκ/τος προσωπικά..... | 2 |
| ο παθολόγος που θέλετε είναι πάντα "γεμάτος"..... | 3 |
| δεν σας ενδιαφέρει να είναι πάντα ο ίδιος..... | 4 |
| πολύ σπάνια χρειάζεστε γιατρό και έτσι δεν τον θυμάστε..... | 5 |
| πηγαίνετε σε αυτόν που σας δέχεται πιο σύντομα..... | 6 |
| αλλάξατε υποκ/μα κι έτσι αλλάξατε και παθολόγο..... | 7 |
| άλλοι λόγοι..... | 8 |
- 23, 24, 25

12. Θυμάστε να μου πείτε σε πόσους διαφορετικούς παθολόγους του ΙΚΑ πήγατε την τελευταία πενταετία;
- | | |
|------------------------------------|---|
| σε έναν..... | 1 |
| σε δύο..... | 2 |
| σε τρεις..... | 3 |
| σε τέσσερις..... | 4 |
| σε περισσότερους από τέσσερις..... | 5 |
| σε κανέναν..... | 6 |
| ποτέ σε παθολόγο του ΙΚΑ..... | 7 |
- 26

ΜΕΡΟΣ Δ'
ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΙΜΟΤΗΤΑ - ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ
ΠΑΘΟΛΟΓΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ ΙΚΑ

13. Στα ιατρεία του ΙΚΑ, έρχεστε συνήθως με τα πόδια;

ΝΑΙ 1

ΟΧΙ 2

27

13α. Εάν η απάντηση είναι ΝΑΙ: Πόση ώρα κάνετε για να φτάσετε;

λιγότερο από 5 λεπτά..... 1

5-10 λεπτά..... 2

10-20 λεπτά..... 3

περισσότερο από 20 λεπτά..... 4

28

14*. Θυμάστε να μου πείτε, πόση ώρα περιμένετε συνήθως για να σας δει ο παθολόγος;

λιγότερο από 15 λεπτά 1

15-30 λεπτά..... 2

30-45 λεπτά..... 3

45 λεπτά έως 1 ώρα 4

περισσότερο από 1 ώρα 5

29

15*. Νομίζετε ότι αυτός ο χρόνος είναι:

πολύς 1

κανονικός 2

λίγος..... 3

30

16. Με ποιο σύστημα νομίζετε ότι είναι καλύτερα να δέχονται οι παθολόγοι τους ασθενείς;

με ραντεβού, όπως ισχύει σήμερα..... 1

χωρίς ραντεβού, όπως ίσχυε παλαιότερα..... 2

31

17. Τι νομίζετε σχετικά με τις ώρες που δέχονται τους ασφαλισμένους οι παθολόγοι στα ιατρεία του ΙΚΑ; (τσεκάρτε ένα από κάθε δυάδα)

- α. είναι αρκετές για τους ασφαλισμένους 1
δεν είναι αρκετές για τους ασφαλισμένους 2

32

- β. είναι βοηθικές για τους ασφαλισμένους 1
δεν είναι βοηθικές για τους ασφαλισμένους..... 2

33

18. Εσάς πότε σας βολεύει να πηγαίνετε στον παθολόγο του ΙΚΑ;

- το πρωί 1
το απόγευμα 2
και το πρωί και το απόγευμα 3
εξαρτάται..... 4

34

ΜΕΡΟΣ Ε'
ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΙΚΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

19. Έχετε τους τελευταίους 12 μήνες επισκεφθεί ιδιώτη γιατρό;

- ΝΑΙ 1
ΟΧΙ 2

35

ΕΑΝ Η ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΕΙΝΑΙ "ΝΑΙ"

19α. Τι είδους γιατρό;

- παθολόγο..... 1
ειδικότητα..... 2
παθολόγο και ειδικότητα..... 3

36

19β. Πόσες φορές τους τελευταίους 12 μήνες; Παθ. Ειδικ.

- 1 φορά..... 1 1
2 φορές 2 2
3-5 φορές..... 3 3
6 ή περισσότερες..... 4 4

37, 38

19γ. Γιατί προτιμήσατε τον ιδιώτη και όχι ένα γιατρό του ΙΚΑ; (τσεκάρετε από 1-3 λόγους)

- σας τον σύστησαν ως πολύ καλό..... 1
δεν είχατε πολύ εμπιστοσύνη στο γιατρό του ΙΚΑ 2
δεν σας βόλευαν οι ώρες των γιατρών του ΙΚΑ..... 3
θέλατε και μια δεύτερη γνώμη εκτός ΙΚΑ..... 4
το πρόβλημα της υγείας σας ήταν πολύ σοβαρό 5
το ΙΚΑ δεν είχε την ειδικότητα που θέλατε..... 6
το ΙΚΑ δεν προσέφερε τις υπηρεσίες που θέλατε (π.χ. οδοντ/κές)..... 7
δεν μπορούσατε να περιμένετε το ΙΚΑ (π.χ. μακρινό ραντεβού)..... 8
το πολυιατρείο του ΙΚΑ ήταν κλειστό, το περιστατικό ήταν επείγον..... 9
άλλοι λόγοι..... 10

39, 40, 41

20. Έχετε ιδιωτική ασφάλιση υγείας;

- ΝΑΙ 1
ΟΧΙ 2

42

21. Υποθέστε ότι επισκέπτεστε τον παθολόγο του ΙΚΑ στο ιδιωτικό του ιατρείο. ποιά νομίζετε ότι είναι τα πλεονεκτήματα μιας τέτοιας επίσκεψης σε σύγκριση με μια επίσκεψη στα ιατρεία του ΙΚΑ; (τσεκάρετε από 1-3 πλεονεκτήματα)

- κανένα..... 1
περισσότερη προσοχή γιατρού προς ασθενή 2
περισσότερος διαθέσιμος χρόνος γιατρού προς ασθενή..... 3
καλύτερη συμπεριφορά γιατρού..... 4
επιλέγεις την ώρα που βολεύει εσένα..... 5
νιώθεις πιο άνετα με το γιατρό..... 6
άλλοι λόγοι..... 7

43, 44, 45

22. Γνωρίζετε αν ο παθολόγος σας στο ΙΚΑ έχει ιδιωτικό ιατρείο;

- ΝΑΙ 1
ΟΧΙ 2

46

ΕΑΝ Η ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΕΙΝΑΙ "ΟΧΙ"
ΠΗΓΑΙΝΕΤΕ ΑΠΕΥΘΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 24

23. Μπορείτε να θυμηθείτε πόσες φορές τους τελευταίους 12 μήνες επισκεφθήκατε εσείς προσωπικά τον παθολόγο του ΙΚΑ στο ιδιωτικό του ιατρείο;

- καμία 1
1 φορά..... 2
2 φορές 3
3-5 φορές..... 4
6 ή περισσότερες..... 5

47

23α. Εάν η απάντηση είναι 2, 3, 4, ή 5: Πόσα συνήθως πληρώνετε για κάθε επίσκεψη;

- 20-50€ 1
51-100€ 2
πάνω από 100€..... 3

48

ΜΕΡΟΣ Ζ'
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΗ - ΑΠΟΨΕΙΣ

24. Σε πολλά υποκαταστήματα οι ασφαλισμένοι έχουν δικό τους παθολόγο – οικογ/κό γιατρό που τους δέχεται στο ιδιωτικό του ιατρείο. Το ξέρετε εσείς αυτό;

- ΝΑΙ 1
ΟΧΙ 2

49

25. Μπορείτε να σκεφτείτε και να μου πείτε ποιο σύστημα προτιμάτε εσείς;

- αυτό με τον οικογ/κό γιατρό 1
το δικό σας (παθολόγος που δέχεται στο ΙΚΑ)..... 2
δεν ξέρει..... 3

50

25α. Εάν η απάντηση είναι 1: Εξηγείστε γιατί; (τσεκαρ. 1-3 λόγους)

- είναι πιο κοντά στο σπίτι του ασφαλισμένου..... 1
ο ασθενής γνωρίζει καλύτερα το γιατρό του..... 2
ο γιατρός γνωρίζει καλύτερα τον ασθενή του..... 3
αποφεύγεις την ταλαιπωρία του ΙΚΑ..... 4
άλλοι λόγοι..... 5

51, 52, 53

26*. Εάν επισκεφθείτε τα ιατρεία του ΙΚΑ και σας πουν ότι ο παθολόγος σας έχει πάρει άδεια μίας μέρας και απουσιάζει, τι θα κάνετε; (μη επείγουσα περίπτωση)

- θα τον περιμένετε να επιστρέψει..... 1
θα πάτε σε άλλο γιατρό του ΙΚΑ..... 2
θα πάτε σε ιδιώτη..... 3

54

27*. Για να γίνουν πιο συγκεκριμένα μερικά από όσα έχουμε μέχρι τώρα πει, θα σας διαβάσω έναν κατάλογο με πράγματα που έχουν σχέση με τον παθολόγο σας του ΙΚΑ και εσείς μπορείτε να απαντάτε με ένα "καλός" ή "όχι πολύ καλός"

α) Διαθέτει αρκετό χρόνο όταν σας δέχεται στο ιατρείο του στο ΙΚΑ:

- καλός..... 1
όχι πολύ καλός..... 2

55

β) Σας ακούει και σας εξετάζει προσεκτικά:

- καλός..... 1
όχι πολύ καλός..... 2

56

γ) Απαντά στις ερωτήσεις σας και σας μιλά για την πορεία της αρρώστιας σας:

- καλός..... 1
όχι πολύ καλός..... 2

57

δ) Σας συμπεριφέρεται ευγενικά και ανθρώπινα

- καλός..... 1
όχι πολύ καλός..... 2

58

ε) Σας γράφει πάντοτε και χωρίς δυσκολία τα φάρμακα που χρειάζεστε:

- καλός..... 1
όχι πολύ καλός..... 2

59

28*. Εάν σε κάποια σας επίσκεψη είστε στενοχωρημένος/η από ένα προσωπικό σας πρόβλημα που δεν έχει σχέση με την υγεία σας, νομίζετε ότι θα είχατε το θάρρος να το συζητήσετε με τον παθολόγο σας του ΙΚΑ;

ΝΑΙ 1

ΟΧΙ 2

μπορεί 3

60

29*. Τελικά είστε ευχαριστημένος/η από τον παθολόγο του ΙΚΑ;

πολύ ευχαριστημένος/η..... 1

αρκετά ευχαριστημένος/η..... 2

έτσι κι έτσι..... 3

όχι πολύ ευχαριστημένος/η..... 4

καθόλου ευχαριστημένος/η..... 5

61

30. Εάν υποθεθεί ότι σας έλεγαν να διαλέξετε ένα Ταμείο για την ασφάλιση της υγείας σας από τα πιο κάτω, εσείς πιο θα διαλέγατε;

των δημοσίων υπαλλήλων 1

των τραπεζικών..... 2

των εργαζομένων στον ΟΤΕ 3

των εργαζομένων στη ΔΕΗ 4

του ΙΚΑ..... 5

62

ΜΕΡΟΣ Η'
ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

31. Τι είδους ασφαλισμένος/η του ΙΚΑ είστε;

άμεσος (εργαζόμενος/η ή συνταξιούχος)..... 1

έμμεσος/η..... 2

63

31α. Φύλο:

Άνδρας 1

Γυναίκα..... 2

64

32. Τι ηλικία έχετε;..... 65

33. Τι γραμματικές γνώσεις έχετε;

ανώτατη εκπαίδευση (απόφοιτος Παν/μίου)..... 1

ανώτερη εκπαίδευση (απόφοιτος ΚΑΤΕΕ, ΤΕΙ)..... 2

μέση εκπαίδευση (αποφ. Λυκείου ή βτάξιου Γυμνασ.)..... 3

κατώτερη εκπαίδευση (απόφοιτος Δημοτικού)..... 4

λιγότερο (δεν τελείωσε Δημοτικό ή αγράμματος)..... 5

66

34. Ποιά είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

παντρεμένος/η 1

ανύπαντρος/η 2

χήρος/α..... 3

διαζευγμένος/η ή χωρισμένος/η..... 4

67

35. Θα ήθελα τώρα να μου πείτε για τα υπόλοιπα άτομα-μέλη της οικογένειάς σας που μένουν στο ίδιο σπίτι με εσάς. Πηγαίνουν στον ίδιο παθολόγο του ΙΚΑ που πηγαίνετε κι εσείς;

α/α	Συγγενική σχέση με ερωτώμενο	Ηλικία 1: κάτω των 12 2: άνω των 12	1: ίδιος παθολόγος 2: άλλος παθολόγος 3: άλλο ασφ. Ταμείο 4: ανασφάλιστος	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
1		1, 2	1, 2, 3, 4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2		1, 2	1, 2, 3, 4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	69
3		1, 2	1, 2, 3, 4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4		1, 2	1, 2, 3, 4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	71
5		1, 2	1, 2, 3, 4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	72
6		1, 2	1, 2, 3, 4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	73
7		1, 2	1, 2, 3, 4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	74
8		1, 2	1, 2, 3, 4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	75
9		1, 2	1, 2, 3, 4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
10		1, 2	1, 2, 3, 4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

36. Με αυτή την οικογενειακή κατάσταση, μήπως θα μπορούσατε να μου πείτε ποιά είναι το συνολικό καθαρό μηνιαίο εισόδημα όλης της οικογένειάς σας; Σε ποιά εισοδηματική τάξη ανήκετε;

- έως 500€/μήνα..... 1
- 501-1000€/μήνα..... 2
- 1001-1500€/μήνα 3
- 1501-2000€/μήνα 4
- πάνω από 2000€/μήνα 5

78

Σας ευχαριστώ πάρα πολύ, έχουμε τελειώσει.

B: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΓΙΑΤΡΟ

α/α ερωτηματολογίου..... 1
ημερομηνία..... 2
ώρα..... 3
κωδικός υποκαταστήματος 4

ΜΕΡΟΣ Α' ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Πόσα χρόνια είστε ασφαλισμένος/η στο ΙΚΑ;

λιγότερο από 1 χρόνο..... 1
1-2 χρόνια..... 2
2-5 χρόνια..... 3
5-10 χρόνια..... 4
περισσότερα από 10 χρόνια..... 5

5

2. Πόσο συχνά χρησιμοποιείτε τις υπηρεσίες υγείας του ΙΚΑ;

πολύ συχνά..... 1
συχνά..... 2
μερικές φορές..... 3
σπάνια..... 4

6

3. Πόσο είστε ευχαριστημένος/η από αυτές;

πολύ ευχαριστημένος/η..... 1
αρκετά ευχαριστημένος/η..... 2
έτσι κι έτσι..... 3
όχι πολύ ευχαριστημένος/η..... 4
καθόλου ευχαριστημένος/η..... 5

7

4. Ταλαιπωρείστε από κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας ή από κάποια αναπηρία και χρειάζεστε να επισκέπτεστε το γιατρό σας συχνά για να σας παρακολουθεί ή να σας γράφει φάρμακα;

ΝΑΙ 1

ΟΧΙ 2

8

5. Εάν ληφθεί υπόψη η ηλικία σας, νομίζετε ότι η κατάσταση της υγείας σας είναι:

πολύ καλή..... 1

καλή..... 2

μέτρια 3

κακή 4

9

ΜΕΡΟΣ Β' **ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

6. Μπορείτε να θυμηθείτε και να μου πείτε πόσες φορές τους τελευταίους 12 μήνες επισκεφθήκατε τον οικογ/κό σας γιατρό στο ιατρείο του για δική σας αρρώστια;

καμία φορά 1

1 φορά..... 2

2 φορές 3

3 φορές 4

4-6 φορές..... 5

7-9 φορές..... 6

10 ή περισσότερες 7

10

ΕΑΝ Η ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΕΙΝΑΙ "καμία φορά"
ΝΑ ΜΗΝ ΑΠΑΝΤΗΘΟΥΝ ΟΙ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΜΕ ΑΣΤΕΡΙΣΚΟ *

7*. Μπορείτε να θυμηθείτε αν τους τελευταίους 12 μήνες ο οικογ/κός σας γιατρός έκανε κάποια (ή κάποιες) από τις πιο κάτω εξετάσεις; (τσεκάρτε από 1-3 επιλογές)

σας πήρε πίεση..... 1

σας άκουσε την καρδιά..... 2

σας είδε στο λαιμό..... 3

τίποτα απ' αυτά..... 4

11, 12, 13

8*. Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσες φορές επισκεφθήκατε τον οικογ/κό σας γιατρό για την ίδια αρρώστια;

1 φορά..... 1

2 φορές 2

3 φορές 3

4 φορές 4

5 φορές 5

περισσότερες από 5 φορές 6

14

9. Μπορείτε να θυμηθείτε πόσες φορές ο οικογ/κός σας γιατρός σας επισκέφθηκε στο σπίτι τους τελευταίους 12 μήνες;

καμία φορά 1

1 φορά..... 2

2 φορές 3

3 ή περισσότερες..... 4

15

9α. Εάν η απάντηση είναι 2, 3 ή 4: Όταν ο γιατρός σας επισκέφθηκε στο σπίτι, του δώσατε κάποια χρήματα για φιλοδώρημα;

ΝΑΙ 1

ΟΧΙ 2

16

10. Μπορείτε να θυμηθείτε πόσες φορές τους τελευταίους 12 μήνες, επισκεφθήκατε τους ειδικούς γιατρούς στα ιατρεία του ΙΚΑ για δική σας αρρώστια;

- καμία φορά 1
- 1 φορά..... 2
- 2 φορές 3
- 3 φορές 4
- 4-6 φορές..... 5
- 7-9 φορές..... 6
- 10 ή περισσότερες φορές 7

17

ΕΑΝ Η ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΕΙΝΑΙ 2, 3, 4, 5, 6 ή 7:

10α*. Πόσες από αυτές τις επισκέψεις έγιναν κατόπιν παραπομπής του οικογ/κού σας γιατρού;

- καμία 1
- μία..... 2
- δύο..... 3
- τρεις 4
- τέσσερις..... 5
- περισσότερες από τέσσερις..... 6

18

10β*. Μετά την επίσκεψη (ή τις επισκέψεις) θυμάστε αν έχετε ενημερώσει τον οικογ/κό σας γιατρό για το τι σας είπαν οι γιατροί αυτοί για την υγεία σας;

- ΝΑΙ 1
- ΟΧΙ 2

19

ΜΕΡΟΣ Γ'
Η ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
& ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΓΙΑΤΡΟΥ

11. Πόσα χρόνια έχετε τον ίδιο οικογενειακό γιατρό;

- λιγότερο από 1 χρόνο..... 1
1-2 χρόνια..... 2
2-5 χρόνια..... 3
5-10 χρόνια..... 4
περισσότερα από 10 χρόνια..... 5

20

ΕΑΝ Η ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΕΙΝΑΙ 1, 2 ή 3

11α. Πόσες φορές αλλάξατε οικογενειακό γιατρό την τελευταία πενταετία;

- καμία (για νέους ασφαλισμένους)..... 1
1 φορά..... 2
2 φορές 3
3 ή περισσότερες..... 4

21

11β. Για ποιό λόγο τον αλλάξατε; (τσεκάρετε ένα ή περισσότερα ανάλογα με τον αριθμό αλλαγών)

- παραιτήθηκε, συνταξιοδοτήθηκε, πέθανε, άλλαξε υποκ/μα..... 1
συμπληρώθηκε η λίστα του πριν προλάβετε να γραφτείτε..... 2
γιατί δεν σας άρεσε, δεν σας εξυπηρετούσε, ήταν μακριά 3
γιατί αλλάξατε εσείς διεύθυνση ή υποκατάστημα 4
άλλοι λόγοι 5

22, 23, 24

12. Τον οικογενειακό γιατρό που έχετε σήμερα, πως τον επιλέξατε;

- σας τον όρισε το ΙΚΑ..... 1
τον επιλέξατε τυχαία..... 2
σας τον σύστησε κάποιος 3
επειδή ήταν κοντά στο σπίτι σας..... 4
άλλοι λόγοι 5

25

ΜΕΡΟΣ Δ'
ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΙΜΟΤΗΤΑ – ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ ΟΙΚ. ΓΙΑΤΡΟΥ

13. Στο ιατρείο του οικογ/κού σας γιατρού πηγαίνετε συνήθως με τα πόδια;

ΝΑΙ 1

ΟΧΙ 2

26

13α. Εάν η απάντηση είναι ΝΑΙ: Πόση ώρα κάνετε για να φτάσετε;

λιγότερο από 5 λεπτά 1

5-10 λεπτά 2

10-20 λεπτά 3

περισσότερο από 20 λεπτά 4

27

14*. Θυμάστε να μου πείτε, πόση ώρα περιμένετε συνήθως για να σας δει ο γιατρός;

λιγότερο από 15 λεπτά 1

15-30 λεπτά 2

30-45 λεπτά 3

45 λεπτά έως 1 ώρα 4

περισσότερο από 1 ώρα 5

28

15*. Νομίζετε ότι αυτός ο χρόνος είναι:

πολύς 1

κανονικός 2

λίγος 3

29

16. Με ποιο σύστημα νομίζετε ότι είναι καλύτερα να δέχεται ο οικογενειακός σας γιατρός τους ασθενείς;

με ραντεβού 1

χωρίς ραντεβού 2

30

17. Τι νομίζετε σχετικά με τις ώρες που δέχονται τους ασφαλισμένους οι οικογ/κοί γιατροί; (τσεκάρετε ένα από κάθε δυάδα)

α. είναι αρκετές για τους ασφαλισμένους..... 1

δεν είναι αρκετές για τους ασφαλισμένους..... 2

31

β. είναι βοηθικές για τους ασφαλισμένους..... 1

δεν είναι βοηθικές για τους ασφαλισμένους..... 2

32

18. Εσάς πότε σας βολεύει να πηγαίνετε στον οικογ/κό γιατρό του ΙΚΑ;

το πρωί..... 1

το απόγευμα..... 2

και το πρωί και το απόγευμα..... 3

εξαρτάται..... 4

33

ΜΕΡΟΣ Ε' **ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΙΚΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ**

19. Έχετε τους τελευταίους 12 μήνες επισκεφθεί ιδιώτη γιατρό;

ΝΑΙ..... 1

ΟΧΙ..... 2

34

ΕΑΝ Η ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΕΙΝΑΙ "ΝΑΙ"

19α. Τι είδους γιατρό;

παθολόγο..... 1

ειδικότητα..... 2

παθολόγο και ειδικότητα..... 3

35

19β. Πόσες φορές τους τελευταίους 12 μήνες; Παθ. Ειδικ.

1 φορά..... 1..... 1

2 φορές..... 2..... 2

3-5 φορές..... 3..... 3

6 ή περισσότερες..... 4..... 4

36, 37

19γ. Γιατί προτιμήσατε τον ιδιώτη και όχι έναν γιατρό του ΙΚΑ; (τσεκάρετε από 1-3 λόγους)

- σας τον σύστησαν ως πολύ καλό..... 1
δεν είχατε πολύ εμπιστοσύνη στο γιατρό του ΙΚΑ 2
δεν σας βόλευαν οι ώρες των γιατρών του ΙΚΑ..... 3
θέλατε και μια δεύτερη γνώμη εκτός του ΙΚΑ..... 4
το πρόβλημα της υγείας σας ήταν πολύ σοβαρό 5
το ΙΚΑ δεν είχε την ειδικότητα που θέλατε..... 6
το ΙΚΑ δεν προσέφερε τις υπηρεσίες που θέλατε (π.χ. οδοντ/κές)..... 7
δεν μπορούσατε να περιμένετε το ΙΚΑ (π.χ. μακρινό ραντεβού)..... 8
το πολυιατρείο του ΙΚΑ ήταν κλειστό, το περιστατικό ήταν επείγον..... 9
άλλοι λόγοι..... 10

38, 39, 40

20. Έχετε ιδιωτική ασφάλιση υγείας;

- ΝΑΙ 1
ΟΧΙ 2

41

21. Υποθέστε ότι επισκέπτεστε τον οικογ/κό σας γιατρό, όχι μέσω του ΙΚΑ, αλλά ιδιωτικά. Ποιά νομίζετε ότι είναι τα πλεονεκτήματα μιας τέτοιας επίσκεψης; (τσεκάρετε από 1-3 πλεονεκτήματα)

- κανένα..... 1
περισσότερη προσοχή γιατρού προς ασθενή 2
περισσότερος διαθέσιμος χρόνος γιατρού προς ασθενή 3
καλύτερη συμπεριφορά γιατρού..... 4
επιλέγεις την ώρα που βολεύει εσένα..... 5
νιώθεις πιο άνετα με το γιατρό..... 6
άλλοι λόγοι..... 7

42, 43, 44

22. Μπορείτε να θυμηθείτε πόσες φορές τους τελευταίους 12 μήνες επισκεφθήκατε εσείς προσωπικά τον οικογ/κό σας γιατρό σε ιδιωτική βάση;

- καμία 1
1 φορά..... 2
2 φορές 3
3-5 φορές..... 4
6 ή περισσότερες..... 5

45

22α. Εάν η απάντηση είναι 2, 3, 4, ή 5: Πόσα συνήθως πληρώνετε για κάθε επίσκεψη;

- 20-50€ 1
51-100€ 2
πάνω από 100€..... 3

46

ΜΕΡΟΣ Ζ' ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΗ - ΑΠΟΨΕΙΣ

23. Σε πολλά υποκαταστήματα οι παθολόγοι δουλεύουν μαζί με τους γιατρούς ειδικοτήτων μέσα στα ιατρεία του ΙΚΑ: Δεν έχουν δηλαδή το σύστημα του οικογ/κού γιατρού που δέχεται στο ιδιωτικό του ιατρείο. Το ξέρετε εσείς αυτό;

- ΝΑΙ 1
ΟΧΙ 2

47

24. Μπορείτε να σκεφτείτε και να μου πείτε ποιά σύστημα προτιμάτε εσείς;

- το δικό σας (του οικογ/κού γιατρού)..... 1
το άλλο με τους γιατρούς στα ιατρεία του ΙΚΑ..... 2
δεν ξέρει..... 3

48

24α. Εάν η απάντηση είναι 1: Εξηγήστε γιατί; (τσεκαρ. 1-3 λόγους)

- είναι πιο κοντά στο σπίτι του ασφαλισμένου..... 1
ο ασθενής γνωρίζει καλύτερα το γιατρό του..... 2
ο γιατρός γνωρίζει καλύτερα τον ασθενή του 3
άλλοι λόγοι 4

49, 50, 51

25*. Εάν ο οικογ/κός σας γιατρός πάρει άδεια και για μία μέρα απουσιάσει από το ιατρείο του, τι θα κάνετε εάν χρειαστείτε γιατρό; (μη επείγουσα περίπτωση)

- θα τον περιμένετε να επιστρέψει την επόμενη..... 1
θα πάτε σε άλλο γιατρό στα ιατρεία του ΙΚΑ 2
θα πάτε στον οικογ/κό γιατρό που τον αντικαθιστά..... 3
θα πάτε σε ιδιώτη 4

52

26*. Για να γίνουν πιο συγκεκριμένα μερικά από όσα έχουμε μέχρι τώρα πει, θα σας διαβάσω έναν κατάλογο με πράγματα που έχουν σχέση με τον οικογ/κό σας γιατρό και εσείς μπορείτε να απαντάτε με ένα "καλός" ή "όχι πολύ καλός"

α) Διαθέτει αρκετό χρόνο όταν σας δέχεται στο ιατρείο του:

- καλός 1
όχι πολύ καλός 2

53

β) Σας ακούει και σας εξετάζει προσεκτικά:

- καλός 1
όχι πολύ καλός 2

54

γ) Απαντά στις ερωτήσεις σας και σας μιλά για την πορεία της αρρώστιας σας:

- καλός 1
όχι πολύ καλός 2

55

δ) Σας συμπεριφέρεται ευγενικά και ανθρώπινα

καλώς 1

όχι πολύ καλώς 2

56

ε) Σας γράφει πάντοτε χωρίς δυσκολία τα φάρμακα που χρειάζεστε:

καλώς 1

όχι πολύ καλώς 2

57

27*. Εάν σε κάποια σας επίσκεψη είστε στενοχωρημένος/η από ένα προσωπικό σας πρόβλημα που δεν έχει σχέση με την υγεία σας, νομίζετε ότι θα είχατε το θάρρος να το συζητήσετε με τον οικογ/κό σας γιατρό;

ΝΑΙ 1

ΟΧΙ 2

μπορεί 3

58

28*. Τελικά είστε ευχαριστημένος/η από τον οικογ/κό σας γιατρό;

πολύ ευχαριστημένος/η 1

αρκετά ευχαριστημένος/η 2

έτσι κι έτσι 3

όχι πολύ ευχαριστημένος/η 4

καθόλου ευχαριστημένος/η 5

59

29. Εάν υποθεθεί ότι σας έλεγαν να διαλέξετε ένα Ταμείο για την ασφάλιση της υγείας σας από τα πιο κάτω, εσείς πιο θα διαλέγατε;

των δημοσίων υπαλλήλων 1

των τραπεζικών 2

των εργαζομένων στον ΟΤΕ 3

των εργαζομένων στη ΔΕΗ 4

του ΙΚΑ 5

60

ΜΕΡΟΣ Η'
ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

30. Τι είδους ασφαλισμένος/η του ΙΚΑ είστε;

- άμεσος (εργαζόμενος/η ή συνταξιούχος)..... 1
έμμεσος/η..... 2

61

30α. Φύλο:

- Άνδρας 1
Γυναίκα..... 2

62

31. Τι ηλικία έχετε;..... 63

32. Τι γραμματικές γνώσεις έχετε;

- ανώτατη εκπαίδευση (απόφοιτος Παν/μίου)..... 1
ανώτερη εκπαίδευση (απόφοιτος ΚΑΤΕΕ, ΤΕΙ)..... 2
μέση εκπαίδευση (αποφ. Λυκείου ή δτάξιου Γυμνασ.)..... 3
κατώτερη εκπαίδευση (απόφοιτος Δημοτικού)..... 4
λιγότερο (δεν τελείωσε Δημοτικό ή αγράμματος)..... 5

64

33. Ποιά είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

- παντρεμένος/η..... 1
ανύπαντρος/η..... 2
χήρος/α..... 3
διαζευγμένος/η ή χωρισμένος/η..... 4

65

34. Θα ήθελα τώρα να μου πείτε για τα υπόλοιπα άτομα-μέλη της οικογένειάς σας που μένουν στο ίδιο σπίτι με εσάς. Έχουν τον ίδιο οικογ/κό γιατρό που έχετε κι εσείς;

α/α	Συγγενική σχέση με ερωτώμενο	Ηλικία 1: κάτω των 12 2: άνω των 12	1: ίδιος παθολόγος 2: άλλος παθολόγος 3: άλλο ασφ. Ταμείο 4: ανασφάλιστος	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
1		1, 2	1, 2, 3, 4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	66
2		1, 2	1, 2, 3, 4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	67
3		1, 2	1, 2, 3, 4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	68
4		1, 2	1, 2, 3, 4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	69
5		1, 2	1, 2, 3, 4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	70
6		1, 2	1, 2, 3, 4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	71
7		1, 2	1, 2, 3, 4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	72
8		1, 2	1, 2, 3, 4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	73
9		1, 2	1, 2, 3, 4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	74
10		1, 2	1, 2, 3, 4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	75

35. Με αυτή την οικογενειακή κατάσταση, μήπως θα μπορούσατε να μου πείτε ποιά είναι το συνολικό καθαρό μηνιαίο εισόδημα όλης της οικογένειάς σας; Σε ποιά εισοδηματική τάξη ανήκετε;

- έως 500€/μήνα..... 1
- 501-1000€/μήνα 2
- 1001-1500€/μήνα 3
- 1501-2000€/μήνα 4
- πάνω από 2000€/μήνα 5

76

Σας ευχαριστώ πάρα πολύ, έχουμε τελειώσει.